



Número: **0001818-85.2019.8.17.2260**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **1ª Vara Cível da Comarca de Belo Jardim**

Última distribuição : **06/11/2019**

Valor da causa: **R\$ 10.800,00**

Assuntos: **Seguro**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
MARIA HELENA DO CARMO (AUTOR)		GRASIELE DE LIMA SILVA (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (RÉU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
62433585	25/05/2020 14:51	2717237_CONTESTACAO_01	Petição em PDF



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 1ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE BELO JARDIM/PE

Processo: 00018188520198172260

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

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 HELENA DO CARMO**, 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 **17/09/2018**, restando permanentemente inválida.

Destaca-se que a parte apenas procedeu com o registro na Delegacia de Polícia na data **03/01/2019**.

Cumprido 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\$ 2.700,00 (dois mil e setecentos reais)**, valor este correspondente ao percentual da invalidez parcial e permanente apresentada pela parte Autora em sede administrativa.

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.

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



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.

DA AUSÊNCIA DE CAPACIDADE POSTULATÓRIA

DA AUSÊNCIA DE DATA NA PROCURAÇÃO ACOSTADA AOS AUTOS

Verifica-se que o instrumento de mandato outorgado ao advogado da parte Autora, viola a regra esculpida no art. 104 do CPC, tendo em vista a ausência de data na procuração acostada aos autos.

Dessa feita, com o fito de evitar maiores prejuízos aos litigantes, necessário se faz a intimação da parte para sanar o vício contido no presente caderno processual.

A intimação para sanar tal vício se faz mister, pois no caso dos autos, é indubitável que a ausência de procuração válida não produz nenhum efeito legal aos atos processuais, sendo estes considerados inexistentes.

Assim sendo, se após determinação judicial para sanar o vício a parte autora permanecer inerte, deverá o processo ser extinto sem resolução do mérito de acordo com a regra contida no artigo 485, III, do CPC.

Assim, requer a Vossa Excelência se digne intimar a parte autora para sanar o vício contido no instrumento procuratório, sob pena de indeferimento da inicial.

DO MÉRITO

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

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;



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.

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\$ 2.700,00 (dois mil e setecentos reais)**, 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.

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 irretirável 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, recorrendo 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\$ 2.700,00 (dois mil e setecentos reais), o qual foi aceito pela beneficiária legal.

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)



Ante o exposto, deve o feito 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 **17/09/2018**. Ademais, **houve pagamento administrativo na razão de de R\$ 2.700,00 (dois mil e setecentos reais).**

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%.

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 HOUE 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.”



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\$ 2.700,00 (DOIS MIL E SETECENTOS REAIS)**.

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

Requer a Ré o acolhimento das preliminares suscitadas.

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 da 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).

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.



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;
- 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,

BELO JARDIM, 20 de maio 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 (10%, 25%, 50%, 75% ou 100%)?

- 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/CE 27.954-A, **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 **SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A.**, nos autos de Ação de Cobrança de Seguro DPVAT, que lhe move **MARIA HELENA DO CARMO**, em curso perante a **1ª VARA CÍVEL** da comarca de **BELO JARDIM**, nos autos do Processo nº 00018188520198172260.

Rio de Janeiro, 20 de maio 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





25/05/2020

Número: **0001818-85.2019.8.17.2260**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **1ª Vara Cível da Comarca de Belo Jardim**

Última distribuição : **06/11/2019**

Valor da causa: **R\$ 10.800,00**

Assuntos: **Seguro**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
MARIA HELENA DO CARMO (AUTOR)		GRASIELE DE LIMA SILVA (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (RÉU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
62433587	25/05/2020 14:51	ANEXO 1	Outros (Documento)

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 15 de Novembro de 1889
 GOVERNADOR DO ESTADO DE PERNAMBUCO

CARLA MARIA FIRMINO MELO

DOC. IDENTIDADE (ONG, EMBOSCAR, CP) 9179608 RDS PE

CPF 076.723.044-28 DATA NASCIMENTO 09/01/1988

FUNÇÃO NÃO DECLARADO

DJARDINA FIRMINO MELO

PROFISSÃO ACC. CAT. HAB. 0

Nº REGISTRO 05874520418 VALIDADE 23/11/2023 09/09/2013

OBSERVAÇÕES

Carla Maria Firmino Melo
 CARTEIRA DE IDENTIDADE

LOCAL CARUARU, PE DATA EMISSÃO 24/11/2017

Antônio YVES Cordeiro de Mello Junior
 Diretor Presidente
 ADMINISTRAÇÃO DO IMÓVEL

31457418096
 P0782638743

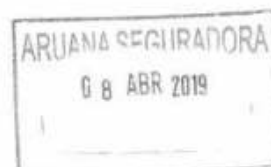
PERNAMBUCO

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL 1487707000

FEDERADO PLASTIFICAR 1487707000

ARUANA SEGUROADORA
 08 ABR 2019





REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 15 de Novembro de 1988
 GOVERNADOR DO ESTADO DE PERNAMBUCO

CARLA MARIA FIRMINO MELO

DOC. IDENTIDADE (ONG, EMBOSAR, CP) 9179608 RDS PE

CPF 076.723.044-28 DATA NASCIMENTO 09/01/1988

FUNÇÃO NÃO DECLARADO

DJARDINA FIRMINO MELO

PROFISSÃO ACC. CAT. HAB. 0

Nº REGISTRO 05874520418 VALIDADE 23/11/2023 09/09/2013

OBSERVAÇÕES

Carla Maria Firmino Melo
 SECRETARIA DE TURISMO

LOCAL CARUARU, PE DATA EMISSÃO 24/11/2017

Antonio YVES Cordeiro de Mello Junior
 SECRETARIO DE TURISMO

31457418096
 PEP02638743

PERNAMBUCO

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL 1487707000

FEDERADO PLASTIFICAR 1487707000

ARUANA SEGUROADORA
 08 ABR 2019



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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Número do Sinistro: 3190344189
Nome do(a) Examinado(a): MARIA HELENA DO CARMO
Endereço do(a) Examinado(a): R VICENTE FERREIRA, 5 - BELO JARDIM/PE - CEP 55154-165
Identificação - Órgão Emissor/UF/Número : 2287053 - SSP PE
Data e Local do Acidente : 17/09/2018
Data e Local do Exame : 07/06/2019 CLINICA AVANCE - RUA NOSSA SENHORA DE FATIMA, 350 - CARUARU/PE - CEP 55012-600

Resultado da Avaliação Médica

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

Fratura de arcos costas à direita, hemopneumotórax a direita e abscesso pulmonar direito. Traumatismo crânio encefálico leve.

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

tratamento conservador do TCE e drenagem do hemopneumotórax

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

Ao exame: vítima queixa de dor torácica, anosmia, náuseas e tontura. Ao exame: tontura. Provável neuralgia intercostal.

IV. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente trânsito e comprovadas na documentação apresentada? ☒ Sim ☐ Não

V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a qualquer medida terapêutica)? ☒ Sim ☐ Não

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

Dano estruturas torácicas e neurológico.

VII. Segundo previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.



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

Vide motivo do impedimento no campo das observações

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

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

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

Região Corporal
dano neurológico

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

Região Corporal
dano neurológico

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

Região Corporal
estruturas torácicas

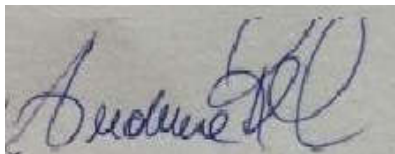
% do Dano (X) 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal
estruturas torácicas

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

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

Dano estruturas torácicas neuralgia intercostal após fratura 10% e neurológico anosmia devida a lesão do nervo olfatório procedente do TCE que promoveu avulsão de fibras deste 10%.



ANDREA RODRIGUES MADEIRA CRM : 19953 / UF : PE







Seguradora Líder - DPVAT

SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS

ID

IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA **MARIA HELENA DO CARMO**
DATA DO ACIDENTE **17/09/2018** CPF DA VÍTIMA **377.338.854-34**
PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO **CARLA MARIA FIRMINO MELO**
QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR () VÍTIMA (X) REPRESENTANTE LEGAL, COMO PARANTESCO COM A VÍTIMA E **PROCURADORA**
ENDEREÇO DO PORTADOR **RUA NUMERIANO ALVES BEZERRA**
Nº **37** COMPLEMENTO **GARAGEM** BAIRRO **CENTRO**
CIDADE **BELO JARDIM** UF **PE** CEP **55150-020**
E-MAIL **carlafirminomelo@hotmail.com** TELEFONE (B1) **991686771**

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- (X) REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
(X) CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
() CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
() LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
(X) NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML: DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML (ORIGINAL) ASSINADA PELA VÍTIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE CONFIRME A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA
(X) BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
(X) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
(X) AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

- () CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
() CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
() COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

- () REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
() CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
() CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
() RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SOFRIDAS EM decorrência DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
() COMPROVANTES (ORIGINALS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS
() NOTAS FISCAIS (ORIGINALS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITUÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
() COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
() AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

- () CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
() CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
() COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

VALORES DE INDENIZAÇÃO
• MORTE = R\$ 13.500,00
• INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R\$ 13.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/74.
• DESPESAS MÉDICAS (DAMS) = REEMBOLSO ATÉ R\$ 1.700,00 (REEMBOLSO). ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.

- O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA.
• COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO.
• PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSO WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 822 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA **08/09/2019**
IDENTIDADE **9179 608 505 PE**
ASSINATURA **[Assinatura]**

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA **08/09/2019**
NOME **ARIANA SEGURADORA**
ASSINATURA **[Assinatura]**

ARIANA SEGURADORA
08 ABR 2019





Seguradora Líder - DPVAT

SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS

ID

IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA **MARIA HELENA DO CARMO**
DATA DO ACIDENTE **17/09/2018** CPF DA VÍTIMA **377.338.854-34**
PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO **CARLA MARIA FIRMINO MELO**
QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR () VÍTIMA (X) REPRESENTANTE LEGAL, COMO PARANTESCO COM A VÍTIMA E **PROCURADORA**
ENDEREÇO DO PORTADOR **RUA NUMERIANO ALVES BEZERRA**
Nº **37** COMPLEMENTO **GARAGEM** BAIRRO **CENTRO**
CIDADE **BELO JARDIM** UF **PE** CEP **55150-020**
E-MAIL **carlafirminomelo@hotmail.com** TELEFONE (B1) **991686771**

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- (X) REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
(X) CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
() CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
() LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
(X) NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML: DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML (ORIGINAL) ASSINADA PELA VÍTIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE CONFIRME A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA
(X) BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
(X) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
(X) AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

- () CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
() CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
() COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

- () REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
() CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
() CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
() RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SOFRIDAS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
() COMPROVANTES (ORIGINALS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS
() NOTAS FISCAIS (ORIGINALS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITUÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
() COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
() AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

- () CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
() CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
() COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

VALORES DE INDENIZAÇÃO
• MORTE = R\$ 13.500,00
• INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R\$ 13.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/74.
• DESPESAS MÉDICAS (DAMS) = REEMBOLSO ATÉ R\$ 1.700,00 (REEMBOLSO). ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.

- O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA.
• COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO.
• PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSO WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 822 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA **08/09/2019**
IDENTIDADE **9179 608 505 PE**
ASSINATURA **[Assinatura]**

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA **08/09/2019**
NOME **ARIANA SEGURADORA**
ASSINATURA **[Assinatura]**

ARIANA SEGURADORA
08 ABR 2019



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190344189

Cidade: Belo Jardim

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: MARIA HELENA DO CARMO

Data do acidente: 17/09/2018

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: Fratura de arcos costas à direita, hemopneumotórax a direita e abscesso pulmonar direito. Traumatismo crânio encefálico leve.

Descrição do exame físico: Ao exame: vítima queixa de dor torácica, anosmia, náuseas e tontura. Ao exame: tontura. Provável neuralgia intercostal. Dano estruturas torácicas neuralgia intercostal após fratura 10% e neurológico anosmia devida a lesão do nervo olfatório procedente do TCE que promoveu avulsão de fibras deste 10%.

Resultados terapêuticos: Submetido a tratamento conservador do traumatismo crânio encefálico. Realizou drenagem do hemopneumotórax. Sem menção a fisioterapia. Recebeu alta médica.

Sequelas permanentes: Limitação funcional neurológica residual. Limitação funcional residual da estrutura torácica.

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 07/06/2019

Conduta mantida:

Observações: Vítima após término do tratamento, com quadro de restrição sequelar neurológica. Vítima após término do tratamento, com quadro de restrição sequelar da estrutura torácica.

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
Lesões neurológicas que cursem com comprometimento de função vital ou autonômica	100 %	Em grau residual - 10 %	10%	R\$ 1.350,00
Lesões de órgãos e estruturas torácicas, 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	100 %	Em grau residual - 10 %	10%	R\$ 1.350,00
		Total	20 %	R\$ 2.700,00



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190344189

Cidade: Belo Jardim

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: MARIA HELENA DO CARMO

Data do acidente: 17/09/2018

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: Fratura de arcos costas à direita, hemopneumotórax a direita e abscesso pulmonar direito. Traumatismo crânio encefálico leve.

Descrição do exame físico: Ao exame: vítima queixa de dor torácica, anosmia, náuseas e tontura. Ao exame: tontura. Provável neuralgia intercostal. Dano estruturas torácicas neuralgia intercostal após fratura 10% e neurológico anosmia devida a lesão do nervo olfatório procedente do TCE que promoveu avulsão de fibras deste 10%.

Resultados terapêuticos: Submetido a tratamento conservador do traumatismo crânio encefálico. Realizou drenagem do hemopneumotórax. Sem menção a fisioterapia. Recebeu alta médica.

Sequelas permanentes: Limitação funcional neurológica residual. Limitação funcional residual da estrutura torácica.

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 07/06/2019

Conduta mantida:

Observações: Vítima após término do tratamento, com quadro de restrição sequelar neurológica. Vítima após término do tratamento, com quadro de restrição sequelar da estrutura torácica.

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
Lesões neurológicas que cursem com comprometimento de função vital ou autonômica	100 %	Em grau residual - 10 %	10%	R\$ 1.350,00
Lesões de órgãos e estruturas torácicas, 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	100 %	Em grau residual - 10 %	10%	R\$ 1.350,00
		Total	20 %	R\$ 2.700,00



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190344189 **Cidade:** Belo Jardim **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARIA HELENA DO CARMO **Data do acidente:** 17/09/2018 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 04/06/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: TRAUMATISMO CRANIO ENCEFÁLICO LEVE.
FRATURA DE ARCOS COSTAIS A DIREITA.
TRAUMA CONTUSO DE TÓRAX COM HEMOTÓRAX A DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA. (P.8)

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: @ (P.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
Lesões neurológicas que cursem com dano cognitivo-comportamental alienante	100 %	Em grau residual - 10 %	10%	R\$ 1.350,00
Total			10 %	R\$ 1.350,00



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190344189 **Cidade:** Belo Jardim **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARIA HELENA DO CARMO **Data do acidente:** 17/09/2018 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 04/06/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: TRAUMATISMO CRANIO ENCEFÁLICO LEVE.
FRATURA DE ARCOS COSTAIS A DIREITA.
TRAUMA CONTUSO DE TÓRAX COM HEMOTÓRAX A DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA. (P.8)

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: (P.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
Lesões neurológicas que cursem com dano cognitivo-comportamental alienante	100 %	Em grau residual - 10 %	10%	R\$ 1.350,00
Total			10 %	R\$ 1.350,00



PROCURAÇÃO

Outorgante: Maria Helena do Carmo, brasileiro(a), estado civil viúva, profissão Recusou, residente e domiciliado à R. São Vicente Ferreira, nº 514, bairro Serra do Norte, Município de Bele Jardim, Estado PE, CEP: 55150-000, portador(a) do RG nº 228.7053, SSP/PE e CPF nº 377.338.854/34

Outorgado: **CARLA MARIA FIRMINO MELO**, brasileiro(a), estado civil **SOLTEIRA**, profissão **RECUSOU**, residente e domiciliado(a) à **Rua NUMERIANO ALVES BEZERRA**, nº **37**, bairro: **CENTRO**, Município de **BELO JARDIM**, Estado de (o) **PERNAMBUCO**, Cep: **55150-020**, portador (a) do RG nº **9 179 608**, SDS/PE e CPF nº **076.723.044-29**.

Por este instrumento particular de procuração, o (a) outorgante nomeia e constitui o(a) outorgado(a) seu bastante procurador(a), para o fim especial de requerer junto à qualquer seguradora integrante do Consórcio Seguro DPVAT, o pagamento do sinistro, que vitimou em acidente de trânsito o(a) Sr.(a) Maria Helena do Carmo, ocorrido em 17.10.2018, conforme registrado pelo B.O anexo ao processo. Invalida

Podendo dito(a) procurador(a), representar o(a) outorgante como se o(a) próprio(a) fosse, podendo requerer, assinar recibos, assinar Declarações de endereço, assinar Autorização de Pagamento/Crédito de Indenização de Sinistro DPVAT, para o pagamento de quitação da Indenização de Sinistro DPVAT, enfim requerer e assinar todos os papéis e documentos que forem precisos e praticar todos os demais atos necessários para o mais amplo e fiel cumprimento do presente mandato.

Caruaru, 14 JAN, 2019, de de 2019.



Maria Helena do Carmo

Outorgante
CPF Nº 377.338.854-34

Obs.: Reconhecer firma em cartório por autenticidade ou verdadeira

3º SERVIÇO NOTARIAL E DE PROTESTO
R. dos Expedicionários, 12 - Nazaré Senhora dos Dores - Caruaru/PE - CEP: 55002-440 Fone: (81) 3702-0733 - Fax: (81) 3702-2118
Reconheço por autenticidade a firma de **MARIA HELENA DO CARMO**; dou fé.
Selo: 0073718.YQK01201901.00325
Caruaru/PE, 14/01/2019 11:50:45. Em test. da verdade.
CYNTHIA MORGANA LIMA SABINO - Escrevente
Emol: R\$ 3,59 - TSNR R\$ 0,80 - Total R\$ 4,39 Op: 31
Cartório Autenticado em: www.jusbrasil.com.br



ARIJANA RECHADOR
08 ABR 2019



PROCURAÇÃO

Outorgante: Maria Helena do Carmo, brasileiro(a), estado civil viúva, profissão Recusou, residente e domiciliado à R. São Vicente Ferreira, nº 514, bairro Serra do Ventô, Município de Bele Jardim, Estado PE, CEP: 55150-000, portador(a) do RG nº 228.7053, SSP/PE e CPF nº 377.338.854/34

Outorgado: CARLA MARIA FIRMINO MELO, brasileiro(a), estado civil SOLTEIRA, profissão RECUSOU, residente e domiciliado(a) à Rua NUMERIANO ALVES BEZERRA, nº 37, bairro: CENTRO. Município de BELO JARDIM, Estado de (o) PERNAMBUCO Cep: 55150-020, portador (a) do RG nº 9 179 608. SDS/ PE. e CPF nº 076.723.044-29.

Por este instrumento particular de procuração, o (a) outorgante nomeia e constitui o(a) outorgado(a) seu bastante procurador(a), para o fim especial de requerer junto à qualquer seguradora integrante do Consórcio Seguro DPVAT, o pagamento do sinistro, que vitimou em acidente de trânsito o(a) Sr.(a) Maria Helena do Carmo, ocorrido em 17.10.2018, conforme registrado pelo B.O anexo ao processo. Invalida

Podendo dito(a) procurador(a), representar o(a) outorgante como se o(a) próprio(a) fosse, podendo requerer, assinar recibos, assinar Declarações de endereço, assinar Autorização de Pagamento/Crédito de Indenização de Sinistro DPVAT, para o pagamento de quitação da Indenização de Sinistro DPVAT, enfim requerer e assinar todos os papéis e documentos que forem precisos e praticar todos os demais atos necessários para o mais amplo e fiel cumprimento do presente mandato.

Caruaru, 14 JAN, 2019, de de 2019.



Maria Helena do Carmo

Outorgante
CPF Nº 377.338.854-34

Obs.: Reconhecer firma em cartório por autenticidade ou verdadeira

3º SERVIÇO NOTARIAL E DE PROTESTO
R. dos Expedicionários, 12 - Nazaré Senhora dos Dores - Caruaru/PE - CEP: 55002-440 Fone: (081) 3702-0733 - Fax: (081) 3702-2118
Reconheço por autenticidade a firma de MARIA HELENA DO CARMO; dou fé.
Selo: 0073718.YQK01201901.00325
Caruaru/PE, 14/01/2019 11:50:45. Em test. da verdade.
CYNTHIA MORGANA LIMA SABINO - Escrevente
Emol: R\$ 3,59 - TSNR R\$ 0,80 - Total R\$ 4,39 Op: 31
Cartório Autenticado em: www.jusbrasil.com.br



ARIJANA RECHADOR
08 ABR 2019



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0121473/19

Vítima: MARIA HELENA DO CARMO

CPF: 377.338.854-34

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

Data do acidente: 17/09/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: MARIA HELENA DO CARMO

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

CARLA MARIA FIRMINO MELO : 076.723.044-29

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

MARIA HELENA DO CARMO : 377.338.854-34

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: 09/04/2019
Nome: CARLA MARIA FIRMINO MELO
CPF: 076.723.044-29

CARLA MARIA FIRMINO MELO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 09/04/2019
Nome: NATHALIA GABRIELA FERREIRA DE SOUZA
CPF: 109.530.024-54

NATHALIA GABRIELA FERREIRA DE SOUZA



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0176445/19

Vítima: MARIA HELENA DO CARMO

CPF: 377.338.854-34

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

Data do acidente: 17/09/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: MARIA HELENA DO CARMO

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

CARLA MARIA FIRMINO MELO : 076.723.044-29

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

MARIA HELENA DO CARMO : 377.338.854-34

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: 24/05/2019
Nome: CARLA MARIA FIRMINO MELO
CPF: 076.723.044-29

CARLA MARIA FIRMINO MELO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 24/05/2019
Nome: NATHALIA GABRIELA FERREIRA DE SOUZA
CPF: 109.530.024-54

NATHALIA GABRIELA FERREIRA DE SOUZA





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, 27 de Maio de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190344189

Vítima: MARIA HELENA DO CARMO

Data do Acidente: 17/09/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: CARLA MARIA FIRMINO MELO

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), MARIA HELENA DO CARMO

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 14365250

Pag. 00573/00574 - carta_01 - INVALIDEZ





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, 04 de Junho de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190344189

Vítima: MARIA HELENA DO CARMO

Data do Acidente: 17/09/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: CARLA MARIA FIRMINO MELO

Assunto: INTERRUÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Comunicamos que o pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado e está em análise e o prazo regulamentar de 30 dias foi interrompido para apuração de dados e informações adicionais. Assim que todas as informações forem finalizadas, o prazo voltará a seguir normalmente.

Por favor, aguarde contato e continue acompanhando o seu pedido de indenização através dos canais oficiais da Seguradora Líder DPVAT.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00157/00158 - carta_02 - INVALIDEZ

00050079



Carta nº 14403133





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, 26 de Junho de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190344189

Vítima: MARIA HELENA DO CARMO

Data do Acidente: 17/09/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: CARLA MARIA FIRMINO MELO

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), MARIA HELENA DO CARMO

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\$ 2.700,00

Dano Pessoal: Lesões neurológicas que cursem com comprometimento de função vital ou autonômica 100%
Graduação: Em grau residual 10%
% Invalidez Permanente DPVAT: (10% de 100%) 10,00%
Valor a indenizar: 10,00% x 13.500,00 = R\$ 1.350,00

Dano Pessoal: Lesões de órgãos e estruturas torácicas, 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 100%
Graduação: Em grau residual 10%
% Invalidez Permanente DPVAT: (10% de 100%) 10,00%
Valor a indenizar: 10,00% x 13.500,00 = R\$ 1.350,00

Recebedor: MARIA HELENA DO CARMO

Valor: R\$ 2.700,00

Banco: 104

Agência: 000002778

Conta: 0000046406-4

Tipo: CONTA POUPANÇA

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.





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

Nº do sinistro ou ASL: CPF da vítima: 377.338.854-34 Nome completo da vítima: Maria Helena do Carmo

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

Nome completo: Maria Helena do Carmo CPF: 377.338.854-34
Profissão: Rececionista Endereço: Rua São Vicente F. Pereira Número: Complemento: 2070
Bairro: Saco do Vento Cidade: Bela Jardim Estado: CEP: 56150-000
E-mail: Tel. (DDD): (81) 9569-0261

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

DADOS CADASTRAIS
RENDA MENSAL:
☒ RECUSO 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)
AGÊNCIA: 0778 CONTA: 46406 4
☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos):
Nome do BANCO: _____
AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

Local e Data: Bela Jardim 16/04/2019
Nome: Maria Helena do Carmo
CPF: 377.338.854-34

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____
CPF: _____

Assinatura

2ª | Nome: _____
CPF: _____

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

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



CAIXA ECONOMICA
CAIXA AQUI

COMPROVANTE DE DEPOSITO

01/02/2019 HORA 10:27:49
DATA EFETIVACAO 01/02
CONVENIO 000606073
OPERADOR barbosa

AGENCIA 2778
CONTA 013 00046406-4
NOME MARIA HELENA DO CARMO
VALOR 

COB OPERACAO 474638937

DISQUE CAIXA - 0800 726
0101 OUVIDO
RIA - 0800 725 7474

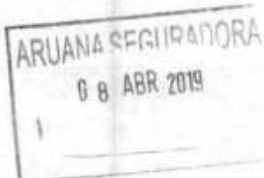
DEPOSITO REALIZADO COM SUCESSO A
AO DO CREDITO NA CONTA E DE ATE 30
OS

SAC CAIXA: 0800 726 0101 (informações,
reclamações, sugestões e elogios)

Para pessoas com deficiência auditiva ou
de fala: 0800 726 2492

Ouvidoria: 0800 725 7474

caixa.gov.br



CAIXA ECONOMICA FEDERAL
CAIXA AQUI

COMPROVANTE DE DEPOSITO

01/02/2019 HORA: 10:27:49
DATA EFETIVACAO 01/02
CONVENIO 000606073
OPERADOR barbosa

AGENCIA 2778
CONTA 013 00046406-4
NOME MARIA HELENA DO CARMO

VALOR

COD OPERACAO 474638937

DISQUE CAIXA - 0800 726
0101 OUVIDO
RIA - 0800 725 7474

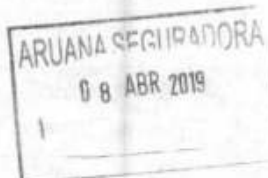
DEPOSITO REALIZADO COM SUCESSO A
AO DO CREDITO NA CONTA E DE ATE 30 M
OS

SAC CAIXA: 0800 726 0101 (informações,
reclamações, sugestões e elogios)

Para pessoas com deficiência auditiva ou
de fala: 0800 726 2492

Ouvidoria: 0800 725 7474

caixa.gov.br





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

Nº do sinistro ou ASL: CPF da vítima: 377.338.854-34 Nome completo da vítima: Maria Helena do Carmo

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

Nome completo: Maria Helena do Carmo CPF: 377.338.854-34
Profissão: Rececionista Endereço: Rua São Vicente F. Pereira Número: Complemento: 2070
Bairro: Saco do Vento Cidade: Bela Jardim Estado: CEP: 56150-000
E-mail: Tel. (DDD): (81) 9569-0261

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

DADOS CADASTRAIS
RENDA MENSAL:
☒ RECUSO 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)
AGÊNCIA: 0778 CONTA: 46406 4
☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: _____
AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

Local e Data: Bela Jardim 16/04/2019
Nome: Maria Helena do Carmo
CPF: 377.338.854-34

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____
CPF: _____

Assinatura

2ª | Nome: _____
CPF: _____

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

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



CAIXA ECONOMICA
CAIXA AQUI

COMPROVANTE DE DEPOSITO

01/02/2019 HORA 10:27:49
DATA EFETIVACAO 01/02
CONVENIO 000606073
OPERADOR barbosa

AGENCIA 2778
CONTA 013 00046406-4
NOME MARIA HELENA DO CARMO
VALOR 

COB OPERACAO 474638937

DISQUE CAIXA - 0800 726
0101 OUVIDO
RIA - 0800 725 7474

DEPOSITO REALIZADO COM SUCESSO A
AO DO CREDITO NA CONTA E DE ATE 30
OS

SAC CAIXA: 0800 726 0101 (informações,
reclamações, sugestões e elogios)

Para pessoas com deficiência auditiva ou
de fala: 0800 726 2492

Ouvidoria: 0800 725 7474

caixa.gov.br

ARUANA REGIANORA

08 ABR 2019



CAIXA ECONOMICA FEDERAL
CAIXA AQUI

COMPROVANTE DE DEPOSITO

01/02/2019 HORA: 10:27:49
DATA EFETIVACAO 01/02
CONVENIO 000606073
OPERADOR barbosa

AGENCIA 2778
CONTA 013 00046406-4
NOME MARIA HELENA DO CARMO

VALOR

COD OPERACAO 474638937

DISQUE CAIXA - 0800 726
0101 OUVIDO
RIA - 0800 725 7474

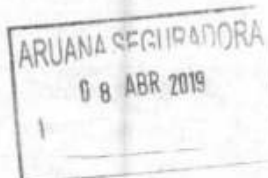
DEPOSITO REALIZADO COM SUCESSO A
AO DO CREDITO NA CONTA E DE ATE 30 M
OS

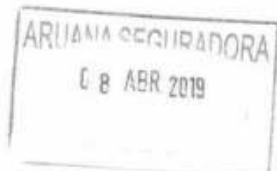
SAC CAIXA: 0800 726 0101 (informações,
reclamações, sugestões e elogios)

Para pessoas com deficiência auditiva ou
de fala: 0800 726 2492

Ouvidoria: 0800 725 7474

caixa.gov.br





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 104ª CIRCUNSCRIÇÃO - BELO JARDIM -
DP104ªCIRC DINTER1/15ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **19E0194000011**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **03/01/2019** às
09:37

ATROPELAMENTO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que
aconteceu no dia 17/9/2018 no período da Tarde

Fato ocorrido no endereço: **MUNICÍPIO DE BELO JARDIM, 1 - Bairro: CENTRO -
BELO JARDIM/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PÚBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR \ AGENTE)
MARIA HELENA DO CARMO (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

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

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

**MARIA HELENA DO CARMO (não presente ao plantão) - Sexo: Feminino Mãe: HELENA
MARIA DA CONCEIÇÃO Pai: ND Data de Nascimento: 12/3/1932 Naturalidade: BELO JARDIM /
PERNAMBUCO / BRASIL**

DESCONHECIDO - Ramo de Atividade: NÃO INFORMADO

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

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

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

Complemento / Observação

341

3/4/2019 12:16



A VITIMA ESTAVA NA VIA QUANDO UMA MOTO DESCONHECIDA A ATROPELOU E SE EVADIU. FOI LEVADA AO HOSPITAL LOCAL POR SEU FILHO MANOEL CAETANO FILHO. RECEBEU ATENDIMENTO E FOI DADO ALTA. AO CHEGAR EM CASA SENTIU-SE MAL E VOLTOU AO HOSPITAL. O HOSPITAL ESTAVA COMO RAO-X QUEBRADO, E ELA FOI MANDADA NOVAMENTE PARA CASA. SUA FILHA DE CARUARU MARGARDA MARIA DE OLIVEIRA A LEVOU PARA UPAE CARUARU. QUE ELA ESTAVA COM AS COSTELAS QUEBRADAS, EDEMA NAS COSTAS, EMATOMA NA CABEÇA, ABCESSO NO PULMAO.

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

B.O. registrado por: JOÃO PAULO PEREIRA DE SOUZA - Matrícula: 297086-4



3/4/2019 12:16



CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE BELO JARDIM - PE
Titular: BERTOLDO VIRGINIO DIAS DOS SANTOS
Telefone: (81) 3726-2568

Certifico que a presente cópia é reprodução fiel do original que me foi apresentado. Dou fé. Belo Jardim/PE, 27/02/2019. Emol.: R\$ 3,07; TSMR: 0,68; PERC: 0,34; Total: 4,09

Ewerton Gabriel de Melo
ESCREVENTE AUTORIZADO

Selo: 0131425.GLE02201903.01095 27/02/2019 11:10:00
Consulte autenticidade em www.tjpe.jus.br/selodigital



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLICIA DA 104ª CIRCUNSCRIÇÃO - BELO JARDIM -
DP104ªCIRC DINTER1/15ªDESEC

ARQUIVADA REGISTRADORA
08 ABR 2019

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 19E0194000011

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 03/01/2019 às 09:37

ATROPELAMENTO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado) que aconteceu no dia 17/9/2018 no período da Tarde

Fato ocorrido no endereço: MUNICIPIO DE BELO JARDIM, 1 Bairro: CENTRO - BELO JARDIM/PERNAMBUCO/BRASIL
Local do Fato: VIA PUBLICA

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR/AGENTE)
MARIA HELENA DO CARMO (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO (Usado na geração da ocorrência) que estava em posse do(s) Sr(a). DESCONHECIDO

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

MARIA HELENA DO CARMO (não presente no plantão) - Sexo: Feminino Mãe
HELENA MARIA DA CONCEIÇÃO Pol. Nº Data de Nascimento: 12/9/1932 Naturalidade: BELO JARDIM / PERNAMBUCO / BRASIL

DESCONHECIDO Ramo de Atividade: NÃO INFORMADO

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

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

MOTO (VEICULO) de propriedade do(s) Sr(a): DESCONHECIDO que estava em posse do(s) Sr(a) DESCONHECIDO
Categoria/Marca/Modelo: MOTOCICLETA/DESCONHECIDO/NÃO INFORMADO Objeto apreendido: NÃO
Quantidade: (UNIDADE NÃO INFORMADA)



03/01/2019 10:25



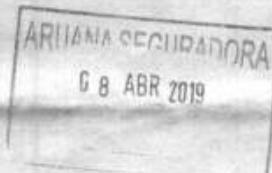
Complemento / Observação

A VITIMA ESTAVA NA VIA QUANDO UMA MOTO DESCONHECIDA A ATROPELOU E SE EVADIU. FOI LEVADA AO HOSPITAL LOCAL POR SEU FILHO MANOEL CAETANO FILHO. RECEBEU ATENDIMENTO E FOI DADO ALTA. AO CHEGAR EM CASA SENTIU-SE MAL E VOLTOU AO HOSPITAL. O HOSPITAL ESTAVA COM O RAIOS-X QUEBRADO, E ELA FOI MANDADA NOVAMENTE PARA CASA. SUA FILHA DE CARUARU MARGARIDA MARIA DE OLIVEIRA A LEVOU PARA UPAR CARUARU QUE ELA ESTAVA COM AS COSTELAS QUEBRADAS, EDEMA NAS COSTAS, EMATOMA NA CABEÇA, ABCESSO NO PULMAO.

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

D.O. registrado por  JOÃO PAULO PEREIRA DE SOUZA Matrícula 257526-4

Manoel Caetano Filho




CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE BELO JARDIM - PE
Titular: SERTOLDO VIRGINIO DIAS DOS SANTOS
Telefone: (81) 3726-2588

Certifico que a presente cópia é reprodução fiel do original que me foi apresentado. Dou fé. Belo Jardim/PE, 27/02/2019. Emol.: R\$ 3,07; TSNR: 0,68; PERC: 0,34; Total: 4,09

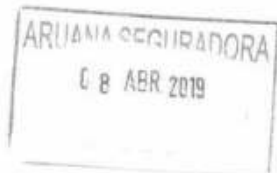
Ewerton Gabriel de Melo
ESCREVENTE AUTORIZADO

Selo: 0131425.SWR02201903.01096 27/02/2019 11:10:00
Consulte autenticidade em www.tjpe.jus.br/selodigital



03/01/2019 16:35





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 104ª CIRCUNSCRIÇÃO - BELO JARDIM -
DP104ªCIRC DINTER1/15ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **19E0194000011**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **03/01/2019** às
09:37

ATROPELAMENTO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que
aconteceu no dia 17/9/2018 no período da Tarde

Fato ocorrido no endereço: **MUNICÍPIO DE BELO JARDIM, 1 - Bairro: CENTRO -
BELO JARDIM/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PÚBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR \ AGENTE)
MARIA HELENA DO CARMO (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

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

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

**MARIA HELENA DO CARMO (não presente ao plantão) - Sexo: Feminino Mãe: HELENA
MARIA DA CONCEIÇÃO Pai: ND Data de Nascimento: 12/3/1932 Naturalidade: BELO JARDIM /
PERNAMBUCO / BRASIL**

DESCONHECIDO - Ramo de Atividade: NÃO INFORMADO

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

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

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

Complemento / Observação

341

3/4/2019 12:16



A VITIMA ESTAVA NA VIA QUANDO UMA MOTO DESCONHECIDA A ATROPELOU E SE EVADIU. FOI LEVADA AO HOSPITAL LOCAL POR SEU FILHO MANOEL CAETANO FILHO. RECEBEU ATENDIMENTO E FOI DADO ALTA. AO CHEGAR EM CASA SENTIU-SE MAL E VOLTOU AO HOSPITAL. O HOSPITAL ESTAVA COMO RAO-X QUEBRADO, E ELA FOI MANDADA NOVAMENTE PARA CASA. SUA FILHA DE CARUARU MARGARDA MARIA DE OLIVEIRA A LEVOU PARA UPAE CARUARU. QUE ELA ESTAVA COM AS COSTELAS QUEBRADAS, EDEMA NAS COSTAS, EMATOMA NA CABEÇA, ABCESSO NO PULMAO.

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

B.O. registrado por: JOÃO PAULO PEREIRA DE SOUZA - Matrícula: 297086-4



3/4/2019 12:16



CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE BELO JARDIM - PE
Titular: BERTOLDO VIRGINIO DIAS DOS SANTOS
Telefone: (81) 3726-2568

Certifico que a presente cópia é reprodução fiel do original que me foi apresentado. Dou fé. Belo Jardim/PE, 27/02/2019. Emol.: R\$ 3,07; TSMR: 0,68; PERC: 0,34; Total: 4,09

Ewerton Gabriel de Melo
ESCREVENTE AUTORIZADO

Selo: 0131425.GLE02201903.01095 27/02/2019 11:10:00
Consulte autenticidade em www.tjpe.jus.br/selodigital



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 104ª CIRCUNSCRIÇÃO - BELO JARDIM -
DP104ªCIRC DINTER1/15ªDESEC

ARQUIVADA REGISTRADORA
08 ABR 2019

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 19E0194000011

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 03/01/2019 às 09:37

ATROPELAMENTO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado) que aconteceu no dia 17/9/2018 no período da Tarde

Fato ocorrido no endereço: MUNICÍPIO DE BELO JARDIM, 1 Bairro: CENTRO - BELO JARDIM/PERNAMBUCO/BRASIL
Local do Fato: VIA PÚBLICA

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR/AGENTE)
MARIA HELENA DO CARMO (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

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



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

MARIA HELENA DO CARMO (não presente no plantão) - Sexo: Feminino Mãe
HELENA MARIA DA CONCEIÇÃO Pol. Nº Civil de Nascimento: 12/9/1932 Naturalidade: BELO JARDIM / PERNAMBUCO / BRASIL

DESCONHECIDO Ramo de Atividade: NÃO INFORMADO

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

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

MOTO (VEÍCULO) de propriedade do(s) Sr(a): DESCONHECIDO que estava em posse do(s) Sr(a): DESCONHECIDO
Categoria/Marca/Modelo: MOTOCICLETA/DESCONHECIDO/NÃO INFORMADO Objeto apreendido: NÃO
Quantidade: (UNIDADE NÃO INFORMADA)

03/01/2019 10:25



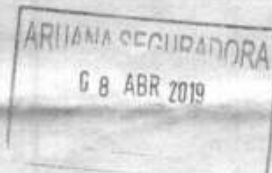
Complemento / Observação

A VITIMA ESTAVA NA VIA QUANDO UMA MOTO DESCONHECIDA A ATROPELOU E SE
EVADIU. FOI LEVADA AO HOSPITAL LOCAL POR SEU FILHO MANOEL CAETANO
FILHO. RECEBEU ATENDIMENTO E FOI DADO ALTA. AO CHEGAR EM CASA SENTIU-SE
MAL E VOLTOU AO HOSPITAL. O HOSPITAL ESTAVA COM O RAIOS-X QUEBRADO, E
ELA FOI MANDADA NOVAMENTE PARA CASA. SUA FILHA DE CARUARU MARGARIDA
MARIA DE OLIVEIRA A LEVOU PARA UPAC CARUARU QUE ELA ESTAVA COM AS
COSTELAS QUEBRADAS, EDEMA NAS COSTAS, EMATOMA NA CABEÇA, ABCESSO NO
PULMAO.

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

D.O. registrado por  JOÃO PAULO PEREIRA DE SOUZA Matrícula 257526-4

Manoel Caetano Filho




CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE BELO JARDIM - PE
Titular: SERTOLDO VIRGINIO DIAS DOS SANTOS
Telefone: (81) 3726-2588

Certifico que a presente cópia é reprodução fiel do
original que me foi apresentado. Dou fé. Belo Jardim/PE,
27/02/2019. Emol.: R\$ 3,07; TSNR: 0,68; PERC: 0,34;
Total: 4,09

Ewerton Gabriel de Melo
ESCREVENTE AUTORIZADO

Selo: 0131425.SWR02201903.01096 27/02/2019 11:10:00
Consulte autenticidade em www.tjpe.jus.br/selodigital



03/01/2019 16:35





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

Nº do sinistro ou ASL: CPF da vítima: 377.338.854-34 Nome completo da vítima: Maria Helena do Carmo

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

Nome completo: Maria Helena do Carmo CPF: 377.338.854-34
Profissão: Rececionista Endereço: Rua São Vicente Ferreira Número: Complemento: 2070
Bairro: Guacema do Vento Cidade: Belo Jardim Estado: CEP: 55150-000
E-mail: Tel (DDD): (81) 9569-0261

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

DADOS CADASTRAIS
REDA MENSAL:
☒ RECUSO 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 (Todos os bancos)
Nome do BANCO: _____
AGÊNCIA: 0778 CONTA: 46406 4 AGÊNCIA: CONTA: (Informar o dígito se existir)

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

Imprescindível
Assinatura da
vítima ou
beneficiário
não alfabetizado

Local e Data: Belo Jardim 16/04/2019
Nome: Maria Helena do Carmo
CPF: 377.338.854-34

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Maria Helena do Carmo
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____
CPF: _____

Assinatura

2ª | Nome: _____
CPF: _____

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

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





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

Nº do sinistro ou ASL: CPF da vítima: 377.338.854-34 Nome completo da vítima: Maria Helena do Carmo

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

Nome completo: Maria Helena do Carmo CPF: 377.338.854-34
Profissão: Rececionista Endereço: Rua São Vicente Ferreira Número: Complemento: 2070
Bairro: Guacoe do Vento Cidade: Bello Jardim Estado: CEP: 55150-000
E-mail: Tel (DDD): (81) 9569-0261

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

DADOS CADASTRAIS
REDA MENSAL:
☒ RECUSO 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 (Todos os bancos)
Nome do BANCO: _____
AGÊNCIA: 0778 CONTA: 46406 4 AGÊNCIA: CONTA: (Informar o dígito se existir)

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

Impressão
Fotografia
da vítima ou
beneficiário
não obrigatório

Local e Data: Bello Jardim 16/04/2019
Nome: Maria Helena do Carmo
CPF: 377.338.854-34

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Maria Helena do Carmo
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____
CPF: _____

Assinatura

2ª | Nome: _____
CPF: _____

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

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





Prefeitura de
Belo Jardim
A mudança começa com trabalho

SECRETARIA DE SAÚDE

SECRETARIA DE SAÚDE DO MUNICÍPIO
HOSPITAL JÚLIO ALVES DE LIRA

FOLHA DE INTERNAÇÃO E ALTA HOSPITALAR

Registro Nº:

Data: 17.09.18

Hora: 17:00h

Unidade de Saúde: HOSPITAL JÚLIO ALVES DE LIRA

PACIENTE	NÚMERO DO CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)	DOCUMENTO/IDENTIDADE / CPF:
	Nome: <u>M^{re} Helena do Carmo</u>	Idade: <u>86a</u>
	Data de Nascimento: <u>12.03.32</u> Sexo: <u>F</u> Cor: <u>Pauca</u> Estado Civil: <u>Viúva</u>	Profissão: <u>Pensionista</u>
	Naturalidade: <u>Maracanã</u>	Endereço: <u>R. Alfo São Vicente, S/Nº Serrão</u>
RESPONSÁVEL	Endereço: <u>Uento</u>	Telefone: _____
	Responsável: <u>O mesmo</u>	Parentesco: _____
	Endereço: <u>O mesmo</u>	Fone: _____
	Trazido por: <u>Maxwell Eutânio Filho</u>	(-mãe)
OCORRÊNCIA	Endereço: _____	Fone: _____
	Local do Acidente: _____	Data: ____/____/____ Hora: ____:____:____
	NATUREZA DO ACIDENTE	<input type="checkbox"/> Casual <input type="checkbox"/> Acid. do Trânsito <input type="checkbox"/> Tentativa de Suicídio
	<input type="checkbox"/> Queda <input type="checkbox"/> Intoxicação <input type="checkbox"/> Outras Causas	<input type="checkbox"/> Acid. do Trabalho <input type="checkbox"/> Agressão
ATENÇÃO MÉDICA	Atendimento: <input type="checkbox"/> Clínico <input type="checkbox"/> Cirúrgico	
	História da Doença Atual: <u>Valer do Hospital</u>	
EXAME - FÍSICO		
Pressão Arterial: <u>110x50</u>	Pulso: _____ Temperatura: _____ Peso: _____	
<u>Alergia (-)</u>		
<u>HGT - 188 mg/dl</u>		
<u>22:50</u>		
<u>PA: 120x55 mmHg</u>	<u>Mega Alergia</u>	
Diagnóstico Provisório: _____		

Assinatura







Prefeitura de
Belo Jardim
A mudança começa com trabalho

SECRETARIA DE SAÚDE

SECRETARIA DE SAÚDE DO MUNICÍPIO
HOSPITAL JÚLIO ALVES DE LIRA

FOLHA DE INTERNAÇÃO E ALTA HOSPITALAR

Registro Nº:

Data: 17.09.18

Hora: 17:00h

Unidade de Saúde: HOSPITAL JÚLIO ALVES DE LIRA

PACIENTE	NÚMERO DO CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)	DOCUMENTO/IDENTIDADE / CPF:
	Nome: <u>M^{re} Helena do Carmo</u>	Idade: <u>86a</u>
	Data de Nascimento: <u>12.03.32</u> Sexo: <u>F</u> Cor: <u>Pauca</u> Estado Civil: <u>Viúva</u>	Profissão: <u>Pensionista</u>
	Naturalidade: <u>Maracanã</u> Endereço: <u>R. Alfo São Vicente, S/Nº Serrado</u> Procedência: <u>Uento</u> Telefone: _____	
RESPONSÁVEL	Responsável: <u>O mesmo</u> Parentesco: _____	
	Endereço: <u>O mesmo</u> Fone: _____	
	Trazido por: <u>Maxwell Augusto Filho</u> (mãe)	
	Endereço: _____ Fone: _____	
OCORRÊNCIA	Local do Acidente: _____ Data: ____/____/____ Hora: ____:____:____	
	NATUREZA DO ACIDENTE	<input type="checkbox"/> Casual <input type="checkbox"/> Acid. do Trânsito <input type="checkbox"/> Tentativa de Suicídio <input type="checkbox"/> Queda <input type="checkbox"/> Intoxicação <input type="checkbox"/> Outras Causas <input type="checkbox"/> Acid. do Trabalho <input type="checkbox"/> Agressão
	Atendimento: <input type="checkbox"/> Clínico <input type="checkbox"/> Cirúrgico	
	História da Doença Atual: <u>Valer do Hospital</u>	
ATENÇÃO MÉDICA	EXAME - FÍSICO	
	Pressão Arterial: <u>110x50</u> Pulso: _____ Temperatura: _____ Peso: _____	
	<u>Alergia (-)</u>	
	<u>HGT - 188 mg/dl</u>	
	<u>22:50</u>	
	<u>PA: 120x55 mmHg</u>	<u>Mega Alergia</u>
	Diagnóstico Provisório: _____	

Assinatura





BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA:	18/06/2019
------------------------	------------

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL:	2.700,00
--------------	----------

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: MARIA HELENA DO CARMO

BANCO: 104

AGÊNCIA: 02778

CONTA: 000000046406-4

Nr. da Autenticação FB0BCBDBE52AFBB1





AVENIDA CRUZ CABUGA - NUM. 1387 - SANTO AMARO RECIFE PE
CEP: 50040-000. Fone: (081) 0800 081 0195
Inscrição Estadual: 18.1.001.0014398-2
CNPJ: 09.769.035/0001-64
Qualidade da Água: www.compesa.com.br

Nº Documento: 20181237206970

Escritório: SERRA DO VENTO

FATURA MENSAL DE ÁGUA E ESGOTO

DADOS DO CLIENTE MARIA HELENA DO CARMO R S VICENTE FERRER, N. 06S/N - SERRA DO VENTO BELO JARDIM PE 55150-000 INSCRIÇÃO: 228.810.101.0260.000		MÁTRICULA: 03720697.0 12/2018-5	
RESPONSÁVEL: ENDEREÇO PARA ENTREGA:		OPÇÃO DÉB. AUTOMÁTICO: 03720697.0	
SITUAÇÃO LIGADO	SITUAÇÃO ENLIGADO POTENCIAL	RESIDÊNCIA 1	QUANTIDADE DE BORNHAS COMERCIAL
RIDIMETRO A028563623	DATA LEIT. ANTERIOR 28/11/2018	DATA LEIT. ATUAL 28/12/2018	Tipo de CONDIÇÃO: REAL /
ÁGUA LEIT. ANT.: 227 LEIT. ATUAL: 229 LEIT. FAT.: 229		ESGOTO LEIT. ANT.: LEIT. ATUAL: LEIT. FAT.: VOLUME: 0	
HISTÓRICO DE CONSUMO REFERÊNCIA/CONSUMO		NÚMEROS DE AMOSTRAS	
11/2018 5/		EXIG. PELA PORT. MS 2.914/11	
10/2018 5/		ANÁLISES REALIZADAS	
09/2018 5/		ATENDIMENTO A LEGISLAÇÃO	
08/2018 5/		TURBIDEZ 10	
07/2018 5/		COR APARENTE 10	
06/2018 5/		CLORO RESIDUAL 10	
MÉDIA 5/ D		COLIFORMES TOTAIS 10	
		E.Coli 10	
		OBSERVAÇÕES: (1) COLIFORMES TOTAIS AUSÊNCIA EM 95% DAS AMOSTRAS EXAMINADAS. (2) OS PARÂMETROS COLIFORMES TOTAIS, ESCHERICHIA COLI E CLORO RESIDUAL SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES SANITÁRIAS DA ÁGUA. (3) OS PARÂMETROS COR E TURBIDEZ SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES ASSOCIADAS AO ASPECTO VISUAL DA ÁGUA.	

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS E TARIFAS	CONSUMO POR FAIXA	VALOR R\$												
ÁGUA														
RESIDENCIAL 001 UNIDADE														
CONSUMO DE ÁGUA	2 M3	41,30												
<div>ARUANA SECUNDARIA 08 ABR 2019</div>														
<table><tr><td>TARIFAS</td><td>VALOR DE CÁLCULO</td><td>PERCENTUAL (%)</td><td>VALOR DO IMPORTE</td></tr><tr><td>FIS</td><td>41,30</td><td>1,65</td><td>0,68</td></tr><tr><td>COFINS</td><td>41,30</td><td>7,40</td><td>3,14</td></tr></table>			TARIFAS	VALOR DE CÁLCULO	PERCENTUAL (%)	VALOR DO IMPORTE	FIS	41,30	1,65	0,68	COFINS	41,30	7,40	3,14
TARIFAS	VALOR DE CÁLCULO	PERCENTUAL (%)	VALOR DO IMPORTE											
FIS	41,30	1,65	0,68											
COFINS	41,30	7,40	3,14											

VENCIMENTO: 15/01/2019 TOTAL A PAGAR: 41,30

5 IDENTIFICAMOS A EXISTÊNCIA DE 1 FATURA(S) PENDENTES, NO TOTAL DE R\$ 5.62. REGULARIZE SEU DÉBITO E EVITE A NEGA- TIVACÃO E SUSPENSÃO DO FORNECIMENTO DE ÁGUA.

Emitido por: INTERNET Edição em: 08/01/2019



ATENDIMENTO: 0800-0810195
VAZAMENTOS: 0800-0810185

Arpe Agência de Regulação de Pernambuco

0800-2813844

MÁTRICULA: 03720697.0 12/2018-5

VENCIMENTO: 15/01/2019 TOTAL A PAGAR: 41,30

CÓDIGO DE BARRAS VIA COMPESA

82810000000-3 41300018228-9 03720697001-2 12201850003-7



AUTENTICAÇÃO MECÂNICA



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

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



Grupo Neoenenergia
 www.celpe.com.br

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

DADOS DO CLIENTE
 CARLA MARIA FIRMINO MELO
 CPF: 076.723.044-29

DATA DE VENCIMENTO
21/01/2019
 TOTAL A PAGAR (R\$)
0,00

DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL
 14/01/2019
DATA DA APRESENTAÇÃO
 14/01/2019
NÚMERO DA NOTA FISCAL
 046509332

CONTA CONTRATO
 007009352010
Nº DO CLIENTE
 2010366692
Nº DA INSTALAÇÃO
 0000294362

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
 RUA NUMERIANO A BEZERRA 37,
 GARAGEM
 BOA VISTA/BELO JARDIM
 55150-020 BELO JARDIM PE

CLASSIFICAÇÃO
 B3 COMERCIAL - COMERCIAL
 Monofásico

RESERVADO AO FISCO
 725C.FA5D.66E3.3D27.B5F5.3F68.9AF2.895B

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

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)
Consumo Ativo(kWh)	30,00	0,71979022	21,59
Contrib. Ilum. Pública Municipal			3,31
ICMS Subvenção-CDE-NF 038988718-13/11/18			0,17
Doação APAE - 0800 722 2723			7,00
Doação LBV - 0800 055 0999			25,00
TOTAL DA FATURA			57,07

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS

ICMS		PIS		COFINS	
BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
21,59	25,00	5,39	21,59	0,45	0,09
					21,59 2,09 0,45

Tarifas Aplicadas
 Consumo Ativo(kWh) 0,52156000

HISTÓRICO DO CONSUMO

MÊS	CONSUMO (kWh)
JAN 19	30
DEZ 18	30
NOV 18	30
OUT 18	30
SET 18	30
AGO 18	30
JUL 18	30
JUN 18	30
MAI 18	30
ABR 18	30
MAR 18	30
FEV 18	30
JAN 18	30

Faturado pelo mínimo da fase - Custo de Disponibilidade, Artigo 98, Resolução ANEEL 414/2010.

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

NÚMERO DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR		ATUAL		V. DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO kWh
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA				
000000000001026839	CAT	15/12/2018	8.036,00	14/01/2019	8.036,00	30	1,00000	0,00	0,00

DATA PREVISTA PARA A PRÓXIMA LEITURA: 12/02/2019

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES

DESCRIÇÃO	CONJUNTO	VALOR APURADO	MÉDIA MENSAL	MÉDIA TRIM.	MÉDIA ANUAL
nov/2018					
DIC-No.de horas sem Energia	BELO JARDIM	0,00	5,67	11,34	22,69
FIC-No.de vezes sem Energia		0,00	3,36	6,72	13,45
DMIC-Duração máxima de interrupção contínua		0,00	3,29	0,00	0,00
DICRI-Duração de interrupção em dia crítico					Limite DICRI: 12,22
EUSD-Valor do Emargo de Uso = R\$ 6,25					

Todas as interrupções são registradas e a apuração dos indicadores DIC, FIC, DMIC e DICRI a qualquer tempo.

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Pague no ponto mais perto de você! ag correios bento fernandes: praça dom luiz sao pedro / farmacia caxias: rua pedro firmino sao pedroLista completa em www.celpe.com.br.
 Na data da leitura a bandeira em vigor é a Verde. Mais informações em www.aneel.gov.br.
 O cliente é compensado quando há violação na continuidade individual ou do nível de tensão de fornecimento.
 Pagto. em atraso gera multa 2%(Res414/ANEEL), Juros 1%a.m(Lei 10.438/02) e atualização monetária no próx. mês.
 O Cliente é compensado quando há descumprimento do prazo definido para os padrões de atendimento comercial.
 O consumidor pode cancelar a cobrança de serviços de terceiros na fatura a qualquer tempo - Art 7º REN 581/13.

NÍVEIS DE TENSÃO

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

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

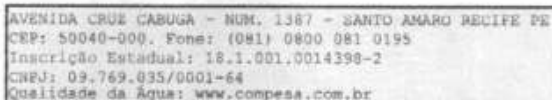
DESTAQUE AQUI

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO	TOTAL A PAGAR(R\$)	VENCIMENTO	TALÃO DE PAGAMENTO
007009352010	01/2019	0,00	21/01/2019	Evite dobrar, perfurar ou rasurar. Este canhoto será usado em leitora ótica.

Pagamento através de Débito Automático em Conta Corrente.
 Banco 104-0 Agência 0773

O Débito Automático em Conta Corrente é confortável, muito seguro e você pode suspender o débito até três dias úteis antes do vencimento.
 Para maiores informações ligue 116

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA



Escritório: SERRA DO VENTO

DADOS DO CLIENTE MARIA HELENA DO CARMO R S VICENTE FERRER, N. 003/N - SERRA DO VENTO BELO JARDIM PE 55150-000 INSCRIÇÃO: 228.810.101.0260.000		MATRÍCULA: 03720697.0 12/2018-5	
RESPONSÁVEL		OPÇÃO PARA ENTREGA	
SITUAÇÃO ANTERIOR LIGADO		SITUAÇÃO ATUAL POTENCIAL	
RICKSONNETO A028563623		DATA LEIT. ANTERIOR 28/11/2018	
DATA LEIT. ATUAL 28/12/2018		TIPO DE CONSUMIDOR: REAL /	
ÁGUA LEIT. ANT.: 227 LEIT. ATUAL: 229 LEIT. FAT.: 229		ESGOTO LEIT. ANT.: LEIT. ATUAL: LEIT. FAT.:	
CONSUMO: 2		VOLUME: 0	
HISTÓRICO DE CONSUMO REFERÊNCIA/CONSUMO		NÚMEROS DE AMOSTRAS	
11/2018 5/		EXIG. PELA PORT. MS 2.914/11	
10/2018 5/		ANÁLISES REALIZADAS	
09/2018 5/		ATENDEM A LEGISLAÇÃO	
08/2018 5/		TURBIDEZ 10	
07/2018 5/		COR APARENTE 10	
06/2018 5/		CLORO RESIDUAL 10	
MÉDIA 5/ 0		COLIFORMES TOTAIS 10	
		E. Coli 10	
		OBSERVAÇÕES:	
		(1) COLIFORMES TOTAIS AUSÊNCIA EM 95% DAS AMOSTRAS EXAMINADAS.	
		(2) OS PARÂMETROS COLIFORMES TOTAIS, ESCHERICHIA COLI E CLORO RESIDUAL SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES SANITÁRIAS DA ÁGUA.	
		(3) OS PARÂMETROS COM E TURBIDEZ SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES ASSOCIADAS AO ASPECTO VISUAL DA ÁGUA.	

AGUA
RESIDENCIAL 001 UNIDADE
CONSUMO DE AGUA

VALOR R\$

2 M3

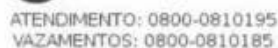
41.30

TRIBUTOS	BASE DO CÁLCULO	PERCENTUAL (%)	VALOR DO IMPORTE
PIS	41,30	1,65	0,68
COFINS	41,30	7,60	3,14

TOTAL A PAGAR: 41,30

5 IDENTIFICAMOS A EXISTENCIA DE 1 FATURA(S) PENDENTES, NO TOTAL DE R\$ 5.62. REGULARIZE SEU DEBITO E EVITE A NEGA- TIVACAO E SUSPENSAO DO FORNECIMENTO DE AGUA.

Revisão em: 08/01/2019



Arpe Agência de Regulação
de Pernambuco

0800-2813844

MATRÍCULA:	03720697.0	12/2018-5
------------	------------	-----------

TOTAL A PAGAR:	41,30
----------------	-------

VIA COMPESA

82810000000-3 41300018228-9 03720697001-2 12201850003-7



AUTENTICAÇÃO MECÂNICA



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

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



Grupo Neoennergia
 www.celpe.com.br

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

DADOS DO CLIENTE
 CARLA MARIA FIRMINO MELO
 CPF: 076.723.044-29

DATA DE VENCIMENTO
21/01/2019
 TOTAL A PAGAR (R\$)
0,00

DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL
 14/01/2019
DATA DA APRESENTAÇÃO
 14/01/2019
NÚMERO DA NOTA FISCAL
 046509332

CONTA CONTRATO
 007009352010
Nº DO CLIENTE
 2010366692
Nº DA INSTALAÇÃO
 0000294362

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
 RUA NUMERIANO A BEZERRA 37,
 GARAGEM
 BOA VISTA/BELO JARDIM
 55150-020 BELO JARDIM PE

CLASSIFICAÇÃO
 B3 COMERCIAL - COMERCIAL
 Monofásico

RESERVADO AO FISCO
 725C.FA5D.66E3.3D27.B5F5.3F68.9AF2.895B

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

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)
Consumo Ativo(kWh)	30,00	0,71979022	21,59
Contrib. Ilum. Pública Municipal			3,31
ICMS Subvenção-CDE-NF 038988718-13/11/18			0,17
Doação APAE - 0800 722 2723			7,00
Doação LBV - 0800 055 0999			25,00
TOTAL DA FATURA			57,07

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS

ICMS		PIS		COFINS	
BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
21,59	25,00	5,39	21,59	0,45	0,09
					21,59 2,09 0,45

Tarifas Aplicadas
 Consumo Ativo(kWh) 0,52156000

HISTÓRICO DO CONSUMO

MÊS	CONSUMO (kWh)
JAN 19	30
DEZ 18	30
NOV 18	30
OUT 18	30
SET 18	30
AGO 18	30
JUL 18	30
JUN 18	30
MAI 18	30
ABR 18	30
MAR 18	30
FEV 18	30
JAN 18	30

Faturado pelo mínimo da fase - Custo de Disponibilidade, Artigo 98, Resolução ANEEL 414/2010.

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

NÚMERO DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR	ATUAL	DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO kWh
000000000001026839	CAT	15/12/2018 8.036,00	14/01/2019 8.036,00	30	1,00000	0,00	0,00

DATA PREVISTA PARA A PRÓXIMA LEITURA: 12/02/2019

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES

DESCRIÇÃO	CONJUNTO	VALOR APURADO	MÉDIA MENSAL	MÉDIA TRIM.	MÉDIA ANUAL
nov/2018					
DIC-No.de horas sem Energia	BELO JARDIM	0,00	5,67	11,34	22,69
FIC-No.de vezes sem Energia		0,00	3,36	6,72	13,45
DMIC-Duração máxima de interrupção contínua		0,00	3,29	0,00	0,00
DICRI-Duração de interrupção em dia crítico					Limite DICRI: 12,22
EUSD-Valor do Emargo de Uso = R\$ 6,25					

Todas as interrupções são registradas e a apuração dos indicadores DIC, FIC, DMIC e DICRI a qualquer tempo.

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Pague no ponto mais perto de você! ag correios bento fernandes: praça dom luiz sao pedro / farmacia caxias: rua pedro firmino sao pedroLista completa em www.celpe.com.br.
 Na data da leitura a bandeira em vigor é a Verde. Mais informações em www.aneel.gov.br.
 O cliente é compensado quando há violação na continuidade individual ou do nível de tensão de fornecimento.
 Pagto. em atraso gera multa 2%(Res414/ANEEL), Juros 1%a.m(Lei 10.438/02) e atualização monetária no próx. mês.
 O Cliente é compensado quando há descumprimento do prazo definido para os padrões de atendimento comercial.
 O consumidor pode cancelar a cobrança de serviços de terceiros na fatura a qualquer tempo - Art 7º REN 581/13.

NÍVEIS DE TENSÃO

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

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

DESTAQUE AQUI

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO	TOTAL A PAGAR(R\$)	VENCIMENTO	TALÃO DE PAGAMENTO
007009352010	01/2019	0,00	21/01/2019	Evite dobrar, perfurar ou rasurar. Este canhoto será usado em leitora ótica.

Pagamento através de Débito Automático em Conta Corrente.
 Banco 104-0 Agência 0773

O Débito Automático em Conta Corrente é confortável, muito seguro e você pode suspender o débito até três dias úteis antes do vencimento.
 Para maiores informações ligue 116

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

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

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

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

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

Pelo exposto, eu CARLA MARIA FIRMINO MELO inscrito (a) no CPF/CNPJ 076.723.044-29 / _____, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário MARIA HELENA DO CARMO inscrito (a) no CPF sob o Nº 377.338.854-34 / _____, do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vitima MARIA HELENA DO CARMO, inscrito (a) no CPF sob o Nº 377.338.854-34 / _____, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

☒ Recuso informar

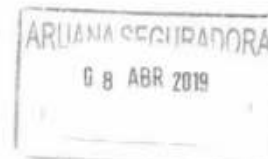
Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

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

Endereço <u>RUA NUMERIANO ALVES BEZERRA</u>		Número <u>37</u>	Complemento <u>GARAGEM</u>
Bairro <u>BOA VISTA</u>	Cidade <u>BELO JARDIM</u>	Estado <u>PE</u>	CEP <u>55150-020</u>
Email <u>carlafirminomelo@hotmail.com</u>	Telefone comercial(DDD) <u>(81) 9.9569-0261</u>	Telefone celular (DDD) <u>(81) 9.9168-6771</u>	

BELO JARDIM, 15 de FEVEREIRO de 2019
Local e Data

Carla Maria Firmino Melo
Assinatura do Declarante



DLDR.L001 V001/2017

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

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

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

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

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

Pelo exposto, eu CARLA MARIA FIRMINO MELO inscrito (a) no CPF/CNPJ 076.723.044-29 / _____, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário MARIA HELENA DO CARMO inscrito (a) no CPF sob o Nº 377.338.854-34 / _____, do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vitima MARIA HELENA DO CARMO, inscrito (a) no CPF sob o Nº 377.338.854-34 / _____, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

☒ Recuso informar

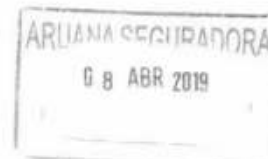
Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

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

Endereço <u>RUA NUMERIANO ALVES BEZERRA</u>		Número <u>37</u>	Complemento <u>GARAGEM</u>
Bairro <u>BOA VISTA</u>	Cidade <u>BELO JARDIM</u>	Estado <u>PE</u>	CEP <u>55150-020</u>
Email <u>carlafirminomelo@hotmail.com</u>	Telefone comercial(DDD) <u>(81) 9.9569-0261</u>	Telefone celular (DDD) <u>(81) 9.9168-6771</u>	

BELO JARDIM, 15 de FEVEREIRO de 2019
Local e Data

Carla Maria Firmino Melo
Assinatura do Declarante



DLDR1.001 V001/2017



Prefeitura de
Belo Jardim
A mudança começa com trabalho

HOSPITAL REGIONAL DE BELO JARDIM

CNPJ: 10.260.222/0001-05

Rua Dr. Henrique Nascimento, s/nº

Belo Jardim - PE - CEP: 55.150-000

Fone: (0**81) 3726.2233

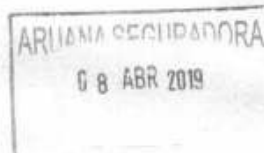
DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins que Maria Helena
do Carmo residente Alto São
Tricanti S/Nº Serra do Monte esteve internado
neste Hospital no período de 27.09.18 à
17:00 hrs com diagnóstico de CID:
Vômito, Cefaleia, tontura prontuário nº Emergência

OBS: O original se encontra disponível ao INSS para averiguação neste arquivo.

OBS: Por motivo de danificação dos prontuários os mesmos estão sendo refeitos.

Belo Jardim 26/10/18



Responsável





Prefeitura de
Belo Jardim
A mudança começa com trabalho

SECRETARIA DE SAÚDE

SECRETARIA DE SAÚDE DO MUNICÍPIO
HOSPITAL JÚLIO ALVES DE LIRA

FOLHA DE INTERNAÇÃO E ALTA HOSPITALAR

Registro Nº:

Data: 17.09.18

Hora: 17:00h

Unidade de Saúde: HOSPITAL JÚLIO ALVES DE LIRA

PACIENTE	NÚMERO DO CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)	DOCUMENTO/IDENTIDADE / CPF:
	Nome: <u>M^{re} Helena do Carmo</u>	Idade: <u>86a</u>
	Data de Nascimento: <u>12.03.32</u> Sexo: <u>F</u> Cor: <u>Pauca</u> Estado Civil: <u>Viúva</u>	Profissão: <u>Pensionista</u>
	Naturalidade: <u>Maracanã</u> Endereço: <u>R. Alfo São Vicente, S/Nº Serrão</u> Procedência: <u>Uento</u> Telefone: _____	
RESPONSÁVEL	Responsável: <u>O mesmo</u> Parentesco: _____	
	Endereço: <u>O mesmo</u> Fone: _____	
	Trazido por: <u>Maxwell Eutânio Filho</u> (mãe) Endereço: _____ Fone: _____	
OCORRÊNCIA	Local do Acidente: _____ Data: ____/____/____ Hora: ____:____:____	
	NATUREZA DO ACIDENTE <input type="checkbox"/> Casual <input type="checkbox"/> Acid. do Trânsito <input type="checkbox"/> Tentativa de Suicídio <input type="checkbox"/> Queda <input type="checkbox"/> Intoxicação <input type="checkbox"/> Outras Causas <input type="checkbox"/> Acid. do Trabalho <input type="checkbox"/> Agressão	
ATENÇÃO MÉDICA	Atendimento: <input type="checkbox"/> Clínico <input type="checkbox"/> Cirúrgico	
	História da Doença Atual: <u>Valer do Hospital</u>	
EXAME - FÍSICO		
Pressão Arterial: <u>110x50</u> Pulso: _____ Temperatura: _____ Peso: _____		
<u>Alergia (-)</u>		
<u>HGT - 188 mg/dl</u>		
<u>22:50</u>		
<u>PA: 120x55 mmHg</u>		
<u>Mega Alergia</u>		
Diagnóstico Provisório: _____		

Assinado







GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE SAÚDE
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO



FICHA DE ESCLARECIMENTO

NOME: MARIA HELENA DO CARMO	PRONTUÁRIO: 1649131	ATENDIMENTO: 01030154
DATA DE NASCIMENTO: 12/03/1932	FOI ATENDIDO EM: Às	
	DATA DA ALTA: 26/09/2018 ÀS 11:16	

Diagnóstico Provável:

1. TRAUMA TORACICO FECHADO (ATROPELAMENTO)
2. HAS (NAO SABE MEDICACOES QUE FAZ USO)

Tratamento Realizado:

1. (22/09 - 26/09) DTFD SEC
2. CORTICOTERAPIA + NEBULIZAÇÃO ATROVENT/BEROTEC

Observação:



Encaminhado para:

NO MOMENTO DA ALTA AGENDAR RETORNO AO AMBULATÓRIO DE DR. JOÃO PAULO RIBEIRO NO DIA 11/10/2018 ÀS 07H.

ICARO TORRES LAGE - CRM: Nº.25002

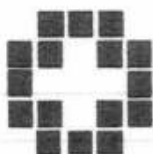
Recife, 26, SETEMBRO, 2018

ATENÇÃO:

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

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





HOSPITAL
SÃO SEBASTIÃO



QHCP
GESTÃO

ORGANIZAÇÃO
SOCIAL DA SAÚDE



RESUMO DE ALTA

Nome: <u>Mrs. Helena do Carmo</u>		
Registro:	Enfermaria:	Leito:

ADMISSÃO: 01 12 18 ALTA: 08 12 18

1 - DIAGNÓSTICOS

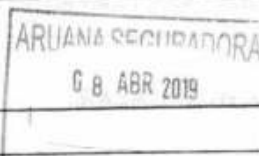
Abcesso em parede torácica (D)

2 - RESUMO DA HISTÓRIA CLÍNICA, EVOLUÇÃO E TRATAMENTO

Paciente admitida com história de dor no tórax, drenado
realizou ATB cl. Toxocina, evoluiu com melhora

3 - PROGRAMAÇÃO APÓS ALTA

1) Acompanhar no UBS



h

Medico
CR 17333

Data: _____ Hora: _____

ASSINATURA E CARIMBO DO MEDICO



5 - PRESCRIÇÃO PARA CONTINUAÇÃO DO TRATAMENTO EM DOMICÍLIO

ARUANA SECURADORA
08 ABR 2019

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO RESPONSÁVEL

Data: _____

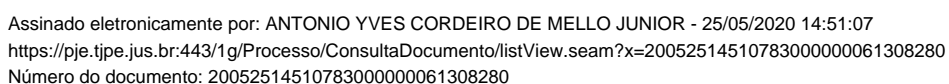
Data: _____ Hora: _____

RESPONSÁVEL (EQUIPE DE ENFERMAGEM)

_____ Matrícula: _____

RESPONSÁVEL (PORTARIA)

_____ Matrícula: _____

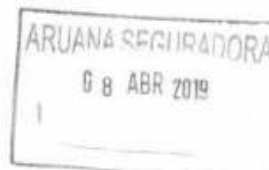


FICHA DE ESCLARECIMENTO

ATENDIMENTO: 1029941/2018.

NOME: MARIA HELENA DO CARMO.

Foi atendido às 21h46 do dia 21.09.2018.



Diagnóstico provável: WELSCOTOMY em HEMITOMY +
DIREITA. FRATURAS EM 10, 11, 12ª CRISTAS
A DIREITA, + FRATURAS EM HEMITOMY ESQUERDA
TCE LEVE.
(ATMORBACIMENTO)

Tratamento realizado: TAC DE TONAX - PNEUMOCAX
EM H.T.D.
DIREÇÃO TONAX FRUITA DO A DIRETOR.
USO FAST - N. N. N.
DE TONAX C/ DIRETOR A DIRETOR FRUITA DO.
CLAYANCA EX. AERAS LABORATORIO DE
TAC DE TONAX - S/ LINDA DO A.

Obs.

ALTM EN 26-09-2018

As informações contidas neste documento foram transcritas, na íntegra, do Prontuário Médico, não do Médico Assistente e sim do serviço Arquivo Médico e Estatístico.

Cópia de Prontuário Médico em

IES - Hospital da Restauração
Dr. Gilberto Wanderley Lima
Garante Médico do SAME
CRM 4532

Atenção: Este documento destina-se a comprovação de atendimento hospitalar ou ambulatorial para: INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO, CONTINUIDADE DO TRATAMENTO AMBULATORIAL.

Av. Agamenon Magalhães, S/N – Derby – Recife – PE CEP 52.010-040

Fones: 31815451/31815572





Alergologia - Análises Clínicas - Angiologia - Audiometria - Biópsia - Cardiologia - Clínica Geral - Cirurgia Geral
Citologia e Colposcopia - Colonoscopia - Dermatologia - Ecocardiografia - Eletrocardiograma - Eletroencefalograma
Eletroencefalografia - Endocrinologia - Endoscopia Digestiva - Estudo Urodinâmico - Fisioterapia - Fonoaudiologia
Gastroenterologia - Gastroenterologia Infantil - Geriatria - Ginecologia - Holter - Implantes Dentários - Laboratório
MAPA - Mastologia - Neurologia - Neurologia Infantil - Nutrição - Odontologia - Oftalmologia - Otorrinolaringologia
Ortodontia - Ortopedia - Pediatria - Peniscopia - Pneumologia - Psicologia - Raio X Digital em Geral - Reumatologia
Testes Alérgicos - Teste Ergométrico - Ultra-som - Urologia - e outras especialidades.

NOME: MARIA HELENA DO CARMO.
D. NASCIMENTO: 12.03.1932
Nº DO REGISTRO: 9929
EXAME: RX DIGITAL DO TÓRAX PA+P
SOLICITANTE: DR.º RODRIGO A. DE OLIVEIRA.
CONVÊNIO: MARIA GERTRUDES

LAUDO

Acentuada hipotransparência pulmonar nos campos médio e inferior à direita.

Sinais de hiperaeração pulmonar à esquerda. (DPOC)

Apagamento da cúpula diafragmática e do seio costofrênico à direita.

Aumento da área cardíaca.

Aalongamento da aorta torácica com ectasia.



Caruaru 21 de Novembro de 2018


Dr. André Pinto da Silveira
CRM - 11456

ESTE LAUDO APRESENTA A IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA ATRAVÉS DA INTERPRETAÇÃO RADIOLÓGICA DOS ACHADOS. O RELATÓRIO NÃO DEVE SER CONSIDERADO ABSOLUTO E DEFINITIVO, JÁ QUE AS DOENÇAS SÃO EVOLUTIVAS E PODER MODIFICAR-SE DE ACORDO COM A HISTÓRIA NATURAL DA PATOLOGIA OU INVESTIGAÇÃO MAIS PROFUNDA. HAVENDO DISCORDÂNCIA DO EXAME EM RELAÇÃO COM A CLÍNICA DO PACIENTE, ENTRAR IMEDIATAMENTE EM CONTATO COM CMMG. EM CASO DE NECESSIDADE DE RADIOGRAFIA(S) COMPLEMENTAR(ES), FAVOR ENVIAR ESTE EXAME PARA MELHOR COMPARAÇÃO E DEFINIÇÃO RADIOGRÁFICA. SUGERIMOS QUE ESTAS IMAGENS SEJAM PRESERVADAS PERIODICAMENTE.

UNIDADE I
Rua Santa Maria da Boa Vista, 85 - Boa Vista II - Caruaru/PE

UNIDADE II
Av. João Salvador, 23 - Bairro Riachão - Caruaru/PE





Secretaria
de Saúde



PERNAMBUCO
GOVERNO DO ESTADO

Nome: **MARIA HELENA DO CARMO**
Idade: **71** Sexo: **F**
Médico: **MEDICO-PLANTONISTA - EMER HR**
Procedência: **SUS - AMBULATORIO**

Pedido: **490763**
Data do Pedido: **22/09/2018 10:00:00**
Data do Laudo:
Atendimento: **1029941**

ULTRASSONOGRAFIA DO ABDOME (FAST)

HISTÓRIA / INDICAÇÃO: trauma abdominal

TÉCNICA: estudo ecográfico realizado com transdutores multifrequenciais.

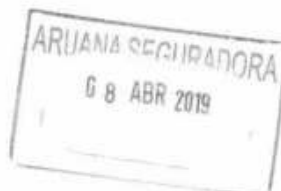
ACHADOS:

Importante interposição de gás não permitiu avaliação do andar superior do abdome. Se houver forte suspeita de órgãos abdominais, sugere-se prosseguir com tomografia computadorizada.

Bexiga normodistendida.

Ausência de líquido livre na escavação pélvica.

JULIANA DE OLIVEIRA BURIL
17395




Prefeitura de Caruaru
Av. Vers Cruz - 854, São Francisco - CEP: 55008-000
Fone: 81-3701-1400 - CNPJ: 11.371.082/0001-06

**Secretaria
de Saúde**



UNIDADE DE SAÚDE

**Dr. JOSÉ CARLOS
OLIVEIRA II**


Cliente:

DELLACIA

*Declara por devida F.V.S, que a paciente Maria
Helena + cons, de 46 anos, domiciliada
por Aracajoneta por motocicleta, no mês de
agosto de 2018, sofreu em pouco tempo em
um acidente de trânsito, sem a possibilidade
de ir a U.F. e por Especialista.*

ARIANA SEGUINADORA
08 ABR 2019

Caruaru, 14 de 02 de 19
AO VOLTAR AO MÉDICO, TRAZER ESTA RECEITA


Dr. Antonio Wyller
CRM-PE - 22438
Médico

CONTROLE DA FARMÁCIA





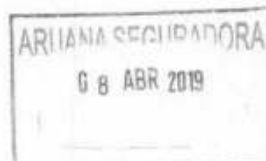
CARUARU

Centro de Imagens Municipal - CIM

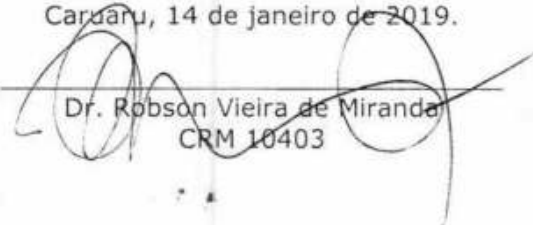
NOME DO PACIENTE: MARIA HELENA DO CARMO
DATA DE NASCIMENTO: 12/03/1932
IDADE DO PACIENTE: 86 ANOS
DATA DA REALIZAÇÃO: 14/01/2019
REG: 35

RX DO TÓRAX

Acentuação da trama pulmonar.
Redução volumétrica do pulmão direito.
Imagem sugestiva de pequeno derrame cissural à direita.
Selo costo-frênico direito velado.
Espessamento peribroncovascular peri-hilar bilateral.
Sombras hilares proeminentes.
Área cardíaca aumentada.
Aorta alongada.
Arcabouço costal íntegro.



Caruaru, 14 de janeiro de 2019.


Dr. Robson Vieira de Miranda
CRM 10403

AV. Pedro Jordão S/N - Bairro Mauricio de Nassau- Caruaru - PE Fone: (81) 37236013





Pernambuco
SECRETARIA DE SAÚDE
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO

SOLICITAÇÃO DO SAME

☒ FICHA DE ESCLARECIMENTO

☐ OUTROS

Fone: 3181 - 5451

Atendimento:
Segunda a Sexta
08:00 ao 12:00

OBS: Informamos que a solicitação de cópia de prontuário só deverá ser liberada quando solicitada por juiz, pelo ministério público ou pelo próprio paciente com a solicitação médica. Para os demais órgãos (EX: SEGURADORAS) será emitida Ficha de Esclarecimento Médico.

Justificativas: _____

PACIENTE: Maria Helena da Costa

IDENTIDADE: 5.888.888

ADM: 23.00.10

ALTA/ÓBITO: 2.09.18

REGISTRO: 1079941 CÓDIGO: 1649131

RESIDÊNCIA: Av. Agamenon Magalhães, S/N - Derby - Recife

FILIAÇÃO: Maria Helena da Costa

ATENDIMENTO NA EMERGÊNCIA: _____

INTERNADO NO HR: 6

SOLICITANTE: Maria Helena da Costa

GRAU DE PARENTESCO: Mãe

IDENTIDADE: 0.12.688

Recife 11 de setembro 2018

Maria Helena da Costa
ASSINATURA

Av. Agamenon Magalhães, S/N - Derby - Recife
Fone: (0xx81) 31815400





Maria Helena da Costa.

vifina alguns problemas por motocicleta
no dia 17-04. tpi. lesão pneumotórax em
hemitórax direito, fratura em 10-11 e 12
costela direita, tce leve.

Foi feita drenagem torácica e conservação
de arcos costais.

A mesma pessoa sofreu com lesão/
dificuldade para respirar por furo
na costela, dificuldade para respirar por
lesão com rachadura: faz uso de
painel 500/30mg. quase no mesmo
local.

Obs: pte ficou com sequelas leves
na lesão.

Costa

Dr. Jussé Serrão

MEDICO

CRM: 23339-BE

22-05-09

f clinicadiagclin @clinicadiagclin
(81) 3726-2938 (81) 98624-5735

Rua Floriano Peixoto, 58 - Centro
Belo Jardim - Pernambuco





Prefeitura de
Belo Jardim
A mudança começa com trabalho

HOSPITAL REGIONAL DE BELO JARDIM

CNPJ: 10.260.222/0001-05

Rua Dr. Henrique Nascimento, s/nº

Belo Jardim - PE - CEP: 55.150-000

Fone: (0**81) 3726.2233

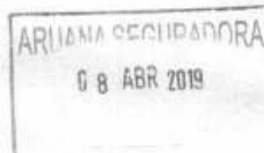
DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins que Maria Helena
do Carmo residente Alto São
Teófilo S/Nº Serra do Monte esteve internado
neste Hospital no período de 27.09.18 à
17:00 hrs com diagnóstico de CID:
Vômito Cefaléia prontuário nº Emergência
Tontura

OBS: O original se encontra disponível ao INSS para averiguação neste arquivo.

OBS: Por motivo de danificação dos prontuários os mesmos estão sendo refeitos.

Belo Jardim 26/10/18



Responsável





Prefeitura de
Belo Jardim
A mudança começa com trabalho

SECRETARIA DE SAÚDE

SECRETARIA DE SAÚDE DO MUNICÍPIO
HOSPITAL JÚLIO ALVES DE LIRA

FOLHA DE INTERNAÇÃO E ALTA HOSPITALAR

Registro Nº:

Data: 17.09.18

Hora: 17:00h

Unidade de Saúde: HOSPITAL JÚLIO ALVES DE LIRA

PACIENTE	NÚMERO DO CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)	DOCUMENTO/IDENTIDADE / CPF:
	Nome: <u>M^{re} Helena do Carmo</u>	Idade: <u>86a</u>
	Data de Nascimento: <u>12.03.32</u> Sexo: <u>F</u> Cor: <u>Pauca</u> Estado Civil: <u>Viúva</u>	Profissão: <u>Pensionista</u>
	Naturalidade: <u>Maracanã</u>	Endereço: <u>R^a Alfo São Vicente, S/N^o Serrado</u>
	Procedência: <u>Uento</u>	Telefone: _____
RESPONSÁVEL	Responsável: <u>O mesmo</u>	Parentesco: _____
	Endereço: <u>O mesmo</u>	Fone: _____
	Trazido por: <u>Maxwell Augusto Filho</u>	(-mãe)
	Endereço: _____	Fone: _____
OCORRÊNCIA	Local do Acidente: _____	Data: ____/____/____ Hora: ____:____:____
	NATUREZA DO ACIDENTE	<input type="checkbox"/> Casual <input type="checkbox"/> Acid. do Trânsito <input type="checkbox"/> Tentativa de Suicídio
	<input type="checkbox"/> Queda <input type="checkbox"/> Intoxicação <input type="checkbox"/> Outras Causas	
	<input type="checkbox"/> Acid. do Trabalho <input type="checkbox"/> Agressão	
ATENÇÃO MÉDICA	Atendimento: <input type="checkbox"/> Clínico <input type="checkbox"/> Cirúrgico	
	História da Doença Atual: <u>Valer do Hospital</u>	
EXAME - FÍSICO		
Pressão Arterial: <u>110x50</u>	Pulso: _____ Temperatura: _____ Peso: _____	
<u>Alergia (-)</u>		
<u>HGT - 188 mg/dl</u>		
<u>22:50</u>		
<u>PA: 120x55 mmHg</u>	<u>Mega Alergia</u>	
Diagnóstico Provisório: _____		

Assinatura







GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE SAÚDE
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO



FICHA DE ESCLARECIMENTO

NOME: MARIA HELENA DO CARMO	PRONTUÁRIO: 1649131	ATENDIMENTO: 01030154
DATA DE NASCIMENTO: 12/03/1932	FOI ATENDIDO EM: Às	
	DATA DA ALTA: 26/09/2018 ÀS 11:16	

Diagnóstico Provável:

1. TRAUMA TORACICO FECHADO (ATROPELAMENTO)
2. HAS (NAO SABE MEDICACOES QUE FAZ USO)

Tratamento Realizado:

1. (22/09 - 26/09) DTFD SEC
2. CORTICOTERAPIA + NEBULIZAÇÃO ATROVENT/BEROTEC

Observação:



Encaminhado para:

NO MOMENTO DA ALTA AGENDAR RETORNO AO AMBULATÓRIO DE DR. JOÃO PAULO RIBEIRO NO DIA 11/10/2018 ÀS 07H.

ICARO TORRES LAGE - CRM: Nº.25002

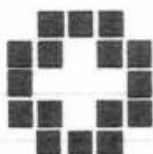
Recife, 26, SETEMBRO, 2018

ATENÇÃO:

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

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





HOSPITAL
SÃO SEBASTIÃO



QHCP
GESTÃO

ORGANIZAÇÃO
SOCIAL DA SAÚDE



RESUMO DE ALTA

Nome: <u>Mrs Helena do Carmo</u>		
Registro:	Enfermaria:	Leito:

ADMISSÃO: 01 12 18 ALTA: 08 12 18

1 - DIAGNÓSTICOS

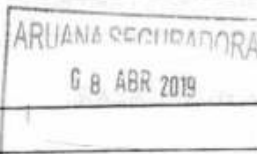
Abcesso em parede torácica (D)

2 - RESUMO DA HISTÓRIA CLÍNICA, EVOLUÇÃO E TRATAMENTO

Paciente admitida com história de dor, drenado
realizou ATB cl Toxocina, evoluiu com melhora

3 - PROGRAMAÇÃO APÓS ALTA

1) Acompanhar no UBS



h

Medico
CR 17333

Data: _____ Hora: _____

ASSINATURA E CARIMBO DO MEDICO



5 - PRESCRIÇÃO PARA CONTINUAÇÃO DO TRATAMENTO EM DOMICÍLIO

ARUANA SECURADORA
08 ABR 2019

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO RESPONSÁVEL

Data: _____

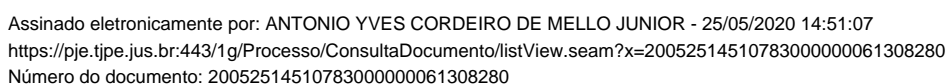
Data: _____ Hora: _____

RESPONSÁVEL (EQUIPE DE ENFERMAGEM)

_____ Matrícula: _____

RESPONSÁVEL (PORTARIA)

_____ Matrícula: _____





SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO

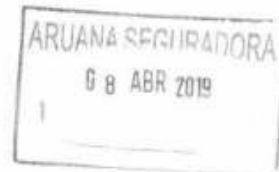
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO

FICHA DE ESCLARECIMENTO

ATENDIMENTO: 1029941/2018.

NOME: MARIA HELENA DO CARMO.

Foi atendido às 21h46 do dia 21.09.2018.



Diagnóstico provável: DEPRESSÃO COM HISTERIA À
DIREITA. FRATURAS EM 10, 11, 12ª COSTELAS
A DIREITA, E FRATURAS EM HÍSTEROX E XIFÓIDE
T.C.E. LOMBA.
(ATMORBACIMENTO)

Tratamento realizado: TAL DO TÓRAX, PNEUMOTÓRAX
EM H.T.D.
DRENAGEM TORÁCICA FEITA EM A DIREITA.
USG FAST - NENHUM
RESPOSTA CLÍNICA E DRENAGEM PNEUMOTÓRAX.
CLAXAMAX. EXAMES LABORATORIAIS
TAC DE CRÂNIO - S/LOMBA V.A.N.

Obs.

ALTA EM 26-09-2018

As informações contidas neste documento foram transcritas, na íntegra, do Prontuário Médico, não do Médico Assistente e sim do serviço Arquivo Médico e Estatístico.

Cópia de Prontuário Médico em 07/11/2018

JES - Hospital da Restauração
Dr. Gilberto Wanderley Lima
Garante Médico de SAME
CRM: 4533

153,

Atenção: Este documento destina-se a comprovação de atendimento hospitalar ou ambulatorial para: INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO, CONTINUIDADE DO TRATAMENTO AMBULATORIAL.

Av. Agamenon Magalhães, S/N - Derby - Recife - PE CEP 52.010-040

Fones: 31815451/31815572



Alergologia - Análises Clínicas - Angiologia - Audiometria - Biópsia - Cardiologia - Clínica Geral - Cirurgia Geral
Citologia e Colposcopia - Colonoscopia - Dermatologia - Ecocardiografia - Eletrocardiograma - Eletroencefalograma
Eletroencefalografia - Endocrinologia - Endoscopia Digestiva - Estudo Urodinâmico - Fisioterapia - Fonoaudiologia
Gastroenterologia - Gastroenterologia Infantil - Geriatria - Ginecologia - Holter - Implantes Dentários - Laboratório
MAPA - Mastologia - Neurologia - Neurologia Infantil - Nutrição - Odontologia - Oftalmologia - Otorrinolaringologia
Ortodontia - Ortopedia - Pediatria - Peniscopia - Pneumologia - Psicologia - Raio X Digital em Geral - Reumatologia
Testes Alérgicos - Teste Ergométrico - Ultra-som - Urologia - e outras especialidades.

C e n t r o M é d i c o
Maria Gertrudes

NOME: MARIA HELENA DO CARMO.
D. NASCIMENTO: 12.03.1932
Nº DO REGISTRO: 9929
EXAME: RX DIGITAL DO TÓRAX PA+P
SOLICITANTE: DR.º RODRIGO A. DE OLIVEIRA.
CONVÊNIO: MARIA GERTRUDES

LAUDO

Acentuada hipotransparência pulmonar nos campos médio e inferior à direita.

Sinais de hiperaeração pulmonar à esquerda. (DPOC)

Apagamento da cúpula diafragmática e do seio costofrênico à direita.

Aumento da área cardíaca.

Aalongamento da aorta torácica com ectasia.



Caruaru 21 de Novembro de 2018


Dr. André Pinto da Silveira
CRM - 11456

ESTE LAUDO APRESENTA A IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA ATRAVÉS DA INTERPRETAÇÃO RADIOGRÁFICA DOS ACHADOS. O RELATÓRIO NÃO DEVE SER CONSIDERADO ABSOLUTO E DEFINITIVO, JÁ QUE AS DOENÇAS SÃO EVOLUTIVAS E PODER MODIFICAR-SE DE ACORDO COM A HISTÓRIA NATURAL DA PATOLOGIA OU INVESTIGAÇÃO MAIS PROFUNDA. HAVENDO DISCORDÂNCIA DO EXAME EM RELAÇÃO COM A CLÍNICA DO PACIENTE, ENTRAR IMEDIATAMENTE EM CONTATO COM CMMG. EM CASO DE NECESSIDADE DE RADIOGRAFIA(S) COMPLEMENTAR(ES), FAVOR ENVIAR ESTE EXAME PARA MELHOR COMPARAÇÃO E DEFINIÇÃO RADIOGRÁFICA. SUGERIMOS QUE ESTAS IMAGENS SEJAM PRESERVADAS PERIODICAMENTE.

UNIDADE I
Rua Santa Maria da Boa Vista, 85 - Boa Vista II - Caruaru/PE

UNIDADE II
Av. João Salvador, 23 - Bairro Riachão - Caruaru/PE





Secretaria
de Saúde



PERNAMBUCO
GOVERNO DO ESTADO

Nome: **MARIA HELENA DO CARMO**
Idade: **71** Sexo: **F**
Médico: **MEDICO-PLANTONISTA - EMER HR**
Procedência: **SUS - AMBULATORIO**

Pedido: **490763**
Data do Pedido: **22/09/2018 10:00:00**
Data do Laudo:
Atendimento: **1029941**

ULTRASSONOGRAFIA DO ABDOME (FAST)

HISTÓRIA / INDICAÇÃO: trauma abdominal

TÉCNICA: estudo ecográfico realizado com transdutores multifrequenciais.

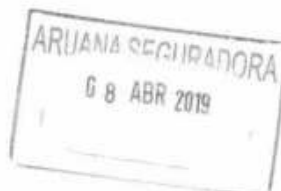
ACHADOS:

Importante interposição de gás não permitiu avaliação do andar superior do abdome. Se houver forte suspeita de órgãos abdominais, sugere-se prosseguir com tomografia computadorizada.

Bexiga normodistendida.

Ausência de líquido livre na escavação pélvica.

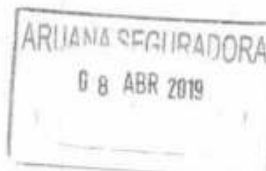
JULIANA DE OLIVEIRA BURIL
17395



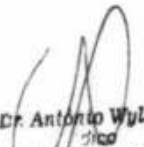
Cliente:

DELLACRUZ

DECLARAÇÃO
DECLARO POR DEBILIDADE FÍSICA, QUE O PACIENTE MARIA
HELENA + CONJUGES, 46 ANOS, DOMICILIADA
PÓS ATROFIAÇÃO POR MOTOCICLETA, POR QUINZE
DIAS, COM FRACTURAS EM PÉES, COSTAS EM
MÔDULO DIREITO, SEM A PRESENÇA DE
RESTO VDF E POR ESPECIALISTA.



Caruaru, 14 02 19
AO VOLTAR AO MÉDICO, TRAZER ESTA RECEITA


Dr. Antonio Wyller
CRM-PE - 22438
Médico

CONTROLE DA FARMÁCIA





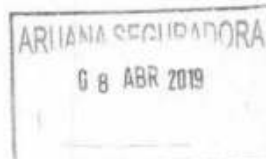
CARUARU

Centro de Imagens Municipal - CIM

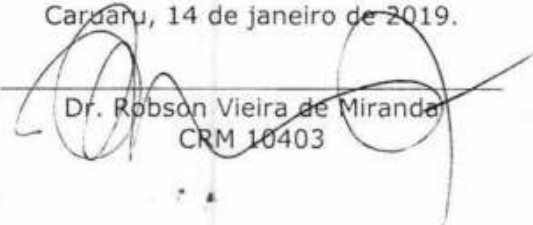
NOME DO PACIENTE: MARIA HELENA DO CARMO
DATA DE NASCIMENTO: 12/03/1932
IDADE DO PACIENTE: 86 ANOS
DATA DA REALIZAÇÃO: 14/01/2019
REG: 35

RX DO TÓRAX

Acentuação da trama pulmonar.
Redução volumétrica do pulmão direito.
Imagem sugestiva de pequeno derrame cissural à direita.
Selo costo-frênico direito velado.
Espessamento peribroncovascular peri-hilar bilateral.
Sombras hilares proeminentes.
Área cardíaca aumentada.
Aorta alongada.
Arcabouço costal íntegro.



Caruaru, 14 de janeiro de 2019.


Dr. Robson Vieira de Miranda
CRM 10403

AV. Pedro Jordão S/N - Bairro Mauricio de Nassau- Caruaru - PE Fone: (81) 37236013





Pernambuco
SECRETARIA DE SAÚDE
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO

SOLICITAÇÃO DO SAME

☒ FICHA DE ESCLARECIMENTO

☐ OUTROS

Fone: 3181 - 5451

Atendimento:
Segunda a Sexta
08:00 ao 12:00

OBS: Informamos que a solicitação de cópia de prontuário só deverá ser liberada quando solicitada por juiz, pelo ministério público ou pelo próprio paciente com a solicitação médica. Para os demais órgãos (EX: SEGURADORAS) será emitida Ficha de Esclarecimento Médico.

Justificativas: _____

PACIENTE: Maria Helena da Costa

IDENTIDADE: 5.888.888

ADM: 23.00.10

ALTA/ÓBITO: 2.09.18

REGISTRO: 1079941 CÓDIGO: 1649131

RESIDÊNCIA: Av. Agamenon Magalhães, S/N - Derby - Recife

FILIAÇÃO: Maria Helena da Costa

ATENDIMENTO NA EMERGÊNCIA: _____

INTERNADO NO HR: 6

SOLICITANTE: Maria Helena da Costa

GRAU DE PARENTESCO: Mãe

IDENTIDADE: 0.12.688

Recife 11 de setembro 2018

Maria Helena da Costa
ASSINATURA

Av. Agamenon Magalhães, S/N - Derby - Recife
Fone: (0xx81) 31815400



