



Número: **0008858-85.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção A da 22ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **16/02/2020**

Valor da causa: **R\$ 10.631,25**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
MARIA DAS DORES DOS SANTOS ARRUDA (AUTOR)	BRUNO LEONARDO NOVAES LIMA (ADVOGADO) MANOELA TRIGUEIRO CAROCA CAVALCANTI (ADVOGADO)
COMPANHIA EXCELSIOR DE SEGUROS (RÉU)	
PAULO FERNANDO BEZERRA DE MENEZES FILHO (PERITO)	

Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
59070 945	11/03/2020 11:29	2703011_CONTESTACAO_PROTOCOLADA_01	Petição em PDF



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 22ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE RECIFE/PE

Processo: 00088588520208172001

SÚMULA 474 STJ: "A indenização do seguro DPVAT, em caso de invalidez parcial do beneficiário, será paga de forma proporcional ao grau de invalidez."

CIA EXCELSIOR DE SEGUROS, empresa seguradora com sede à Av. Marques de Olinda, 175 - Bairro do Recife - Recife - PE - CEP: 50030-000, inscrita no CNPJ sob o número 33.054.826/0001-92 e **SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S.A.**, com sede na cidade do Rio de Janeiro/RJ, à Rua Senador Dantas, nº 74, 5º andar, inscrita no CNPJ sob nº 09.248.608/0001-04, neste ato representado por seus advogados que esta subscrevem nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DO SEGURO DPVAT**, que lhe promove **MARIA DAS DORES DOS SANTOS ARRUDA**, em trâmite perante este Douto Juízo, vem, *mui* respeitosamente, à presença de Vossa Excelência, apresentar

CONTESTAÇÃO

Consoante às razões de fato e de direito que passa a expor:

BREVE SÍNTESE DA DEMANDA

Alega a parte Autora em sua peça vestibular que foi vítima de acidente automobilístico na data de **05/02/2019**, restando permanentemente inválida.

Destaca-se que a parte apenas procedeu com o registro na Delegacia de Polícia na data 23/04/2019.

Cumpra esclarecer que após a devida análise da documentação apresentada a Seguradora, o médico perito avaliou como incompleta e parcial a lesão acometida pela vítima, o que por certo descaracteriza o pleito de indenização integral por seguro obrigatório DPVAT.

Deste modo, a Ré procedeu com o pagamento da verba indenitária na monta de **R\$ 2.868,75 (dois mil e oitocentos e sessenta e oito reais e setenta e cinco centavos)**, valor este correspondente ao percentual da invalidez parcial e permanente apresentada pela parte Autora em sede administrativa.

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



A pretensão esposada na inicial não merece prosperar, visto que sua argumentação afigura-se totalmente contrária à orientação jurisprudencial traçada pelo Superior Tribunal de Justiça, bem como preceitua a legislação vigente sobre o DPVAT. É o que se demonstrará em seguida.

PRELIMINARMENTE

DA TEMPESTIVIDADE

A Ré apresenta a presente contestação em consonância com regra prevista no art. 218, § 4º do CPC/2015¹, prestigiando os princípios da celeridade, economia processual e boa-fé, pugnando desde já pelo recebimento da mesma.

DO DESINTERESSE NA REALIZAÇÃO DA AUDIÊNCIA PRELIMINAR DE CONCILIAÇÃO

Conforme se observa na exordial, a natureza do pedido do Seguro Obrigatório DPVAT, cujo cerne da questão é a suposta invalidez do demandante e o grau da lesão sofrida para fins indenizatórios do referido Seguro.

Assim, **torna-se imprescindível a realização da prova pericial**, pois, a Lei do DPVAT prevê graus diferenciados referentes à extensão das lesões acometidas pelas vítimas, classificando-as em total ou parcial, esta última subdividida em completa e incompleta, em caso de invalidez parcial do beneficiário a indenização será paga de forma proporcional ao grau da debilidade sofrida.

Desse modo, informa que não há interesse na realização da audiência preliminar de conciliação, e, visando dirimir as dúvidas existentes sobre a invalidez do autor, requer, se Vossa Excelência assim entender, a antecipação da prova pericial nos termos do art. 381, do CPC/2015².

DO MÉRITO

DO REQUERIMENTO DE DEPOIMENTO PESSOAL DA PARTE AUTORA

DA FALTA DE ASSINATURA DO BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Conforme dispõe o art. 343, CPC, caberá à parte interessada pugnar pela realização da prova de depoimento pessoal, quando não determinada de ofício pelo magistrado.

A Ré informa a necessidade de ser ouvida, pessoalmente, a parte autora sobre os fatos narrados na inicial, bem como toda documentação juntada aos autos, em especial o BOLETIM DE OCORRÊNCIA.

Isso se deve tendo em vista que o referido documento não foi devidamente assinado pelo noticiante:

¹[1] Art. 218 - Os atos processuais serão realizados nos prazos prescritos em lei. [...] § 4º - Será considerado tempestivo o ato praticado antes do termo inicial do prazo.

²[1] Art. 381. A produção antecipada da prova será admitida nos casos em que: II - a prova a ser produzida seja suscetível de viabilizar a autocomposição ou outro meio adequado de solução de conflito;



Complemento / Observação

A VÍTIMA, SR MANOEL ROGERIO BARBOSA DA SILVA, COMPARECEU A ESTA DELEGACIA INFORMANDO QUE NO DIA 05/02/2019, POR VOLTA DAS 08H30, CONDUZIA SEU VEICULO TOYOTA BANDEIRANTE, DE PLACA JTG 5584, TRAFEGANDO NA PE-90, SENTIDO TORITAMA-VERTENTES, QUANDO, AO PASSAR NAS PROXIMIDADES DO SÍTIO SERRA SECA, APÓS UMA FALHA MECÂNICA NA RODA DIANTEIRA DO LADO ESQUERDO, O MESMO PERDEU O CONTROLE DO REFERIDO VEÍCULO VINDO A CAPOTAR POR VÁRIAS VEZES, CAUSANDO LESÕES GRAVES EM SUA PESSOA. ALÉM DO CONDUTOR, VIAJAVAM NO REFERIDO VEÍCULO AS VÍTIMAS QUALIFICADAS NESTE BOLETIM DE OCORRÊNCIA, TODAS SOFRERAM LESÕES, SENDO SOCORRIDAS AO HOSPITAL NOSSA SENHORA DE FÁTIMA, LOCALIZADO NA CIDADE DE TORITAMA. O SR. JOSÉ NIVALDO NESTA DATA 23/04/2019 VEIO A ESTA D.P. INFORMAR QUE SUA COMPANHEIRA (MARIA DAS DORES DOS SANTOS) ESTAVA NO ACIDENTE ACIMA CITADO, ONDE VIAJAVAM COMO PASSAGEIRA, E EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE ELA SOFREU VÁRIAS LESÕES CORPORAIS GRAVES E LOGO APÓS O ACIDENTE DEU ENTRADA NO HOSPITAL MUNICIPAL DE TORITAMA, MAS DEVIDO A GRAVIDADE DOS FERIMENTOS FOI TRANSFERIDA PARA O HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE NA CIDADE DE CARUARU E DE LÁ FOI TRANSFERIDA NOVAMENTE PARA O HOSPITAL JESUS PEQUENINO NA CIDADE DE BEZERROS, ONDE FOI SUBMETIDA A TRATAMENTO CIRÚRGICO.

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

MANOEL ROGERIO BARBOSA DA SILVA
(VITIMA)



Portanto, para que não paire qualquer dúvida sobre a autenticidade do Boletim de Ocorrência apresentado aos autos, a Ré pugna a este d. Juízo que seja expedido ofício à Delegacia de Polícia na qual fora registrada a ocorrência, a fim de que sejam prestados os devidos esclarecimentos pelos responsáveis, sem prejuízo do colhimento do depoimento pessoal da autora.

DA AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML QUANTIFICANDO A LESÃO - ÔNUS DA PROVA DO AUTOR

Pode-se observar que a parte autora não apresentou qualquer documento conclusivo no que tange ao direito de receber a íntegra do teto indenizatório no que se refere à invalidez de caráter permanente, vez que não trouxe aos autos laudo do IML que atenda o disposto no Art. 5º § 5º da Lei 6.194/74, documento imprescindível para que se estabeleça o grau de limitação do membro afetado, a fim de quantificar da indenização.

Com efeito, a parte Autora deixou de juntar aos autos o Laudo do Instituto Médico Legal, furtando-se de provar o percentual de invalidez e o grau de redução funcional do membro supostamente afetado, em inobservância ao art. 373, I, CPC³.

Logo, tendo a parte autora deixado de comprovar suas alegações, impõe-se a improcedência total dos pedidos Autorais.

Caso este não seja o entendimento deste Douto Juízo, prossegue a Ré em suas argumentações apenas por amor ao debate.

³“APELAÇÃO CÍVEL. AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT. AUSÊNCIA DE PROVA DA INVALIDEZ PERMANENTE. LAUDO INDIRETO DO IML. INSUFICIÊNCIA. ÔNUS DA PROVA DO AUTOR. IMPROCEDÊNCIA DO PEDIDO. MANUTENÇÃO DA SENTENÇA. 1 - O pagamento de indenização com base no seguro obrigatório se restringe às hipóteses de morte da vítima ou de invalidez permanente, ainda que parcial, além da possibilidade de reembolso por despesas médicas que se fizerem necessárias em razão do acidente. 2 - Não se desincumbindo o Autor do ônus de comprovar a invalidez permanente decorrente de acidente automobilístico, conforme exigem os artigos 5º da Lei 6.194/74 e 333, I, do Código de Processo Civil, deve ser julgado improcedente o pleito indenizatório.” (TJ-MG - AC: 10342120045667001 MG, Relator: José Marcos Vieira, Data de Julgamento: 13/03/2014, Câmaras Cíveis / 16ª CÂMARA CÍVEL, Data de Publicação: 24/03/2014)



DO PAGAMENTO REALIZADO NA ESFERA ADMINISTRATIVA

É incontroverso na presente demanda que a parte Autora recebeu efetivamente na esfera administrativa o pagamento da indenização oriunda do Seguro Obrigatório DPVAT, referente ao sinistro em tela na monta de **R\$ 2.868,75 (dois mil e oitocentos e sessenta e oito reais e setenta e cinco centavos)**, após a regulação do sinistro.

Ocorre, que durante o processo administrativo a parte foi submetida a perícia e de acordo com avaliação médica realizada por dois médicos especializados, sendo um na figura de revisor, foi apurada a seguinte lesão:

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA		 Seguradora LÍDER Administradora do Seguro DPVAT		
DADOS DO SINISTRO				
Número: 3190384003	Cidade: Vertentes	Natureza: Invalidez Permanente		
Vítima: MARIA DAS DORES DOS SANTOS ARRUDA	Data do acidente: 05/02/2019	Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A		
PARECER				
Diagnóstico: FRATURA DE TIBIA PROXIMAL A ESQUERDA E DE CLAVÍCULA ESQUERDA				
Descrição do exame físico: APRESENTA INCISÃO JA CICATRIZADA EM REGIÃO ANTEROLATERAL DA PERNA ESQUERDA, COM BLOQUEIO ARTICULAR DO JOELHO EM POSTURA DE EXTENSÃO DA PERNA APRESENTA PERDA DISCRETA DE MOBILIDADE ARTICULAR EM OMBRO COM PREJUÍZO NA ROTAÇÃO INTERNA DO OMBRO ESQUERDO				
Resultados terapêuticos: APRESENTA PERDA DE MOBILIDADE ARTICULAR DO JOELHO ESQUERDO LIMITAÇÃO MODERADA DE MOBILIDADE DO OMBRO				
Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU INTENSO DO JOELHO ESQUERDO E LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU RESIDUAL DO OMBRO ESQUERDO				
Sequelas: Com sequela				
Data do exame físico: 12/08/2019				
Conduta mantida:				
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 dos ombros	25 %	Em grau residual - 10 %	2,5%	R\$ 337,50
Perda completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau intenso - 75 %	18,75%	R\$ 2.531,25
Total			21,25 %	R\$ 2.868,75

Portanto, é cristalino que o pagamento administrativo realizado encontra-se de acordo com o descrito no laudo administrativo, sendo certo que foram utilizados os critérios de fixação de indenização.

Vale salientar que é usual quando do pagamento da indenização em âmbito administrativo, que o beneficiário da verba indenizatória assine documento de quitação, onde se lê que:



“(...) com o pagamento efetuado dou, plena, rasa, geral, irrevogável e irrevogável quitação para mais nada reclamar quanto ao sinistro noticiado.”

Com o procedimento adotado quando do pagamento da indenização, temos caracterizado o ato jurídico perfeito e acabado, dando-se quitação geral e irrestrita à Seguradora reguladora do sinistro.

É de sabença que para que fossem afastados os efeitos da quitação, a parte Autora deveria desconstituí-la através da propositura da correspondente ação anulatória, discorrendo os fatos e fundamentos jurídicos para inquinar a quitação outorgada de próprio punho pela parte beneficiária, por suposto vício de consentimento, dolo ou coação, o que de fato não ocorreu, em perfeita consonância com o artigo 849 do Código Civil.

Não obstante, a parte autora não formulou pedido algum de anulação do ato jurídico liberatório, cuja validade é presumida e somente poderia ser desconstituída por sentença.

Ademais, temos que a parte Autora poderia, e quiçá deveria ressaltar no referido recibo sua intenção de quitação somente quanto ao valor efetivamente recebido, o que por certo não ocorreu.

Desta forma, a Ré efetuou o pagamento da importância legalmente estabelecida, no caso em apreço, referente a monta de R\$ 2.868,75 (dois mil e oitocentos e sessenta e oito reais e setenta e cinco centavos), o qual foi aceito pela beneficiária legal.

Ante o exposto, deve o feito deve ser julgado extinto com resolução de mérito, o que se requer com fundamento nos art. 487, inciso I, do Código de Processo Civil.

DO PAGAMENTO PROPORCIONAL À LESÃO

Conforme ilação dos documentos acostados pelo requerente, o mesmo foi vítima de acidente ocasionado por veículo automotor na data de **05/02/2019**. Ademais, **houve pagamento administrativo na razão de R\$ 2.868,75 (dois mil e oitocentos e sessenta e oito reais e setenta e cinco centavos), conforme demonstrado abaixo:**

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: 15/08/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.868,75

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: MARIA DAS DORES DOS SANTOS ARRUDA

BANCO: 237

AGÊNCIA: 00835-4

CONTA: 000000021618-6

Nr. Autenticação

BRADESCO150820190500000000023700835000000021618286875 PAGO

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



Mister destacar ao ilustre Magistrado a edição da Medida Provisória nº 451/08, atualmente convertida na Lei nº 11.945/2009, em vigência desde 15 de dezembro de 2008, que alterou o texto dos arts. 3º e 5º da Lei nº 6.194/74 em seu art. 31, assim como anexou tabela à aludida Lei, estabelecendo percentuais indenizatórios aos danos corporais, subdividindo-os em totais e parciais⁴.

Por certo, a mencionada Lei 11.945/09 deverá ser aplicada ao caso concreto, em respeito ao princípio *tempus regit actum* (Art. 6º, §1º, LINDB).

Recentemente, a Suprema Corte firmou posicionamento sobre a constitucionalidade da inovação legal trazida originariamente pela MP 451/08, conforme se verifica no julgamento da ADI 4627/DF.

Ademais, a jurisprudência é pacífica quanto à necessidade de quantificação, sendo este o entendimento consagrado através da Súmula 474, do STJ⁵.

Em continuidade, tem-se a aludida Lei prevê graus diferenciados de invalidez permanente, classificando-a em total ou parcial, esta última subdividida em completa e incompleta, o que de certo deverá ser observado por esse Nobre Magistrado.

Dentro desse contexto, a Medida Provisória nº 451/2008 (posteriormente convertida na Lei 11.945/09), complementando a Lei 6.194/74, especificou em termos objetivos o percentual do valor máximo da indenização de acordo com os tipos de invalidez permanente.

Outrossim, conforme antedito, a referida inovação legal, no art. 3º, §1º, II, da Lei 6.194/74, trouxe a figura da invalidez parcial incompleta. Portanto, a fim de dirimir o cerne da questão, qual seja, o percentual indenizável, é imprescindível a realização de prova pericial, ocasião em que se verificará se a lesão suportada pelo autor é parcial incompleta, apontando sua respectiva repercussão geral.

Destarte, para se chegar ao valor indenizável devido, na hipótese de invalidez parcial incompleta, devem ser observadas duas etapas:

Identifica-se o tipo de dano corporal segmentar na Tabela, aplicando-se o respectivo percentual de perda; e

Sobre o valor encontrado, aplica-se os percentuais de acordo com o grau de repercussão: intensa – 75%; média – 50%; leve – 25%; e sequela residual – 10%.

Evidente, pois, inexistir qualquer direito de indenização integral ao Autor, devendo ser respeitada a proporcionalidade do grau de invalidez.

Sendo assim, na hipótese de condenação da seguradora, o valor indenizatório deverá ser apontado após a realização de perícia médica, constatando a extensão da lesão do autor, observando-se o método de cálculo apresentado em seguida abatido o valor pago na seara administrativa na monta de **R\$ 2.868,75 (DOIS MIL E OITOCENTOS E SESENTA E OITO REAIS E SETENTA E CINCO CENTAVOS)**.

⁴ RECURSO CÍVEL. SEGURO DPVAT. AÇÃO DE COBRANÇA. COMPLEMENTAÇÃO DE INDENIZAÇÃO. i) EM CASO DE INVALIDEZ PARCIAL, O PAGAMENTO DO SEGURO DPVAT DEVE, POR IGUAL, OBSERVAR A RESPECTIVA PROPORCIONALIDADE. É VÁLIDA A UTILIZAÇÃO DE TABELA PARA REDUÇÃO PROPORCIONAL DA INDENIZAÇÃO A SER PAGA POR SEGURO DPVAT, EM SITUAÇÕES DE INVALIDEZ PARCIAL, AINDA QUE O ACIDENTE TENHA OCORRIDO ANTES DA LEI N.º 11.945/09. ii) INDENIZAÇÃO INDEVIDA. HIPÓTESE EM QUE A PARTE AUTORA NÃO FAZ JUS À COMPLEMENTAÇÃO DA INDENIZAÇÃO, POIS NÃO HOUVE A DEMONSTRAÇÃO DE QUE A LESÃO SOFRIDA TENHA SIDO DE MAIOR GRAVIDADE DO QUE A INDENIZADA ADMINISTRATIVAMENTE. iii) APLICAÇÃO DA SÚMULA 474 DO SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA. A indenização do seguro DPVAT, em caso de invalidez parcial do beneficiário, será paga de forma proporcional ao grau da invalidez. iv) RECURSO CONHECIDO E PROVIDO. SENTENÇA REFORMADA.

⁵ **Súmula 474 | Superior Tribunal de Justiça** “A indenização do seguro DPVAT, em caso de invalidez parcial do beneficiário, será paga de forma proporcional ao grau da invalidez.”



DOS JUROS DE MORA E DA CORREÇÃO MONETÁRIA

Em relação aos juros de mora, o Colendo Superior Tribunal de justiça editou a Súmula nº 426 pacificando a incidência dos juros a partir da citação⁶.

Com relação à correção monetária, é curial que seja analisada questão acerca a forma da Lei 6.899/1981, ou seja, a partir da propositura da ação⁷.

Assim sendo, na remota hipótese de condenação, requer que os juros moratórios sejam aplicados a partir da citação, bem como a correção monetária seja computada a partir do ajuizamento da presente ação.

DOS HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS

Observar-se que o parte autora litiga sob o pálio da Gratuidade de Justiça e, em caso de eventual condenação, os honorários advocatícios deverão ser limitados ao patamar máximo de 20% (vinte por cento), nos termos do art. 85, §2º do Código de Processo Civil.

Contudo, a demanda não apresentou nenhum grau de complexidade nem mesmo exigiu um grau de zelo demasiado pelo patrono da parte autora, pelo que se amolda nos termos dos incisos I, II, III e IV do §2º art. 85, do Código de Processo Civil.

Desta feita, na remota hipótese de condenação da Ré, requer que o pagamento dos honorários advocatícios seja arbitrado na monta de 10% (dez por cento), conforme supracitado.

CONCLUSÃO

Considerando a sua criação com a única finalidade de atuar como administradora do Seguro Obrigatório DPVAT, requer a substituição do pólo passivo para que passe constar a Seguradora Líder dos Consórcios de Seguro DPVAT.

Ante o exposto, ante a ausência de laudo pericial do IML que atenda o disposto no Art. 5º § 5º da Lei 6.194/74, documento imprescindível para que se estabeleça o grau de limitação do membro afetado, a fim de quantificar a indenização, informa que não há interesse na realização da audiência preliminar de conciliação.

Pelo exposto e por tudo mais que dos autos consta, requer a total improcedência dos pedidos da parte autora.

Em caso de eventual condenação, pugna a Ré, **pela aplicação da tabela de quantificação da extensão da invalidez, exposta na lei 11.945/2009, bem como o que preconiza a Súmula 474 do STJ.**

Na remota hipótese de condenação, pugna-se para que os juros moratórios sejam aplicados a partir da citação válida e honorários advocatícios sejam limitados ao percentual máximo de 10% (dez por cento).

Requer, outrossim, a produção de todos os meios de prova em direito admitidas e haja vista a necessidade de elucidar aspectos que contribuam com a veracidade dos fatos alegados na exordial requer o depoimento pessoal da vítima para que esclareça:

- Queira a vítima esclarecer a dinâmica do acidente, os veículos envolvidos e suas características, o membro ou segmento do corpo afetado e se houve encaminhamento ao hospital;

⁶“SÚMULA N. 426: Os juros de mora na indenização do seguro DPVAT fluem a partir da citação.”

⁷art. 1º . (...)

§2º Nos demais casos, o cálculo far-se-á a partir do ajuizamento da ação.



- Queira esclarecer se houve requerimento administrativo em razão do sinistro narrado na inicial ou outro sinistro;
- Se a vítima recebeu algum valor referente a este ou outro sinistro.

Requer a produção de prova pericial nos termos do convênio de cooperação institucional celebrado entre o Tribunal de Justiça de Pernambuco e a Seguradora Líder do Consórcio do Seguro DPVAT nº014/2017

Para fins do exposto no artigo 106, inciso I, do Código de Processo Civil, requer que todas as intimações sejam encaminhadas ao escritório de seus patronos, sito na Rua São José, nº 90, Grupo 810/812, Centro, Rio de Janeiro-RJ, CEP: 20010-020 e que as publicações sejam realizadas, exclusivamente, em nome da patrona **DRA. RAFAELLA BARBOSA PESSOA DE MELO, OAB-PE 25393**, sob pena de nulidade das mesmas.

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

RECIFE, 6 de março de 2020.

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



QUESITOS DA RÉ

1 - Queira o Sr. Perito informar se há nexo de causalidade entre o acidente narrado na petição inicial e a lesão apresentada pelo autor. Caso haja, informar se da referida lesão resultou invalidez permanente ou temporária;

2 - Queira o Sr. Perito informar se a invalidez permanente é notória ou de fácil constatação;

3 - Queira o Sr. Perito esclarecer quando a vítima teve ciência de sua incapacidade com base nos documentos médicos acostados aos autos;

4 - Queira o Sr. Perito informar se a vítima encontra-se em tratamento ou já se esgotaram todas as possibilidades existentes na tentativa de minimizar o dano;

5 - Queira o Sr. Perito informar se à época do acidente o membro afetado já contava com alguma sequela oriunda de circunstância anterior;

6 - Queira o Sr. Perito informar se a lesão apresenta caráter parcial ou total. Sendo a invalidez parcial incompleta, queira o Ilustre Perito informar o membro afetado e se a redução proporcional da indenização corresponde a 75% (setenta e cinco por cento) para as perdas de repercussão intensa, 50% (cinquenta por cento) para as de média repercussão, 25% (vinte e cinco por cento) para as de leve repercussão, 10% (dez por cento) para as de sequelas residuais, consoante o disposto no Art. 3º, inciso II, da Lei 6.194/74;

7 - Considerando que a tabela inserida à Lei 11.945/09 em três casos faz distinção quando a vítima é acometida por lesão em ambos os membros, seria possível o Sr. Perito indicar adequadamente a média da lesão sofrida nos termos da tabela? Em caso positivo qual seria a gradação?

- Perda anatômica e/ou funcional completa de ambos os membros superiores ou inferiores;
- Perda anatômica e/ou funcional completa de ambas as mãos ou de ambos os pés;
- Perda anatômica e/ou funcional completa de um membro superior e de um membro inferior;

8 - Queira o Sr. Perito esclarecer todo e qualquer outro elemento necessário ao deslinde da causa.

Por fim com fulcro no artigo 5º, LV, da Constituição Federal, requer que após a produção da prova pericial, seja aberto prazo para as partes se manifestarem sobre o laudo, a fim de que não se cause na demanda o cerceamento de defesa, frente ao princípio constitucional do devido processo legal.



TABELA DE GRADAÇÃO

Danos Corporais Previstos na Lei	Total (100%)	Intensa (75%)	Média (50%)	Leve (25%)	Residual (10%)
Perda anatômica e/ou funcional completa de ambos os membros superiores ou inferiores	R\$ 13.500,00	R\$ 10.125,00	R\$ 6.750,00	R\$ 3.375,00	R\$ 1.350,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de ambas as mãos ou de ambos os pés					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um membro superior e de um membro inferior					
Perda completa da visão em ambos os olhos (cegueira bilateral) ou cegueira legal bilateral					
Lesões neurológicas que cursem com: (a) dano cognitivo-comportamental alienante; (b) impedimento do senso de orientação espacial e/ou do livre deslocamento corporal; (c) perda completa do controle esfinteriano; (d) comprometimento de função vital ou autonômica					
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cervicais, torácicos, abdominais, pélvicos ou retro-peritoneais cursando com prejuízos funcionais não compensáveis de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	R\$ 9.450,00	R\$ 7.087,50	R\$ 4.725,00	R\$ 2.362,50	R\$ 945,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros superiores e/ou de uma das mãos					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros inferiores					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos pés	R\$ 6.750,00	R\$ 5.062,50	R\$ 3.375,00	R\$ 1.687,50	R\$ 675,00
Perda auditiva total bilateral (surdez completa) ou da fonação (mudez completa) ou da visão de um olho					
Perda completa da mobilidade de um dos ombros, cotovelos, punhos ou dedo polegar	R\$ 3.375,00	R\$ 2.531,25	R\$ 1.687,50	R\$ 843,75	R\$ 337,50
Perda completa da mobilidade de um quadril, joelho ou tornozelo					
Perda completa da mobilidade de um segmento da coluna vertebral exceto o sacral					
Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão	R\$ 1.350,00	R\$ 1.012,50	R\$ 675,00	R\$ 337,50	R\$ 135,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dos dedos do pé					
Perda integral (retirada cirúrgica) do baço					



SUBSTABELECIMENTO

JOÃO ALVES BARBOSA FILHO, brasileiro, casado, advogado, inscrito na OAB/PE 4246, **JOÃO PAULO RIBEIRO MARTINS**, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB/ RJ sob o nº 144.819; **JOSELAINE MAURA DE SOUZA FIGUEIREDO**, brasileira, casada, advogada, inscrita na OAB/ RJ sob o nº 140.522; **FERNANDO DE FREITAS BARBOSA**, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/ RJ sob o n.º 152.629 substabelecem, com reserva de iguais, na pessoa do advogado **ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELO JUNIOR**, inscrito na 30225 - OAB/PE, os poderes que lhes foram conferidos por **CIA EXCELSIOR DE SEGUROS e SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A**, nos autos de Ação de Cobrança de Seguro DPVAT, que lhe move **MARIA DAS DORES DOS SANTOS ARRUDA**, em curso perante a **22ª VARA CÍVEL** da comarca de **RECIFE**, nos autos do Processo nº 00088588520208172001.

Rio de Janeiro, 6 de março de 2020.

JOÃO ALVES BARBOSA FILHO - OAB/PE 4246

FERNANDO DE FREITAS BARBOSA - OAB RJ 152.629

JOSELAINE MAURA DE SOUZA FIGUEIREDO- OAB RJ 140.522

JOAO PAULO RIBEIRO MARTINS - OAB RJ 144.819

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





Número: **0008858-85.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção A da 22ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **16/02/2020**

Valor da causa: **R\$ 10.631,25**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
MARIA DAS DORES DOS SANTOS ARRUDA (AUTOR)		BRUNO LEONARDO NOVAES LIMA (ADVOGADO) MANOELA TRIGUEIRO CAROCA CAVALCANTI (ADVOGADO)	
COMPANHIA EXCELSIOR DE SEGUROS (RÉU)			
PAULO FERNANDO BEZERRA DE MENEZES FILHO (PERITO)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
59070947	11/03/2020 11:29	ANEXO 1	Outros (Documento)

Toritama, 15 de Abril de 2019.

Hospital Municipal Nossa Senhora de Fátima

Declaração de Atendimento Hospitalar

DECLARAÇÃO nº 086/2019

Do: Hospital Municipal Nossa Senhora de Fátima

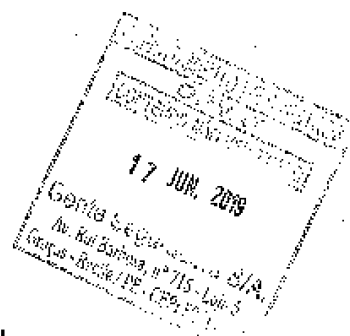
Para: **MARIA DAS DORES DOS SANTOS ARRUDA**

Venho através desta, informa que o (a) Senhor(a) **MARIA DAS DORES DOS SANTOS ARRUDA** deu entrada nesta unidade como consta na ficha de emergência sob o registro nº 000,000 no dia 05/02/2019, foi atendido e em seguida sendo TRANSFERIDO.

Sem mais para o momento.

Atenciosamente,

Mateus Tavares
Portaria 387 - SMS
Mateus Tavares
Coordenador de Unidade de Saúde



PRONTUÁRIO
DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

Registro:	Hora:	Nome do Paciente:	Sexo:	Data de Entrada:
Idade:	RG:	Orgão Emissor:	CPF:	Estado Civil:
Data de Nascimento:	Naturalidade:	Número:	Complemento:	
Endereço:	Bairro:	UF:	CEP:	
Cidade:	Profissão:	Nome do Pai:		
SUS:	Nome da Mãe:	Telefone:		
Nome do Responsável:				

Dados da Classificação (Enfermeiro) Horário:		PESO:	T (°C):
PA:	PULSO:	FR:	HGT:
SpO ₂ ambiente:	SpO ₂ com O ₂ :	L/min:	
CLASSIFICAÇÃO: ☐ VERMELHO ☐ AMARELO ☐ VERDE ☐ AZUL			

Enfermeiro(a)
Assinatura/carimbo

HDA:

Hipertensão: () sim () não // Diabetes: () sim () não // APP:

EXAME GERAL:

NEUROLÓGICO:

ACV:

AR:

ABDOMEN:

MEMBROS:

Diagnóstico Provisório:

Alergias: () Sim:

Conduta:

CLÍNICO GERAL



FICHA DE ENCAMINHAMENTO

Por não constituir caso para tratamento nesta unidade, estamos encaminhando o paciente:
NOME DO PACIENTE Maria das Dores e de REGISTRO Nº:

REGISTRO Nº:

RESIDENTS

PARA O HOSPITAL:

SENHA: 5613546

ESCLARECE SE O MESMO E PORTADO DE:

automatizada.
Relatando por intervalos em 15
(E) e 30 segundos (F).

6-10-20

6 doz can. 6 doz more to

7600 (1961)
T1 = 120 x 100 mm (1/5)

PC-74 ABM

PC: 74 ROM
AGV: RUP, 27, 51, 100, 200, 300, 400, 500, 600, 700, 800, 900, 1000, 1100, 1200, 1300, 1400, 1500, 1600, 1700, 1800, 1900, 2000, 2100, 2200, 2300, 2400, 2500, 2600, 2700, 2800, 2900, 3000, 3100, 3200, 3300, 3400, 3500, 3600, 3700, 3800, 3900, 4000, 4100, 4200, 4300, 4400, 4500, 4600, 4700, 4800, 4900, 5000, 5100, 5200, 5300, 5400, 5500, 5600, 5700, 5800, 5900, 6000, 6100, 6200, 6300, 6400, 6500, 6600, 6700, 6800, 6900, 7000, 7100, 7200, 7300, 7400, 7500, 7600, 7700, 7800, 7900, 8000, 8100, 8200, 8300, 8400, 8500, 8600, 8700, 8800, 8900, 9000, 9100, 9200, 9300, 9400, 9500, 9600, 9700, 9800, 9900, 10000, 10100, 10200, 10300, 10400, 10500, 10600, 10700, 10800, 10900, 11000, 11100, 11200, 11300, 11400, 11500, 11600, 11700, 11800, 11900, 12000, 12100, 12200, 12300, 12400, 12500, 12600, 12700, 12800, 12900, 13000, 13100, 13200, 13300, 13400, 13500, 13600, 13700, 13800, 13900, 14000, 14100, 14200, 14300, 14400, 14500, 14600, 14700, 14800, 14900, 15000, 15100, 15200, 15300, 15400, 15500, 15600, 15700, 15800, 15900, 16000, 16100, 16200, 16300, 16400, 16500, 16600, 16700, 16800, 16900, 17000, 17100, 17200, 17300, 17400, 17500, 17600, 17700, 17800, 17900, 18000, 18100, 18200, 18300, 18400, 18500, 18600, 18700, 18800, 18900, 19000, 19100, 19200, 19300, 19400, 19500, 19600, 19700, 19800, 19900, 20000, 20100, 20200, 20300, 20400, 20500, 20600, 20700, 20800, 20900, 21000, 21100, 21200, 21300, 21400, 21500, 21600, 21700, 21800, 21900, 22000, 22100, 22200, 22300, 22400, 22500, 22600, 22700, 22800, 22900, 23000, 23100, 23200, 23300, 23400, 23500, 23600, 23700, 23800, 23900, 24000, 24100, 24200, 24300, 24400, 24500, 24600, 24700, 24800, 24900, 25000, 25100, 25200, 25300, 25400, 25500, 25600, 25700, 25800, 25900, 26000, 26100, 26200, 26300, 26400, 26500, 26600, 26700, 26800, 26900, 27000, 27100, 27200, 27300, 27400, 27500, 27600, 27700, 27800, 27900, 28000, 28100, 28200, 28300, 28400, 28500, 28600, 28700, 28800, 28900, 29000, 29100, 29200, 29300, 29400, 29500, 29600, 29700, 29800, 29900, 30000, 30100, 30200, 30300, 30400, 30500, 30600, 30700, 30800, 30900, 31000, 31100, 31200, 31300, 31400, 31500, 31600, 31700, 31800, 31900, 32000, 32100, 32200, 32300, 32400, 32500, 32600, 32700, 32800, 32900, 33000, 33100, 33200, 33300, 33400, 33500, 33600, 33700, 33800, 33900, 34000, 34100, 34200, 34300, 34400, 34500, 34600, 34700, 34800, 34900, 35000, 35100, 35200, 35300, 35400, 35500, 35600, 35700, 35800, 35900, 36000, 36100, 36200, 36300, 36400, 36500, 36600, 36700, 36800, 36900, 37000, 37100, 37200, 37300, 37400, 37500, 37600, 37700, 37800, 37900, 38000, 38100, 38200, 38300, 38400, 38500, 38600, 38700, 38800, 38900, 39000, 39100, 39200, 39300, 39400, 39500, 39600, 39700, 39800, 39900, 40000, 40100, 40200, 40300, 40400, 40500, 40600, 40700, 40800, 40900, 41000, 41100, 41200, 41300, 41400, 41500, 41600, 41700, 41800, 41900, 42000, 42100, 42200, 42300, 42400, 42500, 42600, 42700, 42800, 42900, 43000, 43100, 43200, 43300, 43400, 43500, 43600, 43700, 43800, 43900, 44000, 44100, 44200, 44300, 44400, 44500, 44600, 44700, 44800, 44900, 45000, 45100, 45200, 45300, 45400, 45500, 45600, 45700, 45800, 45900, 46000, 46100, 46200, 46300, 46400, 46500, 46600, 46700, 46800, 46900, 47000, 47100, 47200, 47300, 47400, 47500, 47600, 47700, 47800, 47900, 48000, 48100, 48200, 48300, 48400, 48500, 48600, 48700, 48800, 48900, 49000, 49100, 49200, 49300, 49400, 49500, 49600, 49700, 49800, 49900, 50000, 50100, 50200, 50300, 50400, 50500, 50600, 50700, 50800, 50900, 51000, 51100, 51200, 51300, 51400, 51500, 51600, 51700, 51800, 51900, 52000, 52100, 52200, 52300, 52400, 52500, 52600, 52700, 52800, 52900, 53000, 53100, 53200, 53300, 53400, 53500, 53600, 53700, 53800, 53900, 54000, 54100, 54200, 54300, 54400, 54500, 54600, 54700, 54800, 54900, 55000, 55100, 55200, 55300, 55400, 55500, 55600, 55700, 55800, 55900, 56000, 56100, 56200, 56300, 56400, 56500, 56600, 56700, 56800, 56900, 57000, 57100, 57200, 57300, 57400, 57500, 57600, 57700, 57800, 57900, 58000, 58100, 58200, 58300, 58400, 58500, 58600, 58700, 58800, 58900, 59000, 59100, 59200, 59300, 59400, 59500, 59600, 59700,

AR = NW + 1/2 RA

148. Politraxia

sp: *porcamirum* para
araliacif e corinth

DE ACORDO COM O MÉDICO

LOCAL:

TORITAMA

DATA 01/01/78

ASSINATURA DO MÉDICO:

OBS: - Em caso de paciente menor de idade, anotar a filiação

NOME DO PAI:

NOME DA MÃE:

Av. João Manoel da Silva • Centro – Toritama – Pernambuco •
Telefone: 3741- 1192 • E-mail – admhospitaltoritama@gmail.com

Telefone: 3741-1192 • E-Mail: administracao@paulista.org.br





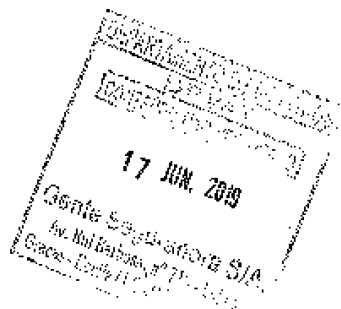
SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE DR. WALDEMIRO FERREIRA
SERVIÇO DE ARQUIVO MÉDICO E ESTATÍSTICA – SAME

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins que o paciente , **Maria das Dores dos Santos** ,com Registro Hospitalar: **333242** esteve interno nesta Unidade de saúde no dia ,**05/02/2019** a **08/02/2019** . OBS: Vítima de Acidente de Trânsito.

Caruaru 28 de março 2019

109.794.975/0269-27
FUSAM - Hospital Regional do Agreste
BR 232, Km 130
Indianópolis - CEP 55000-000
Caruaru - PE



Avenida José Rodrigues de Jesus - Br. 232- Km 130 S/N- Bairro Indianópolis Caruaru – PE- CEP 55.024.000

CNPJ- 10.572.048/0014-42 - Fone: 0xx81-3719 9346 / 3719.9400 (SAME)



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE - SES

EVOLUÇÃO CLÍNICA

Unidade de Saúde: HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE

Nome do Paciente: MARIA DO ROSÁRIO SANTOS Nº:

Clinica: DART/OMA Leito Nº:

DATA	HORA	EVOLUÇÃO
05/02/19	15h45	# 18011313 FRAT CLAVICULA (C) COM TENDÃO Paciente sofreu acidente de carro, com capotamento, apresentando trauma do fêmur (C) e ombro (C). Apresenta ferimentos em todo corpo no momento do trauma. Fratura de platão tibial (C) e omoplata (C). Obs: FRAT PLATON TIBIAL E FRAT UMOO PROXIMAL (C) SOFRIU LESÃO AGUDA

06/02/19		ADT/OMA Paciente segue evoluindo S/ INTERVENÇÕES CD ALIMENTAR VAG. OF.
----------	--	---

FR PLATON TIBIAL
FR OMOPLATA
17 JUN 2019
Dr. Leonardo F. F. Reis
Ortopedista Traumatologista
CRM: 23456

07 FEV. 2019

0205067/19

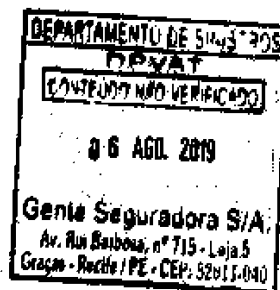


PREFEITURA MUNICIPAL DE FREI MIGUELINHO
SECRETARIA DE SAÚDE
TRANSLUCIDANDO O PRESENTE, CONSTRUINDO O FUTURO

RECEITUÁRIO

Maria Dos Dns dos Santos
Amada

Declara para os devidos fins
que a paciente Maria dos Dns dos
Santos Amada RG: 6092406
foi vítima de acidente automobilístico
em Fevereiro de 2019 apresentando
vários traumas evoluindo com
aquele trauma em membro
inferior esquerdo que impede a
deambulação. CID: S82.2.



Frei Miguelinho, 30 de Junho de 2019

Dra. Thais Rosa Ferreira
Médica
CRM: 26209



0205067/19



NOME: Norma dos Reis da Silva

LAUDO MÉDICO

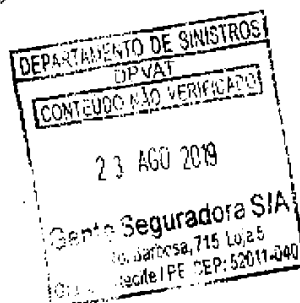
O paciente supracitado foi vítima de trauma, tendo apresentado o diagnóstico de fratura costal T10 CID-10 S52.1, foi submetido à tratamento cirúrgico nesta unidade hospitalar no dia 12/02/19. Atualmente se encontra em acompanhamento ambulatorial.

Para o paciente Norma dos Reis da Silva, após a cirurgia, o paciente encontra-se bem, sem dor, sem febre, sem vômito, sem diarreia, sem alteração de consciência, sem alteração de estado geral. O paciente está em acompanhamento ambulatorial. O paciente está em acompanhamento ambulatorial.

Bezerros, _____

31/12/19

João Marilton V. Costa
Traumato-Ortopedista
CRM 22.5896



HOSPITAL JESUS PEQUENINO

FICHA DE ATENDIMENTO DE INTERNAÇÃO

Atendimento: 532234 Data: 08/02/2019 Hora: 15:31
 Convênio: SES - ORTOPEDIA
 Responsável:
 Médico: DRA. CINTIA VALERIA DA SILVA
 Recepção: SIMONE VITORIA DE SANTANA
 Matrícula: 701205044086410
 Identidade:
 Cartão SUS: 701205044086410
 Paciente: 123744 MARIA DAS DORES DOS SANTOS ARRUDA
 Sexo: FEMININO Cor:
 Nascimento: 10/09/1971 - 47 Anos e 4 Meses
 Est. Civil:
 Endereço: SÍTIO LAGOA DO MILHO, C.P.F.
 Bairro: ZONA RURAL CEP: 6092406 SSP PE
 IBGE/Cidade: 2805806 FREI MIGUELINHO UF: PE Telefone: 81.89248680
 Pai: SATIRO FERREIRA DOS SANTOS G. Instrução:
 Mãe: MARIA EMÍLIA DA SILVA Ocupação:
 Nacionalidade: BRASIL Naturalidade: VERTENTES
 Obs: SENHA ORT. 537174

Queixa do Paciente:

Última de acidente, com dor em
 MLE. Frac. de Ulna e

H.D.A.

Exame Físico:

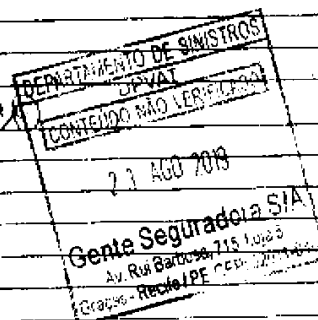
ECG

H.D.

Fratura platôsea tibial (E)
 Fratura Ulna (E)

Tratamento:

Procedimento cirúrgico



Bezerros, 08 de fevereiro de 2019

Cintia Valéria
 Assinatura e Carimbo do Médico

FICHA DE ATENDIMENTO DE INTERNAÇÃO (Complemento)

Acomodação: ENFER_02 - LEITO-01
Enfermaria: ENFERMARIA ORTOPEDICA

Recepç.: SIMONE VITORIA DE SANTANA
Matrícula: 701205044086410
Identidade:
Cartão SUS: 701205044086410

Sexo:	FEMININO	Cor:	
Est. Civil:			
C.P.F.			
Identidade:	6092406	SSP	PE
Telefone:	81.89248680		
G. Instrução:			
Ocupação:			
Naturalidade:	VERTENTES		

Recepcionista:

Motivo Alta: () Curado (X) Melhorado () A Pedido () Transferido () Evasão Morte: () Antes de 48 horas () Após 48 horas
() Assinou o termo

Alta Hospitalar

Date: 14 Dec 19

Médico:

Assinatura / CRM

João Vitor V. Costa
Traumato-Ortopedia
CRM: -5960

Transferência Hospitalar

Data: / / _____

Medico:

Assinatura / CRM

Óbito

Data: / /

Médico:

Assinatura / CRM

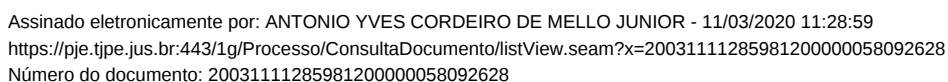
Observação

Diagnósticos

Diagnóstico Provisório:

Diagnóstico Definitivo

Diagnóstico Secundário:



EVOLUÇÃO MEDICA

MARIA DAS DORES DOS SANTOS ARRUDA

08/02/2019----PACIENTE ENCAMINHADO DO HOSPITAL REGIONAL DE CARUARU.INTERNADO PARA TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DE PLATO TIBIAL ESQUERDO E FRATURA PROXIMAL DE UMEMO ESQUERDO . ESTADO GERAL SATISFATORIO. CONSCIENTE. AFEBRIL.SOLICITADO EXAMES PRE-OPERATORIO.

João Marilton
Ortopedista
CRM 5980

09/02/2019 - VISTO EXAMES PRE-OPERATORIO. SEM ANOMALIDADES. APTO AO PROCEDIMENTO CIRURGICO.

João Marilton
Ortopedista
CRM 5980

10/02/2019 - VISTO EXAMES PRE-OPERATORIO. SEM ANOMALIDADES. APTO AO PROCEDIMENTO CIRURGICO.

João Marilton
Ortopedista
CRM 5980

11/02/2019 - VISTO EXAMES PRE-OPERATORIO. SEM ANOMALIDADES. APTO AO PROCEDIMENTO CIRURGICO.

João Marilton
Ortopedista
CRM 5980

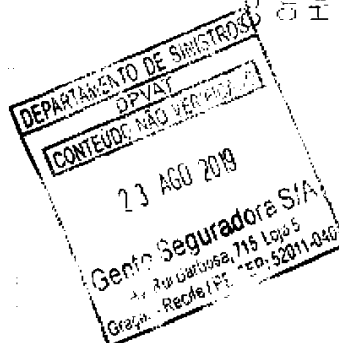
12/02/2019 - ATO CIRÚRGICO TRANSCORREU SEM ANORMALIDADES. MEDICADO E ENCAMINHADO À ENFERMARIA.

13/02/2019 - PACIENTE NO 1º DIA POS-OPERATORIO COM BOA EVOLUÇÃO, AFEBRIL, LÚCIDO. RETIRADO O DRENO E TROCADO OS CURATIVOS.

João Marilton
Ortopedista
CRM 5980

14/02/2019 - PACIENTE NO 2º DIA POS-OPERATORIO COM BOA EVOLUÇÃO, AFEBRIL, LÚCIDO. RETIRADO O DRENO E TROCADO OS CURATIVOS. FISIOTERAPIA E MEDICADO PARA CASA.ALTA HOSPITALAR.

João Marilton
Ortopedista
CRM 5980



Original Recebido em
Hospital de Urgência
Paciente: Maria das Dores dos Santos Arruda
Data: 23/08/2019
Assinatura: Ana Carolina
Assistente Social
CRESS/PE Nº 4.471



RELATÓRIO CIRÚRGICO	
NOME DO PACIENTE MARIA DAS DORES DOS SANTOS ARRUDA CLÍNICA ORTOPÉDICA	NÚMERO DO REGISTRO
CIRURGIÃO JOÃO MARILTON VIEIRA COSTA	
ANESTESIA BLOQUEIO EM PLEXOBRAQUIAL	DR. ROBERTO TAVARES
DATA DA OPERAÇÃO 12/02/2019	
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO FRATURA DE PLATO TIBIAL ESQUERDO + OSTEOTOMIA + NEUROLISE	
DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO O MESMO	
OPERAÇÃO PROPOSTA TRATAMENTO CIRÚRGICO COM FIXAÇÃO + OSTEOTOMIA + ++ NEUROLISE	
OPERAÇÃO REALIZADA A MESMA	
DESCRIÇÃO DO ATO OPERATÓRIO	
CAMPO CIRÚRGICO COM POLVIDINE. REALIZAMOS MANIPULAÇÃO NA FRATURA E FIXAÇÃO COM 01 PLACA EM T 2.5 COM 02 PARAFISOS ESPONJOSOS DEN. 60 E 65 E 04 PARAFUSOS DE CORTICAL 4.5 + NEUROLISE + OSTEOTOMIA LAVAGEM DE FERIDA OPERATÓRIA CURATIVO E APARELHO GESSADO AXILOPALMAR	

João Marilton
Ortopedista
CRM 59070

Conferido Com Original
Original Deferido
Hospital Jussara Pequeno
12/02/2019
Ana Amorim
Assistente Social
CRESS/PE Nº 4.471



FICHA DE ANESTESIA

IV-
Data: 11/03/20

NB

Anestesia: Peridural + VASO
Nome: Marcelo dos Santos Nº do Registro: _____ Nº. na Clínica: _____
Clínica: Cardiologia Quarto: _____ Leito: _____ Idade: _____ Sexo: MASC Cor: _____
Operador: Marcelo dos Santos Assist.: _____ Anestesista: Marcelo dos Santos
Diag. Preop.: _____ Diag. Posop.: _____
Op. Proposta: _____ Op. Realizada: Intubação Orally
Premedicação: _____ Hora: _____ Resultado: (MO 1-2-3) Risco 1-2-3-4
(AO 1-2-3)
de intubação de boca
+ paralisia de intubação

PRÉ - MEDICAÇÃO - DOSE - HORA - EFEITO

		15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45
AGENTES	N2O															
	O2															
Líquidos vercosos																
PA	°C	240	220	200	180	160	140	120	100	80	60	40	20			
FULSO																
ANES																
OP																
TEMP																
ASPIR																
RESP																
Exponi																
Assist																
Civita																

SÍMBOLOS

AGENTES	DOSES	TÉCNICA
A. <i>Propofol</i>		<i>Propofol</i>
B. <i>Fentanyl</i>		<i>Fentanyl</i>
C. <i>Atropina</i>		<i>Atropina</i>
D. <i>Lidocaína</i>		<i>Lidocaína</i>
E. <i>Sufentanil</i>		
F. <i>Clonidina</i>		
G. <i>Fentanyl</i>		
H. <i>Lidocaína</i>		
I. <i>Amidat</i>		
J. <i>Propofol</i>		
K. <i>Propofol</i>		
L. <i>Propofol</i>		
M. <i>Propofol</i>		
N. <i>Propofol</i>		
O. <i>Propofol</i>		
P. <i>Propofol</i>		
Q. <i>Propofol</i>		
R. <i>Propofol</i>		
S. <i>Propofol</i>		
T. <i>Propofol</i>		
U. <i>Propofol</i>		
V. <i>Propofol</i>		
W. <i>Propofol</i>		
X. <i>Propofol</i>		
Y. <i>Propofol</i>		
Z. <i>Propofol</i>		
AA. <i>Propofol</i>		
AB. <i>Propofol</i>		
AC. <i>Propofol</i>		
AD. <i>Propofol</i>		
AE. <i>Propofol</i>		
AF. <i>Propofol</i>		
AG. <i>Propofol</i>		
AH. <i>Propofol</i>		
AI. <i>Propofol</i>		
AJ. <i>Propofol</i>		
AK. <i>Propofol</i>		
AL. <i>Propofol</i>		
AM. <i>Propofol</i>		
AN. <i>Propofol</i>		
AO. <i>Propofol</i>		
AP. <i>Propofol</i>		
AQ. <i>Propofol</i>		
AR. <i>Propofol</i>		
AS. <i>Propofol</i>		
AT. <i>Propofol</i>		
AU. <i>Propofol</i>		
AV. <i>Propofol</i>		
AW. <i>Propofol</i>		
AX. <i>Propofol</i>		
AY. <i>Propofol</i>		
AZ. <i>Propofol</i>		
BA. <i>Propofol</i>		
BB. <i>Propofol</i>		
BC. <i>Propofol</i>		
BD. <i>Propofol</i>		
BE. <i>Propofol</i>		
BF. <i>Propofol</i>		
BG. <i>Propofol</i>		
BH. <i>Propofol</i>		
BI. <i>Propofol</i>		
BJ. <i>Propofol</i>		
BK. <i>Propofol</i>		
BL. <i>Propofol</i>		
BM. <i>Propofol</i>		
BN. <i>Propofol</i>		
BO. <i>Propofol</i>		
BP. <i>Propofol</i>		
BQ. <i>Propofol</i>		
BR. <i>Propofol</i>		
BS. <i>Propofol</i>		
BT. <i>Propofol</i>		
BU. <i>Propofol</i>		
BV. <i>Propofol</i>		
BW. <i>Propofol</i>		
BX. <i>Propofol</i>		
BY. <i>Propofol</i>		
BZ. <i>Propofol</i>		
CA. <i>Propofol</i>		
CB. <i>Propofol</i>		
CC. <i>Propofol</i>		
CD. <i>Propofol</i>		
CE. <i>Propofol</i>		
CF. <i>Propofol</i>		
CG. <i>Propofol</i>		
CH. <i>Propofol</i>		
CI. <i>Propofol</i>		
CJ. <i>Propofol</i>		
CK. <i>Propofol</i>		
CL. <i>Propofol</i>		
CM. <i>Propofol</i>		
CN. <i>Propofol</i>		
CO. <i>Propofol</i>		
CP. <i>Propofol</i>		
CQ. <i>Propofol</i>		
CR. <i>Propofol</i>		
CS. <i>Propofol</i>		
CT. <i>Propofol</i>		
CU. <i>Propofol</i>		
CV. <i>Propofol</i>		
CW. <i>Propofol</i>		
CX. <i>Propofol</i>		
CY. <i>Propofol</i>		
CZ. <i>Propofol</i>		
DA. <i>Propofol</i>		
DB. <i>Propofol</i>		
DC. <i>Propofol</i>		
DD. <i>Propofol</i>		
DE. <i>Propofol</i>		
DF. <i>Propofol</i>		
DG. <i>Propofol</i>		
DH. <i>Propofol</i>		
DI. <i>Propofol</i>		
DJ. <i>Propofol</i>		
DK. <i>Propofol</i>		
DL. <i>Propofol</i>		
DM. <i>Propofol</i>		
DN. <i>Propofol</i>		
DO. <i>Propofol</i>		
DP. <i>Propofol</i>		
DQ. <i>Propofol</i>		
DR. <i>Propofol</i>		
DS. <i>Propofol</i>		
DT. <i>Propofol</i>		
DU. <i>Propofol</i>		
DV. <i>Propofol</i>		
DW. <i>Propofol</i>		
DX. <i>Propofol</i>		
DY. <i>Propofol</i>		
DZ. <i>Propofol</i>		
EA. <i>Propofol</i>		
EB. <i>Propofol</i>		
EC. <i>Propofol</i>		
ED. <i>Propofol</i>		
EE. <i>Propofol</i>		
EF. <i>Propofol</i>		
EG. <i>Propofol</i>		
EH. <i>Propofol</i>		
EI. <i>Propofol</i>		
EJ. <i>Propofol</i>		
EK. <i>Propofol</i>		
EL. <i>Propofol</i>		
EM. <i>Propofol</i>		
EN. <i>Propofol</i>		
EO. <i>Propofol</i>		
EP. <i>Propofol</i>		
EQ. <i>Propofol</i>		
ER. <i>Propofol</i>		
ES. <i>Propofol</i>		
ET. <i>Propofol</i>		
EU. <i>Propofol</i>		
EV. <i>Propofol</i>		
EW. <i>Propofol</i>		
EX. <i>Propofol</i>		
EY. <i>Propofol</i>		
EZ. <i>Propofol</i>		
FA. <i>Propofol</i>		
FB. <i>Propofol</i>		
FC. <i>Propofol</i>		
FD. <i>Propofol</i>		
FE. <i>Propofol</i>		
FF. <i>Propofol</i>		
FG. <i>Propofol</i>		
FH. <i>Propofol</i>		
FI. <i>Propofol</i>		
FJ. <i>Propofol</i>		
FK. <i>Propofol</i>		
FL. <i>Propofol</i>		
FM. <i>Propofol</i>		
FN. <i>Propofol</i>		
FO. <i>Propofol</i>		
FP. <i>Propofol</i>		
FQ. <i>Propofol</i>		
FR. <i>Propofol</i>		
FS. <i>Propofol</i>		
FT. <i>Propofol</i>		
FU. <i>Propofol</i>		
FV. <i>Propofol</i>		
FW. <i>Propofol</i>		
FX. <i>Propofol</i>		
FY. <i>Propofol</i>		
FZ. <i>Propofol</i>		
GA. <i>Propofol</i>		
GB. <i>Propofol</i>		
GC. <i>Propofol</i>		
GD. <i>Propofol</i>		
GE. <i>Propofol</i>		
GF. <i>Propofol</i>		
GG. <i>Propofol</i>		
GH. <i>Propofol</i>		
GI. <i>Propofol</i>		
GJ. <i>Propofol</i>		
GK. <i>Propofol</i>		
GL. <i>Propofol</i>		
GM. <i>Propofol</i>		
GN. <i>Propofol</i>		
GO. <i>Propofol</i>		
GP. <i>Propofol</i>		
GQ. <i>Propofol</i>		
GR. <i>Propofol</i>		
GS. <i>Propofol</i>		
GT. <i>Propofol</i>		
GU. <i>Propofol</i>		
GV. <i>Propofol</i>		
GW. <i>Propofol</i>		
GX. <i>Propofol</i>		
GY. <i>Propofol</i>		
GZ. <i>Propofol</i>		
HA. <i>Propofol</i>		
HB. <i>Propofol</i>		
HC. <i>Propofol</i>		
HD. <i>Propofol</i>		
HE. <i>Propofol</i>		
HF. <i>Propofol</i>		
HG. <i>Propofol</i>		
HH. <i>Propofol</i>		
HI. <i>Propofol</i>		
HJ. <i>Propofol</i>		
HK. <i>Propofol</i>		
HL. <i>Propofol</i>		
HM. <i>Propofol</i>		
HN. <i>Propofol</i>		
HO. <i>Propofol</i>		
HP. <i>Propofol</i>		
HQ. <i>Propofol</i>		
HR. <i>Propofol</i>		
HS. <i>Propofol</i>		
HT. <i>Propofol</i>		
HU. <i>Propofol</i>		
HV. <i>Propofol</i>		
HW. <i>Propofol</i>		
HX. <i>Propofol</i>		
HY. <i>Propofol</i>		
HZ. <i>Propofol</i>		
IA. <i>Propofol</i>		
IB. <i>Propofol</i>		
IC. <i>Propofol</i>		
ID. <i>Propofol</i>		
IE. <i>Propofol</i>		
IF. <i>Propofol</i>		
IG. <i>Propofol</i>		
IH. <i>Propofol</i>		
II. <i>Propofol</i>		
IJ. <i>Propofol</i>		
IK. <i>Propofol</i>		
IL. <i>Propofol</i>		
IM. <i>Propofol</i>		
IN. <i>Propofol</i>		
IO. <i>Propofol</i>		
IP. <i>Propofol</i>		
IQ. <i>Propofol</i>		
IR. <i>Propofol</i>		
IS. <i>Propofol</i>		
IT. <i>Propofol</i>		
IU. <i>Propofol</i>		
IV. <i>Propofol</i>		
IW. <i>Propofol</i>		
IX. <i>Propofol</i>		
IY. <i>Propofol</i>		
IZ. <i>Propofol</i>		
JA. <i>Propofol</i>		
JB. <i>Propofol</i>		
JC. <i>Propofol</i>		
JD. <i>Propofol</i>		
JE. <i>Propofol</i>		
JF. <i>Propofol</i>		
JG. <i>Propofol</i>		
JH. <i>Propofol</i>		
JI. <i>Propofol</i>		
JJ. <i>Propofol</i>		
JK. <i>Propofol</i>		
JL. <i>Propofol</i>		
JM. <i>Propofol</i>		
JN. <i>Propofol</i>		
JO. <i>Propofol</i>		
JP. <i>Propofol</i>		
JQ. <i>Propofol</i>		
JR. <i>Propofol</i>		
JS. <i>Propofol</i>		
JT. <i>Propofol</i>		
JU. <i>Propofol</i>		
JV. <i>Propofol</i>		
JW. <i>Propofol</i>		
JX. <i>Propofol</i>		
JY. <i>Propofol</i>		
JZ. <i>Propofol</i>		
KA. <i>Propofol</i>		
KB. <i>Propofol</i>		
KC. <i>Propofol</i>		
KD. <i>Propofol</i>		
KE. <i>Propofol</i>		
KF. <i>Propofol</i>		
KG. <i>Propofol</i>		
KH. <i>Propofol</i>		
KI. <i>Propofol</i>		
KJ. <i>Propofol</i>		
KK. <i>Propofol</i>		
KL. <i>Propofol</i>		
KM. <i>Propofol</i>		
KN. <i>Propofol</i>		
KO. <i>Propofol</i>		
KP. <i>Propofol</i>		
KQ. <i>Propofol</i>		
KR. <i>Propofol</i>		
KS. <i>Propofol</i>		
KT. <i>Propofol</i>		
KU. <i>Propofol</i>		
KV. <i>Propofol</i>		
KW. <i>Propofol</i>		
KX. <i>Propofol</i>		
KY. <i>Propofol</i>		
KZ. <i>Propofol</i>		
LA. <i>Propofol</i>		
LB. <i>Propofol</i>		
LC. <i>Propofol</i>		
LD. <i>Propofol</i>		
LE. <i>Propofol</i>		
LF. <i>Propofol</i>		
LG. <i>Propofol</i>		
LH. <i>Propofol</i>		
LI. <i>Propofol</i>		
LJ. <i>Propofol</i>		
LK. <i>Propofol</i>		
LM. <i>Propofol</i>		
LN. <i>Propofol</i>		
LO. <i>Propofol</i>		
LP. <i>Propofol</i>		
LQ. <i>Propofol</i>		
LR. <i>Propofol</i>		
LS. <i>Propofol</i>		
LT. <i>Propofol</i>		
LU. <i>Propofol</i>		
LV. <i>Propofol</i>		
LW. <i>Propofol</i>		
LX. <i>Propofol</i>		
LY. <i>Propofol</i>		
LZ. <i>Propofol</i>		
MA. <i>Propofol</i>		
MB. <i>Propofol</i>		
MC. <i>Propofol</i>		
MD. <i>Propofol</i>		
ME. <i>Propofol</i>		
MF. <i>Propofol</i>		
MG. <i>Propofol</i>		
MH. <i>Propofol</i>		
MI. <i>Propofol</i>		
MJ. <i>Propofol</i>		
MK. <i>Propofol</i>		
ML. <i>Propofol</i>		
MM. <i>Propofol</i>		
MN. <i>Propofol</i>		
MO. <i>Propofol</i>		
MP. <i>Propofol</i>		
MQ. <i>Propofol</i>		
MR. <i>Propofol</i>		
MS. <i>Propofol</i>		
MT. <i>Propofol</i>		
MU. <i>Propofol</i>		
MV. <i>Propofol</i>		
MW. <i>Propofol</i>		
MX. <i>Propofol</i>		
MY. <i>Propofol</i>		
MZ. <i>Propofol</i>		
NA. <i>Propofol</i>		
NB. <i>Propofol</i>		
NC. <i>Propofol</i>		
ND. <i>Propofol</i>		
NE. <i>Propofol</i>		
NF. <i>Propofol</i>		
NG. <i>Propofol</i>		
NH. <i>Propofol</i>		
NI. <i>Propofol</i>		
NJ. <i>Propofol</i>		
NK. <i>Propofol</i>		
NL. <i>Propofol</i>		
NM. <i>Propofol</i>		
NN. <i>Propofol</i>		
NO. <i>Propofol</i>		
NP. <i>Propofol</i>		
NQ. <i>Propofol</i>		
NR. <i>Propofol</i>		
NS. <i>Propofol</i>		
NT. <i>Propofol</i>		
NU. <i>Propofol</i>		
NV. <i>Propofol</i>		
NW. <i>Propofol</i>		
NX. <i>Propofol</i>		
NY. <i>Propofol</i>		
NZ. <i>Propofol</i>		
OA. <i>Propofol</i>		
OB. <i>Propofol</i>		
OC. <i>Propofol</i>		
OD. <i>Propofol</i>		
OE. <i>Propofol</i>		
OF. <i>Propofol</i>		
OG. <i>Propofol</i>		
OH. <i>Propofol</i>		
OI. <i>Propofol</i>		
OJ. <i>Propofol</i>		
OK. <i>Propofol</i>		
OL. <i>Propofol</i>		
OM. <i>Propofol</i>		
ON. <i>Propofol</i>		
OO. <i>Propofol</i>		
OP. <i>Propofol</i>		
OQ. <i>Propofol</i>		
OR. <i>Propofol</i>		
OS. <i>Propofol</i>		
OT. <i>Propofol</i>		
OU. <i>Propofol</i>		
OV. <i>Propofol</i>		
OW. <i>Propofol</i>		
OX. <i>Propofol</i>		
OY. <i>Propofol</i>		
OZ. <i>Propofol</i>		
PA. <i>Propofol</i>		
PB. <i>Propofol</i>		
PC. <i>Propofol</i>		
PD. <i>Propofol</i>		
PE. <i>Propofol</i>		
PF. <i>Propofol</i>		
PG. <i>Propofol</i>		
PH. <i>Propofol</i>		
PI. <i>Propofol</i>		
PJ. <i>Propofol</i>		
PK. <i>Propofol</i>		
PL. <i>Propofol</i>		
PM. <i>Propofol</i>		
PN. <i>Propofol</i>		
PO. <i>Propofol</i>		
PP. <i>Propofol</i>		
PQ. <i>Propofol</i>		
PR. <i>Propofol</i>		
PS. <i>Propofol</i>		
PT. <i>Propofol</i>		
PU. <i>Propofol</i>		
PV. <i>Propofol</i>		
PW. <i>Propofol</i>		
PX. <i>Propofol</i>		
PY. <i>Propofol</i>		
PZ. <i>Propofol</i>		
QA. <i>Propofol</i>		
QB. <i>Propofol</i>		
QC. <i>Propofol</i>		
QD. <i>Propofol</i>		
QE. <i>Propofol</i>		
QF. <i>Propofol</i>		
QG. <i>Propofol</i>		
QH. <i>Propofol</i>		
QI. <i>Propofol</i>		
QJ. <i>Propofol</i>		
QK. <i>Propofol</i>		
QL. <i>Propofol</i>		
QM. <i>Propofol</i>		
QN. <i>Propofol</i>		
QO. <i>Propofol</i>		
QP. <i>Propofol</i>		
QQ.		



JESUS REQUENING

TESTE
TIPO S1 IBO 11148-1
L012 CL 651820
05-JUN-2020

Referência: XXXXXXXXXX
Atividade de ECTOP (excluído por igual ou
mais recente que a data de saída)

CATEGORIA: C-43998

MEDICAMENTOS - MATERIAIS E TAXAS USADAS

Paciente: Maria das dores dos Santos Almeida Registro Nº 123744

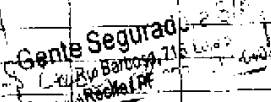
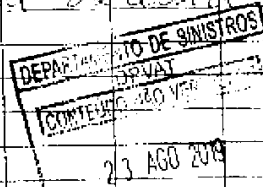
Aptº: _____ Enfermaria: _____ Data: 12/02/2019

Cirurgia: Trat. Trat. Placal Tibial E + Cirurgião: Dr. João marcelino

Anestesia: Ragene + venosa Anestesista: Dr. Roberto

Início: _____ Término: _____

Especificação	Quant.	Valor Unit.	Valor Total	Especificação	Quant.	Valor Unit.	Valor Total
Atropina				Manitol			
Adrenalina				Nalorfin			
Aminofilina				Narcan			
Água Destilada	<u>01 Amp</u>			Nipride			
Alloferine				Novamin			
Bicarbonato de Sódio				Plasil	<u>01 Amp</u>		
Cloreto de Potássio				Prostigmine			
Cloreto de Sódio				Quemicetina			
Cedilanide				Quelcin			
Decadron	<u>01 Amp</u>			Rifocina 150			
Dormonid				Rifocina 500			
Diazepan				Rocefin I. M.			
Dolantina				Rocefin I. V.			
Etrane				Revivan			
Efortil				Ringer c/ Lactato			
Fenergan				Sintocinon			
Flaxedil				Styptanon			
Fentanil <u>5ml</u>	<u>01 Amp</u>			Solu-Cortef			
Fibrase				Sulfato Magnésio			
Fluimucil				Soro Glicosado			
Furacin Sol				Soro Fisiológico <u>500ml</u>	<u>01 Amp</u>		
Furacin Pomada				Thionembatal			
Gluconato Cálcio				Xylocaina Pesada			
Glicose				Xylocaina 2% s/a			
Garamicina 80				Xylocaina 2% c/a			
Heparina 5.000				Xylocaina 1% s/a			
Halotano				Xylocaina Geléia			
Haemacel				Xylocaina Spray			
Inoval				<u>Chlorados</u>	<u>01 Amp</u>		
Keflin	<u>01 Amp</u>			<u>Depocina</u>	<u>01 Amp</u>		
Ketalar				<u>Dronoxyl</u>	<u>01 Amp</u>		
Lasix				<u>Mauvidon</u>	<u>01 Amp</u>		
Methergin				<u>Soro fisiológico</u>	<u>01 Amp</u>		
Marcaína Pesada	<u>01 Amp</u>			<u>preppel</u>	<u>01 Amp</u>		
Marcaína s/a							
Marcaína c/a							



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO FAVARES BURIL

12M-01

ANALFABETA

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

6092406

DATA DE EMISSÃO 14.04.1998

NOME MARIA DAS DORES DOS SANTOS ARRUDA

FILIAÇÃO Sâtiro Ferreira dos Santos
Maria Emilia da Silva

NATURALIDADE Vertentes-PE

DATA DE NASCIMENTO 10.09.1971

SOC PRIMÁRIO C.C.510.L.B-01.F.154v.Cart.de Vertentes-PE

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

SECRETARIA DA RECEITA FEDERAL
CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS

CIC

Nº DE INSCRIÇÃO

NOME COMPLETO Maria das DORES dos Santos Arruda.

NASCIMENTO 10/09/1971

ASSINATURA

PARA VALIDADE, CONCORRER COM A APRESENTAÇÃO DO DOCUMENTO DE IDENTIDADE

VÁLIDO EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

ESTE CARTÃO É O DOCUMENTO OBRIGATÓRIO DE AFECÇÃO NO CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS PARA USO OBRIGATÓRIO NOS CASOS LEGALMENTE DETERMINADOS PARA QUALQUER ORIENTAÇÃO DE NATUREZA TRIBUTÁRIA, FISCAL E A UNIDADE LOCAL DO DEPARTAMENTO DA RECEITA FEDERAL

CAMPO DO AGENTE EMISSOR

BANCO DO BRASIL

PROTOCOLO 07 MAI 1992

MYTRARA

SURF-DIM - PR

JOSE Nogueira Filho de Fátima

NOME, MATRÍCULA E ASSINATURA DO FUNCIONÁRIO RESPONSÁVEL PELA EMISSÃO

APROVADO POR INSTRUÇÃO NORMATIVA DO LAF

RECEBIMOS

17 JUN 2018

Gente de Segurança S/A

Av. Rio de Janeiro, nº 715 - Lda 5

Guarulhos - SP - CEP: 06011-900



PROTÓTIPO PLASTIFICADO

1421884961

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

1421884961

IDENTIFICAÇÃO

Nome: MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES

CPF: 845.234.344-04

DATA NASCIMENTO: 26/07/1974

Sexo: F

Estado: PE

Cidade: JARUÍ

Endereço: RUA JOSE GOMES DE NOVAES

CEP: 55066-000

Telefone: (081) 3333-3333

Assinatura: Maria M. Moura de A. Fernandes

Local: JARUÍ - PE

Data: 19/04/2017

Assinatura: [Assinatura]

Local: PERNAMBUCO

IDENTIFICAÇÃO

Nome: MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES

CPF: 845.234.344-04

DATA NASCIMENTO: 26/07/1974

Sexo: F

Estado: PE

Cidade: JARUÍ

Endereço: RUA JOSE GOMES DE NOVAES

CEP: 55066-000

Telefone: (081) 3333-3333

Assinatura: Maria M. Moura de A. Fernandes

Local: JARUÍ - PE

Data: 19/04/2017

Assinatura: [Assinatura]

Local: PERNAMBUCO

IDENTIFICAÇÃO

Nome: MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES

CPF: 845.234.344-04

DATA NASCIMENTO: 26/07/1974

Sexo: F

Estado: PE

Cidade: JARUÍ

Endereço: RUA JOSE GOMES DE NOVAES

CEP: 55066-000

Telefone: (081) 3333-3333

Assinatura: Maria M. Moura de A. Fernandes

Local: JARUÍ - PE

Data: 19/04/2017

Assinatura: [Assinatura]

Local: PERNAMBUCO

IDENTIFICAÇÃO

Nome: MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES

CPF: 845.234.344-04

DATA NASCIMENTO: 26/07/1974

Sexo: F

Estado: PE

Cidade: JARUÍ

Endereço: RUA JOSE GOMES DE NOVAES

CEP: 55066-000

Telefone: (081) 3333-3333

Assinatura: Maria M. Moura de A. Fernandes

Local: JARUÍ - PE

Data: 19/04/2017

Assinatura: [Assinatura]

Local: PERNAMBUCO

IDENTIFICAÇÃO

Nome: MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES

CPF: 845.234.344-04

DATA NASCIMENTO: 26/07/1974

Sexo: F

Estado: PE

Cidade: JARUÍ

Endereço: RUA JOSE GOMES DE NOVAES

CEP: 55066-000

Telefone: (081) 3333-3333

Assinatura: Maria M. Moura de A. Fernandes

Local: JARUÍ - PE

Data: 19/04/2017

Assinatura: [Assinatura]

Local: PERNAMBUCO

IDENTIFICAÇÃO

Nome: MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES

CPF: 845.234.344-04

DATA NASCIMENTO: 26/07/1974

Sexo: F

Estado: PE

Cidade: JARUÍ

Endereço: RUA JOSE GOMES DE NOVAES

CEP: 55066-000

Telefone: (081) 3333-3333

Assinatura: Maria M. Moura de A. Fernandes

Local: JARUÍ - PE

Data: 19/04/2017

Assinatura: [Assinatura]

Local: PERNAMBUCO

ASSINADO ELETRONICAMENTE POR: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 11/03/2020 11:28:59

Assinatura: [Assinatura]

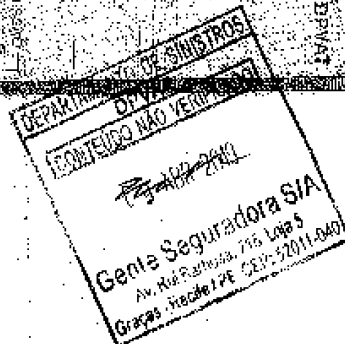
Data: 17 JUN 2020

Local: Jaruí - Pernambuco



CONTABAN		DEBTRAN	
REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL MINISTÉRIO DAS CIDADES		CONTABAN - PE CONTABILIZAÇÃO DE RESERVA E ENCARGAMENTO DE VEÍCULO VEÍCULO: 1143-487163 DATA: 13/03/2020	
VEÍCULO: 1143-487163 DATA: 13/03/2020		CONTABAN - PE CONTABILIZAÇÃO DE RESERVA E ENCARGAMENTO DE VEÍCULO VEÍCULO: 1143-487163 DATA: 13/03/2020	
CONTABAN - PE CONTABILIZAÇÃO DE RESERVA E ENCARGAMENTO DE VEÍCULO VEÍCULO: 1143-487163 DATA: 13/03/2020		CONTABAN - PE CONTABILIZAÇÃO DE RESERVA E ENCARGAMENTO DE VEÍCULO VEÍCULO: 1143-487163 DATA: 13/03/2020	
CONTABAN - PE CONTABILIZAÇÃO DE RESERVA E ENCARGAMENTO DE VEÍCULO VEÍCULO: 1143-487163 DATA: 13/03/2020		CONTABAN - PE CONTABILIZAÇÃO DE RESERVA E ENCARGAMENTO DE VEÍCULO VEÍCULO: 1143-487163 DATA: 13/03/2020	

CONTABAN		DEBTRAN	
REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL MINISTÉRIO DAS CIDADES		CONTABAN - PE CONTABILIZAÇÃO DE RESERVA E ENCARGAMENTO DE VEÍCULO VEÍCULO: 1143-487163 DATA: 13/03/2020	
CONTABAN - PE CONTABILIZAÇÃO DE RESERVA E ENCARGAMENTO DE VEÍCULO VEÍCULO: 1143-487163 DATA: 13/03/2020		CONTABAN - PE CONTABILIZAÇÃO DE RESERVA E ENCARGAMENTO DE VEÍCULO VEÍCULO: 1143-487163 DATA: 13/03/2020	
CONTABAN - PE CONTABILIZAÇÃO DE RESERVA E ENCARGAMENTO DE VEÍCULO VEÍCULO: 1143-487163 DATA: 13/03/2020		CONTABAN - PE CONTABILIZAÇÃO DE RESERVA E ENCARGAMENTO DE VEÍCULO VEÍCULO: 1143-487163 DATA: 13/03/2020	
CONTABAN - PE CONTABILIZAÇÃO DE RESERVA E ENCARGAMENTO DE VEÍCULO VEÍCULO: 1143-487163 DATA: 13/03/2020		CONTABAN - PE CONTABILIZAÇÃO DE RESERVA E ENCARGAMENTO DE VEÍCULO VEÍCULO: 1143-487163 DATA: 13/03/2020	



FREI MIGUELINHO - PE, 15 AGOSTO 2019.

À LIDER

CONVÊNIO DPVAT

ASSUNTO: REANÁLISE DO PROCESSO PELO VALOR RECEBIDO

VÍTIMA: MARIA DAS DORES DOS SANTOS ARRUDA

TIPO DE INDENIZAÇÃO: INVALIDEZ

SINISTRO n° 3190384003

Prezado Senhor(a),

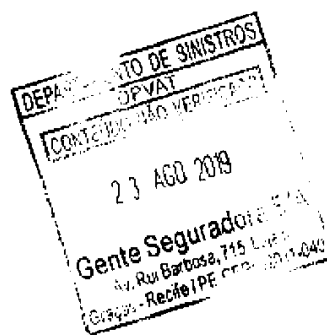
Solicito de V.Sª, que meu processo de INVALIDEZ seja REANALISADO, uma vez que eu fui vítima de acidente de trânsito, fato ocorrido no dia 05/02/2019, FRATUREI MEU OMBRO EQUERDO E MINHA TIBIA ESQUERDA fui submetida a cirurgia, fiz todo tratamento médico e mesmo assim ENCONTRO-ME ATUALMENTE COM SEQUELAS GRAVES. E mesmo diante de tudo isso liberaram para mim um valor muito inferior ao que tenho direito.

DIANTE DO EXPOSTO, solicito de V.Sª, que meu processo seja REANALISADO, para que seja marcada uma nova perícia ou para que seja liberado o valor que realmente me é de direito, uma vez que eu ainda estou com seqüelas.

Certo de vossa atenção

Fico no aguardo.

x *Maria das Dores dos Santos Arruda*
MARIA DAS DORES DOS SANTOS ARRUDA



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190384003

Cidade: Vertentes

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: MARIA DAS DORES DOS SANTOS
ARRUDA

Data do acidente: 05/02/2019

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DE TIBIA PROXIMAL A ESQUERDA E DE CLAVÍCULA ESQUERDA

Descrição do exame físico: APRESENTA INCISÃO JA CICATRIZADA EM REGIÃO ANTEROLATERAL DA PERNA ESQUERDA, COM BLOQUEIO ARTICULAR DO JOELHO EM POSTURA DE EXTENSÃO DA PERNA
APRESENTA PERDA DISCRETA DE MOBILIDADE ARTICULAR EM OMBRO COM PREJUÍZO NA ROTAÇÃO INTERNA DO OMBRO ESQUERDO

Resultados terapêuticos: APRESENTA PERDA DE MOBILIDADE ARTICULAR DO JOELHO ESQUERDO
LIMITAÇÃO MODERADA DE MOBILIDADE DO OMBRO

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU INTENSO DO JOELHO ESQUERDO E LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU RESIDUAL DO OMBRO ESQUERDO

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 12/08/2019

Conduta mantida:

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 dos ombros	25 %	Em grau residual - 10 %	2,5%	R\$ 337,50
Perda completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau intenso - 75 %	18,75%	R\$ 2.531,25
Total			21,25 %	R\$ 2.868,75



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190384003

Cidade: Vertentes

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: MARIA DAS DORES DOS SANTOS
ARRUDA

Data do acidente: 05/02/2019

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 30/08/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA PROXIMAL DO ÚMERO ESQUERDO
FRATURA DE TIBIA PROXIMAL A ESQUERDA

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO(P.6,7)- OSTEOSSÍNTESE - OMBRO ESQUERDO E JOELHO ESQUERDO
ALTA.

Sequelas permanentes: DIMINUIÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO OMBRO E JOELHO ESQUERDO

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento
faltante:

Apontamento do Laudo
do IML:

Conduta mantida: Sim

Quantificação das
sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE DA PERÍCIA MÉDICA DEBILIDADE FUNCIONAL LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU
INTENSO DO JOELHO ESQUERDO E LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU RESIDUAL DO OMBRO ESQUERDO

Documentos
complementares:

Observações: REANÁLISE CONCLUÍDA, VÍTIMA INDENIZADA NESTE SINISTRO APÓS PERÍCIA MÉDICA PRESENCIAL EM
12/08/2019, EVIDENCIAMOS QUE SEQUELA JÁ FOI INDENIZADA CONFORME TABELA PREVISTA EM LEI
VIGENTE.CONDUTA MANTIDA.

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
		Total	0 %	R\$ 0,00



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190384003

Cidade: Vertentes

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: MARIA DAS DORES DOS SANTOS
ARRUDA

Data do acidente: 05/02/2019

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 08/08/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA PROXIMAL DO ÚMERO ESQUERDO(ANEXO P.5)
FRATURA DO PLATÔ TIBIAL ESQUERDO

Resultados terapêuticos: NÃO DEFINIDO

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

Nome do documento
faltante:

Apontamento do Laudo
do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das
sequelas:

Documentos
complementares:

Observações: @ (1) 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.

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 dos ombros	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Perda completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190384003

Cidade: Vertentes

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: MARIA DAS DORES DOS SANTOS
ARRUDA

Data do acidente: 05/02/2019

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 30/08/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA PROXIMAL DO ÚMERO ESQUERDO
FRATURA DE TIBIA PROXIMAL A ESQUERDA

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO(P.6,7)- OSTEOSSÍNTESE - OMBRO ESQUERDO E JOELHO ESQUERDO
ALTA.

Sequelas permanentes: DIMINUIÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO OMBRO E JOELHO ESQUERDO

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento
faltante:

Apontamento do Laudo
do IML:

Conduta mantida: Sim

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE DA PERÍCIA MÉDICA DEBILIDADE FUNCIONAL LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU
INTENSO DO JOELHO ESQUERDO E LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU RESIDUAL DO OMBRO ESQUERDO

Documentos
complementares:

Observações: REANÁLISE CONCLUÍDA, VÍTIMA INDENIZADA NESTE SINISTRO APÓS PERÍCIA MÉDICA PRESENCIAL EM
12/08/2019, EVIDENCIAMOS QUE SEQUELA JÁ FOI INDENIZADA CONFORME TABELA PREVISTA EM LEI
VIGENTE.CONDUTA MANTIDA.

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
		Total	0 %	R\$ 0,00



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190384003

Cidade: Vertentes

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: MARIA DAS DORES DOS SANTOS
ARRUDA

Data do acidente: 05/02/2019

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 22/07/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA PROXIMAL DO ÚMERO ESQUERDO
FRATURA DO PLATÔ TIBIAL ESQUERDO

Resultados terapêuticos: NÃO DEFINIDO

Sequelas permanentes:

Sequelas: Não definido

Conduta mantida:

Quantificação das
sequelas:

Documentos
complementares:

Observações: A FALTA DE APRESENTAÇÃO DA DOCUMENTAÇÃO HOSPITALAR DE INTERNAÇÃO/INTERNAMENTO INVIABILIZOU ESTABELECER A RELAÇÃO ENTRE O ACIDENTE OCORRIDO E AS SEQUELAS INFORMADAS NOS DOCUMENTOS MÉDICOS APRESENTADOS. PORTANTO, DEVE-SE APRESENTAR EM COMPLEMENTO, AS SEGUINTE ALTERNATIVAS DE DOCUMENTAÇÃO MÉDICA:

- RELATÓRIO MÉDICO DA INTERNAÇÃO/INTERNAMENTO COM DESCRIÇÃO DO TRATAMENTO REALIZADO OU EM CURSO;
- LAUDOS DE EXAMES DE IMAGEM, CASO REALIZADOS DURANTE A INTERNAÇÃO, TAIS COMO: RAIOS X, TOMOGRAFIA OU RESSONÂNCIA MAGNÉTICA E DE CONTROLE PÓS PROCEDIMENTO CIRÚRGICO OU TRATAMENTO CONSERVADOR, COM RESPECTIVA IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE SEGURADO E DATA DE REALIZAÇÃO;
- EM CASO DE CIRURGIA ENVIAR FOLHAS DO CENTRO CIRÚRGICO, DESCREVENDO PROCEDIMENTO ADOPTADO E MATERIAIS USADOS, FOLHA DE ANESTESIA, FOLHAS DE EVOLUÇÃO MÉDICA E SUMÁRIO DE ALTA.

TAIS DOCUMENTOS SÃO EMITIDOS, MEDIANTE SOLICITAÇÃO, SEM CUSTO E SÃO DE DIREITO DOS PACIENTES SUBMETIDOS AOS TRATAMENTOS NAS INSTITUIÇÕES HOSPITALARES PÚBLICAS OU PARTICULARES, SEJA EM CARÁTER DE INTERNAÇÃO OU AMBULATORIAL.

NÃO SÃO SUFICIENTES PARA ANÁLISE MÉDICA DOCUMENTAL, DOCUMENTOS, SOMENTE, EMITIDOS POR ENFERMAGEM OU OUTROS PROFISSIONAIS DA ÁREA DE SAÚDE QUE NÃO SEJAM EMITIDOS POR MÉDICOS.

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
		Total	0 %	R\$ 0,00



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190384003

Cidade: Vertentes

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: MARIA DAS DORES DOS SANTOS
ARRUDA

Data do acidente: 05/02/2019

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 08/08/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA PROXIMAL DO ÚMERO ESQUERDO(ANEXO P.5)
FRATURA DO PLATÔ TIBIAL ESQUERDO

Resultados terapêuticos: NÃO DEFINIDO

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

Nome do documento
faltante:

Apontamento do Laudo
do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das
sequelas:

Documentos
complementares:

Observações: @ (1) 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.

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 dos ombros	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Perda completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50



PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: MARIA DAS DORES DOS SANTOS ARRUDA, portadora do RG 6.092.406 SSP/PE e CPF 920.672.554-87, brasileira, analfabeta, agricultora, domiciliada e residente no Si Lagoa do Meio, 1100, Chã do Carmo, Frei Miguelinho-PE. Pelo presente instrumento particular de procuração, nomeia e constitui sua bastante procuradora a Sr^a **ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES**, brasileira, alfabetizada, auxiliar administrativo, portadora do RG 4.810.389 SSP/PE e CPF 945.234.444-04, domiciliada e residente na Rua João Batista, 370, Centro, Surubim-PE. Por sua representante legal, a quem confere amplos e ilimitados poderes e com o fim especial para representar a(o) outorgante junto a quaisquer **SEGURADORA** do consórcio de seguro obrigatório e danos pessoais do ramo **DPVAT**, tratando de todos os seus interesses e direitos com relação ao recebimento da indenização deixada pela **INVALIDEZ** sofrida pela vítima **MARIA DAS DORES DOS SANTOS ARRUDA**, portador do CPF 920.672.554-87, o qual foi vítima de acidente de trânsito, fato ocorrido no dia **05/02/2019**, podendo o seu dito procurador **APRESENTAR, FIRMAR DOCUMENTOS, DECLARAÇÕES E ASSINAR O FORMULÁRIO DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT**, receber a devida indenização, através de cheque ou dinheiro, tanto da seguradora competente, como de qualquer agência bancária do estado de Pernambuco, podendo mais representar o(s) outorgante (s) junto a quaisquer repartições pública ou bancária, passar recibos, receber, desistir, fazer acordo, assinar e requerer qualquer documento que lhe for apresentado que se relacione com o recebimento da indenização e liquidação do sinistro, enfim, praticar todos os atos necessários ao bom e fiel desempenho do presente mandato, com os poderes irrevogáveis.

FREI MIGUELINHO- PE, 23 de ABRIL de 2019.

OUTORGANTE:
Impressão digital

à rogo x Zair Ricardo do Silva

RG nº 411.09586-4
CPF nº 085.858.104-32

TESTIMONIALS:

LISTA S: Rapela Josefa de Lima
RG nº 8.467.432
CPF nº 093.005.244-70

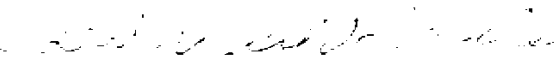
RG nº 8.407.820
CPF nº 091.757.064-23

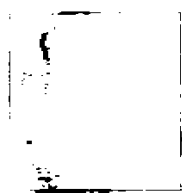
[illegible]

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: MARIA DAS DORES DOS SANTOS ARRUDA, portadora do RG nº 092.406 SSP/PE e CPF nº 920.672.554-87, brasileira, analfabeta, agricultora, domiciliada e residente no Sítio Lagoa do Meio, 1100, Chã do Carmo, Frei Miguelinho-PE. Pelo presente instrumento particular de procuração, nomeia e constitui sua bastante procuradora a **Srª ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES**, brasileira, alfabetizada, auxiliar administrativo, portadora do RG 4.810.389 SSP/PE e CPF 945.234.444-04, domiciliada e residente na Rua João Batista, 370, Centro, Surubim-PE. Por sua representante legal, a quem confere amplos e ilimitados poderes e com o fim especial para representar a(o) outorgante junto a quaisquer **SEGURADORA** do consórcio de seguro obrigatório e danos pessoais do ramo **DPVAT**, tratando de todos os seus interesses e direitos com relação ao recebimento da indenização deixada pela **INVALIDEZ** sofrida pela vítima **MARIA DAS DORES DOS SANTOS ARRUDA**, portador do CPF 920.672.554-87, o qual foi vítima de acidente de trânsito, fato ocorrido no dia **05/02/2019**, podendo o seu dito procurador **APRESENTAR, FIRMAR DOCUMENTOS, DECLARAÇÕES E ASSINAR O FORMULÁRIO DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT**, receber a devida indenização, através de cheque ou dinheiro, tanto da seguradora competente, como de qualquer agência bancária do estado de Pernambuco, podendo mais representá-la(o) outorgante (s) junto a quaisquer repartições pública ou bancária, passar e receber, desistir, fazer acordo, assinar e requerer qualquer documento que lhe for **apresentado que se relacione com o recebimento da indenização e liquidação do sinistro**, enfim, praticar todos os atos necessários ao bom e fiel desempenho do presente mandato, com os poderes irrevogáveis.

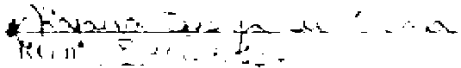
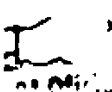
ELABORADO EM SURUBIM-PE, 17 de ABRIL de 2020.

OUTORGANTE: a cargo de 
Impressão digital

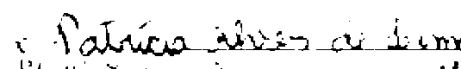
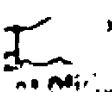


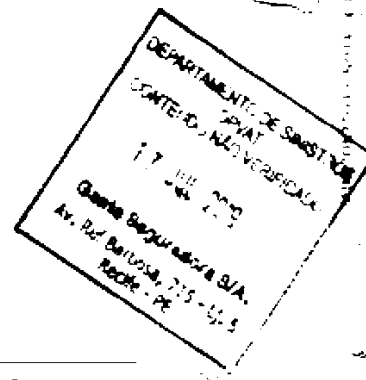
RG nº 411.2956-13
CPF nº 035.558.304-50

TESTEMUNHAS

1ª 
2ª 

RG nº 8.111.2956-13
CPF nº 035.558.304-50

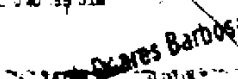
1ª 
2ª 
RG nº 8.111.2956-13
CPF nº 035.558.304-50



SERVENTIA NOTARIAL
E REGISTRAL
VIRTENTES - PE

Reconheço por autenticidade a firma de JOSE NIVALDO DA SILVA Des. H
Virtentes PE 23/04/2020

Em testemunha da verdade: AELSON SOARES BARBOSA
Substituto - Selo D-52405 AG-0464201901 20488 - E-REC-PE 3,0
TSMR-RS 580, FERC 040 -59.0.08


Aelso Soares Barbosa



DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPMAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO
17 JUL 2019
Gentle Seguradora S.A.
Av. Rui Barbosa, 715 - Lj. 5
Recife - PE

79 LABELJONGGO **RAJELONGGO DE KUNING & CO. PT. LTD.**
 100, 101, 102, 103, 104, 105, 106, 107, 108, 109, 110, 111, 112, 113, 114, 115, 116, 117, 118, 119, 120, 121, 122, 123, 124, 125, 126, 127, 128, 129, 130, 131, 132, 133, 134, 135, 136, 137, 138, 139, 140, 141, 142, 143, 144, 145, 146, 147, 148, 149, 150, 151, 152, 153, 154, 155, 156, 157, 158, 159, 160, 161, 162, 163, 164, 165, 166, 167, 168, 169, 170, 171, 172, 173, 174, 175, 176, 177, 178, 179, 180, 181, 182, 183, 184, 185, 186, 187, 188, 189, 190, 191, 192, 193, 194, 195, 196, 197, 198, 199, 200, 201, 202, 203, 204, 205, 206, 207, 208, 209, 210, 211, 212, 213, 214, 215, 216, 217, 218, 219, 220, 221, 222, 223, 224, 225, 226, 227, 228, 229, 230, 231, 232, 233, 234, 235, 236, 237, 238, 239, 240, 241, 242, 243, 244, 245, 246, 247, 248, 249, 250, 251, 252, 253, 254, 255, 256, 257, 258, 259, 260, 261, 262, 263, 264, 265, 266, 267, 268, 269, 270, 271, 272, 273, 274, 275, 276, 277, 278, 279, 280, 281, 282, 283, 284, 285, 286, 287, 288, 289, 290, 291, 292, 293, 294, 295, 296, 297, 298, 299, 300, 301, 302, 303, 304, 305, 306, 307, 308, 309, 310, 311, 312, 313, 314, 315, 316, 317, 318, 319, 320, 321, 322, 323, 324, 325, 326, 327, 328, 329, 330, 331, 332, 333, 334, 335, 336, 337, 338, 339, 340, 341, 342, 343, 344, 345, 346, 347, 348, 349, 350, 351, 352, 353, 354, 355, 356, 357, 358, 359, 360, 361, 362, 363, 364, 365, 366, 367, 368, 369, 370, 371, 372, 373, 374, 375, 376, 377, 378, 379, 380, 381, 382, 383, 384, 385, 386, 387, 388, 389, 390, 391, 392, 393, 394, 395, 396, 397, 398, 399, 400, 401, 402, 403, 404, 405, 406, 407, 408, 409, 410, 411, 412, 413, 414, 415, 416, 417, 418, 419, 420, 421, 422, 423, 424, 425, 426, 427, 428, 429, 430, 431, 432, 433, 434, 435, 436, 437, 438, 439, 440, 441, 442, 443, 444, 445, 446, 447, 448, 449, 450, 451, 452, 453, 454, 455, 456, 457, 458, 459, 460, 461, 462, 463, 464, 465, 466, 467, 468, 469, 470, 471, 472, 473, 474, 475, 476, 477, 478, 479, 480, 481, 482, 483, 484, 485, 486, 487, 488, 489, 490, 491, 492, 493, 494, 495, 496, 497, 498, 499, 500, 501, 502, 503, 504, 505, 506, 507, 508, 509, 510, 511, 512, 513, 514, 515, 516, 517, 518, 519, 520, 521, 522, 523, 524, 525, 526, 527, 528, 529, 530, 531, 532, 533, 534, 535, 536, 537, 538, 539, 540, 541, 542, 543, 544, 545, 546, 547, 548, 549, 550, 551, 552, 553, 554, 555, 556, 557, 558, 559, 560, 561, 562, 563, 564, 565, 566, 567, 568, 569, 570, 571, 572, 573, 574, 575, 576, 577, 578, 579, 580, 581, 582, 583, 584, 585, 586, 587, 588, 589, 590, 591, 592, 593, 594, 595, 596, 597, 598, 599, 600, 601, 602, 603, 604, 605, 606, 607, 608, 609, 610, 611, 612, 613, 614, 615, 616, 617, 618, 619, 620, 621, 622, 623, 624, 625, 626, 627, 628, 629, 630, 631, 632, 633, 634, 635, 636, 637, 638, 639, 640, 641, 642, 643, 644, 645, 646, 647, 648, 649, 650, 651, 652, 653, 654, 655, 656, 657, 658, 659, 660, 661, 662, 663, 664, 665, 666, 667, 668, 669, 670, 671, 672, 673, 674, 675, 676, 677, 678, 679, 680, 681, 682, 683, 684, 685, 686, 687, 688, 689, 690, 691, 692, 693, 694, 695, 696, 697, 698, 699, 700, 701, 702, 703, 704, 705, 706, 707, 708, 709, 710, 711, 712, 713, 714, 715, 716, 717, 718, 719, 720, 721, 722, 723, 724, 725, 726, 727, 728, 729, 730, 731, 732, 733, 734, 735, 736, 737, 738, 739, 740, 741, 742, 743, 744, 745, 746, 747, 748, 749, 750, 751, 752, 753, 754, 755, 756, 757, 758, 759, 760, 761, 762, 763, 764, 765, 766, 767, 768, 769, 770, 771, 772, 773, 774, 775, 776, 777, 778, 779, 780, 781, 782, 783, 784, 785, 786, 787, 788, 789, 790, 791, 792, 793, 794, 795, 796, 797, 798, 799, 800, 801, 802, 803, 804, 805, 806, 807, 808, 809, 810, 811, 812, 813, 814, 815, 816, 817, 818, 819, 820, 821, 822, 823, 824, 825, 826, 827, 828, 829, 830, 831, 832, 833, 834, 835, 836, 837, 838, 839, 840, 841, 842, 843, 844, 845, 846, 847, 848, 849, 850, 851, 852, 853, 854, 855, 856, 857, 858, 859, 860, 861, 862, 863, 864, 865, 866, 867, 868, 869, 870, 871, 872, 873, 874, 875, 876, 877, 878, 879, 880, 881, 882, 883, 884, 885, 886, 887, 888, 889, 890, 891, 892, 893, 894, 895, 896, 897, 898, 899, 900, 901, 902, 903, 904, 905, 906, 907, 908, 909, 910,

DECLARAÇÃO DE AUTENTICIDADE: firmada de: JUPATRICIA ALVES DE
SILVA
Data: 20 de abril de 2017 - 09:11h
Em Testemunha da verdade,
Elizabete de Jesus da Silva
Total: 4,76€
SOB Selo com SELLO DE AUTENTICIDADE
Telefone: 00351 21 0010191.01380-Rua Sete de Setembro, n.º 10
Centro - SURUBINYE

171296

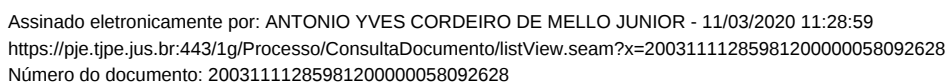


PARABOLIZADO **TABULADO DE NOTAS E RITMOS**
 Para quem quer aprender a tocar violão, este é o livro ideal. Com 100 páginas, ele contém 100 tablaturas de violão, cada uma com uma música diferente. As músicas são de estilos variados, como rock, pop, blues, jazz, etc. O livro é dividido em 10 capítulos, cada um com 10 músicas. Cada música é acompanhada de uma explicação detalhada sobre a técnica utilizada para tocá-la. O livro é ideal para quem está começando a aprender a tocar violão, mas também pode ser útil para quem já toca e quer aprender novas técnicas.

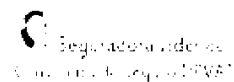
Seccionados por: **SECRETARIA DE SAUDE** 1 formulário dos: **11 RAFAELA JOSEFA DE**
 Sou fe. Sur, **sexta-feira, 29 de abril de 2016 - 09:09**
 Em Testemunha da **verdade**
 Elza Teodoro **Substituta**
 Total: 4,79 **Substituta**
 Selo de Autenticidade: **Selo de Autenticidade**
 Selo: 0073402040000201901.61379-Rua Sete de Setembro
 Centro - **SUBSTITUA**

121295

19:07
Rue São João
Taboão do
Bomfim
São Paulo - SP



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0205067/19

Número do Sinistro: 3190384003

Vítima: MARIA DAS DORES DOS SANTOS ARRUDA,

CPF: 920.672.554-87

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

Data do acidente: 05/02/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: MARIA DAS DORES DOS SANTOS ARRUDA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Documentação médico-hospitalar

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: 06/08/2019

Nome: ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES

CPF: 945.234.444-04

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 06/08/2019

Nome: JULIANA BEZERRA DE LUNA

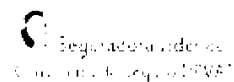
CPF: 114.202.964-69

ANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES

JULIANA BEZERRA DE LUNA



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0205067/19

Número do Sinistro: 3190384003

Vítima: MARIA DAS DORES DOS SANTOS ARRUDA,

CPF: 920.672.554-87

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

Data do acidente: 05/02/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: MARIA DAS DORES DOS SANTOS ARRUDA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Documentação médico-hospitalar

Outros

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: 23/08/2019

Nome: ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES

CPF: 945.234.444-04

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 23/08/2019

Nome: JULIANA BEZERRA DE LUNA

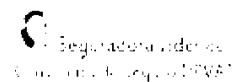
CPF: 114.202.964-69

ANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES

JULIANA BEZERRA DE LUNA



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0205067/19

Vítima: MARIA DAS DORES DOS SANTOS ARRUDA,

CPF: 920.672.554-87

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

Data do acidente: 05/02/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: MARIA DAS DORES DOS SANTOS ARRUDA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES : 945.234.444-04

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

MARIA DAS DORES DOS SANTOS ARRUDA : 920.672.554-87

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: 17/06/2019
Nome: ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES
CPF: 945.234.444-04

Responsável pelo cadastramento na seguradora

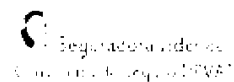
Data do cadastramento: 17/06/2019
Nome: Isabelly Antonia dos Santos Ursulino
CPF: 106.719.384-79

ANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Isabelly Antonia dos Santos Ursulino



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0205067/19

Número do Sinistro: 3190384003

Vítima: MARIA DAS DORES DOS SANTOS ARRUDA,

CPF: 920.672.554-87

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

Data do acidente: 05/02/2019

Titular do CPF: MARIA DAS DORES DOS SANTOS ARRUDA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência

Comprovação de ato declaratório

Declaração de Inexistência de IML

ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES : 945.234.444-04

Procuração

MARIA DAS DORES DOS SANTOS ARRUDA : 920.672.554-87

Autorização de pagamento

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: 17/07/2019

Nome: ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES

CPF: 945.234.444-04

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 17/07/2019

Nome: Marta Marinho dos Santos

CPF: 492.294.514-87

ANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Marta Marinho dos Santos





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site 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, 18 de Junho de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190384003

Vítima: MARIA DAS DORES DOS SANTOS ARRUDA

Data do Acidente: 05/02/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), MARIA DAS DORES DOS SANTOS ARRUDA

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, contatos 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 nº 14468173





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site 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, 18 de Junho de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190384003

Vítima: MARIA DAS DORES DOS SANTOS ARRUDA

Data do Acidente: 05/02/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), MARIA DAS DORES DOS SANTOS ARRUDA

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Autorização de pagamento incompleto(a), necessário apresentar o documento completo sem rasuras ou abreviações.

Boletim de ocorrência incorreto(a), necessário verificar as informações e apresentar o documento com os dados corretos.

Declaração de Inexistência de IML incompleto(a), necessário apresentar o documento completo sem rasuras ou abreviações.

Comprovação de ato declaratório incorreto(a), necessário verificar as informações e apresentar o documento com os dados corretos.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 01461/01462 - carta_03 - INVALIDEZ

00050731



Carta nº 14468174





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site 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, 22 de Julho de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190384003

Vítima: MARIA DAS DORES DOS SANTOS ARRUDA

Data do Acidente: 05/02/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), MARIA DAS DORES DOS SANTOS ARRUDA

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Documentação médico-hospitalar

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 01947/01948 - carta_03 - INVALIDEZ

00060974



Carta nº 14594523





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site 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, 09 de Agosto de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190384003

Vítima: MARIA DAS DORES DOS SANTOS ARRUDA

Data do Acidente: 05/02/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), MARIA DAS DORES DOS SANTOS ARRUDA

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, foi verificada a necessidade de realização de avaliação médica presencial para a identificação e/ou enquadramento da invalidez permanente de acordo com a tabela prevista na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do seu pedido fica interrompido e sua contagem será reiniciada após a emissão do laudo da avaliação médica.

O não comparecimento à avaliação médica agendada poderá gerar o cancelamento do pedido do Seguro DPVAT.

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

Pag. 01719/01720 - carta_02 - INVALIDEZ

00010860



Carta nº 14687500





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site 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, 18 de Agosto de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190384003

Vítima: MARIA DAS DORES DOS SANTOS ARRUDA

Data do Acidente: 05/02/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), MARIA DAS DORES DOS SANTOS ARRUDA

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 2.868,75

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos ombros
25%

Graduação: Em grau residual 10%

% Invalidez Permanente DPVAT: (10% de 25%) 2,50%

Valor a indenizar: 2,50% x 13.500,00 = R\$ 337,50

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

Graduação: Em grau intenso 75%

% Invalidez Permanente DPVAT: (75% de 25%) 18,75%

Valor a indenizar: 18,75% x 13.500,00 = R\$ 2.531,25

Recebedor: MARIA DAS DORES DOS SANTOS ARRUDA

Valor: R\$ 2.868,75

Banco: 237

Agência: 000000835-4

Conta: 0000021618-6

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, retorne 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.

Atenciosamente,





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site 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, 30 de Agosto de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190384003 Vítima: MARIA DAS DORES DOS SANTOS ARRUDA

Data do Acidente: 05/02/2019 Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Assunto: REANÁLISE DO PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), MARIA DAS DORES DOS SANTOS ARRUDA

Após revisão da Análise Médica Documental ou perícia em 30/08/2019, verificou-se que a lesão permanente apresentada já foi adequadamente indenizada, nos termos da Lei nº 6.194, de 1974, não tendo sido identificado agravamento da invalidez permanente da vítima, ou nova lesão permanente decorrente do mesmo acidente de trânsito.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para você

Pag. 01445/01446 - carta_09 - INVALIDEZ

00010723



Carta nº 147/9947





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

☐ DAVIS (DESPESES DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)☒ INVALIDEZ PERMANENTE☐ MORTE

Nº do sinistro no AS:

CPF da vítima:

Nome completo da vítima:

920.672.554-87 MARIA DAS DORES DOS SANTOS ARRUDA

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VITÍMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSP Nº 003/2012

Nome completo:

MARIA DAS DORES DOS SANTOS ARRUDA

Profissão:

RECEIHA

Endereço:

SILAGOA DO MEIO

Estado:

CHÃO CARMO

Cidade:

FELI MIGUELINHO

Estado:

PE

CPF:

920.672.554-87

Número:

1300

Complemento:

CASA

CPF:

55780-000

Tel. (DDD):

(81) 9700-1998

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

RENDIA MENSAL:

☒ NUNCA 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 BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

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

Nome do BANCO: BRADESCO

AGÊNCIA:

0835

CONTA:

4

AGÊNCIA:

0835

CONTA:

24648

(informar o dígito se existir)

(informar o dígito se existir)

(informar o dígito se existir)

(informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar no banco bancário informado, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e ciente, 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 recebimento 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 acima, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, considerando, desde já, que me responsabilizo pelas custas da Seguradora Líder para verificação da existência e qualificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.154/74, art. 14, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia do direito de contestá-la, caso discordo de seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICO BENEFICIÁRIO - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Situação civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima:

Grau de Parentesco com a vítima:

Vítima deixou companheira(o): ☐ Sim ☐ Não

Se a vítima deixou companheira(o), informar o nome completo:

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não

Se tenha filhos, informar quantos:

Vivos:

Falecidos:

Vítima deixou

nascituro (ou nascer)?

☐ Sim ☐ Não

Vítima deixou

pais/avós vivos?

☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso ocorra, a indenização do Seguro DPVAT que não é a mesma das indenizações que se apresentam e porem em este formulário, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, a fim de responder solidariamente em razão do artigo 205 do Código Penal.

Assinatura da vítima/beneficiário

Local e Data: FELI MIGUELINHO, PE, 12/06/19

Nome: JOSE NIVALDO DA SILVA

CPF: 085.888.104-32

Assinatura: JOSE NIVALDO DA SILVA

(*) Assinatura de quem assina a RECIBO

TESTEMUNHAS

1ª Nome: RAFAELA JOSEFA DE LIMA

CPF: 093.005.244-70

Assinatura: RAFAELA JOSEFA DE LIMA

Assinatura

2ª Nome: PATRICIA ALVES DE LIMA

CPF: 091.757.064-23

Assinatura: PATRICIA ALVES DE LIMA

Assinatura

Assinatura da vítima/beneficiário (devidor)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizada deverá escolher outra pessoa alfabetizada e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, a SFU RCGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar fidedignidade ao teor do referido, antes do preenchimento e assinatura.

DESSARTE ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Número do Sinistro: 3190384003
Nome do(a) Examinado(a): Maria das Dores dos Santos Arruda
Endereço do(a) Examinado(a): Si Lagoa do Meio, 1100
Cha do Carmo Frei Miguelinho PE CEP: 55780-000
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SSP / PE] 6092406
Data local do acidente: [05/02/2019]
Data local do exame: [12/08/2019] Caruaru [PE]

Resultado da Avaliação Médica

- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:
FRATURA DE TIBIA PROXIMAL A ESQUERDA E DE CLAVÍCULA ESQUERDA
- II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.
**Tratamento: TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DE PLATO TIBIAL , PLACA
TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DE CLAVÍCULA ESQUERDA FIO DE KIRCHNER
Complicações: SEM COMPLICAÇÕES DO REFERIDO ACIDENTE
Data da Alta: 02/07/2019**
- III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado:
**APRESENTA INCISÃO JA CICATRIZADA EM REGIÃO ANTEROLATERAL DA PERNA ESQUERDA, COM BLOQUEIO
ARTICULAR DO JOELHO EM POSTURA DE EXTENSÃO DA PERNA
APRESENTA PERDA DISCRETA DE MOBILIDADE ARTICULAR EM OMBRO COM PREJUÍZO NA ROTAÇÃO INTERNA DO
OMBRO ESQUERDO**
- IV. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?
(X) Sim () Não
- V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)
(X) Sim () Não
- VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:
**PERDA DE MOBILIDADE ARTICULAR EM JOELHO ESQUERDO
LIMITAÇÃO DE ROTAÇÃO DO OMBRO ESQUERDO**
Caso a resposta do item V seja "Não", concluir utilizando apenas as opções no item VII "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item VII "b"
- VII. Segundo o 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 (*).
- | | |
|--|---|
| <p>() "Vítima em tratamento"
<i>Esta avaliação médica deve ser repetida em _____ dias</i></p> | <p>() "Sem sequela permanente"
<i>(Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)</i></p> |
|--|---|
- b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.
- | | |
|---|--|
| <p>Região Corporal (Sequela):
JOELHO - Lado Esquerdo
% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio (X) 75% intensa () 100% completo</p> | <p>Região Corporal (Sequela):
OMBRO - Lado Esquerdo
% do dano: (X) 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo</p> |
| <p>Região Corporal (Sequela):
% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo</p> | <p>Região Corporal (Sequela):
% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo</p> |
- VIII. (*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.

Assinatura d(a) Médico(a) Examinador(a)
Carimbo com Nome e CRM







529160

0205067119

GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 131ª CIRCUNSCRIÇÃO - VERTENTES - DP131ªCIRC
DINTER1/17ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 19E0221000256

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 23/04/2019 às 09:34

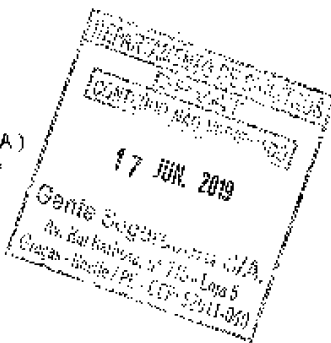
Complementa o BO Número: 19E0221000168

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia
5/2/2019 às 08:30

Fato ocorrido no endereço: **RODOVIA PE 00, 1, SÍTIO SERRA SECA** - Bairro: **CENTRO** -
VERTENTES/PERNAMBUCO/BRASIL
Local do Fato: **RODOVIA ESTADUAL**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR/AGENTE)
JOSE NIVALDO DA SILVA (NOTICIANTE)
MANOEL ROGERIO BARBOSA DA SILVA (VITIMA)
MARIA JOSÉ DE SANTANA BARBOSA (VITIMA)
EDIVALDO JOÃO SANTANA (VITIMA)
JANICLEIDE MARIA DA SILVA (VITIMA)
MARIA DAS DORES DOS SANTOS (VITIMA)



Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): MANOEL ROGERIO BARBOSA DA SILVA

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

MANOEL ROGERIO BARBOSA DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **JOSEFA BARBOSA DA SILVA** Pai: **SEBASTIÃO JOÃO DA SILVA** Data de Nascimento: **1/8/1976** Nacionalidade: **SURUBIM / PERNAMBUCO / BRASIL**
Endereço Residencial: **MUNICÍPIO DE SANTA MARIA DO CAMBUCA, 1, SÍTIO PACARÉ, Nº 376, ZONA RURAL - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - SANTA MARIA DO CAMBUCA/PERNAMBUCO/BRASIL**

DESCONHECIDO - Ramo de Atividade: **NAO INFORMADO**

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

MARIA JOSÉ DE SANTANA BARBOSA (não presente ao plantão) - Sexo: **Feminino** Mãe: **ANTONIA MARIA DE**



LIMA SANTANA Pai: **SEVERINO ANDRÉ SANTANA** Data de Nascimento: **8/12/1974** Naturalidade: **SURUBIM / PERNAMBUCO / BRASIL**
Endereço Residencial: **MUNICÍPIO DE CASINHAS, 1, SÍTIO VILA CHEUS, 130 - CEP: 0 - Bairro: ZONA RURAL - CASINHAS/PERNAMBUCO/BRASIL**

EDIVALDO JOÃO SANTANA (não presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **MARIA IZAURA DE SANTANA**
Pai: **JOÃO JOAQUIM DE SANTANA** Data de Nascimento: **30/9/1984** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**
Endereço Residencial: **MUNICÍPIO DE SANTA MARIA DO CAMBUCA, 1, SÍTIO PINTOS, 970 - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - SANTA MARIA DO CAMBUCA/PERNAMBUCO/BRASIL**

JANICLEIDE MARIA DA SILVA (não presente ao plantão) - Sexo: **Feminino** Mãe: **SEVERINA MARIA DA SILVA**
Pai: **MANOEL ANTONIO DA SILVA** Data de Nascimento: **24/4/1981** Naturalidade: **LIMOEIRO / PERNAMBUCO / BRASIL**
Endereço Residencial: **MUNICÍPIO DE SURUBIM, 1, LOTEAMENTO NOVO, EM FRENTE AO DETRAN, SURUBIM PE - CEP: 55060-000 - Bairro: CENTRO - SURUBIM/PERNAMBUCO/BRASIL**

MARIA DAS DORES DOS SANTOS (não presente ao plantão) - Sexo: **Feminino** Mãe: **MARIA EMILIA DA SILVA**
Pai: **SATIRO FENREIRA DOS SANTOS** Data de Nascimento: **10/3/1971** Naturalidade: **VERTENTES / PERNAMBUCO / BRASIL**
Endereço Residencial: **MUNICÍPIO DE FREI MIGUELINHO, 1100, SÍTIO LAGOA DO MEIO OU CHA DO CARMO - CEP: 55300-000 - Bairro: CENTRO - FREI MIGUELINHO/PERNAMBUCO/BRASIL**

JOSE NIVALDO DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **RITA LEOPOLDINA DA SILVA** Data de Nascimento: **22/6/1976** Naturalidade: **FREI MIGUELINHO / PERNAMBUCO / BRASIL**
Endereço Residencial: **MUNICÍPIO DE FREI MIGUELINHO, 1100, SÍTIO LAGOA DO MEIO OU CHA DO CARMO - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - FREI MIGUELINHO/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

VEÍCULO AUTOMOTOR (VEÍCULO) de propriedade do(a) Sr(a): **MANOEL ROGERIO BARBOSA DA SILVA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **MANOEL ROGERIO BARBOSA DA SILVA**
Categoria/Marca/Modelo: **MICROONIBUS/NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **AZUL** - Quantidade: **0 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **JTG65584** (PERNAMBUCO/SANTA MARIA DO CAMBUCA) Renavam: **633602078** Cress: **98REJ005631004087**
Ano Fabricação/Modelo: **1995/1995**

Complemento / Observação

A VÍTIMA, SR MANOEL ROGERIO BARBOSA DA SILVA, COMPARECIU A ESTA DELEGACIA INFORMANDO QUE NO DIA 05/02/2019, POR VOLTA DAS 08H30, CONDUZIA SEU VEÍCULO TOYOTA BANCHEIRANTE, DE PLACA JTG 6684, TRAFEGANDO NA PE-80, SENTIDO TORITAMA-VERTENTES, QUANDO, AO PASSAR NAS PROXIMIDADES DO SÍTIO SERRA SECA, APÓS UMA FALHA MECÂNICA NA RODA DIANTEIRA DO LADO ESQUERDO, O MESMO PERDEU O CONTROLE DO REFERIDO VEÍCULO VINDO A CAPOTAR POR VÁRIAS VEZES, CAUSANDO LESÕES GRAVES EM SUA PESSOA. ALÉM DO CONDUTOR, VIAJAVAM NO REFERIDO VEÍCULO AS VÍTIMAS QUALIFICADAS NESTE ROLETIM DE OCORRÊNCIA, TODAS SOFRERAM LESÕES, SENDO SOCORRIDAS AO HOSPITAL NOSSA SENHORA DE FÁTIMA, LOCALIZADO NA CIDADE DE TORITAMA. O SR. JOSÉ NIVALDO NESTA DATA 23/04/2019 VEIO A ESTA D.P. INFORMAR QUE SUA COMPANHEIRA (MARIA DAS DORES DOS SANTOS) ESTAVA NO ACIDENTE ACIMA CITADO, ONDE VIAJAVA COMO PASSAGEIRA, E EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE ELA SOFREU VÁRIAS LESÕES CORPORAIS GRAVES E LOGO APÓS O ACIDENTE DEU ENTRADA NO HOSPITAL MUNICIPAL DE TORITAMA, MAS DEVIDO A GRAVIDADE DOS FERIMENTOS FOI TRANSFERIDA PARA O HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE NA CIDADE DE CARLIARI E DE LÁ FOI TRANSFERIDA NOVAMENTE PARA O HOSPITAL JESUS PEQUENINO NA CIDADE DE BEZERRAS, ONDE FOI SUBMETIDA A TRATAMENTO CIRÚRGICO.

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

MANOEL ROGERIO BARBOSA DA SILVA
(VÍTIMA)

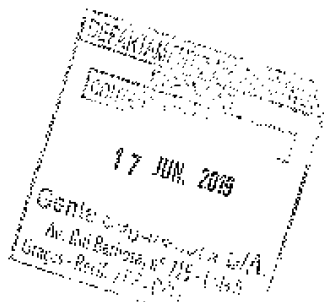


23/04/2019



JOSE NIVALDO DA SILVA
(NOTICIANTE)

B.O. registrado por: **ANDERSON EUGLEY PEREIRA DA COSTA** - Matrícula: **296784-7**





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 131ª CIRCUNSCRIÇÃO - VERTENTES - DP 131º PC/RC
DINTER 1/17º DESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº **19E0221000168**

Local e data da ocorrência: **VERTENTES - PE - 13/03/2019 às 10:14**

Nº do Boletim de Ocorrência: **19E0221000256**

ACIDENTE DE TRANSITO COM VITIMA NAO FATAL - Culposos (Consumado) - **13/03/2019 às 08:30**

Local: VERTENTES - PE - RODOVIA PE 90, 1, SÍTIO SERRA SECA - CENTRO - VERTENTES PERNAMBUCO BRASIL
Local: RODOVIA ESTADUAL

Resumo da ocorrência: **ACIDENTE DE TRANSITO**

Em 13/03/2019 às 08:30, ocorreu um acidente de trânsito na Rodovia PE 90, 1, Sítio Serra Seca - Centro - Vertentes Pernambuco Brasil. O acidente envolveu um veículo de placa XXX-XXX e outro de placa YYY-YYY. O resultado do acidente foi a colisão frontal dos veículos, resultando em danos materiais e uma vítima não fatal.

Identificação dos envolvidos:

1. Vítima: MANOEL ROGERIO BARBOSA DA SILVA (presente no plantão) - Masculino - JOSEFA BARBOSA DA SILVA - SERRASIAO JOAO DA SILVA - 16/10/1976 - SERRASIAO - SURUBIM - PERNAMBUCO BRASIL

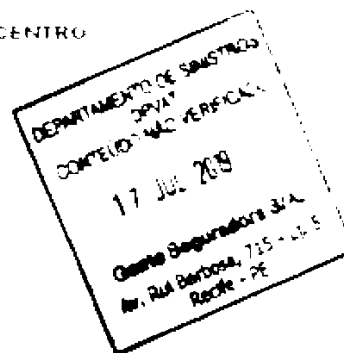
2. Testemunha: MARIA JOSE DE SANTANA BARBOSA (nao presente no plantão) - Feminino - ANTONIA MARIA DE LIMA SANTANA - SEVERINO ANDRE SANTANA - 8/12/1974 - SERRASIAO - SURUBIM - PERNAMBUCO BRASIL

3. Suspeito: NAO INFORMADO

4. Outros envolvidos: NAO INFORMADO

5. Outros envolvidos: NAO INFORMADO

6. Outros envolvidos: NAO INFORMADO



Endereço Residência: MUNICIPIO DE CASINHAS, 1, SÍTIO VILA CHEUS, 136 - CEP: 0 - Bairro: ZONA RURAL
CASINHAS PERNAMBUCO BRASIL

EDIVALDO JOAO SANTANA (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino - MARIA IZAURA DE SANTANA
JOÃO JOAQUIM DE SANTANA - Data de Nascimento: 30/9/1984 - Estado Civil: NÃO INFORMADO - PERNAMBUCO
BRASIL

Endereço Residência: MUNICIPIO DE SANTA MARIA DO CAMBUCA, 1, SÍTIO PINTOS, 970 - CEP: 55000-000 - Bairro:
CENTRO - SANTA MARIA DO CAMBUCA PERNAMBUCO BRASIL

JANICLEIDE MARIA DA SILVA (não presente ao plantão) - Sexo: Feminino - SEVERINA MARIA DA SILVA
PAULO MANOEL ANTONIO DA SILVA - Data de Nascimento: 24/4/1981 - Estado Civil: LIMOEIRO PERNAMBUCO BRASIL
Endereço Residência: MUNICIPIO DE SURUBIM, 1, LOTEAMENTO NOVO, EM FRENTE AO DETRAN, SURUBIM PE -
CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - SURUBIM PERNAMBUCO BRASIL

Endereço Residência: TORITAMA

VEICULO AUTOMOTOR (VEICULO) - Marca/Modelo: MANOEL ROGERIO BARBOSA DA SILVA -
Modelo: MANOEL ROGERIO BARBOSA DA SILVA
Tipo de Veículo: MICROONIBUS NÃO INFORMADO NÃO INFORMADO - Não
Cor: AZUL - Unidade: UNIDADE NÃO INFORMADA

Placa: JTG5534 - Registro: 633607878 - 98REJ005061003097
1995 1995

Endereço Residência: TORITAMA

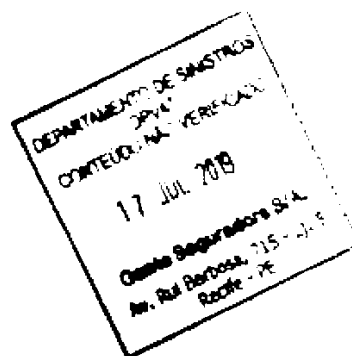
A VITIMA, SR MANOEL ROGERIO BARBOSA DA SILVA, COMPARECEU A ESTA DELEGACIA INFORMANDO QUE
NO DIA 05.02.2019, POR VOLTA DAS 08H30, CONDUZIA SEU VEICULO TOYOTA BANDEIRANTE, DE PLACA JTG
5584, TRAFEGANDO NA PE 90, SENTIDO TORITAMA-VERTENTES, QUANDO, AO PASSAR NAS PROXIMIDADES
DO SÍTIO SERRA SECA, APOS UMA FALHA MECANICA NA RODA DIANTEIRA DO LADO ESQUERDO, O MESMO
PERDEU O CONTROLE DO REFERIDO VEICULO VINDO A CAPOSTAR POR VARIAS VEZES, CAUSANDO LESOES
GRAVES EM SUA PESSOA, ALÉM DO CONDUTOR, VIAJAVAM NO REFERIDO VEICULO AS VITIMAS
QUALIFICADAS NESTE BOLETIM DE OCORRENCIA, TODAS SOFRERAM LESOES, SENDO SOCORRIDAS AO
HOSPITAL NOSSA SENHORA DE FÁTIMA, LOCALIZADO NA CIDADE DE TORITAMA.

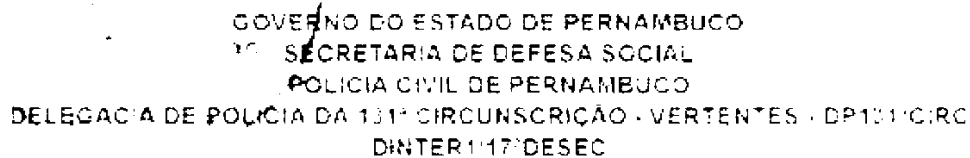
Endereço Residência: Rua Manoel José Barbosa Neto, 3869997

MANOEL ROGERIO BARBOSA DA SILVA
(VITIMA)

Valeriano José Barbosa Neto

3869997





Intendencia Regional de Asaí - Sede provincial de 08/07/2019 14:18

DEPARTAMENTO DE SIESTROS
CONTEO FINAL VERIFICADO
17 JUL 2019
Genaro Segura S/A
Av. Ruz Barboza, 715 - U. 5
Rasche - PE

LIMA SANTANA - SEVERINO ANDRE SANTANA (presente ao plantão) - 8 12 1974 - Masculino - SURUBIM
PERNAMBUCO - BRASIL
Endereço Residência: MUNICIPIO DE CASINHAS, 1, SÍTIO VILA CHEUS, 136 - CEP: 0 - Bairro: ZONA RURAL
CASINHAS PERNAMBUCO BRASIL

EDIVALDO JOAO SANTANA (nao presente ao plantão) - 24 4 1981 - Masculino - MARIA IZAURA DE SANTANA
JOAO JOAQUIM DE SANTANA (presente ao plantão) - 30 9 1984 - Feminino - NAO INFORMADO - PERNAMBUCO
BRASIL
Endereço Residência: MUNICIPIO DE SANTA MARIA DO CAMBUCA, 1, SÍTIO PINTOS, 970 - CEP: 55000-000 - Bairro:
CENTRO - SANTA MARIA DO CAMBUCA PERNAMBUCO BRASIL

JANICLEIDE MARIA DA SILVA (nao presente ao plantão) - 24 4 1981 - Feminino - SEVERINA MARIA DA SILVA
MANOEL ANTONIO DA SILVA (presente ao plantão) - 24 4 1981 - Masculino - LIMOEIRO - PERNAMBUCO - BRASIL
Endereço Residência: MUNICIPIO DE SURUBIM, 1, LOTEAMENTO NOVO, EM FRENTE AO DETRAN SURUBIM PE
CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - SURUBIM PERNAMBUCO BRASIL

MARIA DAS DORES DOS SANTOS ARRUDA (presente ao plantão) - 10 9 1971 - Feminino - MARIA EMILIA DA
SILVA - SATIRO FERREIRA DOS SANTOS (presente ao plantão) - 10 9 1971 - Masculino - VERTENTES - PERNAMBUCO
BRASIL
Endereço Residência: MUNICIPIO DE FREI MIGUELINHO, 1100, SÍTIO LAGOA DO MEIO OU CHA DO CARMO - CEP:
55000-000 - Bairro: CENTRO - FREI MIGUELINHO PERNAMBUCO BRASIL

JOSE NIVALDO DA SILVA (presente ao plantão) - 22 8 1975 - Masculino - RITA LEOPOLDINA DA SILVA -
Endereço Residência: MUNICIPIO DE FREI MIGUELINHO PERNAMBUCO - BRASIL
Endereço Residência: MUNICIPIO DE FREI MIGUELINHO, 1100, SÍTIO LAGOA DO MEIO OU CHA DO CARMO - CEP:
55000-000 - Bairro: CENTRO - FREI MIGUELINHO PERNAMBUCO BRASIL

Qualificação geral, objetiva, em português

VEICULO AUTOMOTOR (VEICULO) SE, DETENTOR DO VEICULO: MANOEL ROGERIO BARBOSA DA SILVA
Endereço Residência: MANOEL ROGERIO BARBOSA DA SILVA
Endereço Residência: MICROONIBUS NÃO INFORMADO - CEP: - Nao
A7UL - Unidade NÃO INFORMADA

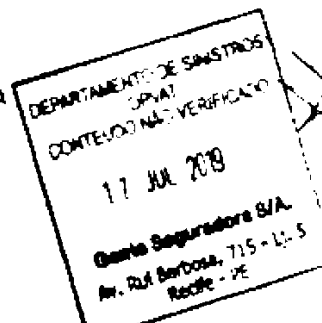
Placa: JTG5584 - Data de emissão: 1995 - 1995 - Número de identificação: 633607878 - 98REJ005081004097

Complemento: Observar

A VITIMA, SR MANOEL ROGERIO BARBOSA DA SILVA, COMPARECEU A ESTA DELEGACIA INFORMANDO QUE
NO DIA 05 07 2019, POR VOLTA DAS 08H30, CONDUZIA SEU VEICULO TOYOTA BANDEIRANTE, DE PLACA JTG
5584, TRAFEGANDO NA PE-90, SENTIDO TORITAMA VERTENTES, QUANDO, AO PASSAR NAS PROXIMIDADES DO
SÍTIO SERRA SECA, APOS UMA FALHA MECANICA NA RODA DIANTEIRA DO LADO ESQUERDO, O MESMO
PERDEU O CONTROLE DO REFERIDO VEICULO VINDO A CAPOTAR POR VARIAS VEZES, CAUSANDO LESOES
GRAVES EM SUA PESSOA, ALEM DO CONDUTOR, VIAJAVAM NO REFERIDO VEICULO AS VITIMAS
QUALIFICADAS NESTE BOLETIM DE OCORRÊNCIA, TODAS SOFRERAM LESOES, SENDO SOCORRIDAS AO
HOSPITAL NOSSA SENHORA DE FATIMA, LOCALIZADO NA CIDADE DE TORITAMA, O SR. JOSE NIVALDO NESTA
DATA 27 04 2019 VEIO A ESTA D.P. INFORMAR QUE SUA COMPANHEIRA (MARIA DAS DORES DOS SANTOS)
ESTAVA NO ACIDENTE ACIMA CITADO, ONDE VIAJAVA COMO PASSAGEIRA, E EM DECORRENCIA DO ACIDENTE
ELA SOFREU VARIAS LESOES CORPORAIS GRAVES E LOGO APOS O ACIDENTE DEU ENTRADA NO HOSPITAL
MUNICIPAL DE TORITAMA, MAS DEVIDO A GRAVIDADE DOS FERIMENTOS FOI TRANSFERIDA PARA O HOSPITAL
REGIONAL DO AGRESTE NA CIDADE DE CARUARU E DE LA FOI TRANSFERIDA NOVAMENTE PARA O HOSPITAL
JESUS PEQUENINO NA CIDADE DE BEZERROS, ONDE FOI SUBMETIDA A TRATAMENTO CIRURGICO. OBS:
COMPARECEU NESTA DATA A VITIMA TENDO APRESENTADO SUA RG. DE NUMERO 6092406 SSP PE ONDE
FICOU COMPROVADO QUE O SEU NOME CORRETO TRATA SE DE MARIA DAS DORES DOS SANTOS ARRUDA.

Assinatura do(s) preposto(s) presente(s) nesta unidade policial

MANOEL ROGERIO BARBOSA DA SILVA



(VITIMA)

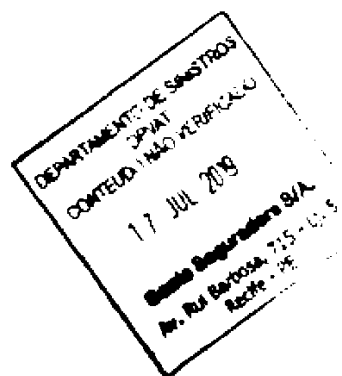
MARIA DAS DORES DOS SANTOS ARRUDA

(VITIMA)

JOSE NIVALDO DA SILVA

(NOTICIANTE)

VINICIUS DE ALENCASTRO ~~REAL~~ CORREA 2729T4.1





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

☒ INVALIDEZ PERMANENTE

☐ MORTE

Nº do sinistro no AS:

CPF da vítima:

Nome completo da vítima:

920.672.554-87 MARIA DAS DORES DOS SANTOS ARRUDA

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VITÍMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSP. Nº 400/2012

Nome completo:

MARIA DAS DORES DOS SANTOS ARRUDA

Profissão:

RECINE

Credenciado:

SILAGOA DO MEIO

Estado:

CHÃO CARMO

Cidade:

PELI MIGUELINHO

Estado:

PE

CPF:

920.672.554-87

Número:

1300

Complemento:

CASA

CPF:

55380-000

Tel. (DDD):

(81) 9700-1998

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

RENDA MENSAL:

☒ NUNCA 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 BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

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

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☐ Caixa Econômica Federal (104)

☒ CONTA CORRENTE (Finanças de bancos)

Nome do BANCO: BRADESCO

AGÊNCIA:

0835

CONTA:

4

AGÊNCIA:

0835

CONTA:

24648

6

(informar o dígito se existir)

(informar o dígito se existir)

(informar o dígito se existir)

(informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar no banco bancário informado, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e ciente, 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 recebimento 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 acima, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, considerando, desde já, que me responsabilizo pelas custas da Seguradora Líder para verificação da existência e qualificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.154/74, art. 14, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia do direito de contestá-la, caso discordo de seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICO BENEFICIÁRIO - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima:

Gravidez da vítima: ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheira(o), informar o nome completo:

Última teve filhos? ☐ Sim ☐ Não

Se tinha filhos, informar quantos:

Vivos:

Falecidos:

Se a vítima deixou companheira(o), informar o nome completo:

Vivos:

Falecidos:

Se a vítima deixou companheira(o), informar o nome completo:

Vivos:

Falecidos:

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso ocorra, a indenização do Seguro DPVAT que não é a mesma das indenizações que se apresentam e pagaram em este caso, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de restituir o valor recebido, a fim de responder pelo dano causado, conforme o artigo 205 do Código Penal.

Assinatura da vítima/beneficiário (se houver)

Local e Data: PELI MIGUELINHO, PE, 12/06/19

Nome: JOSE NIVALDO DA SILVA

CPF: 085.888.104-32

JOSE NIVALDO DA SILVA

(*) Assinatura de quem assina APLICADO

TESTEMUNHAS

1ª Nome: RAFAELA JOSEFA DE LIMA

CPF: 093.005.244-70

Rafaela Josefa de Lima

Assinatura

2ª Nome: PATRICIA ALVES DE LIMA

CPF: 091.757.064-23

Patricia Alves de Lima

Assinatura

Assinatura da vítima/beneficiário (se houver)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizada deverá escolher outra pessoa íntima, autônoma e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, a SFU RCGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar fidedignidade ao teor do referido, antes do preenchimento e assinatura.

DESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

Toritama, 15 de Abril de 2019.

Hospital Municipal Nossa Senhora de Fátima

Declaração de Atendimento Hospitalar

DECLARAÇÃO nº 086/2019

Do: Hospital Municipal Nossa Senhora de Fátima

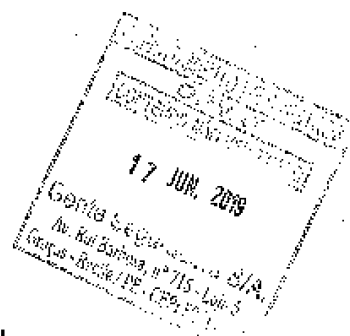
Para: **MARIA DAS DORES DOS SANTOS ARRUDA**

Venho através desta, informa que o (a) Senhor(a) **MARIA DAS DORES DOS SANTOS ARRUDA** deu entrada nesta unidade como consta na ficha de emergência sob o registro nº 000,000 no dia 05/02/2019, foi atendido e em seguida sendo TRANSFERIDO.

Sem mais para o momento.

Atenciosamente,

Mateus Tavares
Portaria 387 - SMS
Mateus Tavares
Coordenador de Unidade de Saúde



**FICHA DE
ENCAMINHAMENTO**

2ª DIA - AC PACIENTE

Por não constituir caso para tratamento nesta unidade, estamos encaminhando o paciente:

NOME DO PACIENTE Maria das Neves de Almeida

REGISTRE N°

DADE 476

RESIDENTE

PARA O HOSPITAL

SENHA 5613546

ESCLARECE SE O MESMO E PORTADO DE

facilmente vítima de coquetagem
automobilística.
Abatendo dor intensa em Tibia
() ombro ()

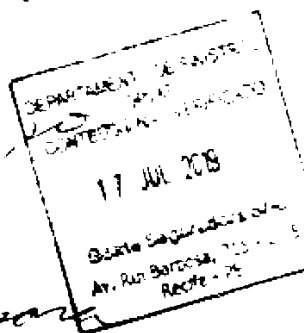
6 day conv.
+ 600 = 1100 units w
1100 - 520 = 580 units

FC - 74 ASM

$$AGV = RVE \cdot 2 + .01, AE$$

148 13.11.1944

cap. per cammellu ¹/₂ jar
M. ab. a. p. l. cammellu



DE ACORDO COM O MÉDICO

LOCAL

TORITAMA

DATA 05/12/74

ASSINATURA DO MÉDICO

OBS: - Em caso de paciente menor de idade, anotar a filiação

NOME DO C PAI

NOME DA MÃE

Av. João Manoel da Silva • Centro – Toritama - Pernambuco •
Telefone: 3741- 1192 • E-mail – admhospitaltoritama@gmail.com





HOSPITAL MUNICIPAL
NOSSA SENHORA DE FÁTIMA

PRONTUÁRIO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA



HOSPITAL MUNICIPAL
NOSSA SENHORA DE FÁTIMA

Nome do Paciente: Marcos Dos Santos De Almeida Sexo: M Data de Entrada: 05/03/2019
 RG: 47 Data de Nascimento: 27/07/1984 Naturalidade: St. Legeria De São Paulo UF: SP
 Profissão: Engenheiro Telefone: 7100-8265
 Nome da Mãe: Elaine Nome do Pai: Cláudio P. de S. S.
 Responsável: Rafael (Solteiro)

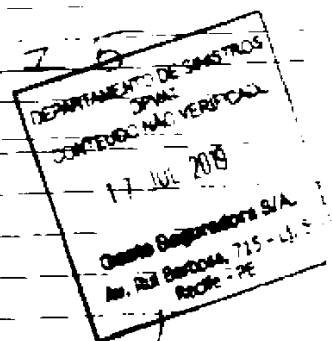
Dados da Classificação (Enfermeiro) Horário: 14h PESO: 70 kg T: 36,5 °C
 PULSO: 74 SpO₂ com O₂: 98% L/min: 2
 RESPIRAÇÃO: VERMELHO AMARELO VERDE AZUL

PA = 140 x 80
 FC = 74

Enfermeiro
Assinatura do Enfermeiro

Hipertensão: sim Não (Diabetes) sim Não APP

EXAME GERAL
 NEUROLÓGICO
 ACV
 AR
 ABDOME
 MEMBROS



Quadrante Prox. Superior
 Alergia: sem
 Cirurgia: sem

AR A requisição do exame
 Ta

Sinal: 5623546

CLÍNICO GERAL



Toritama 15 de Abril de 2019

Hospital Municipal Nossa Senhora de Fátima Declaração de Atendimento Hospitalar

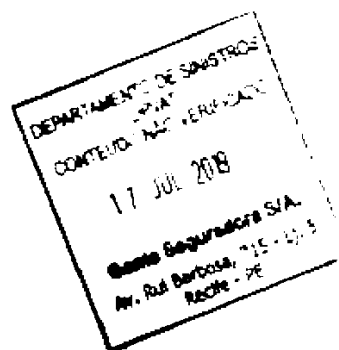
DECLARAÇÃO nº 086/2019

Do Hospital Municipal Nossa Senhora de Fátima
Para **MARIA DAS DORES DOS SANTOS ARRUDA**

Venho através desta, informa que o (a) Senhor(a) **MARIA DAS DORES DOS SANTOS ARRUDA** deu entrada nesta unidade como consta na ficha de emergência sob o registro nº 000 000 no dia 05/02/2019, foi atendido e em seguida sendo TRANSFERIDO

Sem mais para o momento

Atenciosamente,



Mateus Tavares
Portaria 387 - SMS
~~Mateus Emanuel Tavares~~
Coordenador de Unidade de Saúde

Av. João Manoel da Silva • Centro • Toritama • Pernambuco • Telefone: (3141) 1112 • E-mail: gcmhospitaltoritama@toritama.pe.br



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: 15/08/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.868,75

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: MARIA DAS DORES DOS SANTOS ARRUDA

BANCO: 237

AGÊNCIA: 00835-4

CONTA: 000000021618-6

Nr. Autenticação

BRADESCO1508201905000000000023700835000000021618286875 PAGO





Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei nº 11.070, de 20/06/2012
NOTA FISCAL - FATURA - CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

Companhia Energética de Pernambuco
Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife, Pernambuco - CEP 50050-902
CNPJ 10.835.932/0001-08 | Insc. Est. 0005943-93 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE

MARIA DAS DORES DOS SANTOS ARRUDA

CPF: 920.672.554-67 NIS: 16377587342

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL
BAIXA RENDA COM NIS

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

SILAGUÁ DO MEIO 1110

LAGOA DO MEIO, CHA DO CARMO
FREI MIGUELINHO PE
55780-000

Nº DA NOTA FISCAL SÉRIE EMISSÃO

057189023 UNICA 08/04/2019
APRESENTAÇÃO Nº DO CLIENTE Nº DA INSTALAÇÃO

08/04/2019 2018702025 1136510

CÓDIGO CONTRATO MÊS/ANO
7031070125 04/2019
DATA DE VENCIMENTO DATA PREVISÍVEL PRÓXIMA LEITURA

15/04/2019 08/05/2019
TOTAL A PAGAR

15,96

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo até 30 kWh	30,0000000	0,39071678	11,72
Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh	24,0000000	0,32894206	7,84
Contrib. Ilum. Pública Municipal			3,00
Compensação CMIC 02/18			30,58

TOTAL DA FATURA

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR DATA	ANTERIOR LEITURA	ATUAL DATA	ATUAL LEITURA	Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (KWH)
B045568	CAT	11-03-2019	5436,00	08-04-2019	5496,00	28	1,00000		54,00

HISTÓRICO DE CONSUMO

Mês/Ano	KWh
APR 19	54
MAR 19	75
FEV 19	25
JAN 19	30
DEZ 18	
NOV 18	
OUT 18	
SET 18	

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS

BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
ICMS		
PIS	13,58	1,35
COFINS	13,66	0,21

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

	R\$	%
Geração de Energia	5,82	42,92%
Transmissão	0,96	6,94%
Distribuição (Celpe)	4,02	29,58%
Perdas de Energia	1,28	9,29%
Suporte Setorial	0,55	3,98%
Tributos	1,04	7,45%

TARIFAS E PREÇOS

Consumo Ativo até 30 kWh
Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh



[illegible]

17 JUL 2018



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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

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

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

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

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.513/98.

Pelo exposto, eu ADRIANA M^{te} MOUZA DE A. FERNANDES inscrito (a) no CPF 945.234.444 / 04, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário MARIA DAS DORES DOS SANTOS ARAUJO inscrito (a) no CPF sob o Nº 920.632.554 / 87, do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima MARIA DAS DORES DOS SANTOS ARAUJO, inscrito (a) no CPF sob o Nº 920.632.554 / 87, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

☐ Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios;

☒ Recuso informar

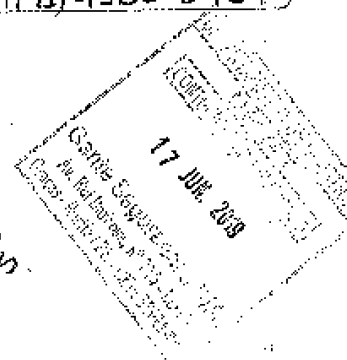
Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Lider-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

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

Endereço		Número	Complemento
<u>RUA JOÃO BATISTA</u>		<u>370</u>	<u>CASA</u>
Bairro	Cidade	Estado	CPF
<u>CENTRO</u>	<u>SURUBIM</u>	<u>PE</u>	<u>55750-000</u>
Email	Telefone comercial (DDD)	Telefone celular (DDD)	
<u>A.F.SEGUROS.4904@VA400.COM.BR</u>	<u>(81) 9300-1998</u>	<u>(81) 9161-3907</u>	

SURUBIM, 12 de JUNHO de 2019
Local e Data

Adriana M^{te} M. de A. Fernandes
Assinatura do Declarante



DLDR001 V001/2017