Tribunal de Justiça de Pernambuco
PJe - Processo Judicial Eletrônico

29/05/2020

Número: **0011205-36.2019.8.17.3130**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**
Órgão julgador: **4ª Vara Cível da Comarca de Petrolina**
Última distribuição : **09/12/2019**
Valor da causa: **R$ 10.125,00**
Assuntos: **Seguro**
Segredo de justiça? **NÃO**
Justiça gratuita? **SIM**
Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
AYANE KARINE DA SILVA (AUTOR)	**IONE NADJA GONCALVES DE OLIVEIRA (ADVOGADO)** **PAULO HENRIQUE LIMA LEMOS (ADVOGADO)**
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (RÉU)	

Documentos

Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
62718749	29/05/2020 14:17	2723445_CONTESTACAO_01	Petição em PDF

JOÃO BARBOSA
ADVOGADOS ASSOCIADOS

EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 4ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE PETROLINA/PE

Processo: 00112053620198173130

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 **AYANE KARINE DA SILVA**, em trâmite perante este Douto Juízo, vem, *mui* respeitosamente, à presença de Vossa Excelência, apresentar

C O N T E S T A Ç Ã O

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 **07/12/2017**, restando permanentemente inválida.

Destaca-se que a parte apenas procedeu com o registro na Delegacia de Polícia na data 01/03/2018.

Cumpre 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$ 3.375,00 (três mil e trezentos e setenta e cinco 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.

PRELIMINARMENTE

DA TEMPESTIVIDADE

A Ré apresenta a presente contestação em consonância com regra prevista no art. 218, § 4º do CPC/2015[1], 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/2015[2].

DO MÉRITO

DO REQUERIMENTO DE DEPOIMENTO PESSOAL DA PARTE AUTORA

DA FALTA DE ASSINATURA DO BOLETIM DE OCORRÊNCIA

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

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

Isso se deve, tendo em vista que além da noticia ter sido registrada pela vítima menor de idade, desacompanhado e sem qualquer testemunha do fato, o referido documento não foi devidamente assinado pelo noticiante.

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

---

[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;

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

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

Com efeito, a parte Autora deixou de juntar aos autos o Laudo do Instituto Médico Legal, furtando-se de provar o percentual de invalidez e o grau de redução funcional do membro supostamente afetado, em inobservância ao art. 373, I, CPC[3].

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$ 3.375,00 (três mil e trezentos e setenta e cinco 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 irretratável quitação para mais nada reclamar quanto ao sinistro noticiado."***

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

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

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

---

[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)

Ademais, temos que a parte Autora poderia, e quiçá deveria ressalvar 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$ 3.375,00 (três mil e trezentos e setenta e cinco reais), o qual foi aceito pela beneficiária legal.

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

DO PAGAMENTO PROPORCIONAL À LESÃO

Conforme ilação dos documentos acostados pelo requerente, o mesmo foi vítima de acidente ocasionado por veículo automotor na data de **07/12/2017**. Ademais, **houve pagamento administrativo na razão de de R$ 3.375,00 (três mil e trezentos e setenta e cinco 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 parciais[4].

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 STJ[5].

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:

---

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

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

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

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

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

Sendo assim, na hipótese de condenação da seguradora, o valor indenizatório deverá ser apontado após a realização de perícia médica, constatando a extensão da lesão do autor, observando-se o método de cálculo apresentado em seguida abatido o valor pago na seara administrativa na monta de **R$ 3.375,00 (TRÊS MIL E TREZENTOS E SETENTA E CINCO REAIS)**.

DA IMPOSSIBILIDADE DA INVERSÃO DO ÔNUS DA PROVA

Não há que se falar em inversão do ônus da prova, vez que o seguro DPVAT não se trata de relação de consumo, e sim de uma obrigação legal.

Assim, não pode a parte autora ser confundida como consumidora, pois, não há qualquer relação de consumo entre as partes litigantes, o que gera a inaplicabilidade da inversão do ônus da prova, característica do Código de Defesa do Consumidor.

Neste sentido é o recente entendimento firmado pelos Tribunais pátrios[6], ratificando o descabimento da inversão do ônus da prova com base na aplicação do Código de Defesa do Consumidor.

Sendo assim, por se tratar de prova essencial dos fatos constitutivos da pretensão autoral, deverá o ônus da prova ser custeado pela parte autora, como determina o art. 373, I do CPC.

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 citação[7].

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 ação[8]

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.

---

[6] *"PROCESSO CIVIL. AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT. PRELIMINAR DE FALTA DE INTERESSE DE AGIR NÃO APRECIADA PELO JUÍZO A QUO. IMPOSSIBILIDADE DE APRECIAÇÃO PELA INSTÂNCIA REVISORA.* ***INVERSÃO DO ÔNUS DA PROVA, COM BASE NO CÓDIGO DE DEFESA DO CONSUMIDOR. INAPLICABILIDADE DO DIPLOMA LEGAL CONSUMERISTA ÀS RELAÇÕES DE SEGURO OBRIGATÓRIO****. Agravo de Instrumento interposto de decisão que em ação de cobrança do seguro obrigatório DPVAT deferiu a inversão do ônus da prova. 1. Preliminar de ausência de interesse de agir não enfrentada pelo juízo a quo impede o exame pela instância revisora, sob pena de supressão de instância. 2.* ***A contratação compulsória do seguro obrigatório DPVAT afasta a natureza consumerista da relação jurídica entre seguradora e segurado, e impossibilita a decretação da inversão do ônus da prova com base no artigo 6º,VIII, da Lei nº 8078/90. 3. Recurso a que se dá provimento, com base no artigo 557 § 1º-A do Código de Processo Civil, para afastar a inversão do ônus da prova decorrente da aplicação do Código de Defesa do Consumidor****."(TJ-RJ - AI: 00612946320148190000 RJ 0061294-63.2014.8.19.0000, Relator: DES. FERNANDO FOCH DE LEMOS ARIGONY DA SILVA, Data de Julgamento: 12/01/2015, TERCEIRA CAMARA CIVEL, Data de Publicação: 16/01/2015).*

[7] "SÚMULA N. 426: Os juros de mora na indenização do seguro DPVAT fluem a partir da citação."

[8] ***art. 1º . (...)***
§2º Nos demais casos, o cálculo far-se-á a partir do ajuizamento da 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

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 Sumula 474 do STJ.**

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

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

- Queira a vítima esclarecer a dinâmica do acidente, os veículos envolvidos e suas características, o membro ou segmento do corpo afetado e se houve encaminhamento ao hospital;
- 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 covênio 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 expresso 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,
PETROLINA, 25 de maio de 2020.

ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELO JUNIOR
30225 - OAB/PE

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 esfincteriano; (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					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros superiores e/ou de uma das mãos	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 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 **AYANE KARINE DA SILVA**, em curso perante **a 4ª VARA CÍVEL** da comarca de **PETROLINA**, nos autos do Processo nº 00112053620198173130.

Rio de Janeiro, 25 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

Tribunal de Justiça de Pernambuco
PJe - Processo Judicial Eletrônico

29/05/2020

Número: **0011205-36.2019.8.17.3130**

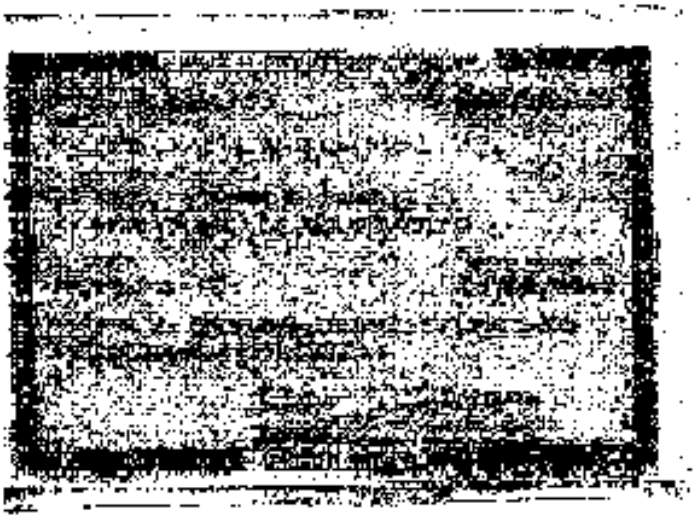
Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**
Órgão julgador: **4ª Vara Cível da Comarca de Petrolina**
Última distribuição : **09/12/2019**
Valor da causa: **R$ 10.125,00**
Assuntos: **Seguro**
Segredo de justiça? **NÃO**
Justiça gratuita? **SIM**
Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

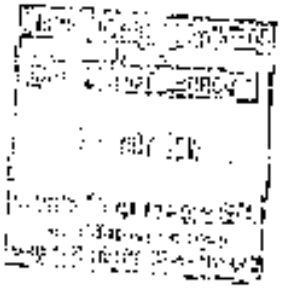
Partes	Procurador/Terceiro vinculado
AYANE KARINE DA SILVA (AUTOR)	**IONE NADJA GONCALVES DE OLIVEIRA (ADVOGADO)** **PAULO HENRIQUE LIMA LEMOS (ADVOGADO)**
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (RÉU)	

Documentos

Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
62718754	29/05/2020 14:17	ANEXO 1	Laudo Pericial

Nome: AYANE KAPTIE DA SILVA

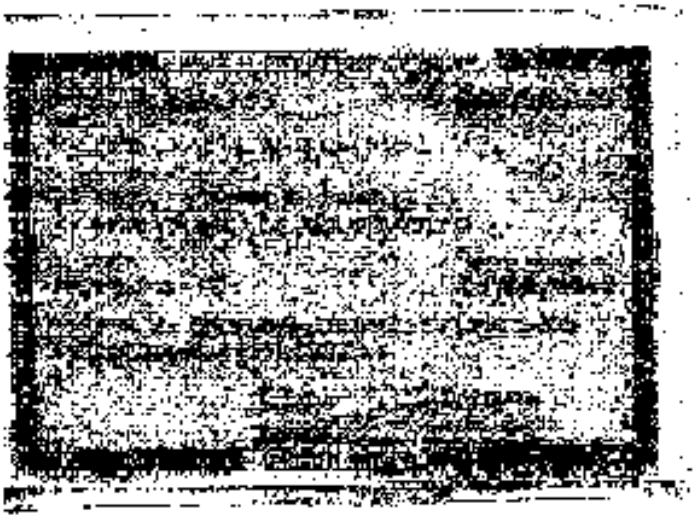


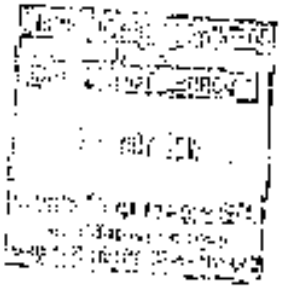


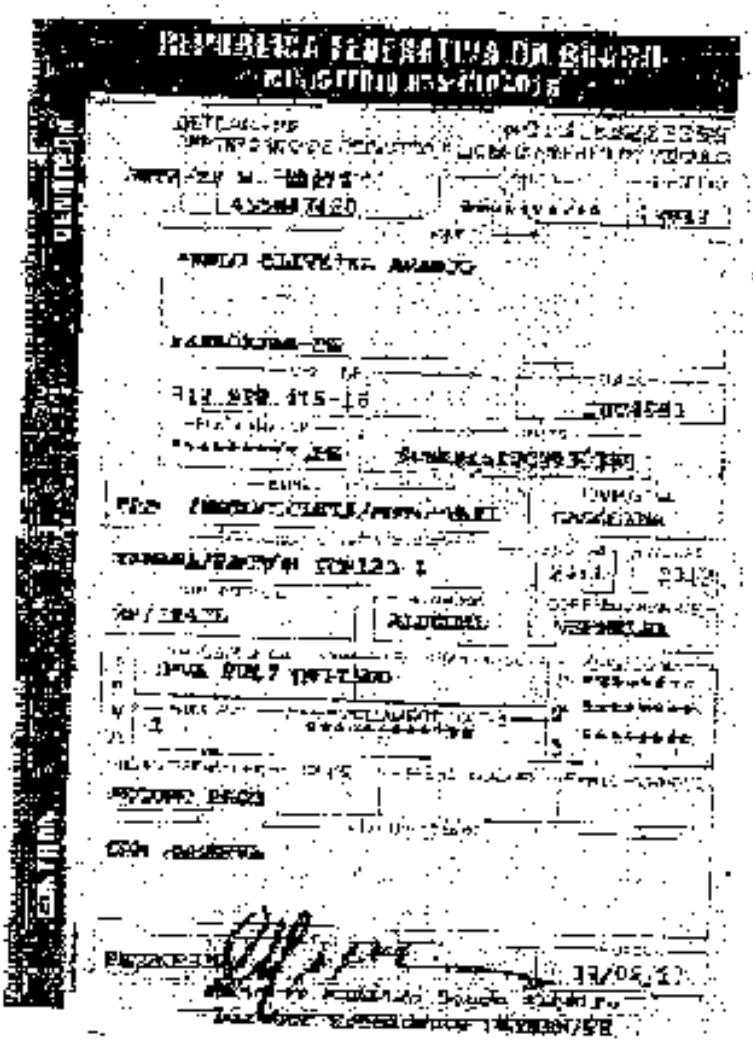
Nº do CPF: [illegible]

Nome: AYANE KAPNE DA SILVA

Data de Nascimento: [illegible]






REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

LIDER

DADOS DO SINISTRO

Número: [illegible] | Cidade: [illegible] | Nota Fiscal: [illegible]

Vítima: [illegible] | Data do Acidente: [illegible] | Seguradora: AZUL COMPANHIA DE SEGUROS GERAIS

PARECER

Diagnóstico: [illegible] CUTAL DIÂMETRO DO CONTUSÃO FRONTAL DIREITA

Descrição do exame Dolosa: [illegible]

Resultado ocupacional: [illegible]

Sequelas permanentes: [illegible]

Sequelas: [illegible]

Data do exame médico: [illegible]

Sequela anatômica: [illegible]

Observações: [illegible]

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurada	Indenização pelo dano
[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]
		Total:	[illegible]	R$ [illegible]

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

LIDER

DADOS DO SINISTRO

Número: [illegible] Cidade: [illegible] Nota Fiscal: [illegible]

Vítima: [illegible] Data do acidente: [illegible] Seguradora: AZUL COMPANHIA DE SEGUROS GERAIS

PARECER

Diagnóstico: [illegible]

Descrição do exame clínico: [illegible]

Resultado/conclusões: [illegible]

Sequelas permanentes: [illegible]

Prognóstico: [illegible]

Data do exame médico: [illegible]

Conclusão final: [illegible]

Observações: [illegible]

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurada	Indenização pelo dano
[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]
		Total:	[illegible]	R$ [illegible]

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

LIDER

DADOS DO SINISTRO

Número: [illegible] Cidade: [illegible] Natureza: [illegible]

Vítima: [illegible] Data do acidente: [illegible] Seguradora: AZUL COMPANHIA DE SEGUROS GERAIS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

[illegible]

Valoração máxima: [illegible]

Período médico: [illegible]

Diagnóstico: [illegible]

Resultados específicos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - DEFINIDO POR ANALISTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Condições mórbidas:

Quantificação das sequelas:

Diagnósticos complementares:

Observações: [illegible]

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual de Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art. 1º § 1º da Lei 6.194/74)	% Aplicável	Indenização pelo Dano
[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]
		Total	0,00	R$ 0,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

LIDER

DADOS DO SINISTRO

Número: [illegible] Cidade: [illegible] Natureza: [illegible]

Vítima: [illegible] Data do acidente: [illegible] Seguradora: AZUL COMPANHIA DE SEGUROS GERAIS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

DPVAT [illegible]

Valoração máxima: [illegible]

Período médico: [illegible]

Diagnóstico: [illegible]

Resultados específicos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - DECLARAÇÃO DO CONTROLE MÉDICO.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Condições médicas:

Quantificação das sequelas:

Diagnósticos complementares:

Observações: [illegible]

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual de Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art. 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Aplicado	Indenização pelo Dano
[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]
		Total	[illegible]	R$ 0,00

ESPECIALISTA

Empresa: [illegible]

Grupo: [illegible]

Nome: [illegible]

CRM: [illegible]

[illegible]

[illegible]

PROCURAÇÃO PARTICULAR

Outorgante: [illegible]
RG/CNH/CTPS: [illegible] CPF [illegible]
End: [illegible] - [illegible]
[illegible]

Outorgado: [illegible]
RG/CNH/CTPS: [illegible] CPF [illegible]
End: [illegible]
[illegible]

Nomeia, [illegible] outorgado como [illegible]
[illegible] SEGURO DPVAT [illegible]
vítima [illegible]
CPF [illegible]

[illegible] de [illegible] de [illegible]

[illegible]
(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)

PROCURAÇÃO PARTICULAR

Outorgante: [illegible]
RG/CNH/CTPS: [illegible] CPF [illegible]
End: [illegible] 139 - [illegible]
[illegible]

Outorgado: [illegible]
RG/CNH/CTPS: [illegible] CPF [illegible]
End: [illegible] 226 [illegible]
[illegible]

Nomeia, [illegible] outorgado como [illegible]
[illegible] SEGURO DPVAT [illegible]
vítima [illegible]
CPF [illegible]

[illegible] de [illegible] de [illegible]

[illegible]
(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

[illegible]

DOCUMENTOS ENTREGUES

[illegible]

ATENÇÃO

O prazo para o seguro efetuar a indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de [illegible], acesse www.[illegible] ou ligue 0800-022 3204.

- A indenização pelo seguro [illegible] de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

[illegible]

A documentação solicitada deve ser entregue em original ou cópias autenticadas, e estar devidamente protocolada com o comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e o original deverá ser digitalizado no ato do atendimento para retirada no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do segurado.

Portador da documentação entregue

[illegible]
Nome: [illegible]
CPF: 072 859 [illegible]-72

[illegible]

Responsável pelo cadastramento na seguradora

[illegible]
Nome: [illegible]
CPF: 103 7[illegible] 254-79

[illegible]

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

[illegible]

DOCUMENTOS ENTREGUES

[illegible]

PARCUS ANDRE ALBUQUERQUE DE CARVALHO - 772.609.957-72

[illegible]

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para [illegible]

A indenização por invalidez permanente é de até R$ 13.500,00. Esse valor varia conforme o grau de lesão [illegible] de acordo com a cobertura do seguro contratado nº 61[illegible]74.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação deste protocolo deve ser apresentada em original ou cópia autenticada, para fins de [illegible] prorrogável por 1 (um) dia útil. A entrega pelo meio de transporte ou correio, [illegible] após o prazo do atendimento para recusa ou aviso de sinistro diurnal.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do segurado ou informante.

Portador da documentação entregue	Responsável pelo cadastramento na seguradora
[illegible]	[illegible]
[illegible]	[illegible]

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

[illegible]

DOCUMENTOS ENTREGUES

[illegible]

PARCIAL

[illegible]

PARCIAL ANDRE ALBUQUERQUE DE CARVALHO - 772.609.957-72

[illegible]

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para [illegible]

A indenização por invalidez permanente é de até R$ 13.500,00. Esse valor varia conforme o grau de [illegible] de acordo com a cobertura do seguro contratado no [illegible].

Documentação recebida sem conferência.

A documentação deverá ser [illegible] originais ou cópias autenticadas, para fins de [illegible] do atendimento para recusa ou avisos de sinistro diversos.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do segurado ou [illegible].

Portador da documentação entregue

[illegible]
[illegible] ALBUQUERQUE DE CARVALHO
CPF: 772.609.957-72

Responsável pelo cadastramento na seguradora

[illegible]
[illegible]
CPF: [illegible]

[illegible]

[illegible]

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

[illegible]

Número do Processo [illegible]

[illegible]

[illegible]

Segurado [illegible]

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

[illegible]

ATENÇÃO

O prazo para o cumprimento da indenização do Segurado [illegible] da documentação completa. Para acompanhar o andamento do pedido de indenização, acesse www.[illegible] ou ligue 0800-0221204.

- A indenização [illegible] é de até R$ 13.500,00. Observe a [illegible] à gravidade dos sequelas e [illegible] a tabela de seguro [illegible].

Documentação recebida sem [illegible] de ônus.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente [illegible] para [illegible] de sinistro digital.

A [illegible] pela guarda dos documentos originais [illegible].

Portador da documentação entregue	Responsavel pelo cadastramento na seguradora
[illegible]	[illegible]
Nome: [illegible]	Nome: [illegible]
CPF: [illegible]	CPF: [illegible]
[illegible]	[illegible]

LIDER

Rio de Janeiro, 13 de Dezembro de 2012

Aos Cuidados de: ARIANE KARINE DA SILVA

Sinistro: [illegible]
Segurado: ARIANE KARINE DA SILVA
Data do Acidente: [illegible]
Cobertura: [illegible]

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi registrado sob o número de sinistro [illegible].

Gostaríamos que o seu pedido de indenização fosse atendido dentro do prazo de ATÉ 30 (trinta) dias, contados a partir da data de recebimento da documentação exigida.

O prazo para análise do pedido de indenização é de até 30 dias, a partir do recebimento pela seguradora de todos os documentos exigidos.

Caso necessitemos de documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido e o prazo de 30 dias começará a fluir quando a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800 022 12 04. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Funciona em horário comercial, de segunda a sexta-feira.

Atenciosamente

Seguradora Líder-DPVAT

LÍDER

[illegible]

[illegible]

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: [illegible]

[illegible]

Data do Acidente: [illegible]

[illegible]

[illegible]

[illegible]

[illegible]

[illegible]

[illegible]

[illegible]

[illegible]

Seguradora Líder DPVAT

[illegible]

LIDER

[illegible]

[illegible]

Nº do Pedido de Seguro DPVAT [illegible]
Vítima [illegible]
Data do Acidente [illegible]
[illegible]
[illegible]

[illegible]

[illegible]

[illegible]

[illegible]

[illegible]

[illegible]

Seguradora Líder DPVAT

[illegible]

LIDER

LIDER

[illegible]

Rio de Janeiro, 08 de [illegible] de 2019

Nº do Pedido: [illegible]
Segurado: DPVAT [illegible] Vítima: AYANE KARINE DA SILVA

Data do Acidente: 02/12/2017 Cobertura: DPVAT

Prezado(a): [illegible]

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), AYANE KARINE DA SILVA

Informamos que o pagamento da Indenização do Seguro DPVAT, no valor abaixo, foi efetuado de acordo com a Lei 6194/74, conforme abaixo:

Multa	R$ 0,00
Juros	R$ 0,00
Total creditado	R$ 2.375,00

Dano Pessoal - Lesões Permanentes - Quadro VII

Comprometimento de segmento total de membro inferior

Grau de Perda Permanente DPVAT: 100% de 100% de 25,00%

Valor da Indenização: 25,00% de R$ 9.500,00 = R$ 2.375,00

Recebedor: AYANE KARINE DA SILVA

Valor: R$ 2.375,00

Banco: 104

Agência: 0000 0383

Conta: 000 000 241014-7

Tipo: CONTA POUPANÇA

Nº: A indenização final indicada equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicada sobre o limite de indenização por invalidez permanente no valor de R$ 13.500,00.

Uma vez que o Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares, DPVAT. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não pagas, recorra ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o hotsite para mais informações.

Qualquer dúvida, sugestão ou reclamação, fique à vontade para entrar em contato com a Seguradora Líder pelo Balcão do Seguro DPVAT. Consulte [illegible] em nossa página na internet: www.seguroconfiavel.com.br/reembolso.

Atenciosamente,

Seguradora Líder - DPVAT

[illegible]

LIDER

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

LIDER

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Secretaria [illegible]
Coordenadoria de Saúde DPVAT

Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e

Quantificação de Lesões Permanentes por Vítima-Sinistro Seguro DPVAT

Documento de identidade [illegible]

Número do Sinistro: 3780574527

Nome da Vítima: [illegible] DE ALBUQUERQUE SILVA

Endereço da Vítima:

RODOVIA COELHO, 239 - AL EDUARDO - Petrolina - PE - CEP [illegible]

Identificação [illegible] UF: [illegible] | *SOS - PE | 5279722*

Data e hora [illegible] | *[illegible]*

Data e hora do exame: | [illegible] | *Petrolina* | *[PE]*

Resultado da Avaliação Médica

I. [illegible]

[illegible]

II. Descreva o exame físico atual e relate [illegible] diagnóstico [illegible]

[illegible]

III. Nexo de causalidade: [illegible] sinistro e [illegible]

[illegible]

IV. [illegible]

[illegible]

V. Existe [illegible]

[illegible]

VI. [illegible]

Lesões [illegible]

Caso a resposta do item V seja "Não", conclua [illegible] opções do item VII [illegible]. Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item VII [illegible].

VII. Segurado [illegible] Lei [illegible] 11.945 de 2009 [illegible]

[illegible]

5 Seguradora [illegible]

Condições de Seguro DPVAT

a) Havendo alguma das condições abaixo assinalada, será preenchido o quadro [illegible]

[illegible]	[illegible]
Data da [illegible]	[illegible]
[illegible]	[illegible]

b) Havendo dano corporal, descrever abaixo as graduações das seguintes [illegible]

Regra Corporal - Sequela	Regra Corporal - Sequela
[illegible]	[illegible]
Regra Corporal - Sequela	Regra Corporal - Sequela
[illegible]	[illegible]

VIII. Observações e informações adicionais de interesse médico-pericial e/ou de [illegible]

[illegible]

139615

0428 418 / 16

GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DE PLANTÃO - 21º CIRCUNSCRIÇÃO - PETROLINA

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 152214001161

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **01/03/2016 às 13:43**

[illegible] NO número: 152214000455

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Ocorrido (Consumado) no dia [illegible] 7/12/2012 [illegible] **Noite**

Local ocorrência/crime: **AVENIDA CAMPUSE DE SA - PETROLINA/PERNAMBUCO/BRASIL** [illegible] **MUNICÍPIO DE PETROLINA**, 1 - Bairro: **VILA EDUARDO - PETROLINA/PERNAMBUCO/BRASIL** [illegible] **VIA PÚBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

[illegible]
[illegible]
[illegible]

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

[illegible] DE SOUZA

[illegible] DE CARVALHO PAREDES

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

NEILI DA FERREIRA DE SOUZA (não presente ao plantão) - Sexo: **Feminino** Nome: **ZILDENE FERREIRA DE SOUZA** Pai: **[illegible] DE SOUZA** Data de Nascimento: [illegible] Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: [illegible] (CPF) [illegible] (CNH) Estado Civil: **DESQUIPEDIDO** Escolaridade: **[illegible]** Profissão: **AGRICULTOR(A)**
Endereço: **RUA [illegible] - PETROLINA/PERNAMBUCO/BRASIL** Referência: **PORTEIRO DE PETROLINA**, Nº: [illegible] Bairro: **PEDRO RAMINHO - PETROLINA/PERNAMBUCO/BRASIL**

AYANE KARINE DA SILVA (não presente ao plantão) - Sexo: **Feminino** Nome: **NÃO INFORMADO** Pai: **NÃO INFORMADO** Mãe: **NÃO INFORMADO** Nascimento: **NÃO INFORMADO** Naturalidade: **PERNAMBUCO / BRASIL**
Endereço: **RUA JUAREZ CORREIA - PETROLINA/PERNAMBUCO/BRASIL** Referência: **DURANTE DE PETROLINA**, Nº: [illegible] - Bairro: **VILA EDUARDO - PETROLINA/PERNAMBUCO/BRASIL**

ARTHUR HENRIQUE DE BRITO BARBOSA PAIVA (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Nome: **PATRICIA DE FÁTIMA COSTA BRITO BARBOSA** Pai: **[illegible] BARBOSA PAIVA** Mãe: **[illegible]** Nascimento: **[illegible]** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: [illegible] (RG) - [illegible] (CPF)
Estado Civil: **[illegible]** Escolaridade: **[illegible]**

[illegible] AVENIDA [illegible] CAVALCANTI RODRIGUES, PETROLINA/PERNAMBUCO [illegible]
[illegible] 19 - [illegible] - [illegible] JATOBÁ - PETROLINA/PERNAMBUCO

Qualificação do(s) [illegible]:

MOTOCICLETA (PROPRIA) [illegible] NEILTON PEREIRA DE SOUZA
[illegible]
[illegible] - [illegible] IDADE [illegible] PROPRIA

Pais: [illegible] Endereço: [illegible]
[illegible]
Observação: MOTOCICLETA EM NOME DE PAULO [illegible] ARAUJO.

AUTOMÓVEL, VÍTIMA(S) [illegible] ARTHUR HENRIQUE DE BESERRA PAIVA
[illegible] ARTHUR HENRIQUE DE BESERRA PAIVA
[illegible] PRATA [illegible] IDADE NÃO INFORMADA

Pais: [illegible] Endereço: [illegible]

Condutor / Informante:

EM ATENDIMENTO À OCORRÊNCIA DE POLÍCIA, POR GUARNIÇÃO DA POLÍCIA MILITAR, ARTHUR HENRIQUE DE BESERRA PAIVA, [illegible] EM [illegible], HOUVE UMA COLISÃO ENTRE O AUTOMÓVEL TOYOTA ETIOS CONDUZIDO POR ARTHUR HENRIQUE E A MOTOCICLETA TAMBÉM CONDUZIDA POR NEILTON PEREIRA. OU SEJA, ESTA CHEGOU AVANÇANDO DA BERMA, SEM [illegible] NEILTON CONDUZIA A MOTOCICLETA TAMBÉM PELA AVENIDA CARLOS DE DEUS [illegible], QUANDO A TOYOTA ETIOS QUE SE ENCONTRAVA PARADO NO ACOSTAMENTO DO LADO DIREITO DA VIA, PRETENDIA CONVERGIR À ESQUERDA, SEM A DEVIDA CAUTELA, QUE O SENHOR NEILTON AINDA TENTOU EVITAR A MOTOCICLETA MAIS AINDA ACABOU NÃO EVITANDO A COLISÃO COM O TOYOTA ETIOS, QUE FOI ATINGIDO NA LATERAL DO LADO DO MOTORISTA, QUE CONDUZIA DA MOTOCICLETA. A PASSAGEIRA SOFREU LESÕES E FOI LEVADA AO HOSPITAL DE TRAUMAS, CONFORME [illegible] DE PRONTUÁRIO EM ANEXO, EM ATENDIMENTO PRIORITÁRIO [illegible] PORTANTO, NADA MAIS A REGISTRAR.

Assinatura do(s) [illegible]:

ARTHUR HENRIQUE DE BESERRA PAIVA.
(AUTOR / AGENTE)

Unidade de Origem:
Nome: PEDRO
Cargo: SARGENTO - [illegible] NÃO INFORMADO Matrícula: [illegible] - Graduação: [illegible] - Lotação:
Pertencente: 5º BATALHÃO DE POLÍCIA MILITAR

[illegible] GILDEVAN ALVES DE SOUZA Matrícula: [illegible]

AMPLA

PETROLINA

BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO (BOAT)

Local: AV. LEONARDO DE BARCOMA

Bairro: COT ALVA TOPN

Data: Hora: Cidade: PETROLINA

Acompanhamento

Pedestre

Ciclista

Condutor

Passageiro

Veículo parado

Poste / árvore

Outros

Nº Vítimas

Nº Fatalidades

Nº Feridos

Nº Ilesos

Nº Veículos

Nº Pessoas

De Local

Cruzamento

Rotatória

Sinalização

Bom

Regular

Ruim

Visibilidade

Boa

Regular

Condições

Seco

Chuvoso

Não Existe

Pavimentação

Asfalto

Terra

Pedregulho

Meio Fio

Tipo

Bom

Regular

Ruim

Ausência

Buraco

Lombada

Obstáculo

Pavimento

Concreto

Asfalto

Pedregulho

Terra

Sem Pavimentação

Sinalização de Trânsito

Outro

Sinalização Vertical

Placa de Advertência

Placa de Indicação

Placa de Regulamentação

Placa de Sinalização

Outros

Tipo de Placa

Veículo 1

Marca/Modelo: TOYOTA ETIOS

Placa:

Condutor: ARTHUR MERCIOLE BEZERRA

Idade: 24

Proprietário: PETROLINA

Nº Passageiros:

Formado

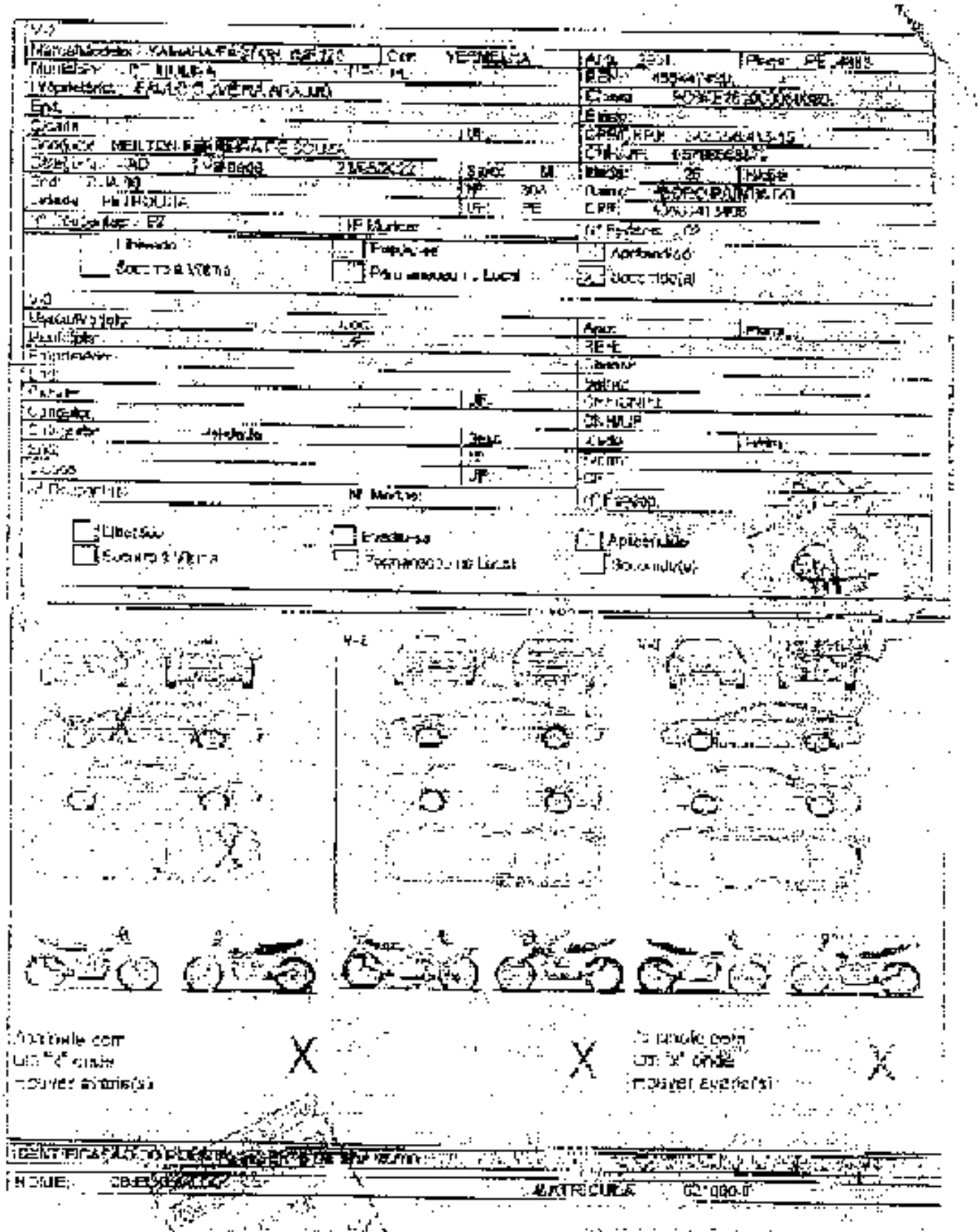
Acompanhado

Reconhecimento Local

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 29/05/2020 14:17:42

https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20052914174212800000061581862

Número do documento: 20052914174212800000061581862



ARPLA

AGÊNCIA REGIONAL PARA A INFRAESTRUTURA DE MOBILIDADE DE PETROLINA

Endereço: Av. da Integração, [illegible] - Petrolina/PE

FONE (87) [illegible] (SEDE) / (87) [illegible]

BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO (BOAT).

BOAT Nº 031717 DATA: AVARIAS

01 AVARIAS

AMASSAMENTO DA PORTA DIANTEIRA, AMASSAMENTO DO PARALAMA DIANTEIRO DIREITO, QUEBRAMENTO DO RETROVISOR ESQUERDO, PORTA AMOSSADA E ARRANHADA, MENTO DO SATO, ARTE INTERNA ESQUERDA A VERIFICAR.

DECLARAÇÃO DO CONDUTOR:

X EM ANEXO
NÃO REALIZADA

02 AVARIAS

AMASSAMENTO DA ROLA DIANTEIRA, PARA-LAMA DIANTEIRO DANIFICADO, FRENTE COM FRETA DESTRUÍDA, TAMPA DO PARA-BRISA QUEBRADA, PARA-LAMA DIANTEIRO AMASSADO, ARRANHADO, QUEBRADO, CUBOS AMASSADOS, PARTE MECÂNICA A VERIFICAR.

DECLARAÇÃO DO CONDUTOR

EM ANEXO
NÃO REALIZADA

03 AVARIAS

DECLARAÇÃO DO CONDUTOR

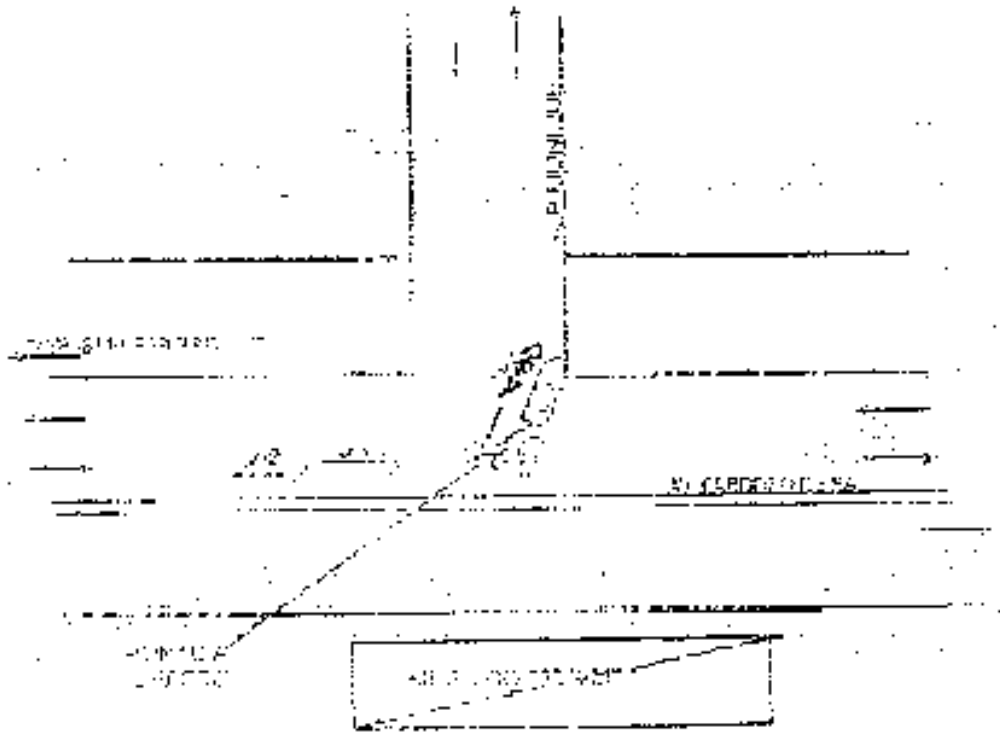
EM ANEXO
NÃO REALIZADA

[illegible] GREJUNIOR INSPETOR

POLÍCIA MILITAR DE PERNAMBUCO
[illegible]
BATALHÃO [illegible] SOBRINHO
PELOTÃO DE TRÂNSITO

BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
(BOAT)

Página [illegible]



[illegible]	[illegible]
[illegible]	AUTOMÓVEL
[illegible]	CICLO
[illegible]	PONTOS DE IMPACTO
[illegible]	[illegible]
[illegible]	CARGA/TAGEM
[illegible]	SINALIZAÇÃO
[illegible]	[illegible]

ASSINATURA DO POLICIAL DE TRÂNSITO

PETROLINA

DECLARAÇÕES DO INFORMANTE

[illegible]

Não cumpriu preceito legal	1	2	3	4	Dirigiu em sentido proibido	1	2	3	4
Ultrapassagem proibida	1	2	3	4	Não assinalou a manobra	1	2	3	4
Retorno proibido	1	2	3	4	Ultrapassagem proibida	1	2	3	4
Desobediência a sinalização	1	2	3	4	Não usou capacete	1	2	3	4
Inversão de sentido proibida	1	2	3	4	Trafegava pela calçada	1	2	3	4
Não parou no local da fiscalização	1	2	3	4	Transportava passageiro irregular	1	2	3	4
Retornou [illegible]	1	2	3	4	Placa ilegível	1	2	3	4
Não parou [illegible]	1	2	3	4	Sem Licenciamento	1	2	3	4
Não [illegible]	1	2	3	4	Não possui Seguro de Responsabilidade Civil	1	2	3	4
Dirigiu em sentido proibido	1	2	3	4	Não possui Carteira Nacional de Habilitação	1	2	3	4
Ultrapassagem proibida	1	2	3	4	Outros	1	2	3	4

[illegible]

Condutor: [illegible] Sexo: [illegible] Estado Civil: SOLTEIRO
Data: [illegible] Nacional: [illegible] Profissão: [illegible]
Endereço: [illegible] Nº: [illegible]
Bairro: [illegible] Município: [illegible] UF: [illegible] CEP: [illegible]
Habilitação: [illegible] Categoria: [illegible] Expedição: [illegible] Validade: [illegible]
Ocorrência: 1 2 3 4 Pedestre atingido: 1 2 3 4 Passageiro do: 1 2 3 4
Local: [illegible]
Cidade: [illegible] Cep: [illegible] UF: [illegible]

2 Proprietário: [illegible] Sexo: [illegible] Estado Civil: CASADA
Data: [illegible] Nacional: [illegible] Profissão: MOTORISTA
Endereço: [illegible] Nº: [illegible]
Bairro: [illegible] Município: [illegible] UF: [illegible]
Habilitação: [illegible] Categoria: [illegible] Expedição: [illegible] Validade: [illegible]
Ocorrência: 1 2 3 4 Pedestre atingido: 1 2 3 4 Passageiro do: 1 2 3 4
Local: [illegible]
Cidade: [illegible] Cep: [illegible] UF: [illegible]

3 Proprietário: [illegible] Sexo: [illegible] Estado Civil: [illegible]
Data: [illegible] Nacional: [illegible] Profissão: [illegible]
Endereço: [illegible] Nº: [illegible]
Bairro: [illegible] Município: [illegible] UF: [illegible]
Habilitação: [illegible] Categoria: [illegible] Expedição: [illegible] Validade: [illegible]
Ocorrência: 1 2 3 4 Pedestre atingido: 1 2 3 4 Passageiro do: 1 2 3 4
Local: [illegible]
Cidade: [illegible] Cep: [illegible] UF: [illegible]

[illegible]

VEÍCULO DA ETAPA B V2 (CAMINHÃO) COLIDIU COM UM POSTE DE ILUMINAÇÃO PÚBLICA NO SENTIDO CAMPUS UNIVERSITÁRIO CEARÁ JOSÉ E MARIA, SENDO OBSERVADA A INTENSIDADE DE VEÍCULOS NO LOCAL E UMA MOTOCICLETA QUEBRADA COM O INTUITO DE ADENTRAR NA RUA MONIQUE. OCASIONANDO A SOMA DE UM ENCAMINHAMENTO COM V2.

[illegible]

[illegible]

139615

0428 418 / 16

GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DE PLANTÃO - 21º CIRCUNSCRIÇÃO - PETROLINA

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 152214001161

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **01/03/2016 às 13:43**

[illegible] **NO** [illegible] 152214000455

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - [illegible] 7/12/2017 [illegible] **Noite**

[illegible] **AVENIDA** [illegible] - **PETROLINA/PE** [illegible] **VIA PÚBLICA**

[illegible]

[illegible]

[illegible]

[illegible]

[illegible]

Quali[illegible]

NEILI DA FERREIRA DE SOUZA [illegible] - Sexo **Feminino** [illegible] **ZILDENE FERREIRA DE SOUZA** [illegible] **DE SOUZA** [illegible] **NÃO INFORMADO**, **PERNAMBUCO/BRASIL** [illegible] **(CPF)** [illegible] **(CNH)** [illegible] **DESEMPREGADO** [illegible] **BRASIL COMPLETO** [illegible] **AGRICULTOR(A)**
[illegible] **PETROLINA/PERNAMBUCO/BRASIL** [illegible] **PORTO DE PETROLINA**, [illegible] - [illegible] **PEDRO RAIMUNDO - PETROLINA/PERNAMBUCO/BRASIL**

AYANE KARINE DA SILVA [illegible] - Sexo **Feminino** [illegible] **NÃO INFORMADO** [illegible] **NÃO INFORMADO** [illegible] **NÃO INFORMADO** [illegible] **PERNAMBUCO / BRASIL**
[illegible] **MIA SUARTE CORREIO** - **PETROLINA/PERNAMBUCO/BRASIL** [illegible] **DURANGO DE PETROLINA**, [illegible] - [illegible] **VILA EDUARDO - PETROLINA/PERNAMBUCO/BRASIL**

ARTHUR HENRIQUE DE BARBOSA PAIVA [illegible] - Sexo [illegible] **PATRICIA DE FÁTIMA COSTA BARBOSA** [illegible] **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL** [illegible] **(RG)** [illegible] **(CPF)** [illegible] **ANALFABETO**

[illegible] AVENIDA [illegible] CAVALCANTI RODRIGUES, PETROLINA/PERNAMBUCO [illegible]
[illegible] 19 - [illegible] - [illegible] JATOBÁ - PETROLINA/PERNAMBUCO

Qualificação do(s) [illegible]:

MOTOCICLETA (PROPRIA) [illegible] NEILTON PEREIRA DE SOUZA
[illegible]
[illegible] - [illegible] IDADE [illegible] PROPRIA

Pais: [illegible] Endereço: [illegible]
[illegible]
Observação: MOTOCICLETA EM NOME DE PAULO [illegible] ARAUJO.

AUTOMÓVEL: [illegible] ARTHUR HENRIQUE DE BESERRA PAIVA
[illegible] ARTHUR HENRIQUE DE BESERRA PAIVA
[illegible] AUTOMÓVEL [illegible]
Cor: PRATA - [illegible] IDADE NÃO INFORMADA

Nome: [illegible] Endereço: [illegible]
[illegible]

Condutor(a) / Informação:

EM ATENDIMENTO À OCORRÊNCIA DE POLÍCIA, POR GUARNIÇÃO DA POLÍCIA MILITAR, ARTHUR HENRIQUE DE BESERRA PAIVA, [illegible] COMETE UM [illegible], HOUVE UMA COLISÃO ENTRE O AUTOMÓVEL TOYOTA ETIOS CONDUZIDO POR ARTHUR HENRIQUE E A MOTOCICLETA TAMBÉM CONDUZIDA POR NEILTON PEREIRA, QUE TRAZIA COMO CARONA AVANEI MARIA DA SILVA. SEGUNDO O SENHOR NEILTON CONDUZIA A MOTOCICLETA TRAFEGANDO PELA AVENIDA CARLOS DE DEUS, QUANDO O TOYOTA ETIOS QUE SE ENCONTRAVA PARADO NO ACOSTAMENTO DO LADO DIREITO DA VIA, [illegible] CONVERSÃO À ESQUERDA, SEM A DEVIDA CAUTELA, QUE O SENHOR NEILTON AINDA TENTOU EVITAR A MOTOCICLETA MAIS AINDA ASSIM NÃO EVITOU A COLISÃO COM O TOYOTA ETIOS, QUE FOI ATINGIDO NA LATERAL DO LADO DO MOTORISTA, QUE CONDUZIA DA MOTOCICLETA. A PASSAGEIRA SOFREU LESÕES E FOI LEVADA AO HOSPITAL DE TRAUMAS, CONFORME [illegible] DE PRONTUÁRIO EM ANEXO, [illegible] PERITO [illegible]

Assinatura do(s) [illegible]:

ARTHUR HENRIQUE DE BESERRA PAIVA.
(AUTOR / AGENTE)

Unidade de Lotação:
Nome: PEDRO
Cargo: SARGENTO - [illegible] NÃO INFORMADO Matrícula: [illegible] - Sexo: [illegible] - Data de Nascimento: [illegible]
Pertencente: 5º BATALHÃO DE POLÍCIA MILITAR

[illegible] GILDEVAN ALVES DE SOUZA Matrícula: 2[illegible]

GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLICIA DE PLANTÃO - 2ª CIRCUNSCRIÇÃO - PETROLINA

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 17E2149005492

Ocorrência registrada nesta unidade policial em de 08/12/2017 às 00:11

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado)
que aconteceu no dia 7/12/2017 no período da Noite

Local de ocorrência/endereço: AVENIDA CARLOS DE GA - PETROLINA/PERNAMBUCO/BRASIL Próximo a: MUNICÍPIO DE PETROLINA, 5 - Bairro: VILA EDUARDO - PETROLINA/PERNAMBUCO/BRASIL
Tipo de local: VIA PUBLICA

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência

ARTHUR HENRIQUE DE BESSERRA FARIAS (AUTOR/AGENTE)
NEILTON FERREIRA DE SOUZA (VÍTIMA)
RIANE CARMEM DA SILVA (VÍTIMA)

Veículo(s) envolvido(s) na ocorrência

VEÍCULO: (Veículo na garagem da ocorrência), que estava em posse de
Sr(a): ARTHUR HENRIQUE DE BESSERRA FARIAS
VEÍCULO: (Veículo na garagem da ocorrência), que estava em posse de
Sr(a): NEILTON FERREIRA DE SOUZA

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

NEILTON FERREIRA DE SOUZA (não presente na ocorrência) - Sexo: Masculino - Filiação: FERREIRA DE SOUZA Pai: ISAAS ANDRE DE SOUZA Data de nascimento: 18/02/1993 Local de nascimento: NÃO INFORMADO, PERNAMBUCO, BRASIL Documentos: 13518415402 (CPF) Estado Civil: DESCONHECIDO Escolaridade: GRAU COMPLETO Endereço residencial/principal/onde pode ser localizado: INI PARA EXAME DE CORPO DELITO Residência: RUA PR 4 - PETROLINA/PERNAMBUCO/BRASIL Próximo a: MUNICÍPIO DE PETROLINA, 200 - CEP: 0 - Bairro: PEDRO RAMUNDO - PETROLINA/PERNAMBUCO/BRASIL

RIANE CARMEM DA SILVA (não presente na ocorrência) - Sexo: Feminino - Cor: NÃO INFORMADO Pai: NÃO INFORMADO Mãe: NÃO INFORMADO Nacionalidade: PERNAMBUCO/BRASIL
Endereço residencial/principal/onde pode ser localizado: INI PARA EXAME DE CORPO DELITO Residência: RUA DUARTE COELHO - PETROLINA/PERNAMBUCO/BRASIL Próximo a: MUNICÍPIO DE PETROLINA, 200 - CEP: 0 - Bairro: VILA EDUARDO - PETROLINA/PERNAMBUCO/BRASIL

ARTHUR HENRIQUE DE BESSERRA FARIAS (ofendido na ocorrência) - Sexo: Masculino - Filiação: PATRICIA DE FÁTIMA COSTA BESSERRA e JULIO HENRIQUE

ARTHUR HENRIQUE DE BESERRA FARIAS Data de Nascimento: [illegible] Idade: [illegible] Sexo: **NÃO INFORMADO** / **PERNAMBUCO** / **BRASIL** Documento: **[illegible]/PE (RG)**, [illegible] (CPF)
Endereço: **[illegible] BRASIL INCOMPLETO**
Referência: **AVENIDA MARIA COELHO CAVALCANTE RODRIGUES - PETROLINA/PERNAMBUCO/BRASIL** Próximo a: **BENEFICIO DE PETROLINA, 10 - [illegible] - Bairro: JATOBA - PETROLINA/PERNAMBUCO/BRASIL**

Qual posição foi(ram) objeto(s) envolvido(s)

MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade de(a) Sr(a): **NEILTON FERREIRA DE SOUZA** que alega ser proprietário(a) Sr(a): **NEILTON FERREIRA DE SOUZA**
Descrição: **MOTOCICLETA/YAMAHA/TDM [illegible]**
Placa: **[illegible] (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Chassi: **[illegible]**
Renavam: **[illegible]**
Ano Fabricação/Modelo: **2011/2012** Combustível: **ALCOOL/GASOL**

AUTOMOVEL (VEICULO) de propriedade de(a) Sr(a): **ARTHUR HENRIQUE DE BESERRA FARIAS** que alega ser proprietário(a) Sr(a): **ARTHUR HENRIQUE DE BESERRA FARIAS**
Descrição: **AUTOMOVEL/VOLKSWAGEN GOLF** Cores: **NÃO INFORMADA** - **[illegible] (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Chassi: **[illegible]** Renavam: **[illegible]**
Ano Fabricação/Modelo: **2008/2009** Combustível: **ALCOOL/GASOL**

Comportamento / Observação

FOI APRESENTADO NESTA DELEGACIA DE POLICIA, POR GUARNIÇÃO DA POLICIA MILITAR, ARTHUR HENRIQUE DE BESERRA FARIAS. SEGUNDO SOMETA EM BOLETIM DE OCORRENCIA, HOUVE UMA COLISÃO ENTRE O AUTOMOVEL COMPRADO POR ARTHUR HENRIQUE E A MOTOCICLETA CONDUZIDA POR NEILTON FERREIRA, QUE TRAZIA COMO CARONA RIANE CARINE DA SILVA. O CONDUTOR DA MOTOCICLETA E A PASSAGEIRA SOFRERAM LESÕES E FORAM LEVADOS AO HOSPITAL DE TRAUMAS. FOI INSTAURADO INQUERITO POR MEIO DE PORTARIA PARA APURAR OS FATOS. NADA MAIS A REGISTRAR.

Apresentado(a) pessoa(s), procedente da outra unidade policial

ARTHUR HENRIQUE DE BESERRA FARIAS
(AUTOR / AGENTE)

Delegacia de Polícia Civil
Nome: **PEDRO**
Cargo: **SARGENTO** Função: **NÃO INFORMADO** Matrícula: **[illegible]** Profissão da vítima: **[illegible]**
Unidade Comandante: **DELEGACIA DE POLICIA CIVIL**

Registrado por: **GILDEVAN ALVES DE SOUZA** - Matrícula: **[illegible]**

BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO (BOAT)

BOAT Nº 0617112 — Página: PRIMEIRA

Local: AV. CARDOSO DE SÁ COM A RUA VASCONCELOS
Ponto Ref.: [illegible]
Bairro: LUIZ NOVAES
Cidade: PETRÓLINA
Data: 07/12/2017 — Dia: QUINTA — Hora da Ocor.: 18:00 — Chegada Equipe: 18:00

Atropelamento
- [ ] Pedestre
- [ ] Animal
- [ ] Desgarrado
- [ ] Transeunte

Abalroamento
- [X] Longitudinal
- [ ] Transversal
- [ ] Sem Choque Prévio
- [ ] Engavetamento

Colisão
- [ ] Frontal
- [ ] Lateral
- [ ] Traseira
- [ ] Lateral

Choque
- [ ] Para-choque / Grade
- [ ] Vidraça / Janela
- [ ] Mesma Altura
- [ ] Vários Veículos
- [ ] Outros

Nº Vítimas: 02 — Nº Mortos: — — Nº Feridos: 02

Tempo
- [ ] Ensolarado
- [ ] Chuvoso
- [ ] Nublado
- [ ] Frio
- [ ] Ventoso
- [X] Não Informado

Sinalização
- [ ] Boa
- [ ] Má
- [X] Inexistente
- [ ] Não Informado

Visibilidade
- [X] Boa
- [ ] Média
- [ ] Ruim

Semáforos
- [ ] Com Defeito
- [ ] Desligado
- [X] Não Existe

Pavimento
- [ ] Macadame
- [ ] Asfalto
- [ ] Terra
- [X] Não

Piso
- [X] Seco
- [ ] Molhado
- [ ] Escorregadio
- [ ] Oleoso
- [ ] Gelado

Obstáculos
- [ ] Sinalizado
- [ ] Não Sinalizado
- [ ] Obstruído
- [ ] Escorregadio
- [ ] Oleoso
- [ ] Gelado

Pavimentação
- [ ] Concreto
- [X] Asfalto
- [ ] Paralelepípedo
- [ ] Calçadão
- [ ] Não Pavimentado

Sentido de Direção
- [ ] Único
- [X] Duplo

Divisão da Via
- [ ] Faixa Contínua
- [ ] Contínuo Pontilhado
- [ ] Outro Fator

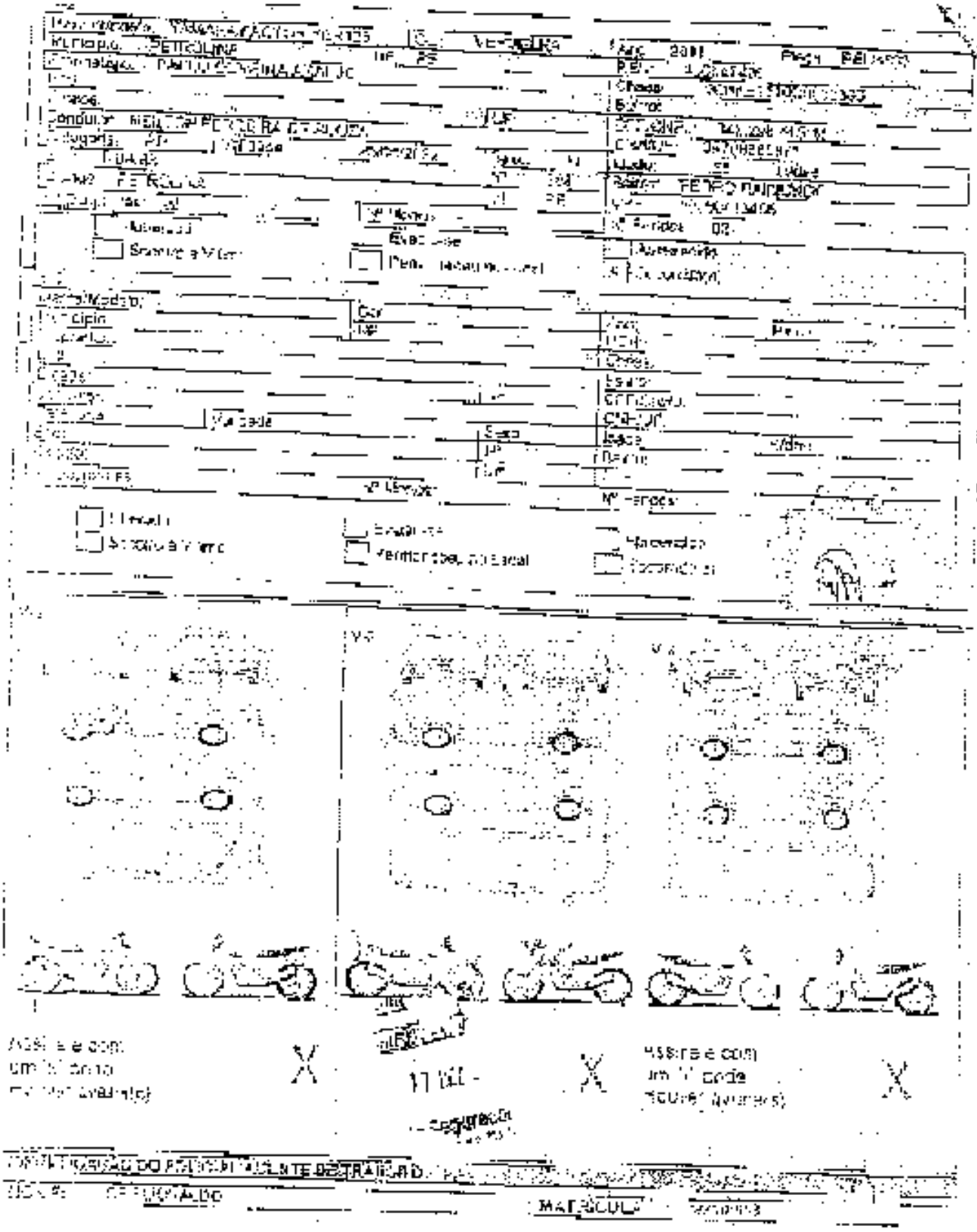
Área
- [ ] Urbana
- [ ] Rural

Condição da Sinalização
- [ ] Sem Sinalização
- [ ] Sem Informação
- [ ] Faixa de Pedestre
- [ ] Ponte Estreita
- [ ] Não Informado
- [ ] Outro
- [ ] Faixa de Acostamento
- [ ] Faixa de Pedestre
- [ ] Faixa de Segurança
- [ ] Faixa de Pedestre
- [ ] Faixa de Segurança
- [ ] Outro
- [ ] Outro

Outro Fator: [illegible]

Veículo 1
Marca/Modelo: TOYOTA/ETIOS — Cor: PRATA — Ano: 2016 — Placa: [illegible]
Município: PETROLINA — UF: PE — RENAVAM: [illegible]
Proprietário: [illegible] — Chassi: [illegible]
End.: — Sexo: [illegible]
Nº: [illegible] — CPF/CNPJ: [illegible]
Condutor: [illegible]
Habilitação: [illegible] — Validade: [illegible] — Cat.: [illegible] — Nº: [illegible] — RG: [illegible]
End.: AV. MARIA DO BELO CAVALCANTE FLORES — Nº: 13 — Bairro: [illegible]
Cidade: PETROLINA — UF: PE — CEP: [illegible]
Nº Carteira: [illegible] — 1º Nome: [illegible]

- [ ] Liberado
- [ ] Conduzido
- [ ] Estolinado
- [X] Recolhido
- [ ] Apreendido
- [ ] Outro



AGÊNCIA NACIONAL DE ENERGIA DE PETRÓLEO

Endereço: Av. da Integração, 1200 - Candeias - Jaboatão dos Guararapes/PE

Fone: (87) 9983-2624 (SEDE) / (87) 9983-2210

BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
(BOAT)

BOAT Nº 691787 Página AVARIAS

V1 AVARIAS

AMASSAMENTO DA PORTA DIANTEIRO LE, AMASSAMENTO DO PARALAMA DIANTEIRO LE, QUEBRAMENTO DO RETROVISOR E VIDRO DA PORTA JUNTOS DE FARANHAEM TO DO SAPO, PARTE INTERNA EMEDIATA A VEICULO.

DECLARAÇÃO DO CONDUTOR

[X] EM ANEXO
[ ] NÃO REALIZADA

V2 AVARIAS

AMASSAMENTO DA PORTA DIANTEIRO DIREITO, PARTE DIANTEIRO DANIFICADO, FRESTE COMPLETA DESTRUIDA, RODETA TRASEIRA QUEBRADA, PEÇA CENTRAL AMASSADO, TANQUE AMASSADO CARENAGEM QUEBRADAS, GUIDON AMASSADO PARTE MECANICA A VERIFICAR

DECLARAÇÃO DO CONDUTOR

[ ] EM ANEXO
[X] NÃO REALIZADA

V3 AVARIAS

DECLARAÇÃO DO CONDUTOR

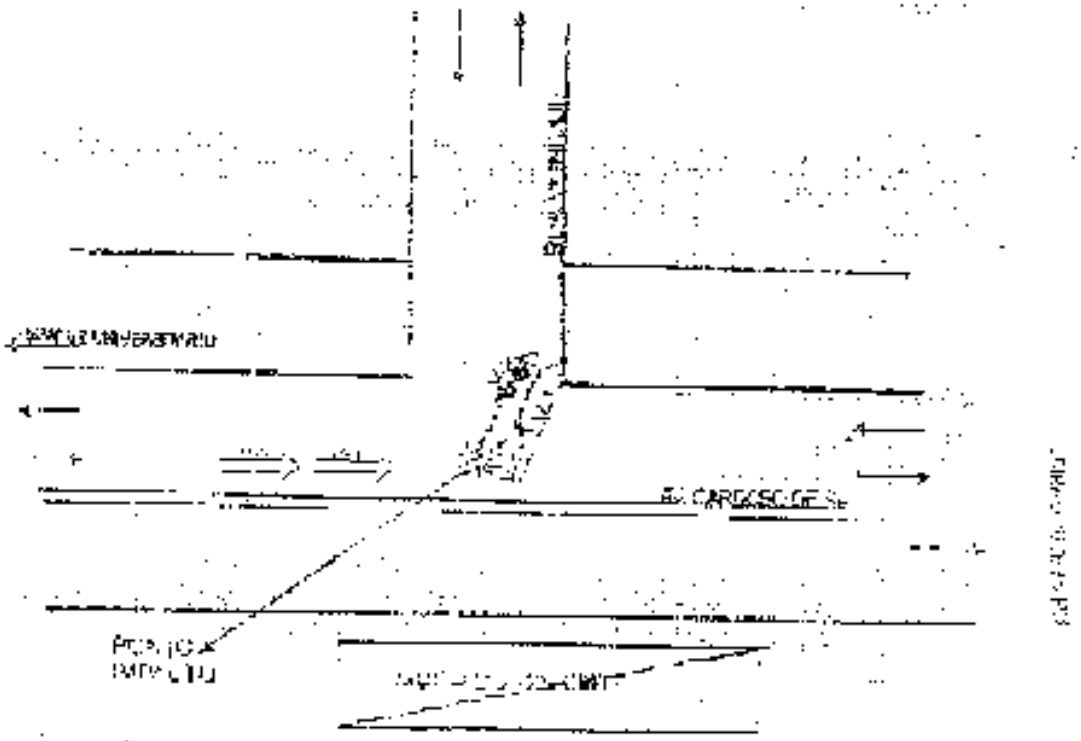
[ ] EM ANEXO
[ ] NÃO REALIZADA

IDENTIFICAÇÃO DO AGENTE

NOME: CARLOS ALBERTO MATRÍCULA:

POLÍCIA MILITAR DE PERNAMBUCO
PMPE - CPR - 5ª RPM
BATALHÃO GOVERNADOR PEDRO CORREIA
PELOTÃO DE TRÂNSITO

SOLENIDADE COOPERÊNCIA ACIDENTE DE TRÂNSITO (BLA)



SIMBOLOGIA

TRAJETÓRIA A PÉ		DERRAPAGEM	
TRAJETÓRIA À VEÍCULO		VEÍCULO	
ANTES DO ACIDENTE		CICLO	
DURANTE DO ACIDENTE		PONTO DE IMPACTO	
CAMINHO DO ACIDENTE		FUMAÇA	
DIREÇÃO DO CAMINHÃO		CAPOTAGEM	
[illegible]		SINALIZAÇÃO	
		SENTIDO DA VIA	

Tração

Auto Motor	1	2	3	4
Elétrica	1	2	3	4
Prop. Humana	1	2	3	4

Tração Animal	1	2	3	4
Reboque	1	2	3	4
Semi-Reboque	1	2	3	4

Espécie

Passageiro	1	2	3	4
Carga	1	2	3	4

Misto	1	2	3	4
Competição	1	2	3	4

Tração	1	2	3	4
Especial	1	2	3	4
Coleção	1	2	3	4

Tipo

Motocicleta	1	2	3	4
Motoneta	1	2	3	4
Ciclomotor	1	2	3	4
Motocicleta	1	2	3	4
Triciclo	1	2	3	4
Quadriciclo	1	2	3	4
Automóvel	1	2	3	4
Microônibus	1	2	3	4
Ônibus	1	2	3	4
Chassis	1	2	3	4

Caminhonete	1	2	3	4
Caminhão	1	2	3	4
Camioneta	1	2	3	4
Carro de mão	1	2	3	4
Utilitário	1	2	3	4
Caminhão Trator	1	2	3	4
Trator Rodas	1	2	3	4
Trator Esteira	1	2	3	4
Trator Misto	1	2	3	4
Caminhões	1	2	3	4

Categoria

Particular	1	2	3	4
Aluguel	1	2	3	4
Oficial	1	2	3	4

Aprendizagem	1	2	3	4
Ex. Diplomático	1	2	3	4
Frota Consórcio	1	2	3	4

[illegible]

Proprietário: _____

Pessoa das Autorizar: _____

Termo Credenciamento: _____

[illegible]

Nome: _____ Fone: _____

End.: _____ nº _____ Bairro: _____ Apto: _____

Cidade: _____ UF: _____ CEP: _____ Sexo: _____

Profissão: _____ Identid.: _____ Org. Exp.: _____

Nome: _____ Fone: _____

End.: _____ nº _____ Bairro: _____ Apto: _____

Cidade: _____ UF: _____ CEP: _____ Sexo: _____

Profissão: _____ Identid.: _____ Org. Exp.: _____

[illegible]

Sim	1	2	3	4
Não	1	2	3	4
Pessoas	1	2	3	4
Outros	1	2	3	4

Operação de Financiamento	1	2	3	4

Tração Animal	1	2	3	4
Reboque	1	2	3	4
Semi-Reboque	1	2	3	4

[illegible]	1	2	3	4
[illegible]	1	2	3	4
[illegible]	1	2	3	4
[illegible]	1	2	3	4

[illegible]

1 – Comprovante dos Valores de Financiamento

PAGAR	V1	V2	V3	V4
Diferença Líquido				
Seguro Financiado				
Tarifa Cadastro				
Tarifa Registro				

2 – Diferença da Validade do Fundo de Financiamento

3 – Velocidade Máxima Permitida

[illegible]

1 – Comunicado Ao: [X] DETRAN [ ] IC [ ] [illegible]

2 – Especificação Complementar: [illegible]

Nº Fabr.: _____

3 – Equipamento Complementar: [illegible]

Nome: [illegible]

4 – Relação Especial: [ ] [illegible] [X] Particular [ ] [illegible]

X – INFRAÇÕES AUTUADAS

Não dar a preferência	1	2	3	4	[illegible]	1	2	3	4
[illegible]	1	2	3	4	[illegible]	1	2	3	4
Retorno Proibido	1	2	3	4	[illegible]	1	2	3	4
[illegible] sinalização	1	2	3	4	[illegible]	1	2	3	4
[illegible]	1	2	3	4	[illegible]	1	2	3	4
Não guardar distância [illegible]	1	2	3	4	[illegible]	1	2	3	4
[illegible]	1	2	3	4	Placa ilegível	1	2	3	4
Não portar CNH	1	2	3	4	Sem licenciamento	1	2	3	4
Sem Habilitação	1	2	3	4	[illegible]	1	2	3	4
Transitar em sentido proibido	1	2	3	4	Não portar documentos [illegible]	1	2	3	4
Ultrapassagem proibida	1	2	3	4	Outras	1	2	3	4

XI – VÍTIMAS

1) Nome: ANNE CASSIA DA SILVA Est. Civil: SOLTEIRA
Sexo: F Idade: 2[illegible] Natural.: PETROLINA UF: PE Profissão:
Endereço: RUA DUARTE COELHO Nº: 239 Apt:
Bairro: VILA EDUARDO Município: PETROLINA UF: PE
Natureza dos ferimentos: ☐ Leves ☐ Médios ☒ Graves ☐ Letais
Condutor do: 1 2 3 4 Pedestre colhido por: 1 2 3 4 Passageiro do: 1 2 3 4
Socorrido por/Unidade hospitalar: SAMU PARA HU Fone:
Identidade: [illegible] Org. Exp.: SDS PE CPF:

2) Nome: NEILTON PEREIRA DE SOUZA Est. Civil: CASADO
Sexo: M Idade: 26 Natural.: STA FILOMENA UF: PE Profissão: MOTOTAXISTA
Endereço: RUA 23 Nº: 308 Apt:
Bairro: PEDRO RAIMUNDO Município: PETROLINA UF: PE
Natureza dos ferimentos: ☐ Leves ☐ Médios ☒ Graves ☐ Letais
Condutor do: 1 2 3 4 Pedestre colhido por: 1 2 3 4 Passageiro do: 1 2 3 4
Socorrido por/Unidade hospitalar: CORPO DE BOMBEIRO P/ HU Fone:
Identidade: Org. Exp.: CPF: 10[illegible]

3) Nome: Est. Civil:
Sexo: Idade: Natural.: UF: Profissão:
Endereço: Nº: Apt:
Bairro: Município: UF:
Natureza dos ferimentos: ☐ Leves ☐ Médios ☐ Graves ☐ Letais
Condutor do: 1 2 3 4 Pedestre colhido por: 1 2 3 4 Passageiro do: 1 2 3 4
Socorrido por/Unidade hospitalar: Fone:
Identidade: Org. Exp.: CPF:

XII – DESCRIÇÃO DA DINÂMICA DO ACIDENTE

V-1 MOTOCICLETA [illegible] E V-2 YAMAHA FACTOR YBR 125 TRANSITAVA PELA AV. CARDOSO DE SÁ NO SENTIDO CAMPUS UNIVERSITÁRIO/BAIRRO JOSÉ E MARIA, SENDO QUE V-1 À FRENTE DE V-2, QUANDO NO TRAJETO V-1 FEZ UMA CONVERSÃO À ESQUERDA COM O INTUITO DE ADENTRAR NA RUA [illegible] OCASIONANDO ASSIM UM ABALROAMENTO COM V-2

XIII – IDENTIFICAÇÃO DO AGENTE

NOME: [illegible] DE OSWALDO | MATRÍCULA: [illegible]

GUARDA MUNICIPAL DE [illegible]

BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO

Prefixo da Aeronave nº

DECLARAÇÕES DO CONDUTOR

LIDER

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

LIDER

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

DADOS CADASTRAIS

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - PREENCHER UM DOS QUADROS DE BAIXO

AGÊNCIA 299 CONTA

AGÊNCIA CONTA

DECLARAÇÃO DE ACIDENTE DE TRANSITO - PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO PARA CONCESSÃO DO SEGURO DPVAT

Pelo menos uma das alternativas deverá ser preenchida para que o Seguro DPVAT possa ser pago.

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 29/05/2020 14:17:42
https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20052914174212800000061581862
Número do documento: 20052914174212800000061581862

SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DE PERNAMBUCO

CERTIDÃO

Certidão nº 2018[illegible]-4010077 Pro. Dp.

Certifico para os devidos fins, junto à Coordenação Fiscal Brasileira, como por meio de [illegible] MARCOS ANTÔNIO DA SILVA [illegible] BRASILEIRA [illegible] MILITEIRO(a), RG nº [illegible] SDS PE, inscritos(a) na Receita Federal sob o CPF nº 014.[illegible]-42, residente à RUA [illegible] COELHO, nº [illegible] VILA EDUARDO PETROLINA-PE [illegible] Campanha de Sensibilização [illegible] nº 07/2017 [illegible] 19.[illegible], no endereço AV. CARDOSO, [illegible] VILA EDUARDO PETROLINA-PE, referente a [illegible] COLISÃO [illegible] MOTO [illegible] YAMAHA [illegible] VERMELHA, PLACA PLU4820-PE, CONDUZIDA PELO SR. MILTON FERREIRA DE SOUZA E O AUTOMOVEL [illegible] TOYOTA [illegible], COR PRATA, PLACA [illegible], CONDUZIDO PELO SR. ARTHUR HENRIQUE REZERFA DE FARIAS, [illegible] AYANE KAZUKO [illegible], inscrito sob o CPF nº [illegible] e Registro Geral nº [illegible], atribuídos pela Divisão de Trânsito do Departamento de Bombeiros, [illegible] pelo 1º Sgt BM DAVID foi encaminhado para o HOSPITAL DE TRANSFUSÃO DE PETROLINA (Regional), com o prontuário nº 3.[illegible]. Foi atendido pelo médico JULIO PEDRO DE QUEIROZ NETO, inscrito CRM nº 77[illegible] [illegible] registro desta Corporação [illegible] da Divisão de Ocorrências / CCOB.

Recife, em 26/03/2018

[illegible]

[illegible]

[illegible]

[illegible]

[illegible]

[illegible]

[illegible]

[illegible]

SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DE PERNAMBUCO

CERTIDÃO

Certidão nº 2018[illegible]-0010077 Pro. Dp.

Certifico que [illegible], inscrito no Cadastro Nacional de Pessoas Jurídicas, sob o CNPJ nº [illegible], inscrito na Receita Federal sob o CPF nº [illegible], residente à RUA [illegible], nº [illegible], VILA EDUARDO PETROLINA-PE, [illegible] a OCORRÊNCIA [illegible] MOTO YAMAHA [illegible], COR VERMELHA, PLACA PLU4883-PE, CONDUZIDA PELO SR. MILTON FERREIRA DE SOUZA E O AUTOMOVEL TOYOTA [illegible], COR PRATA, PLACA [illegible], CONDUZIDO PELO SR. ARTHUR HENRIQUE REZENDE DE FARIAS, [illegible], inscrito sob o CPF nº [illegible] e registro Geral nº [illegible], atendidos pela Unidade Técnica de Resgate e Emergência de Bombeiros, [illegible] pelo 1º Sgt. BM DAVID foi encaminhado para o HOSPITAL DE TRAUMA DE PETROLINA (Regional), com o prontuário nº 3 [illegible]. Foi atendido pelo médico JULIO PEDRO DE QUEIROZ NETO, inscrito CRM nº 7[illegible]. Por ser expressão da verdade [illegible] na Divisão de Ocorrências / CCOB.

Recife, [illegible]

[illegible]

[illegible]

Av. [illegible] - Recife - PE
[illegible]

[illegible]
27 OUT 2018
[illegible]

[illegible]

[illegible]

[illegible]

[illegible]

[illegible]

[illegible]

[illegible]

[illegible]

[illegible]

[illegible]

[illegible]

[illegible]

BANCO DO BRASIL

BANCO DO BRASIL

LIDER

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

[illegible]

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

O preenchimento deste formulário [illegible]

[illegible]

[illegible]

[illegible]

[illegible]

[illegible] na qualidade de Procurador(a) / Intermediário(a) do Beneficiário [illegible]

[illegible] Profissão: ______ Renda: ______ [illegible]

[✓ Recuso informar]

Declaro ainda, [illegible]

[illegible]

[illegible] Código Penal.

Endereço: [illegible]

Número: [illegible]

Complemento: [illegible]

Bairro: [illegible]

Cidade: [illegible]

Telefone: [illegible]

[illegible]

Local e data

[illegible]

Assinatura do beneficiário

[illegible]

LIDER

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

[illegible]

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

O preenchimento deste formulário é pré-requisito para [illegible] de Lavagem de Dinheiro, conforme estabelecido na Circular [illegible] disponível [illegible]

http://www.[illegible]

[illegible] que trata de prevenção à lavagem de dinheiro [illegible] pessoas legais [illegible] das pessoas envolvidas no pagamento de seguros. Esta [illegible] contém, além dos documentos de identificação, [illegible] informações [illegible] e [illegible] complementares.

[illegible] informações de contato e endereço [illegible] [illegible] de seguro [illegible] informação [illegible] não [illegible] possível [illegible] definição [illegible]

[illegible]

[illegible]

Eu, [illegible] (nome do segurado), [illegible] na qualidade de proponente (a) / intermediário (a) / beneficiário [illegible], [illegible] de [illegible] de [illegible] de [illegible] de [illegible] de [illegible] conforme [illegible] Circular Susep 445/12.

☐ Desconhecido Profissão: _____ Renda: _____ Especificar o documento comprobatório:

_____

☒ Recusou informar

Declaro ainda, sob as penas da lei, que [illegible] prova de residência [illegible] [illegible] concurso [illegible]

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração [illegible] aplica a [illegible] prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço: [illegible] Número: [illegible] Complemento: [illegible]

Bairro: [illegible] Cidade: [illegible] UF: [illegible] CEP: [illegible]

Telefone residencial: [illegible] Telefone celular: [illegible]

[illegible], 20 de [illegible] de [illegible]

Local e data

Assinatura do declarante

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu [illegible] DA SILVA

RG [illegible] data de expedição [illegible]

[illegible] CPF nº [illegible]

residente na cidade de [illegible]

[illegible]

[illegible]

[illegible]

[illegible]

[illegible]

[illegible] DIANA VERAS DA SILVA

MELINA VIEIRA DE SOUZA

Veículo: MOTOCICLETA

Marca: [illegible]

Ano: [illegible]

Placa: [illegible]

Chassi: [illegible]

Data da Venda: [illegible]

Local e Data: [illegible]

[illegible]

Assinatura do Declarante

[illegible]

[illegible]

[illegible]

[illegible]

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu [illegible] DA SILVA

RG [illegible] data de expedição [illegible]

[illegible] CPF nº [illegible]

residente na cidade de [illegible]

[illegible]

[illegible]

[illegible]

[illegible]

[illegible]

[illegible] DIANA VERAS DA SILVA

MELINA VIEIRA DE SOUZA

Veículo: MOTOCICLETA

Marca: [illegible]

Ano: [illegible]

Placa: [illegible]

Chassi: [illegible]

Data da Venda: [illegible]

Local e Data: [illegible], 15 de [illegible] de [illegible]

[illegible]

Assinatura do Declarante

[illegible]

Assinatura do Comprador

[illegible]

[illegible]

[illegible]

AMPLA

AUTARQUIA ESTADUAL MUNICIPAL DE SEGURANÇA DE TRÂNSITO
PETRÓPOLIS

Endereço: Av. do Imperador, 1.707 - Centro - Petrópolis - RJ
Fone: (21) 2242-7000 (SEDE) / (21) 2242-1262

BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO (BOAT)

BOAT Nº [illegible]

Página: [illegible]

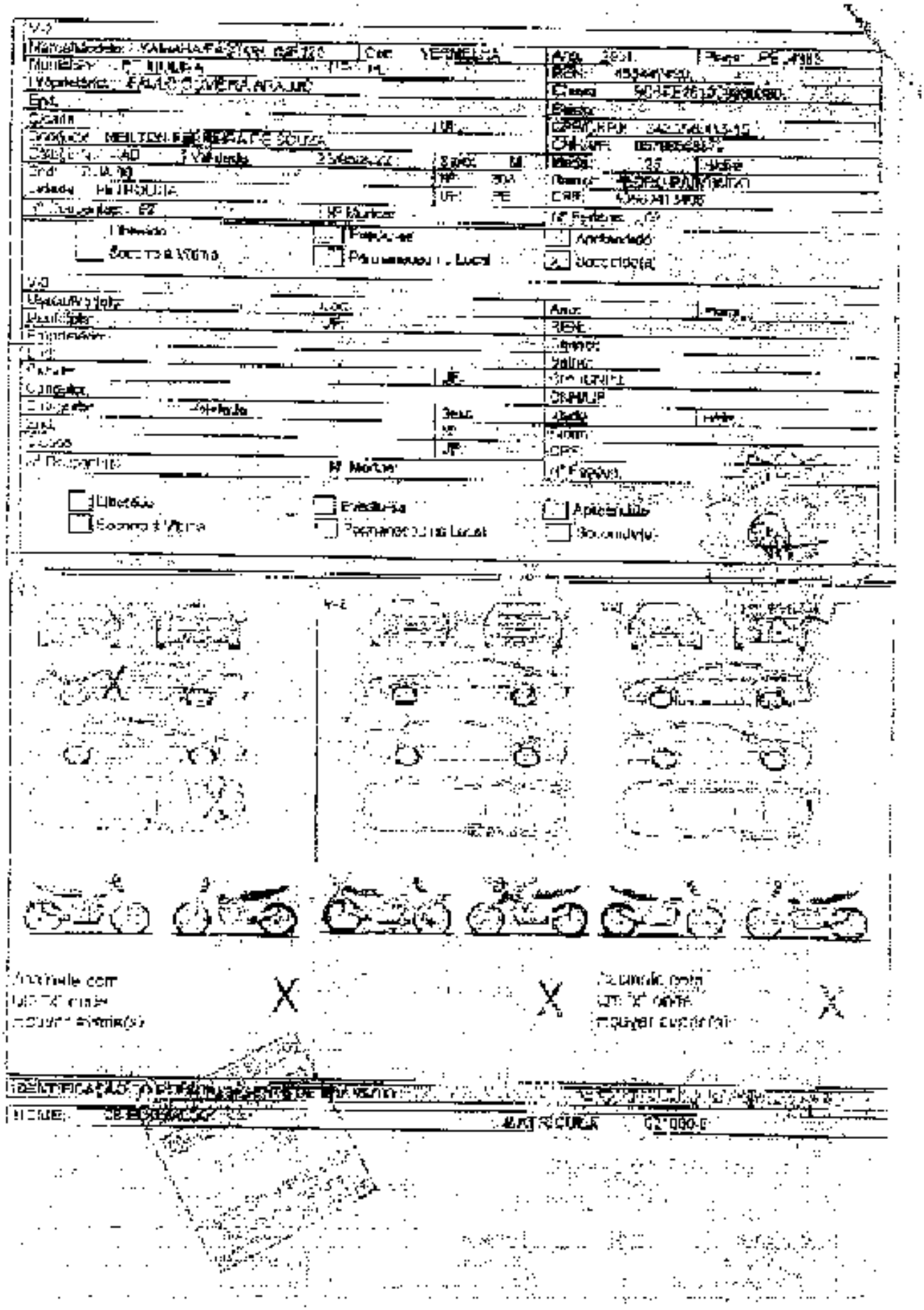
Local: AV. GENERAL OSÓRIO DE BARCELLOS
Bairro: LOTEAMENTO
Data: [illegible] Dia: [illegible] Hora do Ocor.: 11:10 Clima: Equipe: [illegible]

Atropelamento: [ ] Pedestre [ ] Animal
Envolvimento: [X] Veículo [ ] Transeunte
Colisão: [ ] Frontal [ ] Traseira
Choque: [ ] Em Movimento/Estacionado [ ] Veículo parado [ ] Poste / Árvore [ ] Muro / Alambrado
[ ] Capotamento [ ] Tombamento
[ ] Queda de Ponte [ ] Engavetamento
[ ] Incêndio [ ] Outros

Nº Vítimas: 02 Nº Ilesos: Nº Fatalidades: 02

De Local: [ ] Lado de Via [ ] Cruzamento [ ] Rotatória [X] Bifurcação Y [ ] Bifurcação T
Sinalização: [ ] Boa [ ] Má [X] Inexistente [ ] Não Existe
Visibilidade: [X] Boa [ ] Ruim [ ] Regular
Vias Obstruídas: [ ] Obstáculo [ ] Sinal Desligado [ ] Obstruído [X] Não Existe
Pavimentação: [ ] Macadame [ ] Mal Pavimentado [ ] Terra [X] Asfalto
Clima: [X] Bom [ ] Chuvoso [ ] Nublado [ ] Ventoso
Pista: [X] Seca [ ] Molhada [ ] Escorregadia [ ] Cascalho [ ] Em Obras
Pavimentação: [ ] Conservada [X] Buraco [ ] Remendo Parcial [ ] Cascalho [ ] Sem Nível de Rolamento
Sentido de Deslocamento: [ ] Ida [X] Volta
Direção do Veículo: [X] Pista Contrária [ ] Canteiro Central [ ] Outra Pista
Área: [ ] Rural [X] Urbana
Controle Direto: [ ] Sinalização Inexistente [ ] Não Existe [ ] Placa de Indicação [ ] Ponto Cerrado [ ] Faixa de Pedestre [ ] Semáforo
[ ] Fumaça [ ] Placa de Advertência [ ] Defeito na Pista [ ] Faixa de Retenção [ ] Obstáculo na Pista
[ ] Placa de Regulamentação [ ] Outro Veículo [ ] Falha de Sinalização [ ] Chuva [ ] Buraco
Tipo de Pista:

Veículo 1
Marca/Modelo: TOYOTA ETIOS Cor: PRATA Ano: [illegible] Placa: [illegible]
Identificação: [illegible] UF: [illegible] RENAVAM: [illegible]
Proprietário: JOÃO [illegible] Chassis: [illegible]
CPF: Endereço:
Cidade: UF: CPF/CNPJ:
Condutor: [illegible] Habilitação:
Nome: [illegible] Sexo: M Idade: 24
Endereço: AV. [illegible] Nº: 10 Bairro: [illegible]
Cidade: PETRÓPOLIS UF: RJ CPF: [illegible]
Nº Ocupantes: 02 Nº Vítimas: Nº Fatalidades:
[ ] Ilesos [ ] Fatalidade [ ] Ferimentos Graves [ ] Ferimentos Leves [ ] Condutor [X] Pertencente ao Local [ ] Aprendido [ ] Acompanhado



ANP

AGÊNCIA NACIONAL DE ENERGIA DE PETRÓLEO

Endereço: Av. da Integração, [illegible] - Ponta d'Areia, Niterói - RJ

TOR: [illegible] (SEDE) / (27) [illegible]

BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO (BOAT)

BOAT Nº 0317-17 PÁGINA: AVARIAS

01 AVARIAS

AMASSAMENTO LATERAL DIREITA, AMASSAMENTO DO PARALAMA DIANTEIRO DIREITO, QUEBRAMENTO DO ESPELHO RETROVISOR E VIDRO DA PORTA AMBOS DE EARRANHAMENTO DO CATALAZAR. NITRAS ENCONTRA A VERIFICAR.

DECLARAÇÃO DO CONDUTOR

EM ANEXO
VISO SEGURADORA

02 AVARIAS

AMASSAMENTO DO PARALAMA DIANTEIRO, PNEU DIANTEIRO DANIFICADO, FRENTE COM DEFEITO DESTRUIDA, BAIXA, PARA-BRAS QUEBRADA E CENTRAL AMASSADA, TANQUE AMASSADO, ARRANHADO, QUEBRADAS, OLEO AMASSADO PARTE MECANICA A VERIFICAR

DECLARAÇÃO DO CONDUTOR

EM ANEXO
FICHA DE AVAL

03 AVARIAS

DECLARAÇÃO DO CONDUTOR

EM ANEXO
FICHA DE AVAL

NOME: CPF: MATRÍCULA:

POLÍCIA MILITAR DE PERNAMBUCO

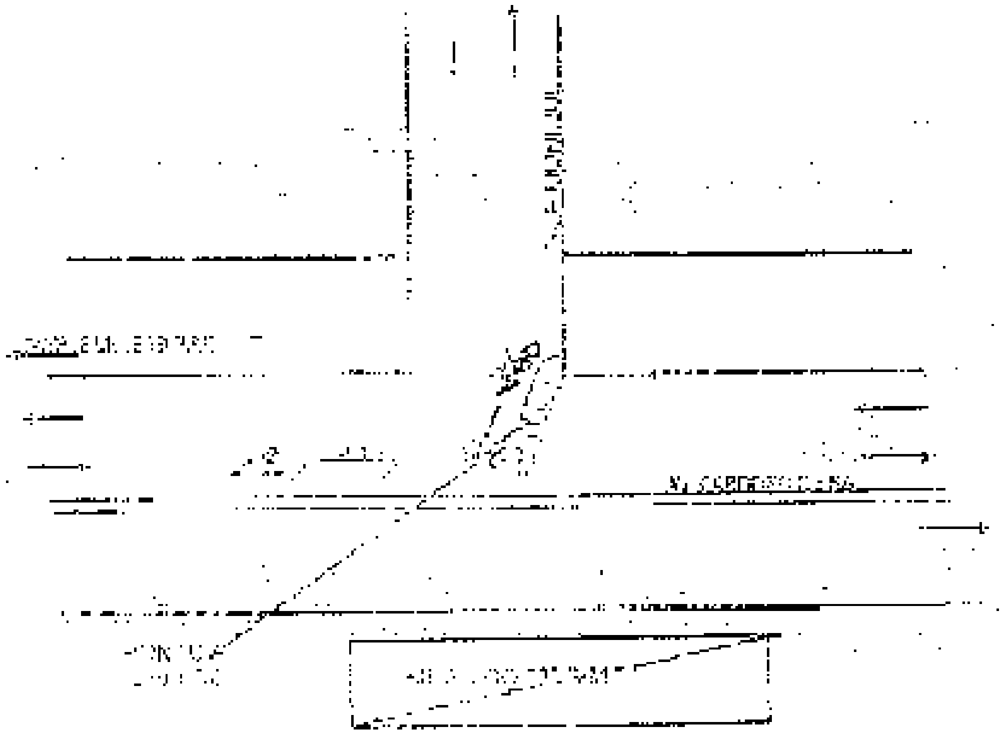
BATALHÃO GOVERNADOR ... COELHO

PELOTÃO DE TRÂNSITO

BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO (BOAT)

[illegible]

Página [illegible]



SINALIZAÇÃO

[illegible]		[illegible]	
MARCAS DE FRENAGEM		AUTOMÓVEL	
[illegible]		CICLO	
[illegible]		PONTO DE IMPACTO	
[illegible]		PEDESTRE	
[illegible]		CAPOTAGEM	
[illegible]		SINALIZAÇÃO	
		SENTIDO DA VIA	

ASSINATURA DO POLICIAL DE TRÂNSITO

[illegible] AUTARQUIA MUNICIPAL DE [illegible]
PETROLINA
[illegible]

BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO [illegible]

DECLARAÇÕES DO CONDUTOR

[illegible]

[illegible] Seguradora S/A [illegible]

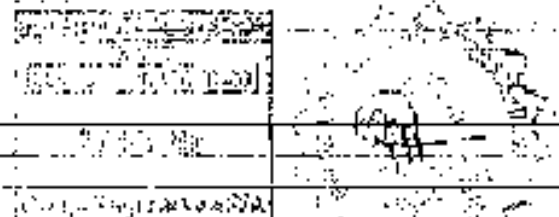
Não cumpriu preceito legal	1	2	3	4	Dirigiu sob influência	1	2	3	4
Ultrapassagem proibida	1	2	3	4	Não respeitou sinal	1	2	3	4
Retorno proibido	1	2	3	4	Ultrapassagem perigosa	1	2	3	4
Desobediência a sinalização	1	2	3	4	Não usou capacete	1	2	3	4
Invasão de faixa de pedestre	1	2	3	4	Trafegava pela calçada	1	2	3	4
Não guardou distância de segurança	1	2	3	4	Transportava passageiro irregular	1	2	3	4
Parou em fila	1	2	3	4	Placa ilegível	1	2	3	4
Não parou no PARE	1	2	3	4	Sem Licenciamento	1	2	3	4
Não respeitou faixa	1	2	3	4	Não respeitou direção obrigatória	1	2	3	4
Trafegava em sentido proibido	1	2	3	4	Não parou em cruzamento	1	2	3	4
Ultrapassagem proibida	1	2	3	4	Outros	1	2	3	4

Condutor: [illegible] Estado Civil: SOLTEIRA
Sexo: F Idade: [illegible] Profissão:
Endereço: [illegible] Nº 226 Apto:
Bairro: [illegible] Cidade: [illegible] UF: [illegible]
Habilitado: [illegible] Sim [illegible] Não [illegible] Cassada [illegible] Inexistente
Condutor: 1 2 3 4 Pedestre atendido por: 1 2 3 4 Passageiro do: 1 2 3 4
Serviço de Atendimento Hospitalar: CORPO DE BOMBEIROS PARÁ
Condutor: [illegible] Sexo: [illegible] CPF: [illegible]

2) Nome: RENATO FERREIRA DE SOUZA Estado Civil: CASADO
Sexo: M Idade: [illegible] Profissão: ESTUDANTE CUT: [illegible] Profissão: MOTOTAXISTA
Endereço: [illegible] Nº 306 Apto:
Bairro: [illegible] Cidade: BELÉM UF: [illegible]
Habilitado: [illegible] Sim [illegible] Não [illegible] Cassada [illegible] Inexistente
Condutor: 1 2 3 4 Pedestre atendido por: 1 2 3 4 Passageiro do: 1 2 3 4
Serviço de Atendimento Hospitalar: CORPO DE BOMBEIROS PARÁ
Condutor: [illegible] Sexo: [illegible] CPF: [illegible]

3) Nome: [illegible] Estado Civil: [illegible]
Sexo: [illegible] Idade: [illegible] CUT: [illegible] Profissão: [illegible]
Endereço: [illegible] Nº: [illegible] Apto:
Bairro: [illegible] Cidade: [illegible] UF: [illegible]
Habilitado: [illegible] Sim [illegible] Não [illegible] Cassada [illegible] Inexistente
Condutor: 1 2 3 4 Pedestre atendido por: 1 2 3 4 Passageiro do: 1 2 3 4
Serviço de Atendimento Hospitalar: [illegible]
Condutor: [illegible] Sexo: [illegible] CPF: [illegible]

VEÍCULO 01 ESTAVA EM CONDUÇÃO NA AV. TAVARES BASTOS, NO SENTIDO CANTO DO VERSO TARIQUE PARA JOSÉ E MARIA, SENDO QUE NA ALTURA DA [illegible] ATRAVESSOU A PISTA [illegible] PARA O SENTIDO OESTE COM O INTUITO DE ADENTRAR NA RUA MONICUE, OCASIONANDO A COLISÃO COM O VEÍCULO 02.



NOME: [illegible] MATRÍCULA: [illegible]

SUS

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Hospital de Ensino Dr. Washington Antonio de Barros

Endereço: Av. [illegible] Mangueira, s/n — CNPJ: [illegible]

Cidade: Petrolina — Telefone: (87) [illegible]

Ficha de Atendimento - Emergência

DADOS DO PACIENTE

Prontuário: [illegible]

Paciente: [illegible] YVNE [illegible] DA SILVA

Mãe: MARIA [illegible] DA SILVA

Endereço: [illegible] TRINTA E UM, nº 550 - VILA EUCLA / PETROLINA (PE)

CNS: [illegible] — Nº [illegible] — Idade: [illegible]

Telefone: (87) 9[illegible]0080

ANAMNESE/CONDUTA

[illegible]

Prof. Plantonista: [illegible] — Data: [illegible]

ISGH

UNIVAF

Neurocirurgia

NOME: ANTONIO KOBAYE DA SILVA

DIAGNÓSTICO: HEMORRAGIA SUBDURAL HEMISFÉRICA DIREITA

DATA CIRURGIA: 27/04/17

LEITO: 1003/1001

PROCEDIMENTO: HEMATOMA SUBDURAL

CIR. PRINCIPAL: Dr. HUGO GOMES

ANESTESISTA: Dr. MARCIANA EDRA ALMEIDA

CIRCULANTE: [illegible]

INSTRUMENTADOR: [illegible]

Anestesia geral.

1. Decúbito supino, [illegible]
2. [illegible]
3. Incisão [illegible] com [illegible]
4. [illegible]
5. [illegible]
6. [illegible]
7. [illegible]
8. [illegible]
9. [illegible]

Registro de Classificação de Risco

Unidade de Manutenção

Dados do Paciente

Nome: ANDRÉ CARINE DA SILVA Chegada: 20/12/2017 16:03

Sexo: FEMININO Idade: 29

Data de Nascimento: [illegible]

Queixa Principal: CEFALEIA PERSISTENTE + VÔMITOS + HIPOTIFA DE TRÊS DIAS

Alergias: NEGA Medicação: [illegible]

Parâmetros: Glicemia Capilar: Frequência Cardíaca (Pulsação): [illegible]

Pulso: Tipo: Sec. O2 (%):

Temperatura Axilar: Escala de Dor: PA:

Discriminadores: DESCORAÇÃO VIGÍLIA / DOR — NÃO PRESENTE; DESCORAÇÃO VIGÍLIA / ALTERAÇÃO — NÃO PRESENTE; DESCORAÇÃO VIGÍLIA / PERCEPÇÃO — PRESENTE; DESCORAÇÃO VIGÍLIA / VÔMITO — NÃO PRESENTE; [illegible]

Fluxo Interno: NEUROCIRURGIA

Classificador: FERNANDA CRISTINA LUCILA COLUNA GUALBERTO [illegible]

Dados Médico

Queixa Principal:

Medicação: Diagnóstico:

Parâmetros: Glicemia Capilar: Frequência Cardíaca (Pulsação): Escala de Coma de Glasgow:

Pulso: Tipo: Sec. O2 (%):

Temperatura Axilar: Escala de Dor: PA:

Discriminadores: DESCORAÇÃO VIGÍLIA / DOR — PRESENTE; DESCORAÇÃO VIGÍLIA / ALTERAÇÃO — NÃO PRESENTE; DESCORAÇÃO VIGÍLIA / PERCEPÇÃO — PRESENTE; DESCORAÇÃO VIGÍLIA / VÔMITO — NÃO PRESENTE; [illegible]

Fluxo Interno:

Classificação: CORAL (CTN) Classificador: [illegible]

UNIVERSIDADE FEDERAL DO VALE DO SÃO FRANCISCO
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO
NEUROCLÍNICA

RESUMO DE ALTA

PACIENTE: AYANE KAMINE DA SILVA
DATA DA ADMISSÃO: 22/12/17

IDADE: 20 ANOS
DATA DA ALTA: 29/12/17

HISTÓRIA CLÍNICA/EVOLUÇÃO

PACIENTE DEU ENTRADA COM HISTÓRIA DE QUEDA DE ESCADA HÁ 15 DIAS E MOLEJO INDO COM [illegible] PERDA DE [illegible] ANTERIORMENTE, CEFALEIA SUPORTÁVEL, SUBAGUDA, TEMPORO-OCIPITAL, ÚNICA, DE REPETIÇÃO, ALTERAÇÃO DA FRENAGEM DE RETINA E DIAGNÓSTICO DE CONTROLE DE [illegible], ROTEIRO PORTADOR DE HEMATOMA [illegible] O PACIENTE ELEGIDO DESENVOLVEU NEUROLOGICAMENTE, ESCALA DE COMA DE GLASGOW [illegible] DOCUMENTADA, PUPILAS ISOFÓTICAS, REFLEXOS FOTOMOTORES PRESERVADOS, QUADRIPARESIA [illegible] TENDO, APÓS INTERVENÇÕES DE RECUPERAÇÃO E ALTA, PERDA DE CONSCIÊNCIA.

Reavaliado após discussão com equipe neurológica do HU:

HU: HEMATOMA SUBDURAL CRÔNICO

CID: S065

PRESCRIÇÃO APÓS ALTA (USO HOSPITALAR)

1 - [illegible]

ORIENTAÇÕES

ACOMPANHAMENTO NO AMBULATÓRIO DE NEUROCIRURGIA
MARCAR CONSULTA DE RETORNO COM DR. [illegible]
RETIRAR PUNÇÕES COM 10 DIAS
FAZER CURATIVO COM ENFERMEIRO DA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA

DATA DA ALTA: [illegible]

DR. [illegible]
CRM [illegible]

Hospital de Ensino Dr. Washington Antonio de Barros

Endereço: Av. José Sá Maranhão, [illegible]

Cidade: Petrolina

Telefone: (87) [illegible]

Ficha de Atendimento - Emergência

Nº [illegible]

DADOS DO PACIENTE

Prontuário: [illegible]

Paciente: [illegible]

Mãe: MARIA [illegible] DE JESUS DA SILVA

Endereço: RUA [illegible], Nº [illegible] VILA DULAL [illegible]

Nasc. [illegible] Idade: [illegible]

CNS: [illegible]

Telefone: (87) 9[illegible]

T.A. 140x90mmHg FC: 125bpm

ANAMNESE DO MEDICO

UNIVERSIDADE FEDERAL DO VALE DO SÃO FRANCISCO
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO
NEUROCIRURGIA

RELATÓRIO / ATESTADO MÉDICO

PACIENTE: [illegible] DE SILVA — IDADE: 10 ANOS
DATA DE NASCIMENTO: [illegible]/2007 — DATA DA ALTA: [illegible]/12/2017

HISTÓRIA CLÍNICA E EVOLUÇÃO

[illegible] Admitido com EDC [illegible] HSDA [illegible] consciente, orientado, [illegible] sem déficits neurológicos.

PACIENTE NECESSITA 30 DIAS DE AFASTAMENTO DE SUAS ATIVIDADES LABORAIS, A CONTAR DA DATA DA ALTA HOSPITALAR.

CID: T05

CID 10: S06.5

[illegible]

UNIVERSIDADE FEDERAL DO VALE DO SÃO FRANCISCO
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO
NEUROCIRURGIA

RESUMO DE ALTA

PACIENTE: [illegible]
DATA DA ADMISSÃO: [illegible]

IDADE: [illegible] ANOS
DATA DA ALTA: [illegible]

HISTÓRIA CLÍNICA/EVOLUÇÃO

[illegible]

Recebe alta após discussão com equipe neurológica para acompanhamento ambulatorial.

HD: TCE

CID 10: S06.9

PRESCRIÇÃO APÓS ALTA HOSPITALAR

[illegible]

ORIENTAÇÕES

[illegible]

[illegible]

[illegible]

[illegible]

PREFEITURA MUNICIPAL DE JUAZEIRO

SEFAZ-Secretaria da Fazenda

Coordenação Tributária

Nota Fiscal de Serviços Eletrônica - NFS-e

Número da Nota

Data e Hora de Emissão

Código de Verificação

PRESTADOR DE SERVIÇOS

CNPJ/CPF: [illegible] Inscrição Estadual:

Telefone: [illegible]

Razão Social: CENTRO DE DIAGNOSTICO POR IMAGEM DE JUAZEIRO LTDA.

Endereço: [illegible]

Bairro: [illegible] Município: Juazeiro UF: BA

CEP: [illegible] E-Mail: [illegible]

TOMADOR DE SERVIÇOS

CPF/CNPJ: [illegible]

Nome/Razão Social: [illegible] Inscrição Estadual: [illegible]

Endereço: [illegible]

Bairro: [illegible] Município: [illegible] UF: PE

CEP: [illegible] Email:

DOMICÍLIO PRESTAÇÃO DE SERVIÇO: Juazeiro

DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS

REFERENTE A [illegible]

VALOR TOTAL DA NOTA FISCAL R$ [illegible]

ATIVIDADE

[illegible] COBRANÇAS DE RESSONÂNCIA MAGNÉTICA

[illegible]

[illegible] - analises [illegible], ultrassonografia, ecocardiografia, [illegible], mamografia, densitometria óssea, radiologia, tomografia computadorizada

[illegible]	Base de Cálculo (R$)	Alíquota (%)	Valor do ISS (R$)	[illegible]
[illegible]	[illegible]	5,00	[illegible]	[illegible]

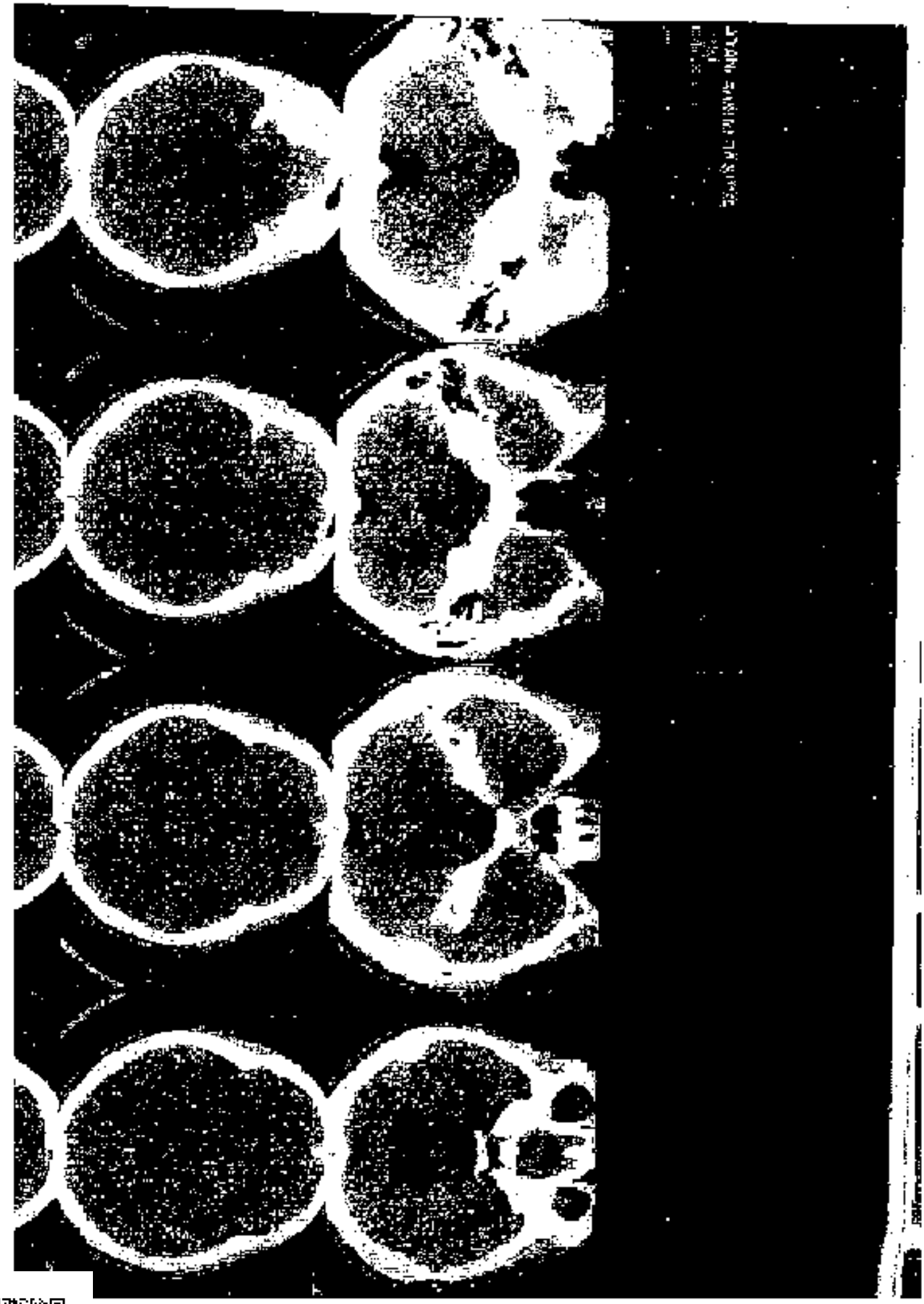
RETENÇÃO DE IMPOSTOS

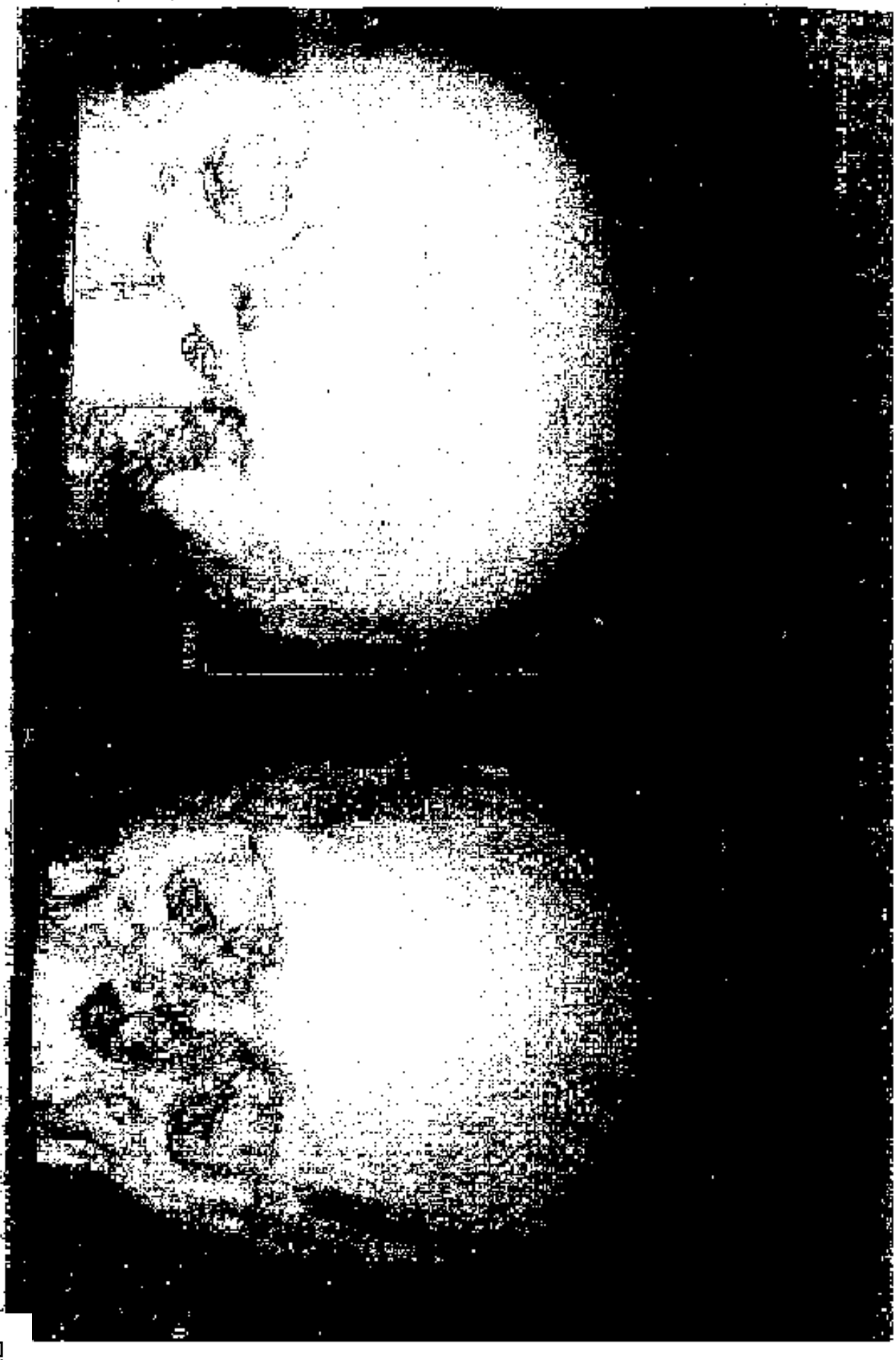
PIS (R$)	COFINS (R$)	CSLL (R$)	IRPJ (R$)	VALOR DE REFERÊNCIA (R$)
0,00	[illegible]	[illegible]	[illegible]	0,00

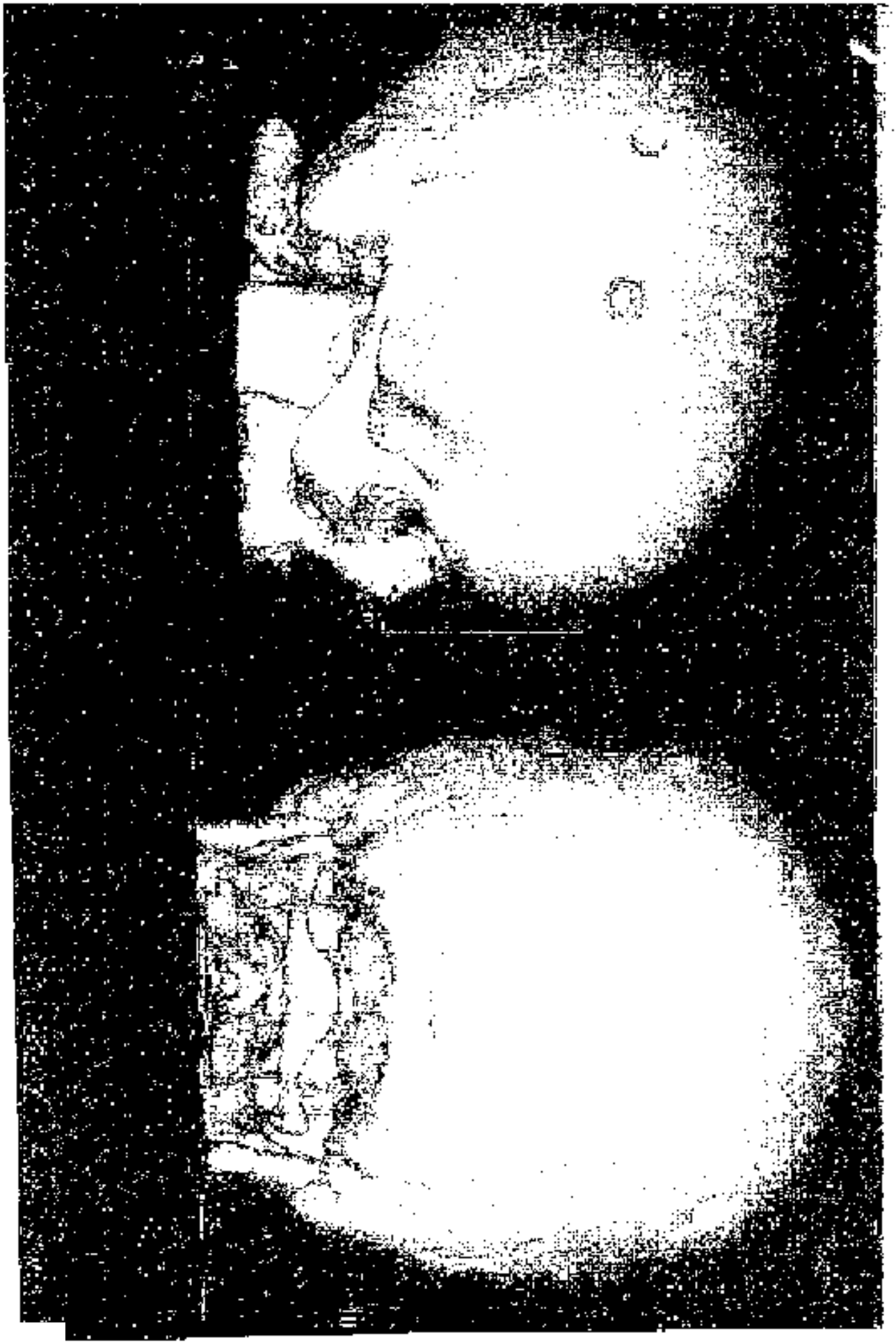
VALOR LÍQUIDO DA NOTA FISCAL R$ [illegible]

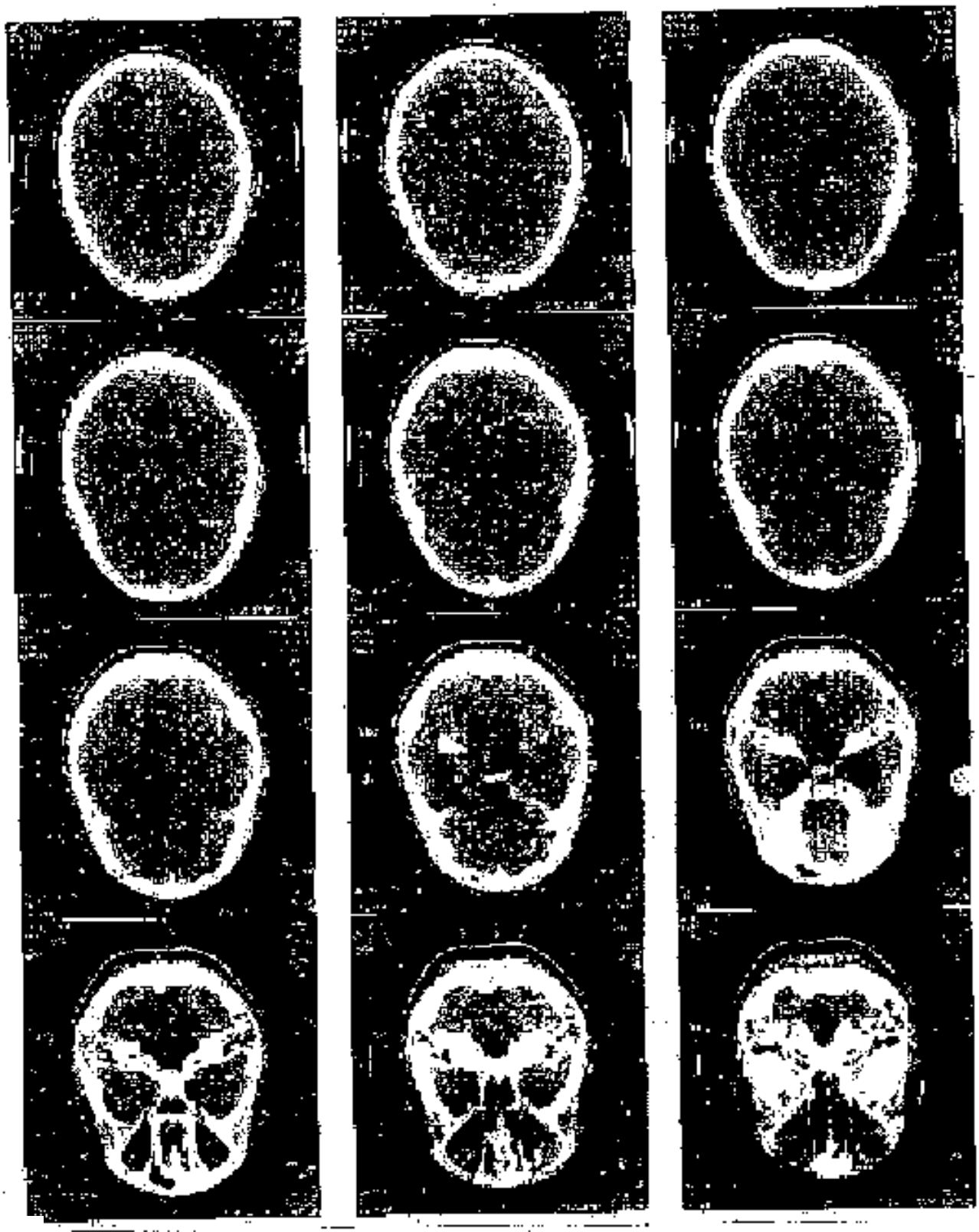
INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

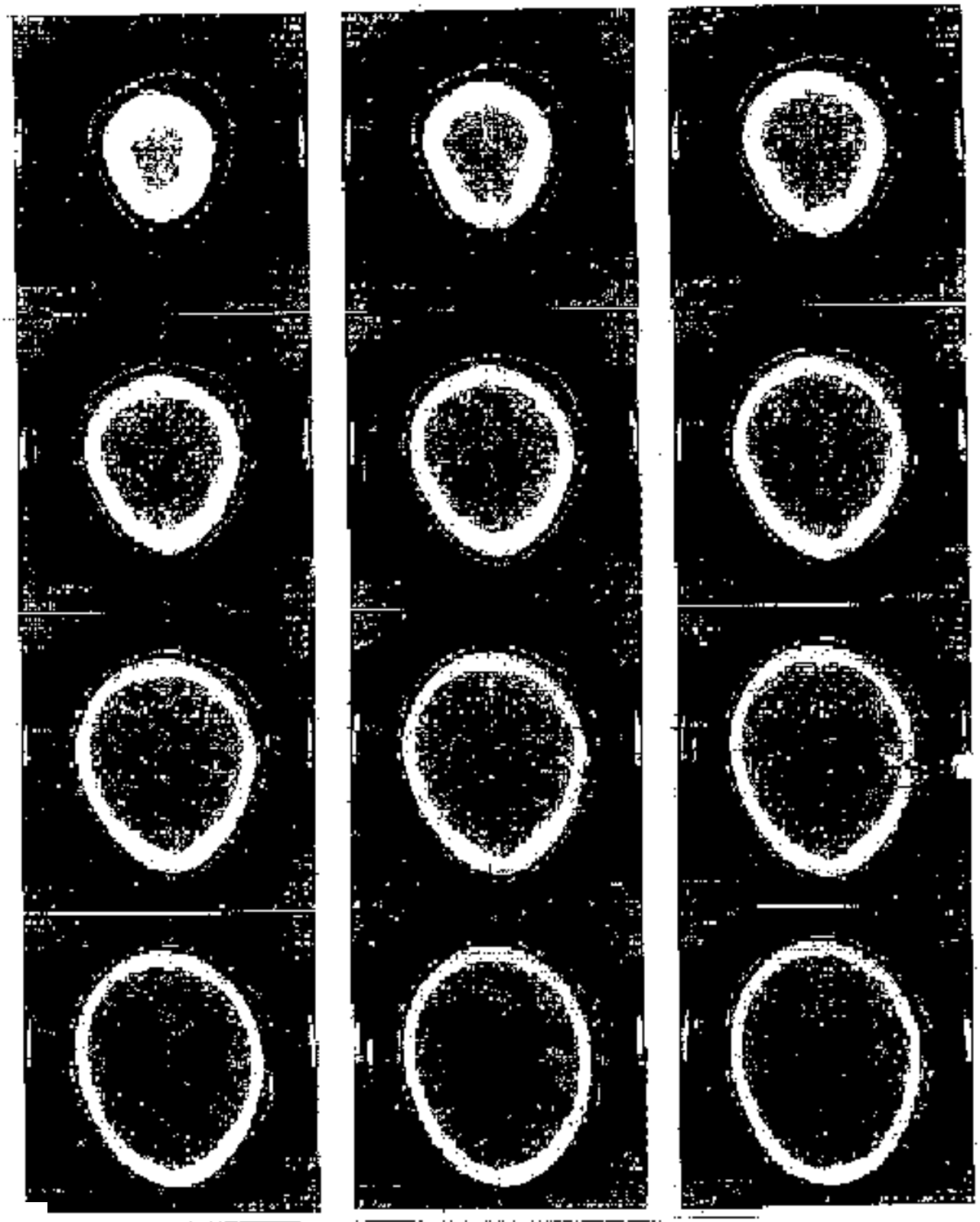
[illegible]

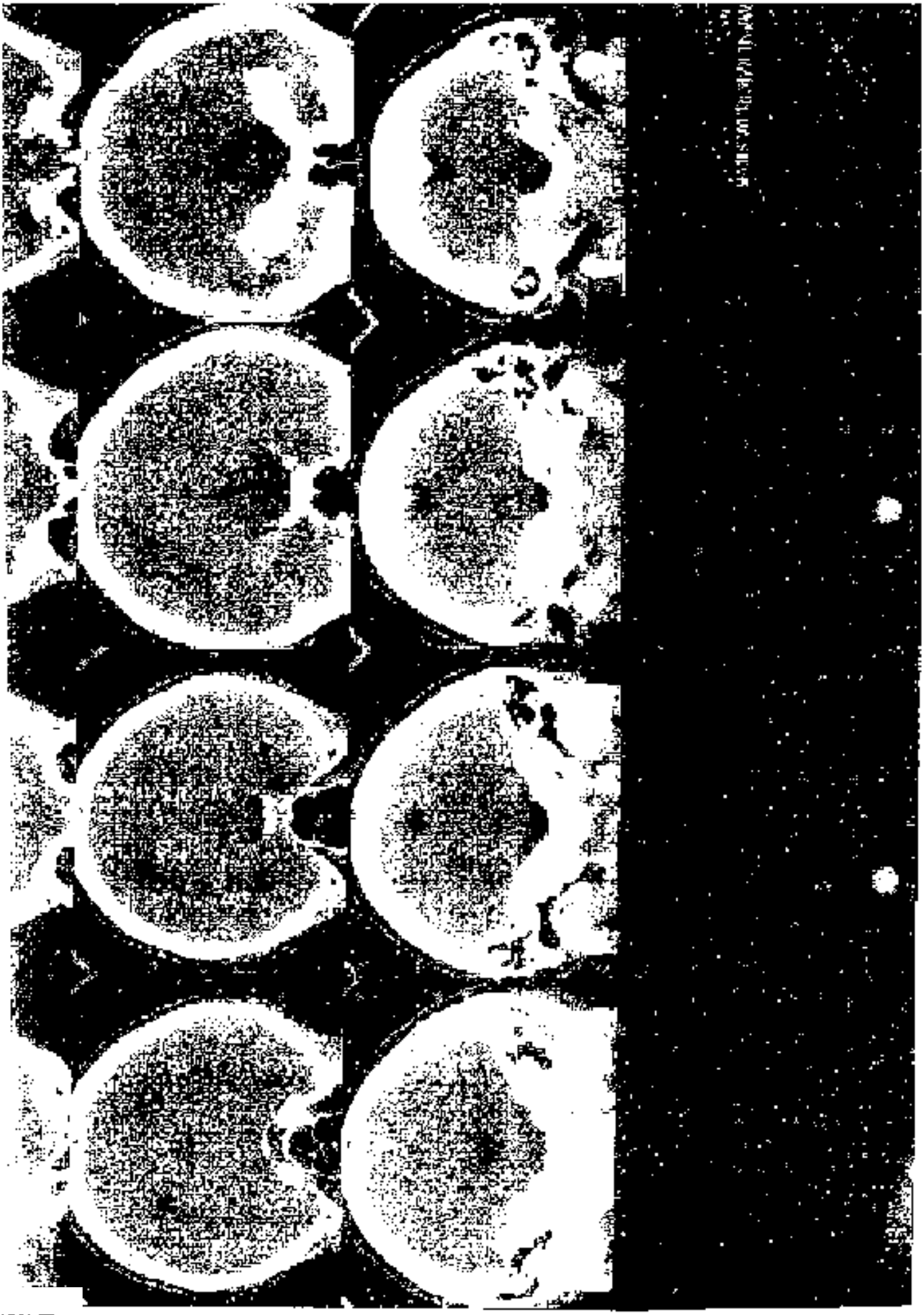


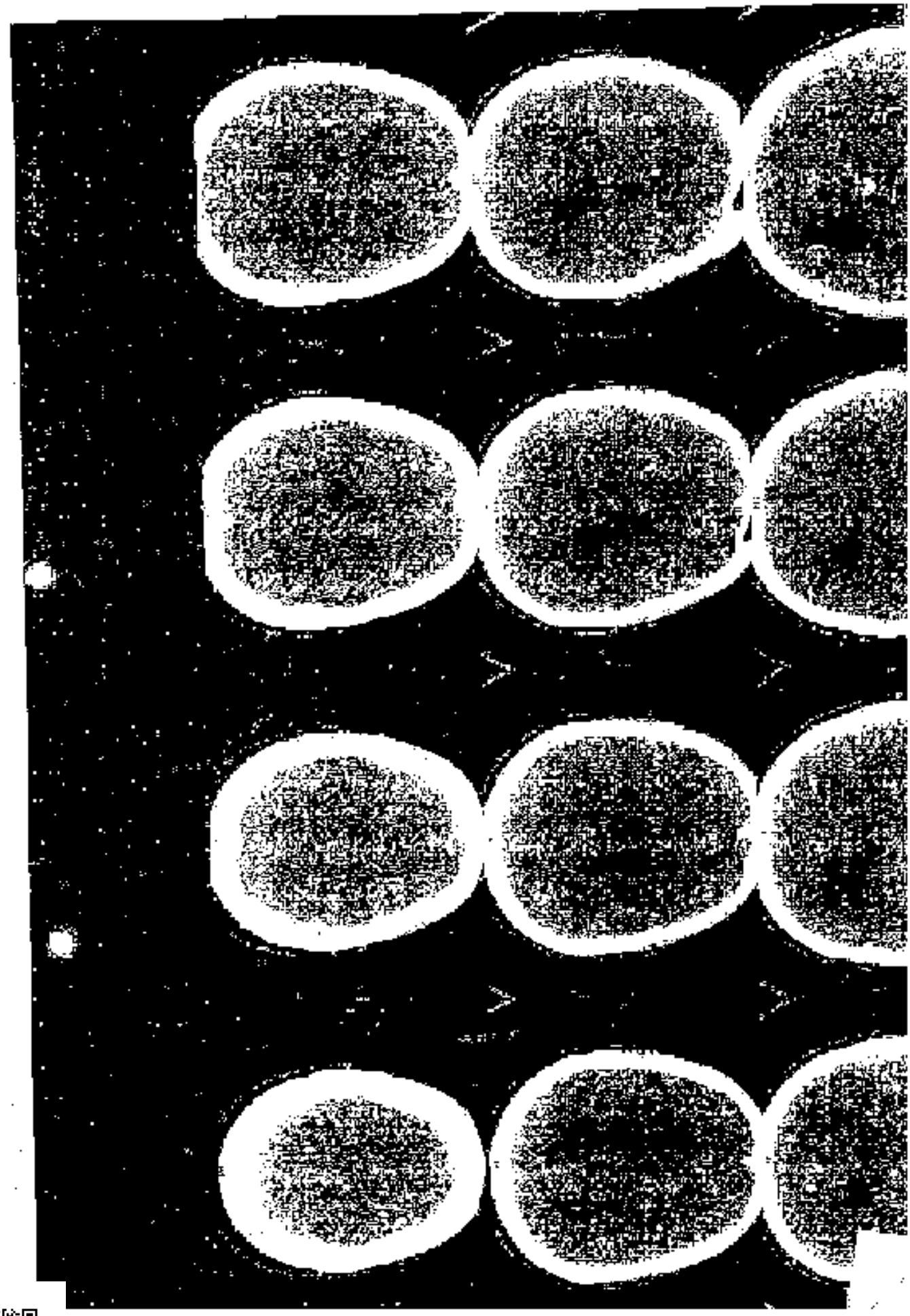


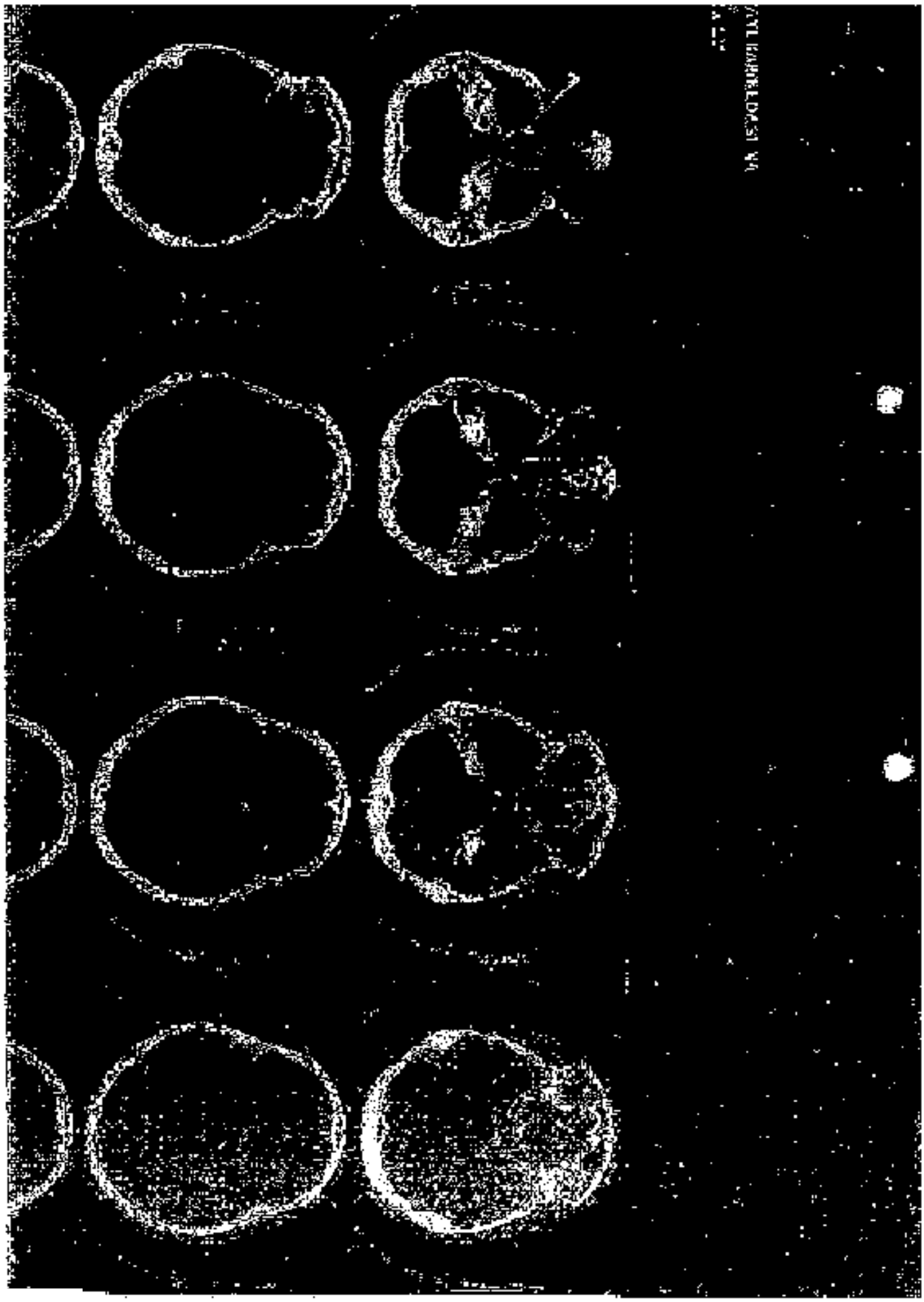


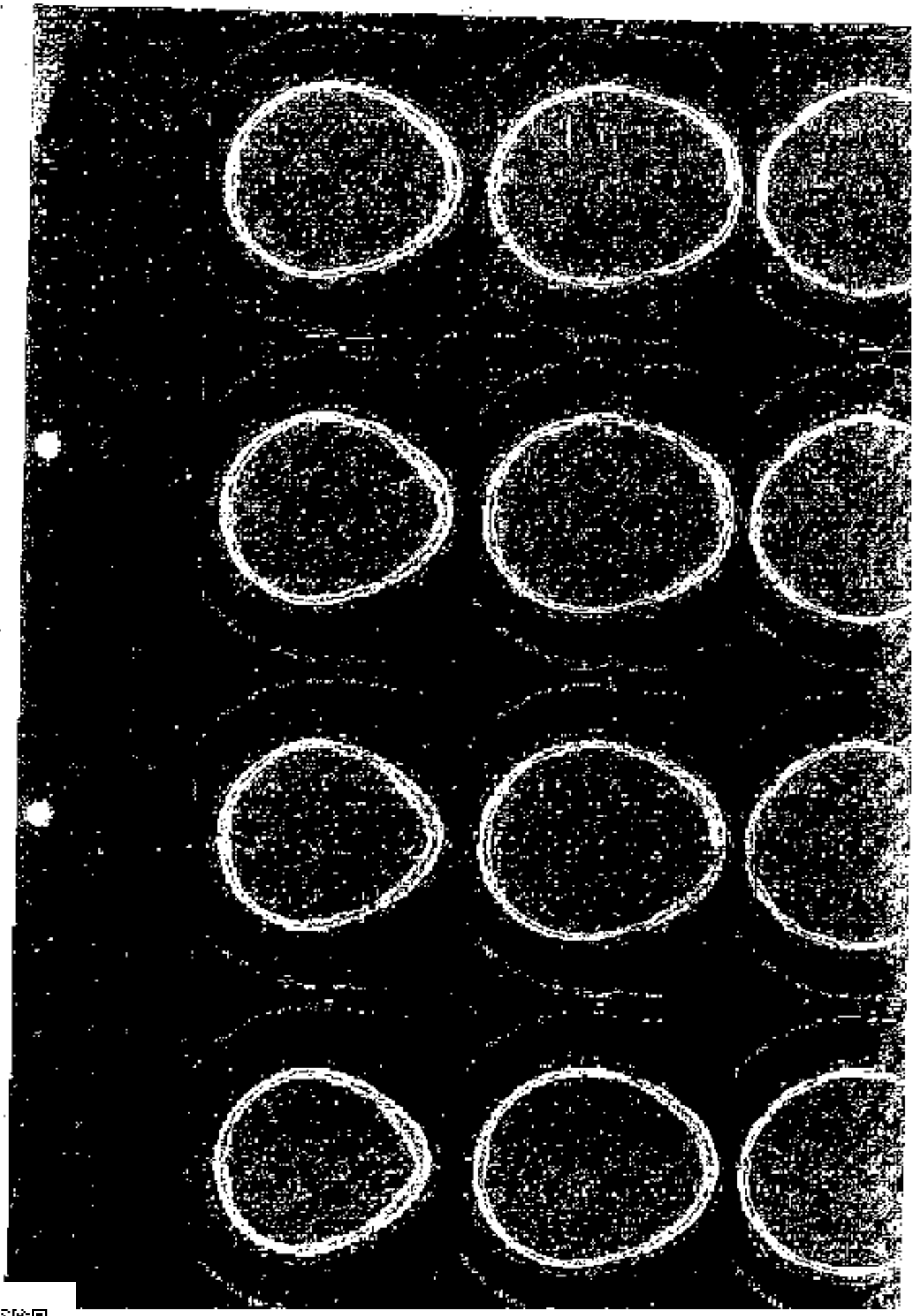












Selma Cozuza

SUS

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Hospital de Ensino Dr. Washington Antonio de Barros

Endereço: Av. [illegible] de Mangabeira [illegible] CNPJ: [illegible]

Cidade: Petrolina Telefone: (87) [illegible]

Ficha de Atendimento - Emergência

DADOS DO PACIENTE

Prontuário: [illegible]

Paciente: AYANE KARINE DA SILVA

Mãe: MARIA [illegible] DA SILVA

Endereço: RUA TRINTA E UM, nº 550 - VILA EUCLA / PETROLINA (PE)

CNS: [illegible] Nascimento: [illegible]

Telefone: (87) 9[illegible]

ANAMNESE/CONDUTA

[illegible]

Prof. responsável: [illegible] Data: [illegible]

Hospital de Emergência e Traumatologia de Vitória da Conquista
Dr. Walter Guerra Santos Burgos

ISGH

UNIVIT

Neurocirurgia

NOME: [illegible]

DIAGNÓSTICO: [illegible]

PROCEDIMENTO: [illegible]

CIR. RESPONSÁVEL: [illegible]

ANESTESISTA: [illegible]

DATA CIRURGIA: [illegible]

HORÁRIO: [illegible]

Anestesia geral

1. [illegible]
2. [illegible]
3. [illegible]
4. [illegible]
5. [illegible]
6. [illegible]
7. [illegible]
8. [illegible]
9. [illegible]

Registro de Classificação de Risco

Unidade de Manutenção

Classificação de Risco

Nome: JOANE KARINE DA SILVA

Data/Hora: 2011-03-01 [illegible]

Sexo: FEMININO

Idade: 19

Data de Nascimento: [illegible]

Queixa Principal: CEFALEIA PERSISTENTE + VÔMITOS + HIPOTENSÃO DESDE ANTEONTEM

Procedência: [illegible]

Acompanhante: [illegible]

Pulseira: Grande Porte

Encaminhamento: [illegible]

Pulso: [illegible]

Temp.: [illegible]

Escala de Dor: [illegible]

SaO2: [illegible]

Glicemia: [illegible]

Consciência: VERMELHA | LARANJA | AMARELA | VERDE | AZUL | [illegible]

Nível de Consciência: NORMOLÚRGICO

Classificação: VERMELHA [illegible]

Queixa Principal:

Encaminhamento:

Pulseira: [illegible]

Escala de Dor: [illegible]

Pulso: [illegible]

Temp.: [illegible]

Escala de Dor: [illegible]

SaO2: [illegible]

Glicemia: [illegible]

Consciência: VERMELHA | LARANJA | AMARELA | VERDE | AZUL | [illegible]

Pulso Fraco:

Classificação: [illegible] CORDEIRO [illegible]

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO
NEUROCIRURGIA

RESUMO DE ALTA

PACIENTE: AYANE KARINE DA SILVA
DATA DA ADMISSÃO: 20/12/17

IDADE: 20 ANOS
DATA DA ALTA: 29/12/17

HISTÓRIA DA ENFERMIDADE ATUAL

PACIENTE DEU ENTRADA COM HISTÓRIA DE QUEDA DE MOTO HÁ 15 DIAS E HOJE APRESENTOU [illegible] PARALEMA À DIREITA. TOMOGRAFIA DE CRÂNIO MOSTRA HEMORRAGIA SUBDURAL SUPERIOR DIREITA [illegible] TEMPORO-PARIETAL DIREITO. REALIZADO ALTA DA CRANIECTOMIA DESCOMPRESSIVA [illegible] CONSERVADOR. [illegible] DE CONTROLE NOS ROUTINEIROS IMPORTANTES PÓS HEMATOMA. O PACIENTE EVOLUIU BEM NA UNIDADE NEUROLÓGICA, FOI PARA CORREIÇÃO E ESTIMULAÇÃO PRECOCE DOCUMENTADA. [illegible] TENDO ALCANÇADO OS CRITÉRIOS DE RECUPERAÇÃO E ALTA MÉDICA SOB ORIENTAÇÕES.

Revisado após discussão com equipe cirurgiões do HU

HU: HEMATOMA SUBDURAL CRÔNICO

CID: S065

PRESCRIÇÃO APÓS ALTA: USAR ALAP

1. DIPIRONA [illegible]

ORIENTAÇÕES

- ACOMPANHAMENTO NO AMBULATÓRIO DE NEUROCIRURGIA
- MARCAR CONSULTA E TRAZER EXAMES DE IMAGEM
- RETIRAR PONTOS COM 10 DIAS DE PÓS-OP
- FAZER ACOMPANHAMENTO COMPLEMENTAR EM UNIDADE DE SAÚDE PRÓXIMA

Porto Alegre, 29 de dezembro de 2017

DR. [illegible]

Hospital de Ensino Dr. Washington Antonio de Barros

Endereço: [illegible]

Cidade: [illegible]

Telefone: [illegible]

Ficha de Atendimento - Emergência Nº [illegible]

DADOS DO PACIENTE

Prontuário: [illegible]

Paciente: [illegible]

Mãe: MARIA [illegible] DE JESUS DA SILVA

Endereço: RUA [illegible] VILA DULAL [illegible]

CNS: [illegible]

Telefone: [illegible]

T.A. 140x90 mmHg FC: 125 bpm

ANAMNESE DO MEDICO

UNIVERSIDADE FEDERAL DO VALE DO SÃO FRANCISCO
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO
NEUROCIRURGIA

RELATÓRIO / ATESTADO MÉDICO

PACIENTE: [illegible] SILVA — IDADE: 30 ANOS
DATA DA CIRURGIA: 17/03/17 — DATA DA ALTA: [illegible]/12/17

HISTÓRIA CLÍNICA E EVOLUÇÃO

[illegible] Admitido com EDD 15 [illegible] HSTA [illegible] consciente, orientado, [illegible] sem déficits neurológicos

PACIENTE NECESSITA 30 DIAS DE AFASTAMENTO DE SUAS ATIVIDADES LABORAIS, A CONTAR DA DATA DA ALTA HOSPITALAR.

CID TCE

CID 10: S06.9

[illegible]

UNIVERSIDADE FEDERAL DO VALE DO SÃO FRANCISCO
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO
NEUROCIRURGIA

RESUMO DE ALTA

PACIENTE: [illegible]YANE KARINE DA SILVA
DATA DA ADMISSÃO: 07/12/17

IDADE: 20 ANOS
DATA DA ALTA: 08/12/2017

HISTÓRIA CLÍNICA/EVOLUÇÃO

Paciente deu entrada neste serviço vítima de TCE [illegible] Acordado com GCS 14, lucido, sem déficits. Realizou TC de crânio evidenciando [illegible] fratura em [illegible] frontal [illegible], sem [illegible] de linha mediana. Evoluiu assintomático [illegible] sem [illegible] neurológico. Fará anestesia geral, sem intercorrências durante procedimento. Realizou tomografia controle mostrando ainda não reparação da lesão. Paciente alta após discussão com equipe [illegible], em BEG, G [illegible], lucido, sem déficits neurológicos.

Recebe alta após discussão com equipe neurologica para acompanhamento ambulatorial.

HD: TCE

CID 10: S06.9

PRESCRIÇÃO APÓS ALTA HOSPITALAR

1. [illegible]
2. [illegible] por 5 dias
3. [illegible]

ORIENTAÇÕES

Retorno [illegible] neurocirurgia
[illegible]
ACOMPANHAMENTO HOSPITAL FUNDAÇÃO DE SAÚDE [illegible]

[illegible] DEZEMBRO DE 2017

PREFEITURA MUNICIPAL DE JUAZEIRO

SEFAZ-Secretaria da Fazenda

Coordenação Tributária

Nota Fiscal de Serviços Eletrônica - NFS-e

Número da Nota

Data e Hora de Emissão

Código de Verificação

PRESTADOR DE SERVIÇOS

CNPJ/CPF

Inscrição Municipal

Razão Social: CENTRO DE DIAGNÓSTICO POR IMAGEM DE JUAZEIRO LTDA.

Endereço

Bairro

Município: Juazeiro

UF

CEP

E-Mail

TOMADOR DE SERVIÇOS

CPF/CNPJ

Nome/Razão Social

Endereço

Bairro

Município: Juazeiro

UF: BA

CEP

Email

LOCAL DA PRESTAÇÃO DO SERVIÇO: Juazeiro

DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS

REFERENTE A CHAPA DE CAMPANHA

VALOR TOTAL DA NOTA FISCAL R$ 630,00

ITEM(S)

020E4 1206 SERVIÇOS DE RESSONÂNCIA MAGNÉTICA

Análises clínicas, patologia, eletrocardiografia, eletroencefalografia, endoscopia, exames citológicos e hematológicos, hemodiálise, litotripsia, radioterapia, quimioterapia, ultrassonografia, tomografia, ressonância magnética, radiologia, tomografia e congêneres

Quantidade	Valor Unitário	Alíquota	Valor do ISS (R$)	Desc. Incond. (R$)
1,00	630,00	4,00	25,20	0,00

RETENÇÃO DE IMPOSTOS

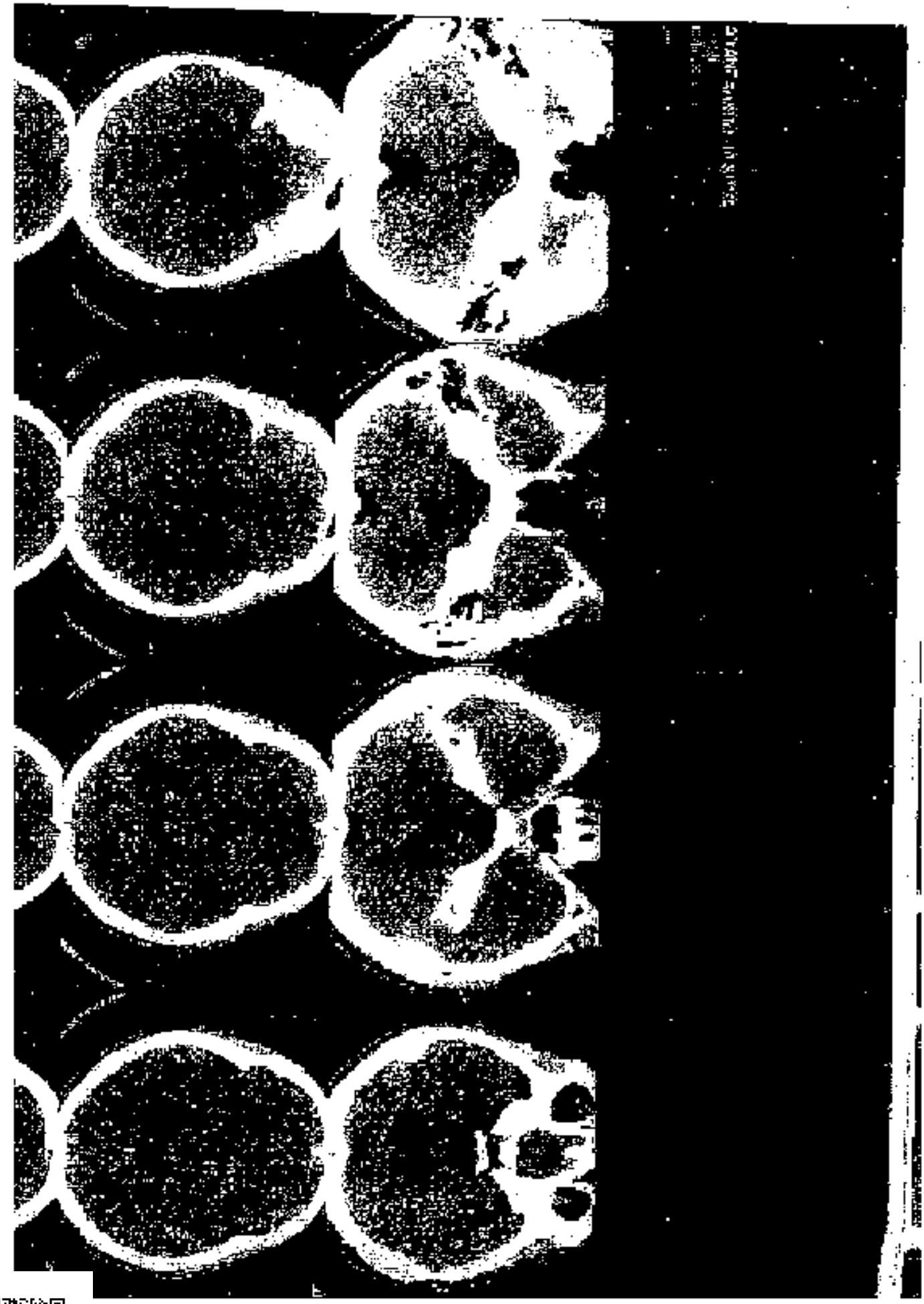
PIS (%)	COFINS (%)	INSS (%)	IRRF (%)	CSLL (%)	OUTRAS RETENÇÕES (R$)
0,00	0,00	3,00	0,00	0,00	0,00

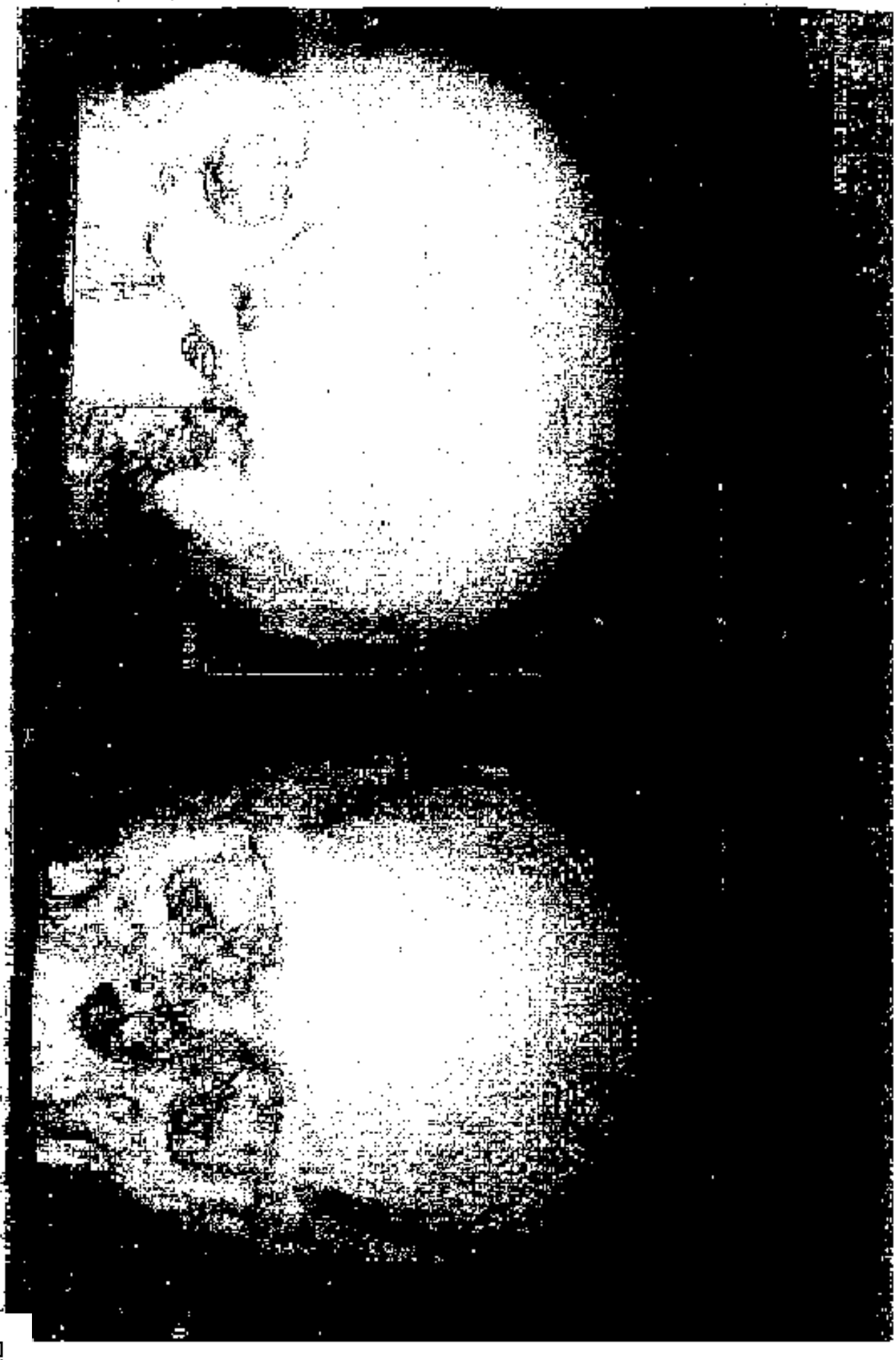
VALOR LÍQUIDO DA NOTA FISCAL (R$) 604,80

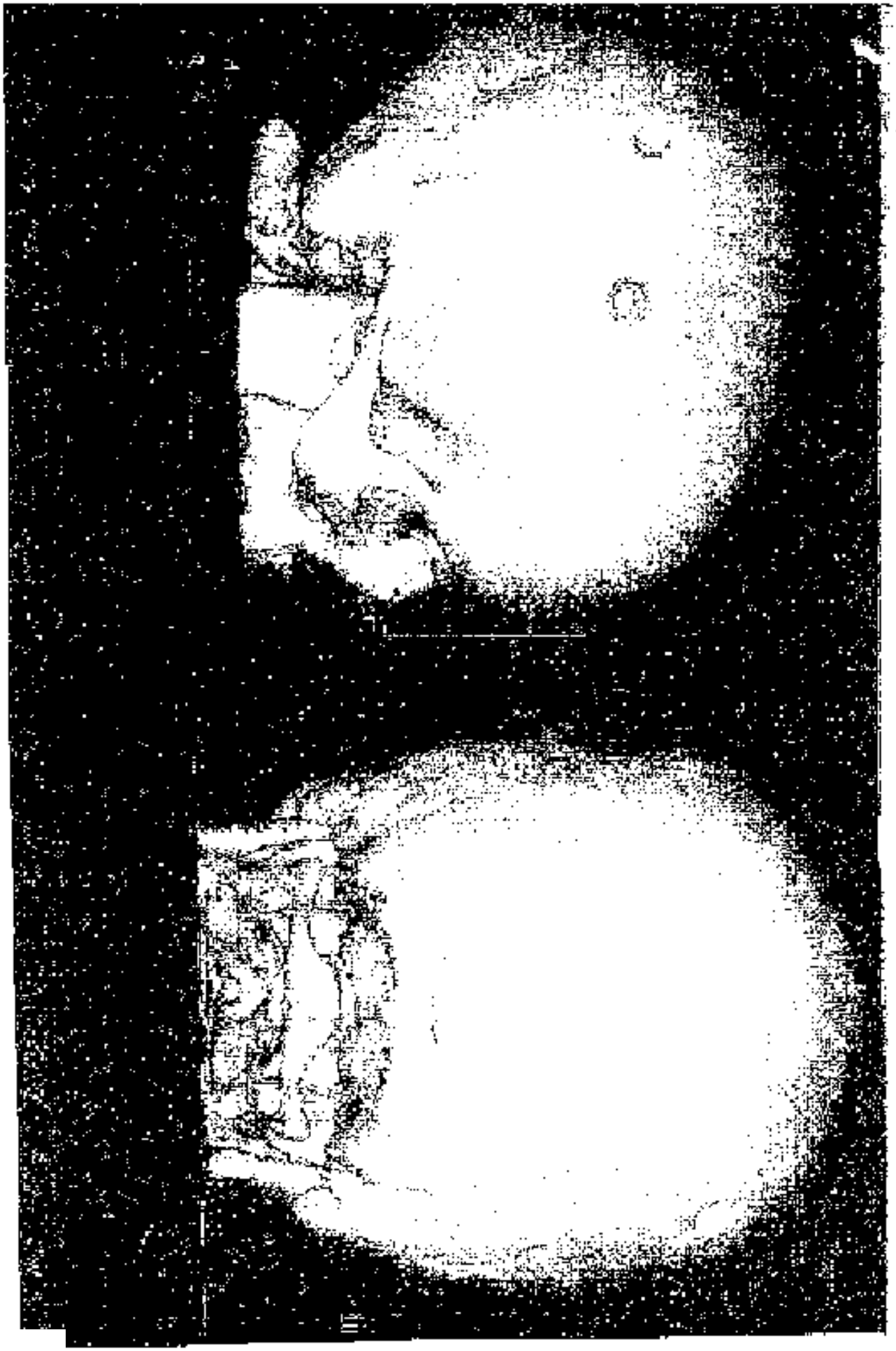
INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

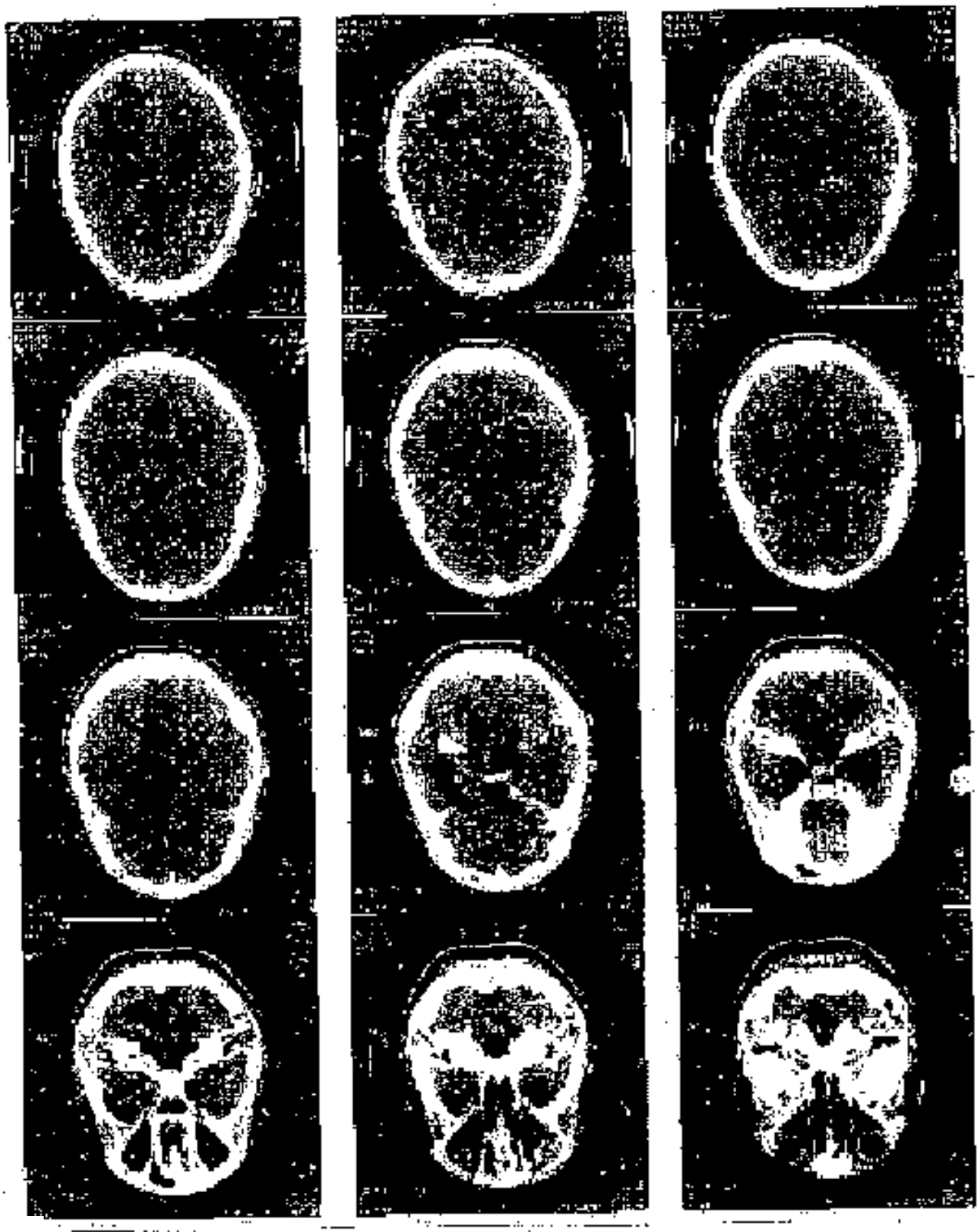
Competência: 03/2020 - Nº Guia: 1 - Data de Vencimento: 10/04/2020 - Código de Barras: 85800000000-6 85800000000-6 85800000000-6 85800000000-6

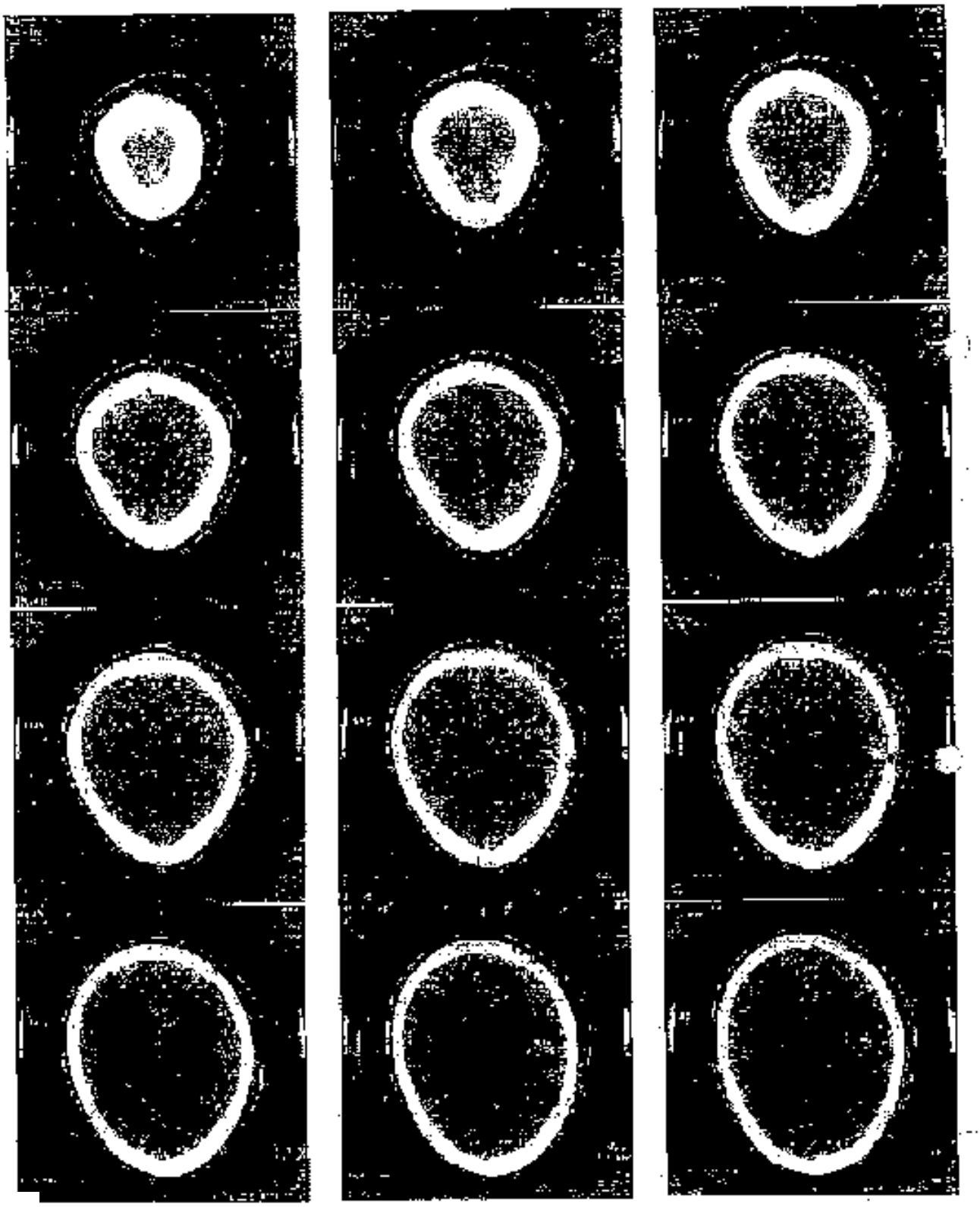
Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 29/05/2020 14:17:42
https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20052914174212800000061581862
Número do documento: 20052914174212800000061581862

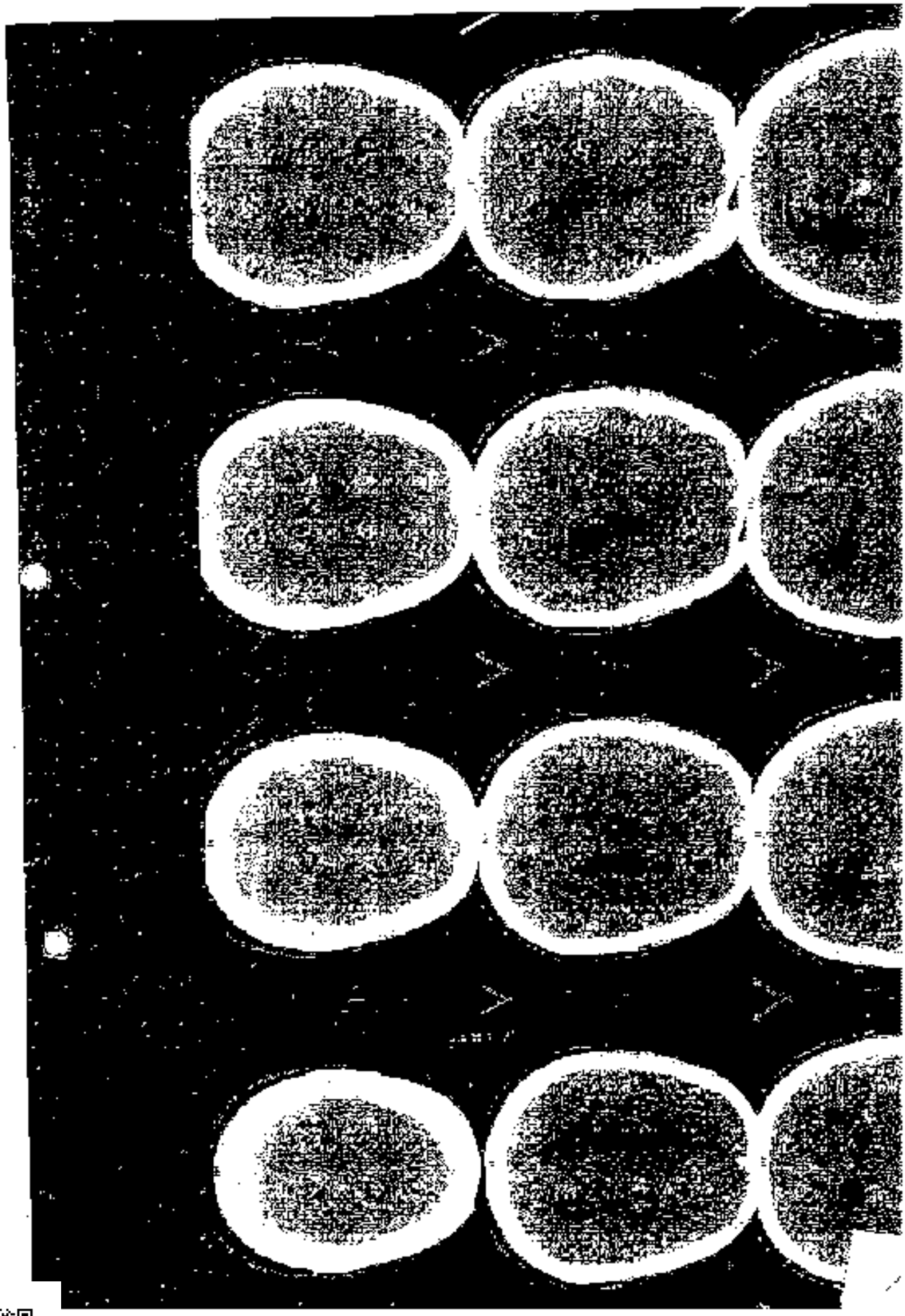


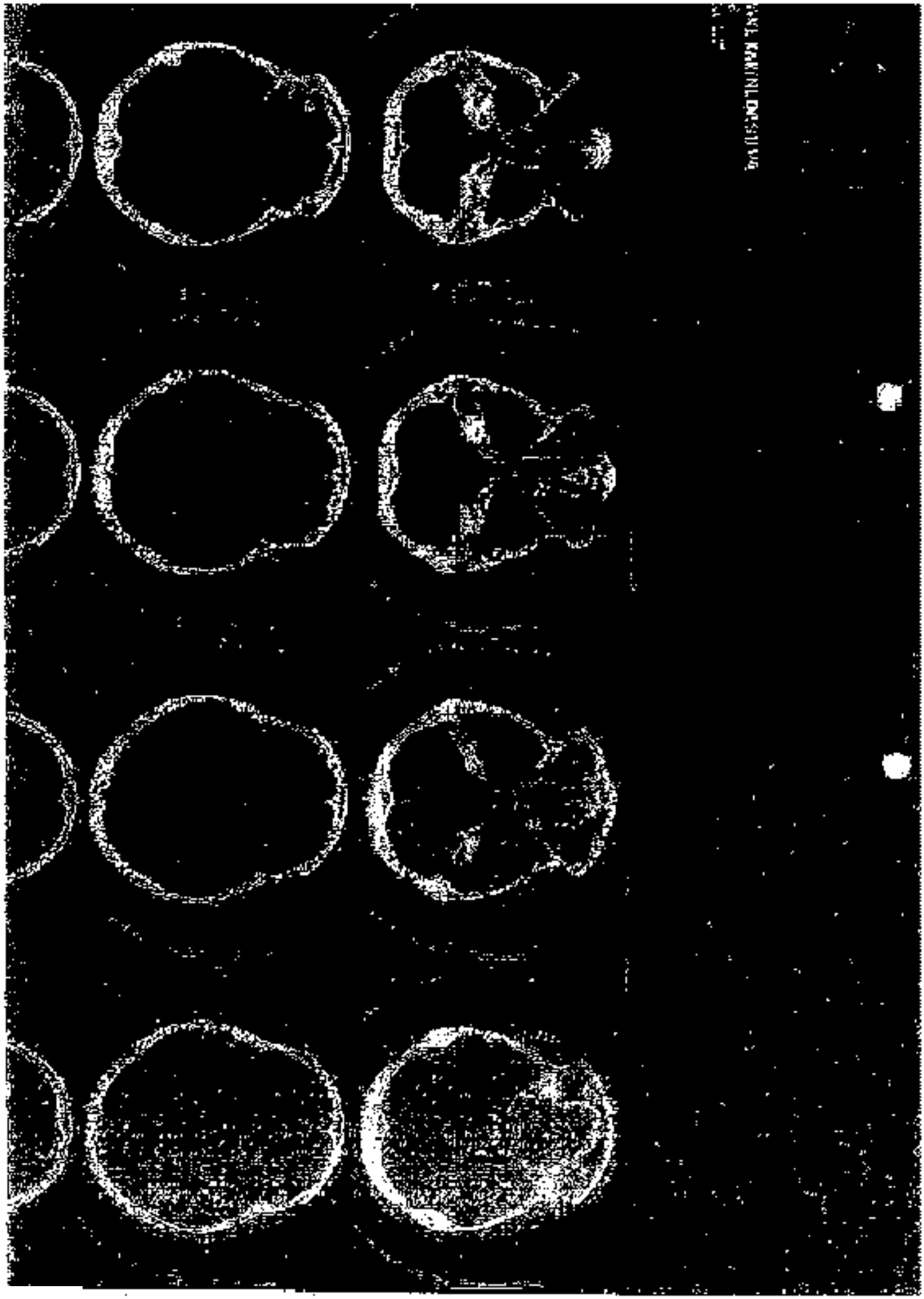


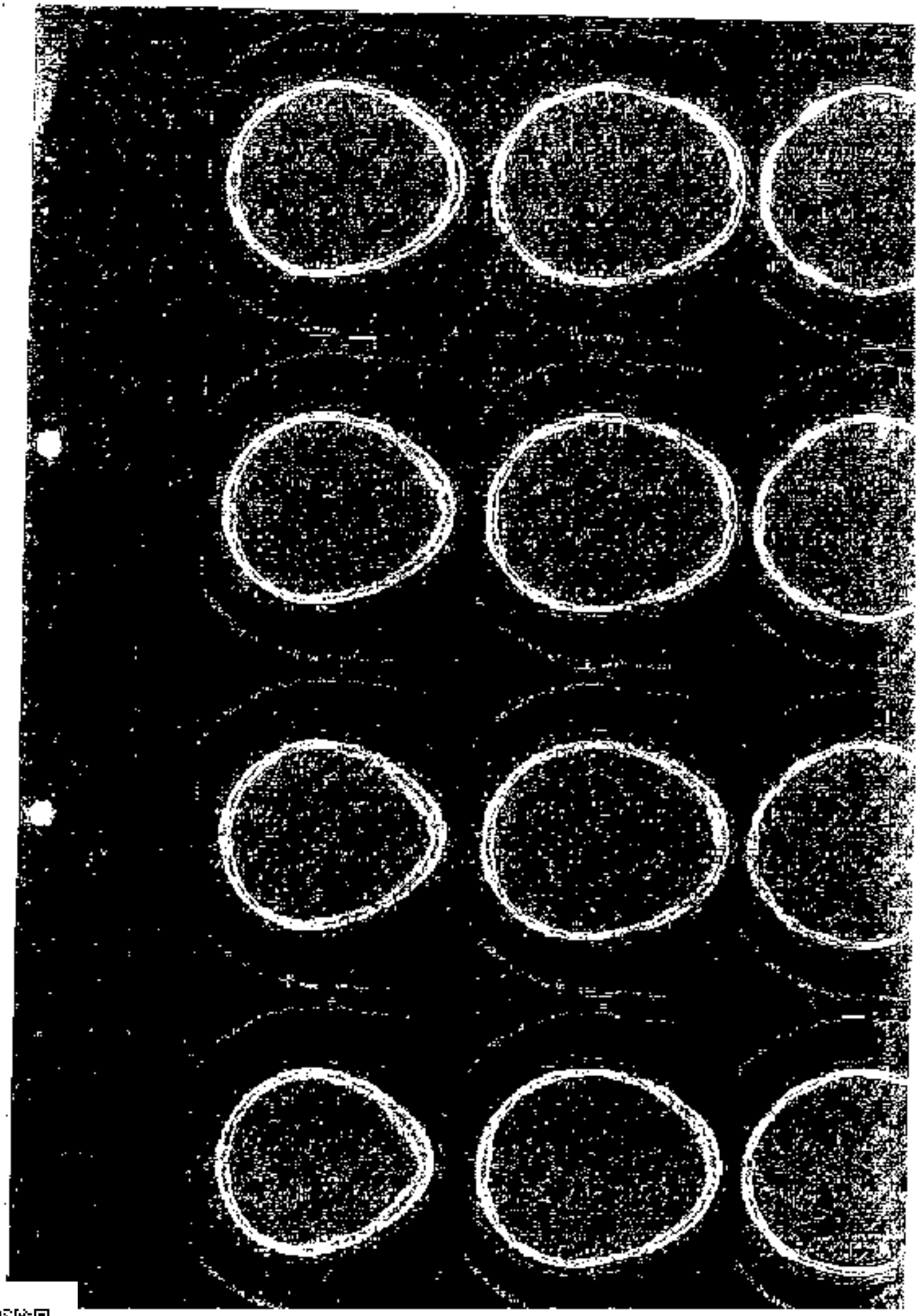












Selma Cazuza

SUS Sistema Único de Saúde / Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

Nome do Estabelecimento Solicitante: HOSPITAL DE ENSINO DR. WASHINGTON ANTONIO DE BARROS — CNES: 304241 4

Nome do Estabelecimento Executante: HOSPITAL DE ENSINO DR. WASHINGTON ANTONIO DE BARROS — CNES: 304241 4

Identificação do Paciente

Nome do Paciente: [illegible] DA SILVA — Nº do Prontuário: 240

Nome da Mãe: MARIA EUNICE DE JESUS DA SILVA — Telefone: (87) 98812[illegible]

Nome do Responsável:

Endereço: RUA [illegible]

Município de Residência: PETROLINA — UF: PE

Justificativa da Internação

Principais sinais e sintomas clínicos: [illegible] de queda de moto há 14 dias [illegible]

Condições que justificam a internação:

Principais resultados de provas diagnósticas (resultados de exames realizados):

0403010314 S06

Diagnóstico inicial: OUTROS TRAUMATISMOS INTRACRANIANOS

CID-10 principal: S06.8

Procedimento Solicitado

Descrição do procedimento solicitado: TRATAMENTO CONSERVADOR DO TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO (GRAU MÉDIO)

Clínica: — Caráter da internação: — Documento: ( ) CNS ( ) CPF

Nome do profissional solicitante: HEBERT ROCHA ALVES NETO — Data da solicitação: 20/5/2017

Preencher em caso de causas externas (acidentes ou violências)

- ( ) Acidente de trânsito
- ( ) Acidente de trabalho típico
- ( ) Acidente de trabalho trajeto

CNPJ da seguradora: — Nº do bilhete: — Série:

CNPJ empresa: — CNAE da empresa: — CBOR:

Vínculo com a previdência: ( ) Empregado ( ) Empregador ( ) Autônomo ( ) Desempregado ( ) Aposentado ( ) Não segurado

Autorização

Nome profissional autorizador: — Cód. órgão emissor:

Documento: ( ) CNS ( ) CPF — Nº documento (CNS/CPF) do profissional autorizador:

Data da autorização: 27/12/17 — Assinatura e carimbo (nº registro do conselho):

Nº da Autorização de Internação Hospitalar:

Hospital de Ensino Dr. Washington Antonio de Barros

Endereço: R. José de Sá Maniçoba, S/N — CNPJ: 05.449.725/0102-03

Cidade: Petrolina — Telefone: (087) 3861-8500

Ficha de Atendimento - Emergência

DADOS DO PACIENTE

Prontuário: [illegible]

Paciente: SYANE KARINE DA SILVA

Mãe: MARIA EUNICE DE JESUS SA SILVA

Endereço: [illegible]

CNS: [illegible] — Data de Nascimento: [illegible]

Telefone: [illegible]

ATENDIMENTO

[illegible]

Assinatura: [illegible]

Hospital do Ensino da Universidade Federal do Vale do São Francisco
Ortopedia e Traumatologia

ISGH

UNIVASF

Acompanhamento

NOME: [illegible] MARIETA DA SILVA

DIAGNÓSTICO: HEMATOMA SUBDURAL CRÔNICO À DIREITA

PROCEDIMENTO: DRENAGEM DE HSDC

CIRURGIÃO: Dr. TIAGO COMPI

ANESTESISTA: MARIANA E LUA AMANDA

Data: 27/03

Leito:

TEMPO:

TERMINO:

Anestesia geral

1. [illegible]
2. [illegible]
3. Incisão parietal e frontal à direita;
4. [illegible]
5. [illegible]
6. Lavagem abundante com solução fisiológica [illegible]
7. Retirada de Hematoma [illegible]
8. [illegible]
9. Sem drenos
10. Curativo compressivo [illegible]

ASSINATURA E CARIMBO

Registro de Classificação de Risco
Protocolo de Manchester

Nome: AYANE XARINE DA SILVA | Chegada: 20/12/2017 12:50:33
Sexo: FEMININO | Idade: [illegible]
Transporte: MEIOS PROPRIOS | Data de Nascimento: 01/03/1997

Queixa Principal: CEFALEIA + VOMITOS + HISTORIA DE TRAUMA

Fluxograma: CEFALEIA | Discriminador: HISTORIA DE TRAUMA

Parâmetros: Pulso | Ritmo | Saturação
Temperatura Timpânica | Escala de Dor: 5 | PA

Prioridade Clínica: EMERGENTE VERMELHA | MUITO URGENTE LARANJA | URGENTE AMARELA | POUCO URGENTE VERDE | NÃO URGENTE AZUL | SEM DOR

Fluxo Imediato: NEURO TRAUMA

Observações: TAMARA CRISTINA PIRULA | CORREIA DE PALMA DE

Queixa Principal

Fluxograma | Discriminador

Pulsos: Cheios | Escala de Coma de Glasgow
Pulso | Ritmo

Temperatura Timpânica | Escala de Dor | PA

Prioridade Clínica: EMERGENTE VERMELHA | MUITO URGENTE LARANJA | URGENTE AMARELA | POUCO URGENTE VERDE | NÃO URGENTE AZUL | SEM DOR

Fluxo Imediato

Observações: CORREIA DE PA

UNIVERSIDADE FEDERAL DO VALE DO SÃO FRANCISCO
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO
NEUROCIRURGIA

RESUMO DE ALTA

PACIENTE: AYANE KARINE DA SILVA
DATA DA ADMISSÃO: 20/12/17

IDADE: 20 ANOS
DATA DA ALTA: 29/12/17

HISTÓRIA CLÍNICA/EVOLUÇÃO

PACIENTE DEU ENTRADA COM HISTÓRIA DE QUEDA DE MOTO HÁ 15 DIAS EVOLUINDO COM CEFALEIA. REALIZOU TOMOGRAFIA DE CRÂNIO [illegible] TEMPORO-PARIETAL E DIREITO. REALIZADO NO DIA 20/12 OBTENDO HEMATOMA SUBDURAL. TOMOGRAFIA DE CRÂNIO CONTROLE: [illegible] PACIENTE EVOLUIU SEM MELHORA NEUROLÓGICA. EGO 15, CONSCIENTE E ORIENTADO, PUPILAS SOCP CASE FOTORREGULARES, SEM DÉFICIT MOTOR APARENTE. PRESERVADA FUNÇÃO DE ESFÍNCTERES. CLINICAMENTE ESTÁVEL. RECEBEU ALTA MEDICA COM ORIENTAÇÕES.

Revisado após discussão com equipe neurocirurgia do HU

CID 10: S065

PRESCRIÇÃO APÓS ALTA HOSPITALAR

1. DIPIRONA 1000MG VIA ORAL 4/4H

ORIENTAÇÕES

ACOMPANHAMENTO AMBULATORIAL DE NEUROCIRURGIA
MARCAR CONSULTA ATENÇÃO À SAÚDE MARCIO
RETIRAR PONTOS COM 10 DIAS EM UBS
FAZER ACOMPANHAMENTO COM CLÍNICO GERAL EM UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA

DR. [illegible]
CRM [illegible]

Hospital de Ensino Dr. Washington Antonio de Barros

Endereço: Av. José de Sá Maniçoba, S/N

Telefone: (87) 2101-6500

Ficha de Atendimento - Emergência

DADOS DO PACIENTE

Prontuário:

Paciente: AMANDA PAULA DA SILVA

Mãe: MARIA EUNICE DE JESUS DA SILVA

Endereço:

CNS:

Doc. Identificação:

Telefone:

PA 140x90 mmHg

ANAMNESE DO MEDICO

UNIVERSIDADE FEDERAL DO VALE DO SÃO FRANCISCO
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO
NEUROCIRURGIA

RELATÓRIO / ATESTADO MÉDICO

PACIENTE: ANNE [illegible] DA SILVA — IDADE: 30 ANOS
DATA DA ADMISSÃO: 07/2/17 — DATA DA ALTA: 13/12/17

HISTÓRIA CLÍNICA / EVOLUÇÃO

Paciente de [illegible] anos, vítima de TCE por acidente motociclístico. Admitida com ECG [illegible] isocórnico, sem [illegible] de [illegible]. HSDA: [illegible] fratura [illegible] com [illegible] pós-operatório [illegible] sem déficits neurológicos.

PACIENTE NECESSITA 30 DIAS DE AFASTAMENTO DE SUAS ATIVIDADES LABORAIS, A CONTAR DA DATA DA ALTA HOSPITALAR.

CID TCE

CID [illegible] 306.9

[illegible]

UNIVERSIDADE FEDERAL DO VALE DO SÃO FRANCISCO
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO
NEUROCIRURGIA

RESUMO DE ALTA

PACIENTE: RAYANE KARINE DA SILVA
DATA DA ADMISSÃO: 07/12/17

IDADE: 20 ANOS
DATA DA ALTA DA NCR: 19/12/17

HISTÓRIA CLÍNICA/EVOLUÇÃO

Paciente deu entrada neste serviço vítima de TCE por acidente motociclístico. Admitida com ECG 14, hemodinâmica sem déficits. Realizou TC de crânio evidenciou HCSA lobar sul e pequena contusão em região frontal à direita sem desvio de linha média. Paciente foi submetida a tratamento conservador, mantendo com melhora clínica e neurológica. Permaneceu estável, sem intercorrências clínicas. Realizou TC de controle que mostrou sinais de reabsorção da lesão. Recebe alta após discussão com equipe de NCR do HU, com ECG (Glasgow) 15, hemodinâmica, sem déficits neurológicos.

Recebe alta após discussão com equipe neurológica para acompanhamento ambulatorial.

HD: TCE

CID 10: S06.9

PRESCRIÇÃO APÓS ALTA HOSPITALAR

1. DIPIRONA 500 MG COMPRIMIDO 1 COMPRIMIDO 6 6 6 HORAS
2. [illegible]
3. [illegible]

ORIENTAÇÕES

[illegible]
[illegible]
ACOMPANHAMENTO AMBULATORIAL NA UNIDADE DE SAÚDE [illegible]

Petrolina, [illegible] de janeiro de 2017

PREFEITURA MUNICIPAL DE JUAZEIRO
SEFAZ-Secretaria de Fazenda
Coordenação Tributária

Nota Fiscal de Serviços Eletrônica - NFS-e

Número da Nota: [illegible]
Data e Hora da Emissão: 09/03/2018 10:30:41
Código de Verificação: [illegible]

PRESTADOR DE SERVIÇOS

CPF/CNPJ: [illegible] Inscrição Estadual:
Razão Social: [illegible]
Endereço: [illegible]
Bairro: [illegible]
Cidade: [illegible] UF: [illegible]
CEP: [illegible] E-mail: [illegible]

TOMADOR DE SERVIÇOS

CPF/CNPJ: [illegible]
Nome/Razão Social: [illegible] Inscrição Estadual: [illegible]
Endereço: R [illegible] Coelho 239, CASA
Bairro: [illegible] Número: [illegible] UF: [illegible]
CEP: [illegible] E-mail: [illegible]

DOCUMENTO(S) VINCULADO(S) [illegible]

DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS

[illegible]

VALOR TOTAL DA NOTA FISCAL: R$ [illegible]

SERVIÇOS

[illegible] SERVIÇOS DE [illegible] MADEIRA

ITEM DA LISTA DE SERVIÇOS: [illegible]

[illegible] radiologia, ultrassonografia e congêneres

Quantidade de Serviços	Valor Unitário	Alíquota	Valor do ISSQN	Desconto Incondicionado
[illegible]	200,00	5,00	25,00	[illegible]

RETENÇÃO DE IMPOSTOS

PIS	COFINS	INSS	IRRF	CSLL	OUTRAS RETENÇÕES
0,00	[illegible]	0,00	[illegible]	0,00	0,00

VALOR LÍQUIDO DA NOTA FISCAL: R$ [illegible]

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

[illegible]