

Rio de Janeiro, 30 de Novembro de 2017

Aos Cuidados de: **MARIA DAS GRACAS DA SILVA**
Nº Sinistro: **3170629068**
Vitima: **MARIA DAS GRACAS DA SILVA**
Data do Acidente: **02/09/2017**
Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3170629068**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Comprovação de ato declaratório não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **SEGURADORA LÍDER DPVAT - REGULAÇÃO**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 30 de Novembro de 2017

Aos Cuidados de: **MARIA DAS GRACAS DA SILVA**

Nº Sinistro: **3170629068**

Vitima: **MARIA DAS GRACAS DA SILVA**

Data do Acidente: **02/09/2017**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3170629068**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

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

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 12036564



Rio de Janeiro, 09 de Maio de 2018

Aos Cuidados de: **MARIA DAS GRACAS DA SILVA**

Sinistro: **3170629068**

Vítima: **MARIA DAS GRACAS DA SILVA**

Data do Acidente: **02/09/2017**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Senhor(a),

Comunicamos que o prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido de indenização do sinistro cadastrado sob o **número 3170629068** foi **interrompido**, em razão da necessidade de apuração de dados e informações por parte desta seguradora.

Solicitamos aguardar novo contato sobre o seu pedido de indenização, o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as análises cabíveis.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 27 de Maio de 2018

Carta nº: 12880151

A/C: MARIA DAS GRACAS DA SILVA

Nº Sinistro: 3170629068
Vítima: MARIA DAS GRACAS DA SILVA
Data do Acidente: 02/09/2017
Cobertura: INVALIDEZ

Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO, COM MEMÓRIA DE CÁLCULO DE INVALIDEZ

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que estamos disponibilizando o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT cujo o valor e os dados disponibilizamos a seguir:

Creditado: **MARIA DAS GRACAS DA SILVA**

Valor: **R\$ 2.531,25**

Banco: **237**

Agência: **000006993-0**

Conta: **000001000405-5**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	2.531,25

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

Graduação: Em grau intenso 75%

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

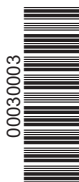
Valor a indenizar: 18,75% x 13.500,00 =	R\$	2.531,25
---	-----	----------

NOTA: O percentual indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, sendo este aplicável sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT





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

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL**, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL** e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2 - "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

765.321.354-53

Nome completo da vítima

Maria das Graças da Silva

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo Maria das Graças da Silva		CPF titular da conta 765.321.354-53	Profissão Recusou-se
Endereço Rua Tome Bispo		Número 196	Complemento Casa
Bairro Compesa	Cidade Bom Jardim dos Gatos	Estado Pernambuco	CEP 55450-000
País Brasil		Telefone (DDD)	

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto à Seguradora Lider - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

☒ RECUSO INFORMAR	☐ SEM RENDA	☐ ATÉ R\$ 1.000,00	☐ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00	

☒ CONTA POUPANÇA (Selecione para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☒ GRADESCO (237) ☐ BANCO DO BRASIL (001) ☐ ITAQ (341) ☐ CAIXA ECONOMICA FEDERAL (100)		☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)	
BANCO Nome Agência 6993		BANCO Nome Agência 05.802.494/0001-41	
D.V. 1000405		D.V. 5	

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Lider a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito no referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE

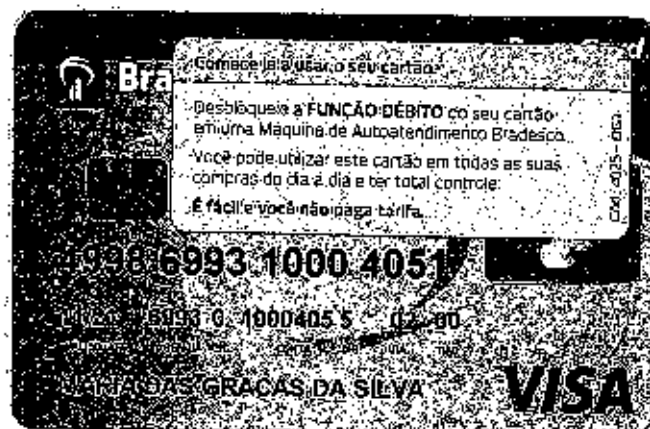
Bom Jardim dos Gatos 06 de Novembro de 2017

Local e Data

Maria das Graças da Silva

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



JORDAN

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

24 NOV. 2017

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 99ª CIRCUNSCRIÇÃO - LAGOA DOS GATOS - DP99ªCIRC
DINTER/14ª DESPC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N°. 17E0189000213

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 25/10/2017 às 15:27

OUTRAS OCORRÊNCIAS DE TRÂNSITO - Quiloso (Capimado) que aconteceu no dia 25/2017 no período da Tarde

Fato ocorrido no endereço: **MUNICÍPIO DE LAGOA DOS GATOS, 1, COMPESA - BAIRRO: CENTRO - LAGOA DOS GATOS/PERNAMBUCO/BRASIL**
 Local do fato: **VIA PÚBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:
PAULO RICARDO GOMES DE SOUZA (AUTOR/AGENTE)
LUZ CARLOS FELIX DA SILVA (OUTRO)
MARIA DAS GRACAS DA SILVA (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:
VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): PAULO RICARDO GOMES DE SOUZA

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

MARIA DAS GRACAS DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: Feminino
 Mãe: **JOSEFA MARIA DA SILVA PEREIRA JOSE DA SILVA** Data de nascimento: **25/7/1932** Nacionalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**
 Endereço Residência: **MUNICÍPIO DE LAGOA DOS GATOS, 196, RUA TOME BISPO, BAIRRO COMPESA - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - LAGOA DOS GATOS/PERNAMBUCO/BRASIL**

PAULO RICARDO GOMES DE SOUZA (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino
 Mãe: **MARIA DAS GRACAS DA SILVA SOUZA PEREIRA GOMES DE SOUZA** Data de nascimento: **25/9/1992** Nacionalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**
 Endereço Residência: **MUNICÍPIO DE LAGOA DOS GATOS, 196, RUA TOME BISPO, BAIRRO COMPESA - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - LAGOA DOS GATOS/PERNAMBUCO/BRASIL**

LUZ CARLOS FELIX DA SILVA (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino
 Nacionalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

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

MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(s) Sr(s): LUZ CARLOS FELIX DA SILVA, que estava em posse do(s) Sr(s): PAULO RICARDO GOMES DE SOUZA
 Categoria/Bens/Modelos: **MOTOCICLETA/NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **NÃO**

5802494/2001-41

DE SEGUROS LTDA

24 NOV. 2017

Rua da Aurora, Nº 175, 51.902 BL. C
 Boa Vista - CEP: 50.060-010
 RECIFE-PE



COR. PRETA - Quantidade: (UNIDADE NÃO INFORMADA)

Placa: PE 90364 (NÃO INFORMADO/NÃO CADASTRADO) Renavam: 925234646 Chassi: SC2H56210DR408542

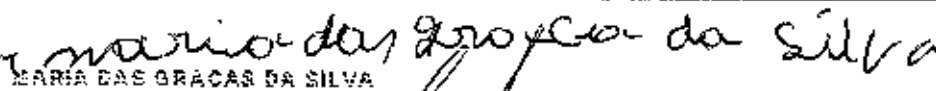
Ano Fabricação: 09/09/2010

Combustível: GASOLINA

05/10/2017

Complemento / Observação

A VITIMA INFORMA QUE IA NA GARAGEM DA MOTOCICLETA PILOTADA POR PAULO RICARDO GOMES DE SOUZA QUE E SEU FILHO E O MESMO PERDEU O CONTROLE DA MOTOCICLETA E CAIRAM, TENDO A MACHUCADO O GOTOVELO ESQUERDO E SE DIREGIDO A UNIDADE MISTA DE SAUDE DESTA CIDADE E ENCAMINHADA PARA CUIRA E AINDA OUTRAS UNIDADES DE SAUDE EM BEZERROS E CARUARU PARA TRATAMENTO. NADA MAIS A INFORMAR.

Assinatura da(s) pessoa(s) presente nesta unidade policialMARIA DAS GRAÇAS DA SILVA
(VITIMA)

B.O. registrado por: PAULO ALVES CORREIA - Matrícula: 99519-7

05.802.494/0001-41
TRACÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

24 NOV. 2017

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0454415/17
Vítima: MARIA DAS GRACAS DA SILVA
CPF: 765.321.354-53

CPF de: Próprio

Data do Acidente: 02/09/2017
Titular do CPF: MARIA DAS GRACAS DA SILVA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT

MARIA DAS GRACAS DA SILVA : 765.321.354-53

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

PAULO RICARDO GOMES DE SOUZA : 121.611.574-50

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

ATENÇÃO:

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

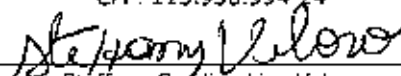
Portador da documentação entregue

Data da entrega: 24/11/2017
Nome: PAULO RICARDO GOMES DE SOUZA
CPF/CNPJ: 121.611.574-50

PAULO RICARDO GOMES DE SOUZA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 24/11/2017
Nome: Steffany Caroliny Lins Veloso
CPF: 115.938.994-24


Steffany Caroliny Lins Veloso

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML



Eu, Maria das Graças da Silva, portador da carteira de identidade nº 4080263 e inscrito no CPF/MF sob o nº 765.321.354-53, residente e domiciliado na Rua Tome Bispo, Cidade Boa Vista dos Gatos Estado Pernambuco, declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal - IML para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74); uma vez que:

(X) Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou

() O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou

() O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido;

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento a análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.

Maria das Graças da Silva

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

Boa Vista dos Gatos, 24 NOV. 2017

Local e data

05.802.494/0001-41
TRACAD CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

24 NOV. 2017

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C
Boa Vista - CEP- 50.060-010
RECIFE-PE



Cenozoic - 20-25 MYA

Encontro de 1990

AFCOFF-PE

A líder

De Maria das Graças da Silva

CPF 765.321.354-53

Assunto: Atc de laboratório

Exigência de

Prel. Zado

Em atendimento a vossa diligência, venho por meio desta em permar

que na data de 09/09/2012, sobre uma idêntica

de trânsito foi recolhida pelo meu filho Hospital local da Zona das Coas. Esta idêntica foi encaminhado para

Honora Tere Hospital de cirurgia de pais para o Prel. Zado de a Polícia de Coaracura PE.

De pais foi transmitido para o filho pelo meu em Bezerros Pernambuco onde

foi realizado todo o procedimento cirúrgico e o resultado pelo qual não é possível

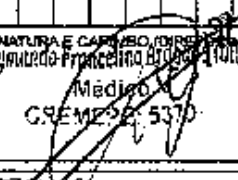
apresentar o ato idêntica de laboratório

que foi recebido por este "cancei-
trada" de saúde da área, o mesmo se
apresenta (obtem do entendimento
médico) do foi o mesmo e o mesmo
do hospital infante e a mesma
no nome a "Quilico". Principa-
o por acidente de morte e a de
contar os exames realizados
diagnósticos e a mesma médica
e o mesmo nome e a mesma
e a mesma com a assinatura
do mesmo e o mesmo. Por
esta, comuniquei que não
passei a entender o documento
e o caso está sendo tratado em
tudo o que se refere, foi a
realizado onde teria para
a confirmação da validade
do aqui e de todo, e a
de ter a que tem a
médica judicial e a
diante deste e a de
colocar também a de
para a realização
do mesmo de forma impe-
tória.

Sim, mais, fêz a
em 05.802.494/0001-4.
E a de das Gata
X mais das. Fêz a de Silva
26-ABR-2013

Protocolo: 2017-11 0218

Ortopedia

	Sistema Único de Saúde Ministério da Saúde Secretaria de Saúde Pernambuco	 LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR
Identificação do Estabelecimento de Saúde		
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE HOSPITAL JESUS PEQUENINO		2 - CNES 2344254
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE		4 - CNES
Identificação do Paciente		
5 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS) 703405826464300		6 - SIS PRENATAL
7 - SEMA / REGULAÇÃO 362034		8 - Nº DO PACIENTE 115784
9 - NOME DO PACIENTE Maria das Graças da Silva		10 - DATA DE NASCIMENTO 08/05/69
11 - SEXO Masc. ☐ Fem. ☒		12 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL Josefa Maria da Silva
13 - ENDEREÇO (RUA Nº BAIRRO) Rua Vinte e Nove Bispo		14 - TELEFONE DO DOMICÍLIO
15 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA Itapecuru		16 - COD. IBGE MUNICÍPIO PE
JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO		
19 - HISTÓRIA CLÍNICA / EXAME FÍSICO Fratura Col. Cotovelo + exame.		
20 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS) RX		
21 - DIAGNÓSTICO INICIAL FRATURA COTOVELO		22 - CID 10 PRINCIPAL
23 - DIAGNÓSTICO SECUNDÁRIO		24 - CID 10 SECUNDÁRIO 25 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS
PROCEDIMENTO SOLICITADO		
26 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO Fratura		27 - COD. DO PROCEDIMENTO 04.03.02.036-9 04.03.02.007-7
28 - CLÍNICA Ortopedia	29 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO Urgência	30 - DOCUMENTO () CNS () CPF
31 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE		32 - ASS. E CARIMBO DO SOLICITANTE/ASSISTENTE Dr. Irui Alves CRM 3601 
33 - DATA DA SOLICITAÇÃO 07/09/17		34 - ASSINATURA E CARIMBO (MÉDICO) Raymundo Francisco Bispo Médico CREMEDEB 5370 
PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)		
35 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO 36 - () ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO 37 - () ACIDENTE DE TRABALHO TRAUMÁTICO	38 - CNPJ DA SEGURADORA TRACAO CORRETORES	39 - Nº DO CONTRATO DE SEGURO
40 - SÉRIE DE SEGURO	41 - CNPJ DA EMPRESA 26 ABR 2015	42 - CNES DA EMPRESA 26 ABR 2015
43 - CBO 26 ABR 2015	44 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA () EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURO	
AUTORIZAÇÃO		
45 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO AUTORIZADO		46 - COD. ORGÃO EMISSOR Boa Vista
47 - DOCUMENTO () CNS () CPF		48 - Nº DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR
49 - DATA DA AUTORIZAÇÃO		50 - ASSINATURA E CARIMBO Nº DO REGISTRO DO CONSELHO

Conferido Com Documento Original
 Original Bateria PE 03/04/17
 Hospital Jesus Pequeno
 Anna Antônia
 Assessoria Social
 CRESS 03/04/17

RECIFE-PE

HOSPITAL JESUS PEQUENINO
FICHA DE ATENDIMENTO DE INTERNAÇÃO

Atendimento: 473984	Data: 07/09/2017	Hora: 18:18	Recepç.: MARIA DE LOURDES SILVA
Convênio: SES- ORTOPEdia			Matrícula: 703405826464300
Responsável:			Identidade:
Médico: DR. IRON ALVES SILVA			Cartão SUS: 703405826464300
Paciente: 115784 MARIA DAS GRACAS DA SILVA			Sexo: FEMININO Cor: MORENO
Nascimento: 08/05/1969 - 48 Anos e 3 Meses			Est. Civil:
Endereço: RUA TOME BISPO, 198			C.P.F. 76532135453
Bairro: CENTRO	CEP:		Identidade: 4090263 SSP PE
IBGE/Cidade: 2608701 LAGOA DOS GATOS	UF: PE		Telefone:
Pai: CICERO JOSE DA SILVA			G. Instrução:
Mãe: JOSEFA MARIA DA SILVA			Ocupação:
Nacionalidade: BRASIL			Naturalidade: LAGOA DOS GATOS
Obs.: SENHA ORTOPEDIA 382034			

Queixa do Paciente:

Doi no Cotovelo

fez o laço no Cotovelo

H.D.A.:

após trauma

Exame Físico:

RX

H.D.:

FRATURA Cotovelo

Tratamento:

05.802.494/3001-43

TRAÇÃO CORRETA
 DE SEGUROS LTDA

26 ABR 2017

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C

Boa Vista - CEP: 50.060-010

RECIFE-PE

Bezerros, 07 de setembro de 2017

Dr. Iron Alves
 CRM 3501

Assinatura e Carimbo do Médico

Contido Com Documento
 Original Bezerros PE 07/09/17
 Hospital Jesus Pequeno
 Assinatura e Carimbo do Médico

RELATÓRIO CIRÚRGICO

NOME DO PACIENTE
MARIA DAS GRACAS DA SILVA
CLÍNICA ORTOPÉDICA

NÚMERO DO REGISTRO
115784

CIRURGIÃO
RONALDO EVANGELISTA

ANESTESIA

BLOQUEIO

ANESTESISTA
DR. ALISSON

DATA DA OPERAÇÃO

08/09/2017

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO

FRATURA DA CABEÇA DO RADIO ESQUERDO

DIAGNÓSTICO POS-OPERATÓRIO

FRATURA DA CABEÇA DO RADIO ESQUERDO

OPERAÇÃO PROPOSTA

NEUROLISE DO INTEROSSEO + TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA CABEÇA DO RADIO ESQUERDO

OPERAÇÃO REALIZADA

A PROPOSTA

DESCRIÇÃO DO ATO OPERATÓRIO

1. ISQUEMIA PRÉVIA COM FAIXA DE ESMARCH
2. ASEPSIA E ANTISSEPSIA DO CAMPO OPERATORIO
3. INCISÃO NA FACE ANTERO LATERAL DO COTOVELO ESQUERDO
4. ABERTURA DA APONEUROSE
5. DILATAÇÃO POR PLANOS
6. NEUROLISE DO INTEROSSEO
7. REDUÇÃO DA FRATURA + FIXAÇÃO COM 01 PARAFUSO DE HEBERT
8. OBSERVAÇÃO BOA REDUÇÃO E FIXAÇÃO SOB FLUOROSCOPIA
9. FECHAMENTO POR PLANOS
10. CURATIVO
11. RETIRADA DE FAIXA DE ESMARCH

Dr. Ronaldo Evangelista
Ortopedista
CRM 3764

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SQUELIDOS LTDA

26 ABR. 2017

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE - PE

Conferido Com Documento
Original Bezeras PE 03/10/17
Hospital Jesus Requeijeno

Anelina Costa
Assistente Social
CRESPPE 4.471

PREFETURA MUNICIPAL DA LAGOA DOS GATOS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

DATA: 09/09/17 HORA: 13:44 REGISTRO: 243.180
NOME: Maria das Graças da Silva
IDADE: 47 anos DATA DE NASCIMENTO: 08/05/69 SEXO: F
ENDEREÇO: R. José Tomé 1300
NATURALIDADE: Lagoa dos Gatos PROFISSÃO: agricultora COR: P
RESPONSÁVEL: A mesma IDENTIDADE: _____
PARTIÇÃO DO SUS: _____ FILIAÇÃO: _____
PESO: _____ PA: 120x80 TEMPERATURA: _____ PULSO: _____ EC: _____ FR: _____
QUEIXA PRINCIPAL: HGT-198
DADOS CLÍNICOS: _____

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA: Luxação MMSS (E) Cotovelo
EXAMES SOLICITADOS: 1) Imobilizar
2) Diclofenaco 75 mg - IM
3) Derivativos de Sulfato - IM 14.30
TRATAMENTO PROPOSTO: 4) Observar
EXAME SOLICITADO: _____
Olaeci Bernardino
Enfermeiro
COREN 444577

EVOLUÇÃO PRESCRIÇÃO: _____
DIAGNÓSTICO INICIAL: _____
DIAGNÓSTICO DEFINITIVO: _____

DESTINO DO PACIENTE:
☐ INTERNADO PARA OBSERVAÇÃO
☐ LIBERADO PARA RESIDÊNCIA COM MEDICAÇÃO PRESCRITA
☐ ALTA PEDIDO
☐ LIBERADO PARA RESIDÊNCIA COM MEDICAÇÃO PRESCRITA
☐ TRANSFERIDO PARA OUTRA CIDADE
☐ ÓBITO
João Bosco de Albuquerque
MÉDICO
CREMEPE: 20.161

TRANSFERIDO PARA: _____

05.802.494/0001-41
RUA DA AURORA, Nº 175, SL 902 BL. C
BOA VISTA - CEP: 50.060-010
PERÍODO: 26 ABR. 2019

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder das
Contratórias do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0454415/17

Vítima: MARIA DAS GRACAS DA SILVA

CPF: 765.321.354-53

Data do Acidente: 02/09/2017

Titular do CPF: MARIA DAS GRACAS DA SILVA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Comprovação de ato declaratório

ATENÇÃO:

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 26/04/2018

Nome: PAULO RICARDO GOMES DE SOUZA

CPF: 121.611.574-50

PAULO RICARDO GOMES DE SOUZA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 26/04/2018

Nome: Steffany Caroliny Lins Veloso

CPF: 115.938.994-24

Steffany Caroliny Lins Veloso

317/629068

S/S An 7160

Jonas

BRADESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

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

BANCO: 237 AGÊNCIA: 2373-6 CONTA: 000000429200-6

DATA DA TRANSFERENCIA: 24/05/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.531,25

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: MARIA DAS GRACAS DA SILVA

BANCO: 237

AGÊNCIA: 06993-0

CONTA: 000001000405-5

Nr. Autenticação

BRADESCO2405201805000000000023706993000001000405253125 PAGO



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Maria das Graças da Silva

RG nº 4090263, data de expedição 11/01/1989 Órgão SSP-PE

CPF nº 765.321.354.53 venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Rua Tame Bixo</u>
Número	<u>196</u>
Apto / Complemento	
Bairro	<u>Compesa</u>
Cidade	<u>Raposa dos Gatos</u>
Estado	<u>Pernambuco</u>
CEP	<u>55450-000</u>
Telefone de Contato	<u>(81) 9.9668-4814 / 9.9258-3087</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

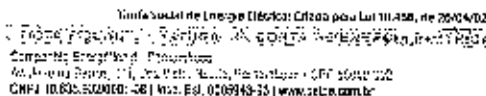
Local e Data: Raposa dos Gatos, 06/11/17

Assinatura do Declarante: Maria das Graças da Silva

05.802.994/0001-4
TRAÇÃO CORRÊFONA
DE SEGUROS LTDA

24 NOV. 2017

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE

ENDERECO DA UNIDADE CONSUMIDORA
RUA JOSE PACHECO, 106

CFR 785.321.354-536 S 18387181375

CONFIDENTIAL AGC 1005 GAL 05
_AGC 1005 GAL 05 PE
S-450000

CLASSIFICAÇÃO
H1 RES DENCAL
DURA FENCA COMBIS
KORUPISCU

CENTRO CONTROL D.	RECEBIDO
3104649902	09/2017
DATA DE VENCIMENTO	DATA DE PREVISAO POLICIAL LITURGICA
05/10/2017	30/10/2017
TOTAL A PAGAR (R\$)	83,64

Nº DA NOTAFISCAL	SÉRIE	NUMERO
00000000	UNCA	280140013

17 Apresentação: 15 min. do evento: 17 min. da instalação:
28/01/2017 2200557444 1343300

	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo até 30 kWh	20,0000000	4,23004062	8,46
Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh	70,0000000	0,39436638	27,60
Consumo Ativo superior a 100 até 200 kWh	66,0000000	1,59152887	105,53
Adicional Bandeira AMARELA			2,84
Adicional Bandeira VERMELHA			0,29
Contribuição Iluminação Pública			12,34
ICMS Subvenção-CCS-NF 300837823001914			3,77

TOTAL DEFEATS:

63 64

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL Nº 2									
Nº DO MEMBRO	TIPO DA FUNÇÃO	DATA	LEITURA	DATA	LEITURA	Nº DE DMES	CONSTANTE	ALÍQUOTA	CONSUMO (R\$)
10000000	CAT	26-06-2017	1.587,00	26-06-2017	1.777,00	91	0,0000		1.55,00

COMPARAÇÃO DE COMBUSTÍVEL

INFORMAÇÕES DE TRIBUTAÇÃO

COMPARAÇÃO DE COMBUSTÍVEL

PERÍODO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPORTE	Descrição	Valor	Porcentagem
01/01/17	156			Transmissão - 460	28	18,01%
02/01/17	156			Particular - 460	28	18,01%
03/01/17	156			Particular - 460	28	18,01%
04/01/17	156			Particular - 460	28	18,01%
05/01/17	156			Particular - 460	28	18,01%
06/01/17	156			Particular - 460	28	18,01%
07/01/17	156			Particular - 460	28	18,01%
08/01/17	156			Particular - 460	28	18,01%
09/01/17	156			Particular - 460	28	18,01%
10/01/17	156			Particular - 460	28	18,01%
11/01/17	156			Particular - 460	28	18,01%
12/01/17	156			Particular - 460	28	18,01%
13/01/17	156			Particular - 460	28	18,01%
14/01/17	156			Particular - 460	28	18,01%
15/01/17	156			Particular - 460	28	18,01%
16/01/17	156			Particular - 460	28	18,01%
17/01/17	156			Particular - 460	28	18,01%
18/01/17	156			Particular - 460	28	18,01%
19/01/17	156			Particular - 460	28	18,01%
20/01/17	156			Particular - 460	28	18,01%
21/01/17	156			Particular - 460	28	18,01%
22/01/17	156			Particular - 460	28	18,01%
23/01/17	156			Particular - 460	28	18,01%
24/01/17	156			Particular - 460	28	18,01%
25/01/17	156			Particular - 460	28	18,01%
26/01/17	156			Particular - 460	28	18,01%
27/01/17	156			Particular - 460	28	18,01%
28/01/17	156			Particular - 460	28	18,01%
29/01/17	156			Particular - 460	28	18,01%
30/01/17	156			Particular - 460	28	18,01%
31/01/17	156			Particular - 460	28	18,01%
32/01/17	156			Particular - 460	28	18,01%
33/01/17	156			Particular - 460	28	18,01%
34/01/17	156			Particular - 460	28	18,01%
35/01/17	156					

01/01/17 - 01/01/17: 156
 02/01/17 - 02/01/17: 156
 03/01/17 - 03/01/17: 156
 04/01/17 - 04/01/17: 156
 05/01/17 - 05/01/17: 156
 06/01/17 - 06/01/17: 156
 07/01/17 - 07/01/17: 156
 08/01/17 - 08/01/17: 156
 09/01/17 - 09/01/17: 156
 10/01/17 - 10/01/17: 156
 11/01/17 - 11/01/17: 156
 12/01/17 - 12/01/17: 156
 13/01/17 - 13/01/17: 156
 14/01/17 - 14/01/17: 156
 15/01/17 - 15/01/17: 156
 16/01/17 - 16/01/17: 156
 17/01/17 - 17/01/17: 156
 18/01/17 - 18/01/17: 156
 19/01/17 - 19/01/17: 156
 20/01/17 - 20/01/17: 156
 21/01/17 - 21/01/17: 156
 22/01/17 - 22/01/17: 156
 23/01/17 - 23/01/17: 156
 24/01/17 - 24/01/17: 156
 25/01/17 - 25/01/17: 156
 26/01/17 - 26/01/17: 156
 27/01/17 - 27/01/17: 156
 28/01/17 - 28/01/17: 156
 29/01/17 - 29/01/17: 156
 30/01/17 - 30/01/17: 156
 31/01/17 - 31/01/17: 156
 32/01/17 - 32/01/17: 156
 33/01/17 - 33/01/17: 156
 34/01/17 - 34/01/17: 156
 35/01/17 - 35/01/17: 156

[illegible]

05:802.494/3001

TRACAO CORRETO: A
DE 500.000,00
DE 500.000,00

CONCEPT CATEGORY	WEEK APPROXIMATE MONTH	LEADS IMPACT	LEADS TRANSACTAL	LEADS ADDED
ORG	0.01	5.51	0.02	70.44
PTG	0.01	3.62	0.05	13.70
GMAC	0.00	7.48	0.01	0.00

Endereço: 12.22 E-NSC - MME do Exército - Edifício do Exército de Defesa - Edifício de

Rua da Aurora, Nº 175, 902 BL C

Boa Vista - CEP: 50.060-010

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO	DATA DE VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR (R\$)
1500464902230	37/03/2017	05/10/2017	

83850000000-8 83840011001-8 04649902210-1 09972588143-6



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA



"0015"

Imprimato

Eu, Paulo Ricardo Gomes de SouzaRG nº 9.673.260, data de expedição 06/03/2013 Órgão S.D.S.-PE

CPF nº 191.611.574-50, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Rua Tame Birpo</u>
Número	<u>396</u>
Apto / Complemento	
Bairro	<u>Comfesa</u>
Cidade	<u>Loaga dos Gatos</u>
Estado	<u>Pernambuco</u>
CEP	<u>55450-000</u>
Telefone de Contato	<u>(81)9.9668-4814/9.9258-3087</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Loaga dos Gatos, 06/11/17Assinatura do Declarante: Paulo Ricardo Gomes de SouzaIMPRIMATO
CORREÇÃO
DE SEGUROS LTDA

24 NOV. 2017

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE



Ima Social de Energia S.M. Ltda - Cida pela Lei 10.438, de 26/04/02
Companhia Brasileira de Eletropar
Rua da Aurora, 195 - SL 902 - B.L. C
Boa Vista - CEP 50.060-010
CNPJ 10.538.832/0001-06 | Ins. Est. 002584381 | www.celpe.com.br

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
RUA DA AURORA, 195

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
RUA DA AURORA, 195

CPF 785.321.304-53 NR 16382191375

COMPENSAÇÃO DOS GATOS
LAÇOS DA CAI A PE
55450-000

CLASSIFICAÇÃO
B1 RESIDENCIAL
BANKA BANDA COMMS
Monotômetro

DATA DE VENCIMENTO
05/10/2017
TOTAL A PAGAR (R\$)
83,64

DATA DE VENCIMENTO
05/10/2017
TOTAL A PAGAR (R\$)
83,64

	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo até 30 kWh	30,0000000	0,23004383	6,90
Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh	70,0000000	0,38435533	27,80
Consumo Ativo superior a 100 até 220 kWh	55,0000000	0,50433007	27,53
Adicional Bateria AMARELA			2,64
Adicional Bateria VERMELHA			6,28
Contribuição Iluminação Pública			12,84
ICMS Subvenção CDE NF 003831762-280/117			0,77

TOTAL DA FATURA

83,64

PERÍODO	TIPO DA	DATA	ANTERIOR	LEITURA	DATA	ATUAL	LEITURA	DE	CONSTANTE	ALÍQUOTA	CONSUMO (kWh)
21/05/2017	CAI	21-05-2017	1 487,00		21-05-2017	1 713,00		30	0,0000		226,00

PERÍODO	TIPO DA	DATA	ANTERIOR	LEITURA	DATA	ATUAL	LEITURA	DE	CONSTANTE	ALÍQUOTA	CONSUMO (kWh)
21/05/2017	CAI	21-05-2017	1 487,00		21-05-2017	1 713,00		30	0,0000		226,00

INFORMAÇÕES IMPORTANTES
O cliente deve estar atento para a validade da fatura e para a validade da assinatura eletrônica. A validade da fatura é de 12 meses a partir da data de emissão. A validade da assinatura eletrônica é de 12 meses a partir da data de emissão. O cliente deve estar atento para a validade da fatura e para a validade da assinatura eletrônica. A validade da fatura é de 12 meses a partir da data de emissão. A validade da assinatura eletrônica é de 12 meses a partir da data de emissão.

INFORMAÇÕES IMPORTANTES
O cliente deve estar atento para a validade da fatura e para a validade da assinatura eletrônica. A validade da fatura é de 12 meses a partir da data de emissão. A validade da assinatura eletrônica é de 12 meses a partir da data de emissão. O cliente deve estar atento para a validade da fatura e para a validade da assinatura eletrônica. A validade da fatura é de 12 meses a partir da data de emissão. A validade da assinatura eletrônica é de 12 meses a partir da data de emissão.

TIPO DE	VALOR	UNIDADE	VALOR	UNIDADE	VALOR	UNIDADE
ENCARGO	0,00	RENTAL	5,31	RENTAL	11,67	RENTAL
ENCARGO	0,00	RENTAL	3,42	RENTAL	5,08	RENTAL
ENCARGO	0,00	RENTAL	3,42	RENTAL	5,08	RENTAL

DATA DE VENCIMENTO
05/10/2017
TOTAL A PAGAR (R\$)
83,64





DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0300 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECAS/DOCORIGINALA39X7TIPO=1&CODIGO=29636>

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

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF¹.

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

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras - COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 2.613/98.

Pelo exposto, eu, Paulo Ricardo G. de Souza inscrito (a) no CPF sob o nº 121.611.574/50, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Maria das Graças da Silva inscrito (a) no CPF sob o nº 765.321.354/53, do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Maria das Graças da Silva inscrito (a) no CPF sob o nº 765.321.354/53, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

☐ Declaro Profissão: Recusou-se Renda: Recusou-se e apresento os documentos comprobatórios: Recusou-se

☒ Recusa Informar

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

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

Endereço	Número	Complemento
<u>Rua Tome Bispo</u>	<u>196</u>	<u>casa</u>
Cidade	Estado	CEP
<u>Compera</u>	<u>PE</u>	<u>55250-000</u>
Telefone comercial (DDD)		Telefone celular (DDD)
<u>05.802.494/0001-41</u>		<u>(81) 9.9668-4814</u>

TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

Lagoa 06 de Novembro 2017
dos Gatos
Local e Data

Rua da Aurora, nº 175, SL 902 BL C
Boa Vista - CEP: 50.060-010

Paulo Ricardo Gomes de Souza
Assinatura do Declarante



Declaração do Proprietário de Veículo

Eu, Luiz Carlos Felix da Silva
RG: 7.784.825, data de expedição 25/10/2016
Órgão SDS-PC, portador do CPF 071.664.634-06, com
domicílio na cidade de Lagoa dos Gatos, no Estado de
Pernambuco, onde residu na (Rua/avenida/estrada)
Jose Tome Bispo, nº 81
complemento caba, declaro, sob as penas da lei, que o veículo
abaixo mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente
ocorrido com a vítima Maria das Graças da Silva
cujo o conduto era Raulo Ricardo Gomes de Souza
Veículo: moto

Modelo: Honda/ Pop 100

Ano: 2013

Placa: P00-0084

Chassi: 9C2HB0210DR405642

Data do Acidente: 02/09/2017

Local e data do cartório: Lagoa dos Gatos, 02/10/2017

TRACÇÃO CORRUTONA
DE SEGUROS LTDA

24 NOV. 2017

Assinatura do Declarante

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C

Boa Vista - CEP: 50.060-010

Assinatura do condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante de sinistro)

CARTÓRIO DO ÚNICO OFÍCIO - LAGOA DOS GATOS - PE
Titular: EUDINE ALVES VIANA RODRIGUES DE OLIVEIRA
Telefone: (51) 3692-1003

Reconheço por AUTENTICIDADE a firma de: LUIS CARLOS FELIX DA SILVA, dou fé. Em testemunho da verdade. Emol. R\$ 4,99 - TSMR. R\$ 0,78 - FEE. R\$ 0,39. YDSON ALVES VIANA RODRIGUES DE OLIVEIRA - Substituto.

Selo: 0076422.J2010201701.01965 26/10/2017 11:57:29
Consulte autenticidade em www.tjpe.jus.br/selodigital

CARTÓRIO DO ÚNICO OFÍCIO - LAGOA DOS GATOS - PE
Titular: EUDINE ALVES VIANA RODRIGUES DE OLIVEIRA
Telefone: (51) 3692-1003

Reconheço por AUTENTICIDADE a firma de: PAULO RICARDO GOMES DE SOUZA, dou fé. Em testemunho da verdade. Emol. R\$ 4,99 - TSMR. R\$ 0,78 - FEE. R\$ 0,39. YDSON ALVES VIANA RODRIGUES DE OLIVEIRA - Substituto.

Selo: 0076422.J2010201701.01966 26/10/2017 11:57:29
Consulte autenticidade em www.tjpe.jus.br/selodigital

PREFEITURA MUNICIPAL DA LAGOA DOS GATOS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE



DATA: 02/09/17 HORA: 13:43 REGISTRO: 243 180
NOME: Maria das Graças da Silva
IDADE: 47 anos DATA DE NASCIMENTO: 08/05/69 SEXO:
ENDEREÇO: R. José Tomé Bispo
NATURALIDADE: La. dos Gatos PROFISSÃO: agricultora COR:
RESPONSÁVEL: a mesma IDENTIDADE:
CARTÃO DO SUS: FILIAÇÃO:
PESO: PA: 120x80 TEMPERATURA: PULSO: EC: FR:
QUEIXA PRINCIPAL: HGT-198

DADOS CLÍNICOS:

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA: Luxação MMSS (E) Cotovelo
EXAMES SOLICITADOS: 1) Imobilizar
2) Diclofenaco 75 mg - IM
3) Derivatos de Sulfato - IM
TRATAMENTO PROPOSTO: 14:32
EXAME SOLICITADO: 4) Observar

Odaci Bernardes
Enfermeiro
COREN 444577

EVOLUÇÃO PRESCRIÇÃO:

35.802.494/0001-41
ISAÇÃO CORRETORES
DE SEGUROS LTDA

24 NOV. 2017

DIAGNÓSTICO INICIAL:

DIAGNÓSTICO DEFINITIVO:

Rua da Aurora, nº 175, SL 802 BL C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE

DESTINO DO PACIENTE:

☐ INTERNOADO PARA OBSERVAÇÃO

☐ LIBERADO PARA RESIDÊNCIA COM MEDICAÇÃO PRESCRITA

☐ ALTA PEDIDO

☐ LIBERADO PARA RESIDÊNCIA COM MEDICAÇÃO APLICADA

☐ TRANSFERIDO PARA OUTRA CIDADE

☐ ÓBITO

João Bosco de Albuquerque
MÉDICO
CREMEPE: 20.181

TRANSFERIDO PARA:

FICHA DE ATENDIMENTO

FICHA DE ATENDIMENTO: 77273 IDADE: 48 ano(s) 4mês(es) 28 dia(s).

NOME: MARIA DAS GRACAS DA SILVA

DATA DE NASCIMENTO: 08/05/1969

SEXO: F

MÃE: JOSEFA MARIA DA SILVA

CIDADE: LAGOA DOS GATOS

---ENDEREÇO: RUA JOSÉ TOMÉ BISPO

Nº 196

BAIRRO: CENTRO

ESTADO CIVIL: CASADO (A)

DOCUMENTO: SJS1639893120400021

PROFISSÃO: AGRICULTOR

TÉCNICO:

ENFERMEIRO:

MÉDICO:

ÚLTIMOS ATENDIMENTOS

DATA:	ATENDIMENTO Nº	MOTIVO	des em HSE após queda de
06/09/2017	77273	CONSULTA	moto

06/09/2017 77273

CONSULTA *mofo*

INFORMACÕES

HORÁRIO

PA

TEMPERATURA

PULSC

PESO

HGT

ASSINATURAS

130 x 80

17.5

Queixas / Diagnóstico:

Tratamento

Amendo limpo
de da e estovado
(E) ainda quando ha
21 dias.

Exames Complementares

Dr. Sérgio Belém
Medicina Interna
Mat. 285308150
CPF. 021552514-08
1106802

Impressão diagnóstica:

luxus est velle!

Outras Informações:

05.802.494/0001-43

TRACÃO CORRATÓRIA

Motivo da Saída: () Residência () Internado (☒) Encaminhado

() Curativo () Nebulização () Med. Básica () Med. Espec. () Retirada de Ponto

() Urgência Básica () Urgência Especializada Rua da Aurora, Nº 175, Sl. 902, Bl. C
() Observação Básica () Observação Especializada

Bona Vista - CFP- 50.060-010

Assinatura do Técnico:

REC-05-Sinatura do Médico:

06/09/2017 11:00:08

Dr. Alexandro Silva
MÉDICO
CRM-PE: 25760



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
HOSPITAL REGIONAL DOA GRESTE

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins, que o paciente Sr (a) **Maria das Gracas da Silva Esteve** Interno Nesta Unidade Hospitalar no período do dia 06/09/2017 e foi transferido para outra unidade hospitalar em 10/09/2017 com Registro Hospitalar: 305172 OBS: CID: Vítima de Acidente de Trânsito.

desde já nos colocamos a disposição para mais esclarecimentos.

Caruaru 06 de Outubro de 2017.

[Assinatura]
MARIANO DA SILVA ARAÚJO
Setor de Arquivo - SAME do HRA
Identificador: 12450

Setor de Arquivo (SAME)

LOG 794 975/0289 27
F03-000 - HRA - HRA
05.802.494/0001-4100
TRACÃO CORNEJOIA
DE SEGUROS LTDA
24 NOV. 2017

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C
Boa Vista - CEP- 50.060-010
RECIFE-PE

.(Same) do HRA . (81) 3719-9346.



HOSPITAL JESUS PEQUENININO

LAUDO MEDICO

A paciente Mayra da
Graça de Silva encontra-se
operada de Fístula da cálcica
do útero. E.

Seguro 21/9/17

Dr. Marcelo Elias de
Oliveira
CRM 15784

Av. Major Aprígio da Fonseca, s/n - Bezerros - PE - Fone/Fax: (0xx81) 3728.1586 / 1099
05.802.494/0001-4

TRACÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

24 NOV. 2017

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE



HOSPITAL
JESUS PEQUENININO

folha:

Mapa da Gracas da Salva

Soluto:

de 12/01/2017 E,
Ap e perfil

Bezerros
9/11/17

Chacal
03/11/17

Av. Major Aprigio da Fonseca, s/n - Bezerros - PE - Fone/Fax: (0xx81) 3728.1586 / 1099

05.802.494/0001-41

TRACAO CORRETOHA
DE SEGUROS LTDA

24 NOV. 2017

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL C
Boa Vista - CEP- 50.060-010
RECIFE-PE

NOME: Maria das Graças da Silva

REG: 115766

DIAGNÓSTICO: Fratura da cabeça do crânio esquerdo

TRATAMENTO: Fixação com parafusos de Hebert

DATA DA CIRCUNSIÇÃO: 08/09/2017

ALTA: 09/09/2017

DATA DA VOLTA: 21/09/2017

7:00H DA MANHÃ

OBS:

2ª REVISÃO

3ª REVISÃO

4ª REVISÃO

5ª REVISÃO

05.802.494/0001-41

TRACÃO CORRETORES
DE SEGUROS LTDA

24 NOV. 2017

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL C

Boa Vista - CEP: 50.060-010

RECIFE-PE

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE PERNAMBUCO

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO FAVARES BURIL



SSINA TÍTULO

CARTEIRA DE IDENTIDADE

Maria das Graças da Silva

REGISTRO
GERAL

4090263

DATA DE EX-LIBROS 11/01/1989

MARIA DAS GRAÇAS DA SILVA

FILIAÇÃO Cícero José da Silva e
Josefa Maria da Silva

NATURALIDADE

Lagoa dos Gatos-PE

DATA DE NASCIMENTO

08/05/1969

DOC ORIGEM C.Nasc.nº 11496, Fls. 106V, Liv.
A-28, Cart. Lagoa dos Gatos-PE.

CPF 765321354/53 *Paula Paula*

ASSINATURA DO DETENTOR

LEIN



0012

SECRETARIA DA RECEITA FEDERAL

CADEASTRO DE PESSOAS FÍSICAS

CPF 765321354/53

CPF 765321354/53

CPF 765321354/53

CPF 765321354/53

CPF 765321354/53

CPF 765321354/53

CPF 765321354/53

CPF 765321354/53

CPF 765321354/53

CPF 765321354/53

CPF 765321354/53

CPF 765321354/53

CPF 765321354/53

CPF 765321354/53

CPF 765321354/53

CPF 765321354/53

CPF 765321354/53

CPF 765321354/53

CPF 765321354/53

CPF 765321354/53

CPF 765321354/53

CPF 765321354/53

CPF 765321354/53

CPF 765321354/53

CPF 765321354/53

CPF 765321354/53

CPF 765321354/53

CPF 765321354/53

CPF 765321354/53

CPF 765321354/53

CPF 765321354/53

CPF 765321354/53

CPF 765321354/53

CPF 765321354/53

CPF 765321354/53

CPF 765321354/53

CPF 765321354/53

CPF 765321354/53

CPF 765321354/53

CPF 765321354/53

CPF 765321354/53

CPF 765321354/53

CPF 765321354/53

CPF 765321354/53

CPF 765321354/53

CPF 765321354/53

CPF 765321354/53

CPF 765321354/53

CPF 765321354/53

CPF 765321354/53

CPF 765321354/53

CPF 765321354/53

CPF 765321354/53

CPF 765321354/53

CPF 765321354/53

CPF 765321354/53

CPF 765321354/53

CPF 765321354/53

CPF 765321354/53

CPF 765321354/53

CPF 765321354/53

CPF 765321354/53

CPF 765321354/53

CPF 765321354/53

CPF 765321354/53

CPF 765321354/53

CPF 765321354/53

CPF 765321354/53

CPF 765321354/53

CPF 765321354/53

VALIDO EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
ESTE CARTÃO É O DOCUMENTO COMPROVAÇÃO DE INSCRIÇÃO NO CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS - CPF E
DE USO OBRIGATÓRIO EM TODOS OS CASOS - EXCEÇÃO DE JERÔNIMO
PARA O ALCANCE DA INSCRIÇÃO DE NOME, TRIBUTÁRIO, PROGENIE, A UNIDADE LOCAL DA SECRETARIA
DA RECEITA FEDERAL

CPF 765321354/53

024/00826

05-01-89

BANDEPE

10420/2479

Mãe Auxiliadora de Lima
Galindo
Mat. 04674

JP

NON E MAT DULME ASSINATURA DO SIGNATÁRIO RESPONSÁVEL PELA CAISSA

VERVADO REP. ATRIBUIÇÃO NACIONAL



** INVALIDEZ*

05.802.494/0001-41
TRACÇÃO CORRETOCHA
DE SEGUROS LTDA

24 NOV. 2017

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL C
Boa Vista - CEP 50.060-010
RECIFE-PE

CODIGO DE CONTROLE
0FC5.7B7F.5B43.0AD2

A autenticidade desta comprovante deverá
ser confirmada na internet, no endereço

www.receita.fazenda.gov.br

Comprovante emitido pela
Secretaria da Receita Federal do Brasil

às 09:41:37 do dia 21/05/2013 (hora e data de Brasília)
dígito verificador: 00

MINISTÉRIO DA FAZENDA
Receita Federal
Cadastro de Pessoas Físicas

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número 121.611.574-50

Nome PAULO RICARDO GOMES DE SOUZA

Nascimento 25/09/1998

VALIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

15.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORAETOMIA
DE SEGUROS LTDA

24 NOV. 2017

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 Bl. C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PE Nº 013224396473
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA COD. RENAVAM R-INTERC EXERCÍCIO
1 525234640 ***** 2017

NOME
LUIZ CARLOS FELIX DA SILVA
LAGOA DOS GATOS - PE

CPF / CNPJ PLACA
071.664.634-06 PEO0084

PLACA ANT. UF CHASSI
***** / PE 9C2HB0210DR405642

ESPECIE TIPO COMBUSTÍVEL
PAS / MOTOCICLETA GASOLINA

MARCA / MODELO ANO FAB. ANO MOD.
HONDA / POP100 2013 2013

CAP. POT. / CIL. CATEGORIA COR. PREDOMINANTE
2P / 97CL PARTIC PRETA

COTA ÚNICA VENC. COTA ÚNICA VENC. COTAS
1ª 2ª 3ª
IPVA 2017 QUITADO 1ª *****
2ª *****
3ª *****
FADÁ. IPVA PARCELAMENTO / COTAS
1 *****

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) IOF (R\$) PRÊMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO
SEGURO PAGO 15/04/17

OBSERVAÇÕES
SEM RESERVA

LOCAL DATA
LAGOA DOS GATOS 15/04/17
Charles Andrews Sousa Ribeiro
Diretor Presidente DETRAN/PE

ALTERNATIVAS DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOA
TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

PE Nº 013224396473 BILHETE DE SEGURO DPVAT
LUIZ CARLOS FELIX DA SILVA

55450-000

CASA/COMPESA LAGOA DOS GATOS - PE
ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

WWW.SEGURADORA
SAC DPVAT



EXERCÍCIO DATA EMISSÃO
2017 15/04/17

VIA CPF / CNPJ PLACA
1 071.664.634-06 PEO0084

RENAVAM MARCA / MODELO
525234640 HONDA / POP100

ANO FAB. EXERCÍCIO Nº CHASSI
2013 09 9C2HB0210DR405642

PRÊMIO TARIFÁRIO
FNS (R\$) DENATRAM (R\$) CUSTO DO SEGURO (R\$)

CUSTO DO BILHETE (R\$) IOF (R\$) TOTAL A SER PAGO / SEGURO (R\$)
SEGURO PAGO

PAGAMENTO DATA DE QUITAÇÃO
COTA ÚNICA PARCELADO

SEGURADORA LIDER - DPVAT

CNPJ 09.248.000/0001-04

DESTAQUE E GUARDE O BILHETE DPVAT
ELE NÃO É DE PORTE OBRIGATORIO

05.802.494/0001-4
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

24 NOV. 2017

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3170629068 **Cidade:** Lagoa dos Gatos **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARIA DAS GRACAS DA SILVA **Data do acidente:** 02/09/2017 **Seguradora:** UNIÃO SEGURADORA S/A - VIDA E PREVIDÊNCIA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 09/05/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: TRAUMA COTOVELO ESQUERDO

Resultados terapêuticos: DEPENDE DE EXAME PERICIAL - Analista não identificou possíveis sequelas através dos documentos que foram anexados

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações:

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
		Total	0 %	R\$ 0,00

PRESTADOR

AMORIM E MATTOS SERVIÇOS MÉDICOS ESPECIALIZADOS LT

Nome do médico: JOSÉ TEÓFILO SARAIVA

CRM do médico: 52.32504-2

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3170629068 **Cidade:** Lagoa dos Gatos **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARIA DAS GRACAS DA SILVA **Data do acidente:** 02/09/2017 **Seguradora:** UNIÃO SEGURADORA S/A - VIDA E PREVIDÊNCIA

PARECER

Diagnóstico: Fratura da cabeça do rádio esquerdo.

Descrição do exame médico pericial: Vítima se queixa de dor no cotovelo esquerdo. Ao exame, apresenta redução da flexão (ADM 0-95°) e extensão (ADM 0-40°) do cotovelo esquerdo.

Resultados terapêuticos: O quadro foi submetido à osteossíntese com parafusos. Recebeu alta.

Sequelas permanentes: Limitação funcional do cotovelo esquerdo

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 21/05/2018

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: Andrea Rodrigues Madeira

CRM do médico: 19953

UF do CRM do médico: PE

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos cotovelos	25 %	Em grau intenso - 75 %	18,75%	R\$ 2.531,25
Total			18,75 %	R\$ 2.531,25

PRESTADOR

ACE GESTÃO DE SAÚDE LTDA

Médico revisor: OTELO CORRÊA DOS SANTOS FILHO

CRM do médico: 52.18145-0

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

Procuração

Pelo presente instrumento particular de procuração, o outorgante abaixo qualificado confere ao outorgado, também qualificado, os poderes abaixo transcritos:

1. Outorgante Maria das Graças da Silva
portador(a) do documento de identidade nº 4090 263, expedido por SSP-PE, em
11.01.1989, inscrito no CPF sob o nº 765 321 354-53, residente na
Rua Tome Bispo, nº 196
complemento casa, Bairro Campeira, cidade
Lagoa dos Gatos, Estado PE.

2. Outorgado Paulo Ricardo Gomes de Souza
portador(a) do documento de identidade nº 9.673.260, expedido por SSP-PE, em
06.03.2013, inscrito no CPF sob o nº 121.611.574-50, residente na
Rua Tome Bispo, nº 196
complemento casa, Bairro Campeira, cidade
Lagoa dos Gatos, Estado PE.

Amplios poderes para praticar todos os atos administrativos e judiciais que se fizerem necessários na movimentação e conclusão dos processos novos e complementares do Seguro Obrigatório - DPVAT, e especialmente para preenchimento e assinatura do FORMULÁRIO DE AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO.

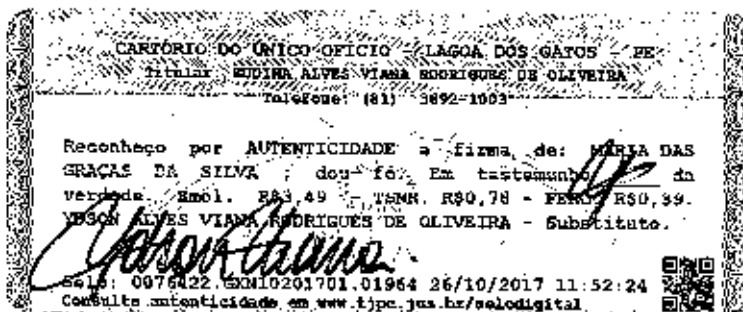
Lagoa dos Gatos, 26 de Outubro de 2017

Outorgante Maria das Graças da Silva

05.802.494/0001-04
TRACÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

24 NOV. 2017

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE



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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo.

Número do Sinistro: **3170629068**

Nome do(a) Examinado(a): **MARIA DAS GRACAS DA SILVA**

Endereço do(a) Examinado(a):

R TOME BISPO, 196 - COMPESA - Lagoa dos Gatos - PE - CEP 55450-000

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**ssp /PE**] **4090263**

Data e local do acidente: [**02/09/2017**] **Lagoa dos Gatos**

Data e local do exame: [**21/05/2018**] **Caruaru** [**PE**]

Resultado da Avaliação Médica

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

Fratura da cabeça do rádio esquerdo.

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

O quadro foi submetido à osteossíntese com parafusos. Recebeu alta.

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

Vítima se queixa de dor no cotovelo esquerdo. Ao exame, apresenta redução da flexão (ADM 0-95°) e extensão (ADM 0-40°) do cotovelo esquerdo.

IV. Nexos de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

[**X**] Sim [] Não

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

[**X**] Sim [] Não

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

Limitação funcional do cotovelo esquerdo

Caso a resposta do item V seja “Não”, concluir utilizando apenas as opções no item VII “a”. Caso a resposta seja “Sim”, valorar o dano permanente no item VII “b”.

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

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

() "Vítima em tratamento"

Esta avaliação médica deve ser repetida em ____ dias

() "Sem sequela permanente" (Não

existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)

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

Região Corporal (Sequela):

Cotovelo esquerdo

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio (☒) 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

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

Região Corporal (Sequela):

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

Região Corporal (Sequela):

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

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



Andrea Rodrigues Madeira - CRM: 19953 - PE