



Número: **0010715-69.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção A da 17ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **27/02/2020**

Valor da causa: **R\$ 13.500,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **NÃO**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
MARIA DAS GRACAS DA SILVA (AUTOR)		PAULO ANTONIO COELHO CASTOR (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (RÉU)			
ARUANA SEGUROS S.A. (RÉU)			
CLAUDIO DA CUNHA CAVALCANTI NETO (PERITO)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
62994300	04/06/2020 11:23	<a href="#">2724355_CONTESTACAO_01</a>	Petição em PDF



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 17ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE RECIFE/PE

Processo: 00107156920208172001

**AUSÊNCIA DE COBERTURA**

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

**SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S.A.**, com sede na cidade do Rio de Janeiro/RJ, à Rua Senador Dantas, nº 74, 5º andar, inscrita no CNPJ sob nº 09.248.608/0001-04, neste ato representado por seus advogados que esta subscrevem nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DO SEGURO DPVAT**, que lhe promove **MARIA DAS GRACAS DA SILVA**, em trâmite perante este Douto Juízo, vem, *mui* respeitosamente, à presença de Vossa Excelência, apresentar

**CONTESTAÇÃO**

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

**BREVE SÍNTESE DA DEMANDA**

Alega a parte Autora em sua peça vestibular que foi vítima de acidente automobilístico na data de **07/07/2019**, restando permanentemente inválida.

**Destaca-se que a parte apenas procedeu com o registro na Delegacia de Polícia na data 18/11/2019.**

Após análise detida dos documentos apresentados, verificou-se a ausência de cobertura, vez que a parte autora **não restou inválida**, pressuposto necessário para o pagamento da indenização pleiteada.

Portanto, em que pese o requerimento da indenização na via administrativa, houve a **NEGATIVA** da Seguradora responsável pela regulação, haja vista, a ausência de sequelas.

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.

**CUMPRE ACRESCENTAR QUE A PARTE AUTORA JÁ RECEBEU DA RÉ O VALOR DE R\$2.531,25 REFERENTE A ACIDENTE SOFRIDO EM 02/09/2017 ONDE ADQUIRIU LESÃO NO COTOVELO ESQUERDO.**

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



## **DO DESINTERESSE NA REALIZAÇÃO DA AUDIÊNCIA PRELIMINAR DE CONCILIAÇÃO**

A parte Autora sustenta que encontra-se inválida permanentemente devido as supostas lesões sofridas decorrentes de acidente de trânsito.

Acontece Exa., que toda documentação médica apresentada aos autos não corrobora com o alegado, pelo contrário comprova cabalmente que NÃO HÁ INVALIDEZ e/ou DEBILIDADE PERMANENTE, OU SEJA, NÃO HÁ COBERTURA DO SEGURO DPVAT.

Assim, a parte Autora, deixou de comprovar de maneira precisa que é portador de invalidez permanente, não fazendo jus à indenização referente ao Seguro Obrigatório DPVAT, desse modo, informa que não há interesse na realização da audiência preliminar de conciliação e visto não haver meios comprobatórios do alegado, devendo a demanda ser julgada improcedente, em consonância com o disposto no artigo 487, inciso I do Código de Processo Civil.

## **DO MÉRITO**

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

Pode-se observar que a parte autora não apresentou qualquer documento conclusivo no que tange ao direito de receber a íntegra do teto indenizatório no que se refere à invalidez de caráter permanente, vez que não 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<sup>1</sup>.

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 REQUERIMENTO ADMINISTRATIVO**

### **DA INEXISTÊNCIA DE INVALIDEZ PERMANENTE**

É incontroverso que a parte autora não apresentou qualquer documento conclusivo no que tange ao direito de receber o Seguro Obrigatório DPVAT no que se refere à cobertura de invalidez permanente, uma vez que o próprio laudo médico acostado nos autos pelo autor constata a ausência de lesões de caráter permanente.

Verifica-se, outrossim, que a parte autora ingressou com o requerimento administrativo, o qual foi negado pela Seguradora Reguladora, ante a ausência de lesões indenizáveis.

Frisa-se que nem todas as lesões ocasionadas por acidente automotor são passíveis de indenização, pois para caracterizar invalidez permanente passível de indenização imprescindível que haja perda definitiva ou redução

<sup>1</sup>“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)



da funcionalidade de um membro ou órgão, ou seja, quando a recuperação ou reabilitação da área afetada é dada como inviável, ao fim do tratamento médico.

Deste modo, a Lei 6194/74 considera invalidez permanente quando a funcionalidade do órgão ou membro é afetada integralmente ou em parte. Por essa razão, lesões meramente estéticas, temporárias, ou que de qualquer forma não venham acarretar comprometimento de órgão ou função, não serão passíveis de indenização. E é exatamente o caso dos autos.

Em análise ao processo administrativo e aos documentos médicos juntados pela própria parte autora, conclui-se que o acidente ocasionou ao autor lesões que não acarretaram incapacidade funcional ou para realização de atividades ordinárias, portanto, não são passíveis de indenização.

Assim, verificada a inexistência de invalidez permanente, deverá o pedido autoral ser julgado IMPROCEDENTE, nos termos do art. 487, I, CPC.

#### **DA AUSÊNCIA DE COBERTURA**

O seguro obrigatório DPVAT é regido pela Lei n.º 6.194/74, tendo sido alterada pela Lei n.º 11.945/09, e discute matéria referente à modalidade de seguro obrigatório de danos pessoais causados por veículos automotores de via terrestre, ou por sua carga, a pessoas transportadas ou não.

Assim, temos que o seguro DPVAT dá cobertura apenas às indenizações ocasionadas por morte, invalidez e reembolso de despesas de assistências médicas e suplementares, não tendo abrangência sobre qualquer outra indenização que não seja as especificadas na letra da lei.

Verifica-se, porém, que as provas produzidas nos autos, demonstram e comprovam o contrário do que alega o Autor, o **LAUDOS MÉDICOS** atestam que a lesão apresentada é apenas temporária/recuperável, o que, por certo, não pode ser considerada INVALIDEZ, não havendo previsão de cobertura pela Lei do DPVAT.

Vale ressaltar que o convenio/seguradoras é responsável apenas pelo pagamento das indenizações dispostas na Lei 11.945/09, não podendo ter interpretação extensiva a pretensões de cunho particular por parte do Autor, que não tenham qualquer ligação com a matéria em questão.

Conclui-se assim ser impossível juridicamente o pedido do Autor, e, por ser impossível juridicamente o pedido, requer que a presente demanda seja julgada **IMPROCEDENTE**.

#### **DA APLICABILIDADE DA SÚMULA 474 DO SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA**

Com advento da Medida Provisória nº 451/08, convertida na Lei nº 11.945/2009, estabeleceu-se percentuais indenizatórios aos danos corporais, subdividindo-os em totais e parciais, de modo que se impõe a graduação da lesão para fins indenizatórios.

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.

A referida inovação legal trouxe a figura da invalidez parcial incompleta. Portanto, para dirimir o percentual indenizável no caso concreto, é imprescindível a realização de prova pericial, ocasião em que se verificará se a lesão suportada pela parte autora é parcial incompleta, apontando sua respectiva repercussão geral<sup>2</sup>.

<sup>2</sup>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

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



No mesmo sentido, o Superior Tribunal de justiça editou a Súmula 474 pacificando o entendimento que no caso de invalidez a indenização do Seguro Obrigatório DPVAT deverá ser paga em conformidade com o grau da invalidez da vítima<sup>3</sup>.

Frisa-se que 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.

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

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

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

Evidente, pois, inexistir qualquer direito de indenização integral a parte Autora, 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.

#### **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<sup>4</sup>.

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<sup>5</sup>

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

#### **DOS HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS**

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

---

11.945/09. ii) INDENIZAÇÃO INDEVIDA. HIPÓTESE EM QUE A PARTE AUTORA NÃO FAZ JUS À COMPLEMENTAÇÃO DA INDENIZAÇÃO, POIS NÃO HOUE A DEMONSTRAÇÃO DE QUE A LESÃO SOFRIDA TENHA SIDO DE MAIOR GRAVIDADE DO QUE A INDENIZADA ADMINISTRATIVAMENTE. iii) APLICAÇÃO DA SÚMULA 474 DO SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA. A indenização do seguro DPVAT, em caso de invalidez parcial do beneficiário, será paga de forma proporcional ao grau da invalidez. iv) RECURSO CONHECIDO E PROVIDO. SENTENÇA REFORMADA.

<sup>3</sup> **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.”

<sup>4</sup> “SÚMULA N. 426: Os juros de mora na indenização do seguro DPVAT fluem a partir da citação.”

<sup>5</sup> **art. 1º. (...)**

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



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, reafirma o desinteresse na audiência de conciliação, conforme amplamente demonstrado no corpo da presente peça.

Em caso de eventual condenação, pugna a Ré, pela aplicação da tabela de quantificação da extensão da invalidez permanente, conforme preconiza a Súmula 474 do STJ.

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

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

- Queira a vítima esclarecer a dinâmica do acidente, os veículos envolvidos e suas características, o membro ou segmento do corpo afetado e se houve encaminhamento ao hospital;
- Queira esclarecer se houve requerimento administrativo em razão do sinistro narrado na inicial ou outro sinistro;
- Se a vítima recebeu algum valor referente a este ou outro sinistro.

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

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

Nestes Termos,  
Pede Deferimento,

RECIFE, 27 de maio de 2020.

**ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELO JUNIOR**  
**30225 - OAB/PE**

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



### **QUESITOS DA RÉ**

1 - Queira o Sr. Perito informar se há nexos 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 seqüela 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 seqüelas 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**

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





## SUBSTABELECIMENTO

**JOÃO ALVES BARBOSA FILHO**, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/CE 27.954-A, **JOÃO PAULO RIBEIRO MARTINS**, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB/ RJ sob o nº 144.819; **JOSELAINE MAURA DE SOUZA FIGUEIREDO**, brasileira, casada, advogada, inscrita na OAB/ RJ sob o nº 140.522; **FERNANDO DE FREITAS BARBOSA**, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/ RJ sob o n.º 152.629 substabelecem, com reserva de iguais, na pessoa do advogado **ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELO JUNIOR**, inscrito na **30225 - OAB/PE** os poderes que lhes foram conferidos por **SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A.**, nos autos de Ação de Cobrança de Seguro DPVAT, que lhe move **MARIA DAS GRACAS DA SILVA**, em curso perante a **17ª VARA CÍVEL** da comarca de **RECIFE**, nos autos do Processo nº 00107156920208172001.

Rio de Janeiro, 27 de maio de 2020.

JOÃO ALVES BARBOSA FILHO - OAB/PE 4246

FERNANDO DE FREITAS BARBOSA - OAB RJ 152.629

JOSELAINE MAURA DE SOUZA FIGUEIREDO- OAB RJ 140.522

JOAO PAULO RIBEIRO MARTINS - OAB RJ 144.819

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





Número: **0010715-69.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção A da 17ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **27/02/2020**

Valor da causa: **R\$ 13.500,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **NÃO**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
MARIA DAS GRACAS DA SILVA (AUTOR)		PAULO ANTONIO COELHO CASTOR (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (RÉU)			
ARUANA SEGUROS S.A. (RÉU)			
CLAUDIO DA CUNHA CAVALCANTI NETO (PERITO)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
62994301	04/06/2020 11:23	<a href="#">ANEXO 1</a>	Outros (Documento)

3190664548



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

#### DADOS DO CLIENTE

MARIA DAS GRACAS DA SILVA

#### ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

RUA TOME BISPO 196

CPF 765.321.354-53 NIS 16382181375

COMPESALAGOA DOS GATOS  
LAGOA DOS GATOS PE  
55450-000

#### CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL  
BAIXA RENDA COM NIS

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO
1046499022	10/2019
DATA DE VENCIMENTO	DATA PREVISTA PRÓXIMA LETURA
05/11/2019	28/11/2019
TOTAL A PAGAR (R\$)	115,96

Nº DA NOTA FISCAL	SÉRIE	EMIÇÃO
083150849	ÚNICA	29/10/2019
APRESENTAÇÃO	Nº DO CLIENTE	Nº DA INSTALAÇÃO
29/10/2019	2000557444	1847706

#### DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo até 30 kWh	30,0000000	0,27049070	8,11
Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh	70,0000000	0,48369834	32,45
Consumo Ativo superior a 100 até 220 kWh	81,0000000	0,69554752	56,33
Acréscimo Bandeira AMARELA			2,42
Acréscimo Bandeira VERMELHA			0,88
Contrib. Ilum. Pública Municipal			12,94
ICMS Subvenção-COE-NF 075438380-28/08/19			0,87

(81) 99304-6299

(81) 99304-6442

Scanned by CamScanner

Scanned by CamScanner





Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco  
Hospital da Restauração

### Ficha de Atendimento

Número do Atendimento

NCR/16/0006032237  
TC/0206032237  
0206032237  
0206032237

ETIQUETA

1451014

Data e Hora de Atendimento:  
07/07/2019 17:06

Local de Entrada: EMERGENCIA GERAL  
Atendimento Manual:

Nº Prontuário: 1684932 Paciente: MARIA DAS GRACAS DA SILVA Nm. Social:  
Data de nascimento: 08/05/1969 Idade: 50a 1m 29d Sexo: FEMININO  
Estado Civil: CASADO Profissão: Acompanhante: PAULO RICARDO GOMES DO!  
DOC ID / Data expedição: Mãe: JOSEFA MARIA DA SILVA  
4090263 / 11-Jan-69 Pai: CICERO JOSE DA SILVA Cartão SUS: 703405826464300

Endereço: RUA JOSE TOME BISPO Número 196  
Bairro: COMPESA Complemento:  
Cidade: LAGOA DOS GATOS UF: PE Telefone: 982141651

Ocorrências:

Motivo do atendimento: ACIDENTE MOTO (QUEDA, COLISAO) / ENCM. POR TCE (TRAUMA CRANIO ENCEFALICO)

Procedência: OUTRO HOSPITAL

Informações do Serviço Social:

Confirmação de nome: Fones: Assistente Social

Confirmação de endereço:

Providências: Alta ☐ Caso Social ☐  
Encaminhamentos: Rede de Apoio ☐ GPCA ☐ Cons. Tutelar ☐ Delegacias ☐ Minist. Público ☐  
Outros ☐

Observação: Assistente Social

História Clínica:

Paciente vítima de acidente moto-ciclístico em 18h, vindo da casa  
após a queda e rebatida.

SES - HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO  
TOMOGRAFIA DE EMERGENCIA  
DATA 07/07/19 HORA:

SERVIÇO EXECUTADO  
CONTAS MEDICAS FATURAMENTO

Atendimento Médico  
Perda de consciência: Sim ☒ Não ☐ Acidente de Trabalho: Sim ☐ Não ☐  
Acidente de Trabalho: Sim ☐ Não ☒ Tipo: Transporte realizado Por:  
Imobilização Cervical: Sim ☐ Não ☒ Sofreu Queda: Sim ☐ Não ☒ Altura:  
Condições de imobilização adequadas: Sim ☐ Não ☒ Por Quê?

Exame Físico:

A. Geral Vias aéreas está pervia: Sim ☐ Não ☐ O paciente fala: Sim ☐ Não ☐ Temp:

E G D, LARON, 41000000, 00000000, 000000

B. Respiratório M V B, m M T, SIRA

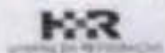
C. Circulatório PA X mm Pulso bpm

RIR - 25, BNF 4 2000 FCI 80 bpm

APCJO BAIXADO  
FUNCIONARIO







Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco  
Hospital da Restauração

ETIQUETA

## Ficha de Atendimento

### Número do Atendimento

D. Exame Neurológico		Deficiência motora		MSD	<input type="checkbox"/>	MSE	<input type="checkbox"/>	MID	<input type="checkbox"/>	MIE	<input type="checkbox"/>	Pupilas	Isocóricas	<input type="checkbox"/>	Anisocóricas
Glasgow: Abertura Ocular		Glasgow: Resposta Verbal		Glasgow: Resposta Motora											
Escore	Hora	Escore	Hora	Escore	Hora										

ECG: 15

### E. Exposição/Abdômen:

ABD: Bili-gástrica difusa, indolente, SILENT  
Sem dor à palpação

Diagnóstico Inicial: ① POLIPTERISMO

Cod. Procedimento

### Conduta:

1) SOL. TR. PNEU, 200g, 600g  
2) AN. MCR

SES - HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO  
TOMOGRAFIA DA ENFERMAGEM

DATA: 07/07/2019 HORA: 15h25

MÉDICO

TÉCNICO

EXAME

CONTRASTE

Ass. Enfermagem

### Evolução de Enfermagem

### Definição do Caso:

☐ Internamento ☐ Cirurgia ☐ Óbito ☐ Termo de Alta a Pedido ☐ Evadiu-se ☒ Alta

Internado na Clínica

Transferido para

Autorização para Alta / Internamento / Transferência:

Médico

CRM

Rita Mota  
CRM 12281-PE  
Médica  
Neurocir

Data

07/07/2019 Hora: 15h25

### Termo de responsabilidade para internamento:

- Estou ciente das normas existentes neste hospital as quais aceito integralmente e autorizo a realização de tratamento, clínicos e/ou cirúrgicos inclusive transfusões e sem exames complementares e transporte se forem necessários.

Data

Nome completo legível

No. de identidade

Assinatura

### Termo de responsabilidade de alta a pedido:

- Responsabilizo-me pela imediata retirada do paciente neste nosocômio, bem como tenho absoluto conhecimento sobre todas as consequências que deste ato possam advir.

Data

Nome completo legível

No. de identidade

Assinatura

Data e Hora Impressão: 07-Jul-19



# HOSPITAL DA RESTAURACAO

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

MANCHESTER V2

Data e hora retirada da senha: 07/07/2019 16:57

Nome Paciente: MARIA DAS GRACAS DA SILVA  
Cód. Paciente:  
Data de Nascimento: 08/05/1969  
Sexo: Feminino  
Idade: 50  
Senha: U0038  
Convênio:  
Atendimento:  
SAME:

Período: 07/07/2019 16:58 - 07/07/2019 17:00

SIMONE BORGES DE ASSIS ARRUDA - COREN: 107126 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - CLASSIFICAÇÃO

Prioridade: AMARELO - URGENTE

Cor: AMARELO

Queixa Principal: QUEDA DE MOTO, HÁ CERCA DE 8 HORAS, ERA GARUPA, COM CAPACETE, REFERE PERDA DE CONSCIÊNCIA, ESCORIAÇÕES

Observação: PA 130/90, LAGOA DOS GATOS COM SENHA 5722263

Fluxograma sintoma: TRAUMA MAIOR

Discriminador(es): - HISTÓRIA DE INCONSCIÊNCIA?

Especialidade: NEUROCIRURGIA ADULTO

Sinais Vitais Lidos: - ESCLA COMA DE GLASGOW ADULTO: 15  
- REGUA DE DOR: 5

07/07/19

10:45

# CIP. 6000 #

→ Paciente lucida após realizar exame. TC ASD no  
nível de L4/L5 com lesões de nível. Paciente magra  
do membro

Da seq: EGB, Coração, Abdome, LOTS  
PRI X ALT. ACV: GALT F1: 80 mm  
ABD: Glând, suprenal, intest, g. ca

• CD Alta da Cir. geral

LUIS CARLOS FERREIRA  
Médico  
CRM-PE 27678

CP. 66 + Dra. RAISA

Assinado(a) por: SIMONE BORGES DE ASSIS ARRUDA - COREN: 107126 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 07/07/2019 17:00

Sistema de Atendimento com Classificação de Risco

Página 1 de 1



RECEITUÁRIO

24741

DATA: 7/7 2018

NOME:

Maria de Fátima de Lencastre

5722263:  
Vermelho 14. Mesmura

Pode ser que, vitima.

de acidente de moto.

TCE regio Panetula.

Inte, e costel a nuca  
evoluindo com "fontes."

na nuca de decto,  
vômitos.

Glauber - 15

487-186

Set - 96 AA.

PA - 130/90 - monitor

Fei 72:

Soluto - oculum pele,  
neurolpe.

Margarita Sigler Reyes  
CRM-PE: 25524

ASSINATURA DO MÉDICO







Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco  
Hospital da Restauração

### Ficha de Atendimento

Número do Atendimento

**1451014**

Data e Hora de Atendimento:  
07/07/2019 17:06

Local de Entrada: EMERGENCIA GERAL  
Atendimento Manual:

Nr. Prontuário: 1684932 Paciente: MARIA DAS GRACAS DA SILVA Nm. Social:  
Data de nascimento: 08/05/1969 Idade: 50a 1m 29d Sexo: FEMININO  
Estado Civil: CASADO Profissão: Acompanhante: PAULO RICARDO GOMES DO  
DOC ID / Data expedição: 4090263 / 11-Jan-89 Mãe: JOSEFA MARIA DA SILVA Cartão SUS: 703405826484300  
Endereço: RUA JOSE TOME BISPO Número: 196  
Bairro: COMPESA Complemento:  
Cidade: LAGOA DOS GATOS UF: PE Telefone: 982141651  
Ocorrências:

Motivo do atendimento: ACIDENTE MOTO (QUEDA, COLISAO) / ENCM. POR TCE (TRAUMA CRANIO ENCEFALICO)

Procedência: OUTRO HOSPITAL

#### Informações do Serviço Social:

Confirmação de nome: Fones: Assistente Social  
Confirmação de endereço:  
Providências: Alta ☐ Caso Social ☐  
Encaminhamentos: Rede de Apoio ☐ GPCA ☐ Cons. Tutelar ☐ Delegacias ☐ Minist. Público ☐  
Outros ☐  
Observação: Assistente Social

#### História Clínica:

Paciente vítima de acidente automobilístico por 10h, vindo de com  
história de ansiedade e depressão.

SES - HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO  
TOMADA DE EMERGENCIA  
DATA: 07/07/19 HORA:

SERVIÇO EXECUTADO  
CONTAS MEDICAS ATENDIMENTO

Atendimento Médico:  
Perda de consciência: Sim ☒ Não ☐ Episódio Emético: Sim ☐ Não ☐ Acidente de Trabalho: Sim ☐ Não ☐  
Acidente de Trabalho: Sim ☐ Não ☐ Tipo: Transporte realizado Por:  
Imobilização Cervical: Sim ☐ Não ☐ Sofreu Queda: Sim ☐ Não ☐ Altura:  
Condições de mobilização adequadas: Sim ☐ Não ☐ Por Qual?

#### Exame Físico:

A. Geral: Via aérea está pervia: Sim ☐ Não ☐ O paciente fala: Sim ☐ Não ☐ Temp:

C.G.B., Coração, Pulmões, Abdome, Membros, Reflexos

B. Respiratório: MVB - MFC, SIRA

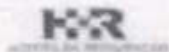
C. Circulatório: PA: X mm Hg Pulso: bpm

PCR - 2.7, BNF 4 pontos FC 20 bpm

AFICIO BAIXADO  
FUNICIONARIO







Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco  
Hospital da Restauração

ETIQUETA

## Ficha de Atendimento

### Número do Atendimento

D. Exame Neurológico	Deficiência motora	MSD <input type="checkbox"/>	MSE <input type="checkbox"/>	MID <input type="checkbox"/>	MIE <input type="checkbox"/>	Pupilas	Isocônicas <input type="checkbox"/>	Anisocônicas <input type="checkbox"/>
Glasgow: Abertura Ocular	Glasgow: Resposta Verbal	Glasgow: Resposta Motora						
Exatidão	Hora	Exatidão	Hora	Exatidão	Hora			

ECG: 15

### E. Exposição/Abdomen:

ABD: Bêni - glabro, difuso, indolente, SI/RLM  
Sem dor à distensão.

Diagnóstico Inicial: ① Polipneumonia

Cod. Procedimento

### Conduta:

1) Sol. Tr. Torax, pulm, crânio  
2) Sol. crânio

SES - HOSPITAL DA RESTAURACAO  
TOMOGRAFIA DA EMERGENCIA

Ass. Médico

DATA: 1/1/2019

MÉDICO

TÉCNICO

EXAME

CONTRASTE

Leandro Fernandes  
Médico  
CRM: 12345

### Evolução de Enfermagem:

Ass. Enfermagem

### Definição do Caso:

☐ Internamento ☐ Cirurgia ☐ Óbito ☐ Termo de Alta a Pedido ☐ Evadiu-se ☒ Alta

Internado na Clínica

Transferido para:

### Condição de Alta:

☐ Curado ☒ Melhorado  
☐ Inalterado ☐ Piorado  
☐ Óbito

### Autorização para Alta / Internamento / Transferência:

Médico

CRM: 12345

Assinatura

Data: 19/1/19

### Termo de responsabilidade para Internamento:

Estou ciente das normas existentes neste hospital, as quais aceito integralmente e autorizo a realização de tratamento, clínicos e/ou cirúrgicos inclusive transfusões e sem exames complementares e transporte se forem necessários.

Data: Nome completo legível: \_\_\_\_\_

Nº. da identidade: Assinatura: \_\_\_\_\_

### Termo de responsabilidade de alta a pedido:

Responsabilizo-me pela imediata retirada do paciente neste nosocômio, bem como tenho absoluto conhecimento sobre todas as consequências que deste ato possam advir.

Data: Nome completo legível: \_\_\_\_\_

Nº. da identidade: Assinatura: \_\_\_\_\_

Data e Hora Impressão: 07-Jul-19



PREFEITURA MUNICIPAL DA  
LAGOA DOS GATOS - PE  
SECRETARIA DE SAÚDE



RECEITUÁRIO

24741

DATA: 7/7 2016

NOME: Maria de Fátima de Lencastre

Uso Europa 57222631

Pate ro que, vítima  
de acidente de moto.

TCE rego Panchula.

Inte, e costel a nuca  
evoluindo com "fontes".

na nuca de dechto,  
vômitos.

Glauber - 15

487-186

Set - 96 AA.

PA - 180/90 - montado

Fei 72:

Soluto - ocular pele,  
neurolpe.

Margarita Siqueira Reges  
CRM-PE: 25024

ASSINATURA DO MÉDICO



## HOSPITAL DA RESTAURACAO

### Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

MANCHESTER V2

Data e hora retirada da senha: 07/07/2019 16:57

	Nome Paciente:	MARIA DAS GRACAS DA SILVA
	Cód. Paciente:	
	Data de Nascimento:	08/05/1969
	Sexo:	Feminino
	Idade:	50
	Senha:	U0038
	Convênio:	
Atendimento:		
SAME:		

Período: 07/07/2019 16:58 - 07/07/2019 17:00

Período: 07/07/2019 16:58 - 07/07/2019 17:00  
SIMONE BORGES DE ASSIS ARRUDA - COREN: 107126 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - CLASSIFICAÇÃO

Previdência AMARELO - URGENTE

Cor		AMARELO
-----	--	---------

Quinta Principal: Queda de moto, há cerca de 8 horas. Era garupa, com capacete, refere perda de consciência, escoriações

Observação: PA 130/90, LAGOA DOS GATOS COM SENHA 5722263

**Filoxera antoma** TRAUMA MAIOR

**Discriminador(es):** - HISTÓRIA DE INCONSCIÊNCIA?

Especialidade: **NEUROCIRURGIA ADULTO**

- ESCLA COMA DE GLASGOW ADULTO: 15  
- REGUA DE DOR: 5

07/07/12

1875

# CIP 6/12/00 #

-10 Recenz. facate din analiza amon. TC 01303 24/1  
sursa de leg. bune cu loturi de sinteza. Recenz. niza  
dar nu mare

On June 18, 1968, 1968, 1968, 1968

201.4 211. DEC. 21 1971

ADD: Chelms, represent, in Rb, of ca

• Co. 7<sup>a</sup> Alta da Cav. gen. l.

Larchmont, N.Y.  
CCH-PE 11678

REC + Dec. 1950

Assinado(a) por: SIMONE BORGES DE ASSIS ARRUDA - COREN: 107126 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 07/07/2019 17:00

### Processo de Acolhimento com Classificação de Risco

Página 1 de 1





04107129

# NIRM

19435

Paciente com

história de queda de

para lá, 1 dia, com perda de  
consciência, sem vômitos.

Taxa de Casos  $\phi$  Lesões

Elas 15 - Isofita 1  $\phi$  Difusa

sem convulsões.

HRS: TCE 1 Politermone

CRS: Alta com Orientações

Carla Mota  
19285-PE  
Neurologia





Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco  
Hospital da Restauração

### Ficha de Atendimento

ETIQUETA

Numero do Registro

1422523

Data e Hora de Atendimento:  
06/05/2019 00:45

Local de Entrada: EMERGENCIA GERAL  
Atendimento Manual:

Paciente: 1677216 Paciente: JUSSIARIA MARIA BATISTA DA SILVA  
Data de nascimento: 02/12/1995 Idade: 23a 5m 3d Sexo: FEMININO  
Estado Civil: SOLTEIRO Profissão: Acompanhante: LUCIANA MARIA DA SILVA

DOC ID / Data expedição: 9854610 / 16-Jul-15 Mãe: ELIANA DA SILVA  
Pai: JOAO BATISTA DA SILVA Cartão SUS: 898003435984709

Endereço: TRAVESSA JERNIMO DE ALBUQUERQUE  
Bairro: SALGADO Número 8  
Cidade: CARUARU Complemento:  
UF: PE Telefone: 992194881

Ocorrências:  
Motivo do atendimento: COLISÃO VEICULO COM MOTO  
Procedência: HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE

Informações do Serviço Social:  
Confirmação de nome: Confirmação de endereço:  
Providências: Alta ☐ Caso Social ☐  
Encaminhamentos: Rede de Apoio ☐ GPCA ☐ Cons. Tutelar ☐ Delegacias ☐ Minist. Público ☐  
Outros: ☐   
Observação:   
História Clínica:

Assistente Social  
Assistente Social  
Assistente Social

FATURADO

Atendimento Médico  
Perda de consciência: Sim ☐ Não ☐ Episódio Emergo: Sim ☐ Não ☐ Acidente de Trabalho: Sim ☐ Não ☐  
Acidente de Trânsito: Sim ☐ Não ☐ Tipo: Transporte realizado Por:  
Imobilização Cervical: Sim ☐ Não ☐ Sofreu Queda: Sim ☐ Não ☐ Altura:  
Condições de imobilização adequadas: Sim ☐ Não ☐ Por Que?

#### Exame Físico:

A. Geral: Via aérea está pervia: Sim ☐ Não ☐ O paciente fala: Sim ☐ Não ☐ Temp:

#### B. Respiratório

C. Circulatório: PA: X mm Hg Pulso:

SES - HOSPITAL DA RESTAURACAO  
TOMOGRAFIA DA EMERGENCIA

DATA: 06/05/19 HORA:

MÉDICO:

TECNICO: Daniela

EXAME: Cx + brnca

CONTRASTE: ML

Scanned with  
CamScanner

# RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE		
Nome completo:		
-		
CRM:	UF:	Nº:
Endereço:		
Cidade:		
		UF:
Telefone: ( )		

1ª VIA FARMÁCIA  
2ª VIA PACIENTE

Paciente: Maria das Graças da Silva

Endereço: \_\_\_\_\_

Prescrição:

Dipriven (500mg) — 16  
3cp Vo 12/12hr

Gordond (100mg) — 16  
3cp Vo 12/12hr

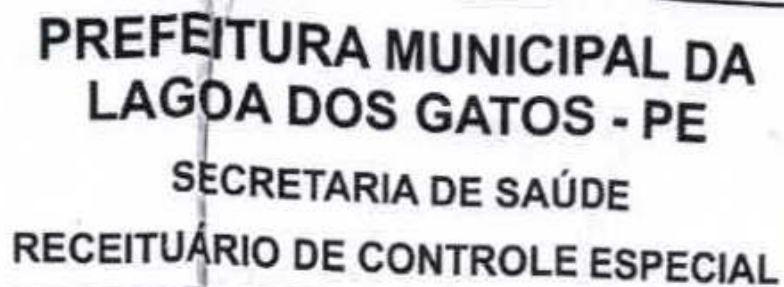
Vicente Cordeiro  
Osteodentista  
CRM-DF 2014

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR	
Nome completo:	
Ident:	
Org. Emissor:	
Endereço:	
Cidade:	
UF:	
Telefone: ( )	

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR	
Assinatura do Farmacêutico	
Data	







Scanned by CamScanner



RELATÓRIO MÉDICO PARA AVALIAÇÃO DE INVALIDEZ PERMANENTE (TOTAL OU PARCIAL)

DECLARAÇÕES DO MÉDICO (DE PRÓPRIO PUNHO)

DATA DO ACIDENTE:	7/7/14	DATA DO INÍCIO DO TRATAMENTO MÉDICO:	
NOME COMPLETO DA VÍTIMA:	Mora dos Graças do Silva		
LESÕES RESULTANTES DO ACIDENTE:	TCE		
DADOS RESUMIDOS DOS TRATAMENTOS REALIZADOS (DATA):	Tratamento conservador TCE Até 4/7/14		
ALTA MÉDICA:	Sim Não		
EXISTE ALGUM DEFETO OU DOENÇA PRÉ-EXISTENTE? CASO POSITIVO DESCREVER:	Sim Não		
COM RELAÇÃO À INVALIDEZ PODE-SE CONCLUIR QUE:			
<input type="checkbox"/> A INVALIDEZ É TEMPORÁRIA, PORTANTO PASSÍVEL DE RECUPERAÇÃO SIGNIFICATIVA OU DE CURA ATRAVÉS DE TRATAMENTO.			
<input checked="" type="checkbox"/> A INVALIDEZ É PERMANENTE, OU SEJA, NÃO HÁ POSSIBILIDADE DE RECUPERAÇÃO SIGNIFICATIVA OU DE CURA.			

GRAU DE INCAPACIDADE FUNCIONAL IRREVERSÍVEL (especificar o segmento ou órgão atingido):

SEGMENTO ANATÔMICO OU ÓRGÃO AFETADO
1º
2º
3º
4º
5º

Transtorno Traumatismo com Trauma de membro superior. Trauma de membro inferior. Alteração da audição visual e auditiva em grau contínuo de Perda e condicional 100% incapacitante

PRIMEIRO ASSINANTE OU AVALIADOR DA VÍTIMA NO PERÍODO DE 30 DIAS ANTES DO ACIDENTE: Correio

SEGUNDO ASSINANTE OU AVALIADOR DA VÍTIMA NO PERÍODO DE 30 DIAS ANTES DO ACIDENTE: Correio

DATA: 28/11/14

ASSINATURA E CARIMBO: Dr. Rosane C. Sobral  
Médica  
CREMEPE 26342





REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA  
INSTITUTO TAVARES BURIL



0001

*Maria das Graças da Silva*  
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE



VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO  
GERAL

4090263

DATA DE  
EXPEDIÇÃO 11/01/1989

NOME 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 ORDEM C.Nasc.nº 11196, Fls.106V, Liv.  
A-28, Cart. Lagoa dos Gatos-PE.

765321354/58 *Paula Pousa*

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

Scanned by CamScanner





SECRETARIA DA RECEITA FEDERAL  
CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS

CIC

NÚMERO DE INSCRIÇÃO NO CPF

765321354 53

Nº DE INSCRIÇÃO

765 , 321 , 354 , 53

NOME COMPLETO

Maria das Graças da Silva.

NASCIMENTO

08.05.69

ASSINATURA

Maria das Graças da Silva

TERÁ VALOR DE R\$ 100,00 COM A APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTO DE IDENTIDADE

Scanned by CamScanner



**Placa: PGM-7933**

**Espécie/ Tipo: PAS / MOTOCICLETA**

**Marca/ Modelo:**

**HONDA/NXR150 BROS ESD**

**Capacidade/ Potência/ Cilindrada: 2**

**/ 0 / 149**

**Cor predominante: VERMELHA**

**Chassi: 9C2KD0540ER010069**

**Combustível: ALCO/GASOL**

**Ano fabricação/ Ano modelo:**

**2013/2014**

**Categoria: PARTIC**

**Parcelamento/ Cotas: 3 X 0.00**

Scanned by CamScanner



## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190664548 **Cidade:** Lagoa dos Gatos **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** MARIA DAS GRACAS DA SILVA **Data do acidente:** 07/07/2019 **Seguradora:** Companhia de Seguros Previdência do Sul

### PARECER

**Diagnóstico:** TRAUMA CRÂNIO ENCEFÁLICO COM CONTUSÃO CEREBRAL SIMPLES

**Descrição do exame físico:** AO EXAME NEUROLÓGICO: SEM ALTERAÇÕES MOTORAS, AUTONOMICAS OU COGNITIVAS. QUEIXAS SUBJETIVAS.

**Resultados terapêuticos:** PACIENTE ENCONTRA-SE ATUALMENTE SEM SEQUELA NEUROLÓGICA

#### Sequelas permanentes:

**Sequelas:** Sem sequela

**Data do exame físico:** 06/01/2020

**Conduta mantida:**

**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



## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190664548 **Cidade:** Lagoa dos Gatos **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** MARIA DAS GRACAS DA SILVA **Data do acidente:** 07/07/2019 **Seguradora:** Companhia de Seguros Previdência do Sul

### PARECER

**Diagnóstico:** TRAUMA CRÂNIO ENCEFÁLICO COM CONTUSÃO CEREBRAL SIMPLES

**Descrição do exame físico:** AO EXAME NEUROLÓGICO: SEM ALTERAÇÕES MOTORAS, AUTONOMICAS OU COGNITIVAS. QUEIXAS SUBJETIVAS.

**Resultados terapêuticos:** PACIENTE ENCONTRA-SE ATUALMENTE SEM SEQUELA NEUROLÓGICA

#### Sequelas permanentes:

**Sequelas:** Sem sequela

**Data do exame físico:** 06/01/2020

**Conduta mantida:**

**Observações:**

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

### DANOS

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



## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190664548 **Cidade:** Lagoa dos Gatos **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** MARIA DAS GRACAS DA SILVA **Data do acidente:** 07/07/2019 **Seguradora:** Companhia de Seguros  
Previdência do Sul

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

**Data da análise:** 04/12/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Sim

**Diagnóstico:** TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO LEVE.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA. PÁG 3/4

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:**

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento  
faltante:**

**Apontamento do Laudo  
do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das  
sequelas:**

**Documentos  
complementares:**

**Observações:** (@ PÁG 13) SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

**Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.**

### DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Lesões neurológicas que cursem com dano cognitivo-comportamental alienante	100 %	Em grau residual - 10 %	10%	R\$ 1.350,00
<b>Total</b>			<b>10 %</b>	<b>R\$ 1.350,00</b>





## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190664548 **Cidade:** Lagoa dos Gatos **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** MARIA DAS GRACAS DA SILVA **Data do acidente:** 07/07/2019 **Seguradora:** Companhia de Seguros Previdência do Sul

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

**Data da análise:** 04/12/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Sim

**Diagnóstico:** TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO LEVE.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA. PÁG 3/4

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:**

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento  
faltante:**

**Apontamento do Laudo  
do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das  
sequelas:**

**Documentos  
complementares:**

**Observações:** (@ PÁG 13) SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

**Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.**

### DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Lesões neurológicas que cursem com dano cognitivo-comportamental alienante	100 %	Em grau residual - 10 %	10%	R\$ 1.350,00
<b>Total</b>			<b>10 %</b>	<b>R\$ 1.350,00</b>





## RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0421760/19

Número do Sinistro: 3190664548

Vítima: MARIA DAS GRACAS DA SILVA

CPF: 765.321.354-53

Seguradora: Companhia de Seguros Previdência do Sul

Data do acidente: 07/07/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: MARIA DAS GRACAS DA SILVA

### DOCUMENTOS APRESENTADOS

**MARIA DAS GRACAS DA SILVA : 765.321.354-53**

Comprovante de residência

### ATENÇÃO

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

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

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

#### Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 26/12/2019  
Nome: MARIA DAS GRACAS DA SILVA  
CPF: 765.321.354-53

MARIA DAS GRACAS DA SILVA

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 26/12/2019  
Nome: Steffany Carolyn Lins Veloso  
CPF: 115.938.994-24

Steffany Carolyn Lins Veloso



## RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0421760/19

**Vítima:** MARIA DAS GRACAS DA SILVA

**CPF:** 765.321.354-53

**Seguradora:** Companhia de Seguros Previdência do Sul

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 07/07/2019

**Titular do CPF:** MARIA DAS GRACAS DA SILVA

### DOCUMENTOS APRESENTADOS

#### Sinistro

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

**MARIA DAS GRACAS DA SILVA : 765.321.354-53**

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

### ATENÇÃO

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

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

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

#### Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 28/11/2019  
Nome: MARIA DAS GRACAS DA SILVA  
CPF: 765.321.354-53

MARIA DAS GRACAS DA SILVA

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 28/11/2019  
Nome: Steffany Carolyn Lins Veloso  
CPF: 115.938.994-24

Steffany Carolyn Lins Veloso





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

Rio de Janeiro, 02 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190664548

Vítima: MARIA DAS GRACAS DA SILVA

Data do Acidente: 07/07/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), MARIA DAS GRACAS DA SILVA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

Carta nº 15176067

Pag. 00561/00562 - carta\_01 - INVALIDEZ





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

Rio de Janeiro, 05 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190664548

Vítima: MARIA DAS GRACAS DA SILVA

Data do Acidente: 07/07/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: INTERRUPTÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), MARIA DAS GRACAS DA SILVA

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00027/00028 - carta\_02 - INVALIDEZ

00070014



Carta nº 15194288





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

Rio de Janeiro, 19 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190664548 Vítima: MARIA DAS GRACAS DA SILVA

Data do Acidente: 07/07/2019 Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), MARIA DAS GRACAS DA SILVA

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

<b>Comprovante de residência</b>	Apresentar a cópia simples do comprovante de residência da vítima, pois não foi entregue.
----------------------------------	---

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

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

Pag. 00277/00278 - carta\_03 - INVALIDEZ

00070139



Carta nº 15264952





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

Rio de Janeiro, 14 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190664548

Vítima: MARIA DAS GRACAS DA SILVA

Data do Acidente: 07/07/2019

Cobertura: INVALIDEZ

**Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO**

**Senhor(a), MARIA DAS GRACAS DA SILVA**

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

Foi verificado que o dano pessoal evoluiu sem sequela definitiva, razão pela qual não foi caracterizada a invalidez permanente coberta pelo Seguro DPVAT.

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

Pag. 01759/01760 - carta\_04 - INVALIDEZ

00040880



Carta nº 15362684







## PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: \_\_\_\_\_ CPF da vítima: 765391354-53 Nome completo da vítima: Maria dos Górgos da Silva  
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012  
Nome completo: Maria dos Górgos da Silva CPF: 765.391.354-53  
Profissão: Mecânica Endereço: Rua Tome Basso Número: 196 Complemento: 196 casa  
Bairro: Bompreço Cidade: Jangadeiros Górgos Estado: PE CEP: 55450-000  
E-mail: Mecanica Tel (DDD): 81 99304-6999

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

RENDA MENSAL:  
☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00  
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

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

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

☒ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)  
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 0993 CONTA: 10007405 5  
(informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: \_\_\_\_\_

AGÊNCIA: \_\_\_\_\_ CONTA: \_\_\_\_\_  
(informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

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

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: \_\_\_\_\_

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

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: \_\_\_\_\_ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

Inscrição  
Registro da  
vítima em  
benefício do  
valor do pagamento

Local e Data: Jangadeiros Górgos, 28.11.19  
Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_

(\*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

### TESTEMUNHAS

1ª Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura

2ª Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura

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

FPS.001 V001/2018

NET GAME/SCOPUS  
BRUNO LUIZ DE MOURA  
RUA DO COMERCIO 53  
CENTRO LAGOA DOS GATOS PE

V19.1 06/08/2019 11:03  
TERM 000001 LOJA 000010698700001

AUTE 77008

DATA:06/08/2019 HORA DE BRASILIA:11:03

DEPOSITO EM CONTA POUPANCA

FAVORECIDO

BANCO : 237

AGENCIA: 06993 - CUIRA

CONTA : 0000001000405-5

NOME : MARIA DAS GRACAS DA SILVA

DEPOSITANTE : O PROPRIO

FAVORECIDO

VALOR EM DINHEIRO : 280,00

VALOR EM CHEQUE : 0,00

VALOR TOTAL : 280,00

AG.BRADESCO :6993 - CUIRA

CORRESP.BANC.:074 NET GAME

NSU: 003311956061 AUTENTICACAO: 431419

O NET GAME ATUA COMO CORRESPONDENTE  
BANCARIO DO BANCO BRADESCO S/A.

CONSERVE ESTE RECIBO

OUVIDORIA BRADESCO  
0800 727 9933

Scanned by CamScanner





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

**Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo**

Número do Sinistro: 3190664548  
Nome do(a) Examinado(a): Maria das Gracas da Silva  
Endereço do(a) Examinado(a): Rua Tome Bispo, 196  
Compesa Lagoa dos Gatos PE CEP: 55450-000  
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [ SDS / PE ] 4090863  
Data local do acidente: [ 07/07/2019 ]  
Data local do exame: [ 06/01/2020 ] Goiana [ PE ]

**Resultado da Avaliação Médica**

- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:  
**TRAUMA CRÂNIO ENCEFÁLICO COM CONTUSAO CEREBRAL SIMPLES**
- II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.  
**Tratamento: PACIENTE FOI ATENDIDO NO DIA 07/07/2019 COM DIAGNÓSTICO DE TRAUMA CRÂNIO ENCEFÁLICO. O MESMO APRESENTAVA ALTERAÇÃO DO NÍVEL DE CONSCIÊNCIA E FOI SUBMETIDO A EXAME DE IMAGEM ONDE NÃO EVIDÊNCIOU LESÕES INTRAPARENQUIMATOSAS. FOI ACOMPANHADO EM CARÁTER AMBULATORIAL E NÃO REALIZOU SESSÕES DE FISIOTERAPIA. NO MOMENTO ENCONTRA-SE EM ALTA DEFINITIVA.**  
**Complicações: PACIENTE APRESENTA CEFALÉIAS CONSTANTES COM NECESSIDADE DE USO DE ANALGÉSICOS,**  
**Data da Alta: 07/07/2019**
- III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado:  
**AO EXAME NEUROLÓGICO: SEM ALTERAÇÕES MOTORAS, AUTONOMICAS OU COGNITIVAS. QUEIXAS SUBJETIVAS.**
- IV. Nexa de casualidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?  
**(X) Sim** ( ) Não
- V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)?  
( ) Sim **(X) Não**
- VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:  
**Caso a resposta do item V seja "Não", concluir utilizando apenas as opções no item VII "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item VII "b"**
- VII. Segundo o previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.
- a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (\*).  
( ) "Vítima em tratamento" **(X) "Sem sequela permanente"**  
*Esta avaliação médica deve ser repetida em \_\_\_\_\_ dias* *(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 parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.
- |   |   |
|---|---|
| Região Corporal (Sequela):  | Região Corporal (Sequela):  |
| % do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve<br>( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo | % do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve<br>( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo |
| Região Corporal (Sequela):  | Região Corporal (Sequela):  |
| % do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve<br>( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo | % do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve<br>( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo |
- VIII. (\*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.

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

  
**Dr. Tiago Martins Formiga**  
Ortopedia e Traumatologia  
8085 CRM-PB / 24411 CRM-PE  
TEOT 14830





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO  
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 064ª CIRCUNSCRIÇÃO - GLÓRIA DO GOITÁ - DP64ªCIRC  
DINTER/12ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 19E0154001278

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 18/11/2019 às 21:56

**ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado)** que aconteceu no dia 7/7/2019 no período da Manhã

Natureza Jurídica: **ACIDENTE COM VÍTIMA NÃO FATAL**

Fato ocorrido na endereço: **MUNICÍPIO DE LAGOA DOS GATOS, 1, SÍTIO RAPOSO - LAGOA DOS GATOS - PE - Bairro: ZONA RURAL - LAGOA DOS GATOS/PERNAMBUCO/BRASIL**  
Local do Fato: **VILA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR/AGENTE)  
IVO GOMES DE SOUZA (OUTRO)  
PAULO HENRIQUE GOMES (TESTEMUNHA)  
MARIA DAS GRAÇAS DA SILVA (VÍTIMA)



Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): **MARIA DAS GRAÇAS DA SILVA**  
VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**

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

**MARIA DAS GRAÇAS DA SILVA (presente ao plantão)** - Sexo: **Feminino** Mãe: **JOSEFA MARIA DA SILVA** Pai: **CICERO JOSÉ DA SILVA** Data de Nascimento: **8/6/1969** Nacionalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **4896262/SS-PE (RG) 78522135453 (CPF)** Estado Civil: **CASADO(A)** Escolaridade: **1º. GRAU INCOMPLETO** Profissão: **AGRICULTOR(A)**  
Endereço Residencial: **MUNICÍPIO DE LAGOA DOS GATOS, 196, RUA TOMÉ BISPO - 196 - COMPESA - CEP: 55450 - Bairro: LAGOA DOS GATOS/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

**IVO GOMES DE SOUZA (não presente ao plantão)** - Sexo: **Masculino** Nacionalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

**PAULO HENRIQUE GOMES (não presente ao plantão)** - Sexo: **Masculino** Nacionalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

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

**MOTOCICLETA (VEÍCULO)** de propriedade do(a) Sr(a): **PAULO HENRIQUE GOMES**, que estava em posse do(a) Sr(a): **MARIA DAS GRAÇAS DA SILVA**  
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA HONDA/NXR 150 BROS ESD** Objeto apreendido: **Não**  
Cor: **VERMELHA** - Quantidade: **1 (UNIDADE)**

18/11/2019 21



Placa: **PGM7823** (PERNAMBUCO) NÃO INFORMADO; Chassi: **9CZKD0540ER010060**  
 Ano Fabricação/Modelo: **2013/NÃO INFORMADO** Combustível: **ALCO/GASOL**  
 Descrição: **MOTOCICLETA HONDA NCR 150 SR05 ESD DE PÇAÇA PGM 7823**

**VEICULO CARRO (VEICULO)** de propriedade do(a) Sr(a) **DESCONHECIDO**, que estava em posse do(a) Sr(a) **DESCONHECIDO**  
 Categoria/Identificação: **AUTOMOVEI OUTRO/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**  
 Cor: **CINZA** - Quantidade: **1 (UNIDADE)**

Descrição: **VEICULO CARRO NÃO IDENTIFICADO CAUSADOR DO ACIDENTE**

### Complemento / Observação

**AFIRMA A VITIMA, QUE ESTAVA NA GARUPA DA REFERIDA MOTOCICLETA CONDUZIDA PELO SEU ESPOSO, QUE PASSAVA NA SITUAÇÃO LOCALIDADE, QUANDO UM VEICULO EM VELOCIDADE ENTRAVA DE MANEIRA BRUSCA NA ESTRADA, QUE O FECHOU, OCASIONANDO O ACIDENTE. O MOTORISTA NÃO PAROU E TAMBEM NÃO PRESTOU SOCORRO, TENDO A VITIMA SIDO SOCORRIDA PELO SAMU PARA O HOSPITAL LOCAL DE LAGOA DOS GATOS E TRANSFERIDA PARA O HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO - HR - EM RECIFE. DIANTE DO FATO, REGISTRA O PRESENTE BO.**

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

**MARIA DAS GRAÇAS DA SILVA**  
 (VITIMA)

*maria das graças da Silva*

B.O. registrado por: **JOSSON DOS SANTOS SILVA** - Matrícula: **381.171-8**

*João*







## PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: \_\_\_\_\_ CPF da vítima: 765391354-53 Nome completo da vítima: Maria dos Graças da Silva  
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012  
Nome completo: Maria dos Graças da Silva CPF: 765.391.354-53  
Profissão: Recusou Endereço: Rua Tome Bizzo Número: 56 Complemento: casa  
Bairro: Campina Cidade: Jangadeiros Gatos Estado: PE CEP: 55450-000  
E-mail: recusou Tel. (DDD) 81 99304-6999

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

REDA MENSAL:  
☒ RECURSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00  
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

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

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)  
☒ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)  
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)  
AGÊNCIA: 0993 CONTA: 10004055  
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)  
☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)  
Nome do BANCO: \_\_\_\_\_  
AGÊNCIA: \_\_\_\_\_ CONTA: \_\_\_\_\_  
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

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

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

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

Assinatura do representante legal (se houver) \_\_\_\_\_ Assinatura do Procurador (se houver) \_\_\_\_\_  
Local e Data: Jangadeiros Gatos, 28.11.19  
Nome: \_\_\_\_\_ 1ª | Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_  
Assinatura \_\_\_\_\_  
(\*) Assinatura de quem assina A ROGO  
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante) \_\_\_\_\_ 2ª | Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_ Assinatura \_\_\_\_\_

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

FPS.001 V001/2018



**CELPE**

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

**DADOS DO CLIENTE**

MARIA DAS GRACAS DA SILVA

**ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA**

RUA TOME BISPO 196

CPF. 765.321.354-53 NIS 16382181375

COMPESA/LAGOA DOS GATOS  
LAGOA DOS GATOS PE  
55450-000

**CLASSIFICAÇÃO**

B1 RESIDENCIAL  
BAIXA RENDA COM NIS

Nº DA NOTA FISCAL	SERIE	EMIÇÃO
083150849	ÚNICA	29/10/2019
APRESENTAÇÃO	Nº DO CLIENTE	Nº DA INSTALAÇÃO
29/10/2019	2000557444	1847706

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO
1046499022	10/2019
DATA DE VENCIMENTO	DATA PREVISTA PRÓXIMA LEITURA
05/11/2019	28/11/2019
TOTAL A PAGAR (R\$)	
115,96	

**DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL**

	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo até 30 kWh	30,0000000	0,27049070	8,11
Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh	70,0000000	0,46369834	32,45
Consumo Ativo superior a 100 até 220 kWh	81,0000000	0,69554752	56,33
Acrescimo Bandeira AMARELA			2,42
Acrescimo Bandeira VERMELHA			0,88
Contrib. Ilum. Pública Municipal			12,94
ICMS Subvenção-CDE-NF 075438390-28/08/19			0,87

Scanned by CamScanner





Número: **0010715-69.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção A da 17ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **27/02/2020**

Valor da causa: **R\$ 13.500,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **NÃO**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
MARIA DAS GRACAS DA SILVA (AUTOR)		PAULO ANTONIO COELHO CASTOR (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (RÉU)			
ARUANA SEGUROS S.A. (RÉU)			
CLAUDIO DA CUNHA CAVALCANTI NETO (PERITO)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
62994302	04/06/2020 11:23	<a href="#">ANEXO 2</a>	Outros (Documento)



## 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 Tere Birço</u>
Número	<u>196</u>
Apto / Complemento	
Bairro	<u>Compesa</u>
Cidade	<u>Lagoa 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: Lagoa dos Gatos, 06/11/17

Assinatura do Declarante: Maria das Graças da Silva

05.802.494/0001-4

TRACÇÃO CORREÇÃO  
DE SEGUROS LTDA

24 NOV. 2017

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL C

Boa Vista - CEP: 50.060-010

RECIFE-PE





União Social de Energia Elétrica - CEFAS para LULA, de 2004/01  
Companhia Energética de Pernambuco  
Av. Manoel de Sá, 11, 2º andar, Recife, Pernambuco - CEP 50040-000  
CNPJ 08.635.500/00-38 | E-mail: EEL@cefpe.com.br | www.cefpe.com.br

DADOS DO CLIENTE  
MARCIA LACERDA DA SILVA

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA  
RUA LACERDA, 196

CPF 785.321.354-54 | 8 18342181375

CONFERIR AG 1005 GAT 105  
AG 1005 GAT 105 PE  
50.480.000

CLASSIFICAÇÃO  
H1 RESIDENCIAL  
DURA RENDA COM NIS  
Votante

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO
04649902	09/2017
DATA DE VENCIMENTO	DATA DE VENCIMENTO
05/10/2017	30/10/2017
TOTAL A PAGAR (R\$)	
	83,64

NOTA FISCAL Nº 280057444  
LÍQUIDA 280057444  
LÍQUIDA 1347701

1ª Apresentação: 280057444  
2ª Apresentação: 280057444  
3ª Apresentação: 1347701

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO UNIT.	VALOR (R\$)
Consumo Ativo 30 kWh	30,000000	4,2330000	6,60
Consumo Ativo Super 30 kWh	70,000000	3,3943658	23,76
Consumo Ativo Super 133 kWh 278 kWh	65,000000	3,9915887	25,95
Acrescimo Bandeira AMARELA			2,84
Acrescimo Bandeira VERMELHA			0,29
Contribuição Limpeza Pólios			12,34
ICMS Subvenção-CCS-PP 30063782-3000117			3,77

TOTAL DA FATURA

83,64

DATA	TIPO DA FUNÇÃO	DATA	TIPO DA FUNÇÃO	DATA	TIPO DA FUNÇÃO	DATA	TIPO DA FUNÇÃO	DATA	TIPO DA FUNÇÃO
05/10/2017	ANTERIOR	05/10/2017	ANTERIOR	05/10/2017	ANTERIOR	05/10/2017	ANTERIOR	05/10/2017	ANTERIOR
05/10/2017	POSTERIOR	05/10/2017	POSTERIOR	05/10/2017	POSTERIOR	05/10/2017	POSTERIOR	05/10/2017	POSTERIOR

DATA	TIPO DA FUNÇÃO	DATA	TIPO DA FUNÇÃO	DATA	TIPO DA FUNÇÃO	DATA	TIPO DA FUNÇÃO	DATA	TIPO DA FUNÇÃO
05/10/2017	ANTERIOR	05/10/2017	ANTERIOR	05/10/2017	ANTERIOR	05/10/2017	ANTERIOR	05/10/2017	ANTERIOR
05/10/2017	POSTERIOR	05/10/2017	POSTERIOR	05/10/2017	POSTERIOR	05/10/2017	POSTERIOR	05/10/2017	POSTERIOR

IMPORTE DESCONTADO  
Desconto de 10% sobre o valor total da fatura, conforme Lei nº 10.162/2001, art. 1º, inciso I, alínea a).

DATA	TIPO DA FUNÇÃO	DATA	TIPO DA FUNÇÃO	DATA	TIPO DA FUNÇÃO	DATA	TIPO DA FUNÇÃO	DATA	TIPO DA FUNÇÃO
05/10/2017	ANTERIOR	05/10/2017	ANTERIOR	05/10/2017	ANTERIOR	05/10/2017	ANTERIOR	05/10/2017	ANTERIOR
05/10/2017	POSTERIOR	05/10/2017	POSTERIOR	05/10/2017	POSTERIOR	05/10/2017	POSTERIOR	05/10/2017	POSTERIOR

Endereço: Rua da Aurora, nº 175, 1º andar, Boa Vista - Recife, PE - CEP 50.060-010

CONTA CONTRATO MÊS/ANO DATA DE VENCIMENTO TOTAL A PAGAR (R\$)

04649902 09/2017 05/10/2017 83,64

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

04649902210-1 09972588143-6

04649902210-1 09972588143-6

04649902210-1 09972588143-6

04649902210-1 09972588143-6

04649902210-1 09972588143-6

04649902210-1 09972588143-6

04649902210-1 09972588143-6



## DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA



"0015"

- Imprimir

Eu, Paulo Ricardo Gomes de SouzaRG nº 9.673.260, data de expedição 06/03/13 Órgão S.D.S.-PE

CPF nº 121.611.574-50, 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 Tome Bispo</u>
Número	<u>196</u>
Apto / Complemento	
Bairro	<u>Compara</u>
Cidade	<u>Boa Vista 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: Boa Vista dos Gatos, 06/11/17Assinatura do Declarante: Paulo Ricardo Gomes de SouzaTRACÃO CORREÇÃO  
DE SEGUROS LTDA

24 NOV. 2017

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



Imã Social de Energia S.M. Ltda. - Cidada pela Lei 70.499, de 26/04/02.  
Companhia Energética de Pernambuco  
Rua da Aurora, Nº 75, SL 902 BL. C  
Boa Vista - CEP 50.060-010  
CNPJ 10.538.932/0001-05 (Insc. Est. 005843-01) | www.celpe.com.br

CLIENTE  
MARIA DAS GRACAS DA SILVA

ENDEREÇO DA UNIDADE DE CONSUMIDORA  
R. LA TOME BIST 198

CPF 765.321.354-53 NR 16342101375

COMPESAM AGC - DOS GATOS  
LACOM DOS CATAS PE  
55450-000

CLASSIFICAÇÃO  
BT RESIDENCIAL  
BAIXA TENSÃO COMMS  
Monofase

Nº DA TABELA 200620888 UNICA 2305/2017

AMPERAGEM 200055/444 184706

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

	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo até 30 kWh	30,0000000	1,23004383	6,90
Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh	70,0000000	0,38135539	27,80
Consumo Ativo superior a 100 até 220 kWh	55,0000000	0,49153307	27,53
Atividade Bandeira AMARELA			2,64
Atividade Bandeira VERMELHA			0,28
Contribuição Iluminação P.2016			12,84
ICMS Subvenção-COF-44-002831762-290/117			0,77

TOTAL DA FATURA

83,64

VEICULO	TIPO DA	ANTERIOR	ATUAL	Nº DE	CONSTANTE	ALISTE	CONSUMO (KWH)
2102504	CAT	24-05-2017	24-06-2017	17-000	00000		15,00

PERÍODO	TIPO DA	ANTERIOR	ATUAL	Nº DE	CONSTANTE	ALISTE	CONSUMO (KWH)
2102504	CAT	24-05-2017	24-06-2017	17-000	00000		15,00

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

VEICULO	TIPO DA	ANTERIOR	ATUAL	Nº DE	CONSTANTE	ALISTE	CONSUMO (KWH)
2102504	CAT	24-05-2017	24-06-2017	17-000	00000		15,00

DATA DE VENCIMENTO 05/10/2017  
TOTAL A PAGAR (R\$) 83,64  
83850000000-8 65640011001-8 04619902210-1 08972588143-6



PREFEITURA MUNICIPAL DA LAGOA DOS GATOS  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE



DATA: 02/09/17 HORA: 13:42 REGISTRO: 243 180  
NOME: Maria das Graças da Silva  
IDADE: 47 anos DATA DE NASCIMENTO: 08/05/69 SEXO: F  
ENDEREÇO: R. José Tomé Bispo  
NATURALIDADE: La. dos Gatos PROFISSÃO: agricultora COR: F  
RESPONSÁVEL: A mesma IDENTIDADE: F  
CARTÃO DO SUS: FILIAÇÃO: F  
PESO: PA: 120x80 TEMPERATURA: PULSO: EC: FR:

QUEIXA PRINCIPAL: HGT-198

DADOS CLÍNICOS:

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:

EXAMES SOLICITADOS:

TRATAMENTO PROPOSTO:

EXAME SOLICITADO:

Oldaci Bernardes  
Enfermeiro  
COREN 444577

35.802.494/0001-41  
TABACÃO CORRETOIA  
DE SEGUROS LTDA

24 NOV. 2017

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

RECIFE-PE

DIAGNÓSTICO INICIAL:

DIAGNÓSTICO DEFINITIVO:

DESTINO DO PACIENTE:



INTERVADO PARA OBSERVAÇÃO



LIBERADO PARA RESIDÊNCIA COM MEDICAÇÃO PRESCRITA



ALTA PEDIDO



LIBERADO PARA RESIDÊNCIA COM MEDICAÇÃO APLICADA



TRANSFERIDO PARA OUTRA CIDADE



ÓBITO

TRANSFERIDO PARA:

João Bosco de Albuquerque  
MÉDICO  
CREMEPE: 20.181





OK

## FICHA DE ATENDIMENTO

FICHA DE ATENDIMENTO: 77273 IDADE: 48 ano(s) 4 mês(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 JOSE TOMÉ BISPO

Nº 196

BAIRRO: CENTRO

ESTADO CIVIL: CASADO (A)

DOCUMENTO: SUS1639893120400021

PROFISSÃO: AGRICULTOR

TÉCNICO:

ENFERMEIRO:

MÉDICO:

## ÚLTIMOS ATENDIMENTOS

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

## INFORMAÇÕES

HORÁRIO PA TEMPERATURA PULSO PESO HGT

*130x80*

*175*

ASSINATURA

Queixas / Diagnóstico:

Tratamento:

*lesão clínica  
de da em estomago  
(E) ainda queda de  
21 dias.*

Exames Complementares: *Dr. Sérgio Belém*  
Médico Internista  
Mat. 83306130  
CPF: 021962514-08  
UDASG

Impressão diagnóstica:

*luxação estomago!*

Outras Informações:

05.802.494/9001-43

Motivo da Saída: ( ) Residência ( ) Internado ( ) Prescritivo

TRACÃO CORRETIVA

DESENVOLVIMENTO

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

( ) Urgência Básica ( ) Urgência Especializada ( ) Observação Básica ( ) Observação Especializada

Assinatura do Técnico:

Assinatura do Médico:

*Dr. Alexandre Silva*  
MÉDICO  
CRM-PE 25760

06/09/2017 11:00:08





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
HOSPITAL REGIONAL DO ARARIPE

## 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.

*Antonio Yves Cordeiro de Mello Junior*  
Antonio Yves Cordeiro de Mello Junior  
Setor de Arquivo - SAME do HRA  
Matrícula: 12450

Setor de Arquivo (SAME)

05.802.494/0001-430  
TRACÃO CORREIOIA  
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 PEQUENINO

LAUDO MEDICO

A Paciente Maria da  
Graça de Silva encontrou-se  
operada de fraturas de cabec  
do fêmur E.

Segundo  
21/9/17

Dr. Antonio Yves Cordeiro de Mello Junior  
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 PEQUENINO

*Supra:*

*Mapa das Gracas da Silva*

*Solicitado:*

*de informações e,  
do perfil*

*Bezerros  
9/11/17*

*[Signature]*

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

05.802.494/0001-41

TRACÇÃO CORRETORA  
DE SEGUROS LTDA

24 NOV. 2017

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



11

NOME: Maria das Graças da Silva

REG: 115744

DIAGNÓSTICO: Fratura da cabeça do crânio esquerdo

TRATAMENTO: Hiseção com parafusos de Hebert

DATA DA CIIURAGIA: 08/03/2017

DATA: 09/03/2017

DATA DA VOLTA: 21/04/2017

7:00H DA MANHÃ

OBS:

2ª REVISÃO

3ª REVISÃO

4ª REVISÃO

5ª REVISÃO

05.802.494/0001-41

TRACÇÃO CORRETOIA  
DE SEGUROS LTDA

24 NOV. 2017

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C

Boa Vista - CEP: 50.060-010

RECIFE-PE



REGISTRO CIVIL 40902663 11/01/1989  
MARCIA DAS GRAÇAS DA SILVA  
Cícero José da Silva e  
Josefa Maria da Silva  
NATURALIDADE DATA DE NASCIMENTO  
Lagoa dos Gatos-PE 08/05/1969  
DO DOBEN C.Nasc.nº 11196, Fls.106V, Liv.  
A-28, Cart. Lagoa dos Gatos-PE.  
CPF 765321354/501  
Assinatura do 3º REITOR  
Assinatura do 3º REITOR  
Assinatura do 3º REITOR

[illegible]

~~XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX~~

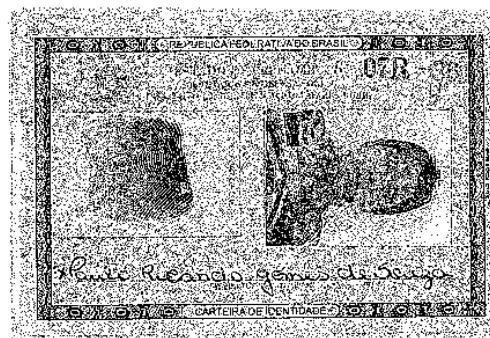
\* INVALIDE 2

05.802.494/0001-47  
TRACAO CORRETECHA  
DE SEGUROS LTDA  
24 NOV. 2017  
Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL C  
Boa Vista - CEP: 50.060-010  
RECIFE-PE

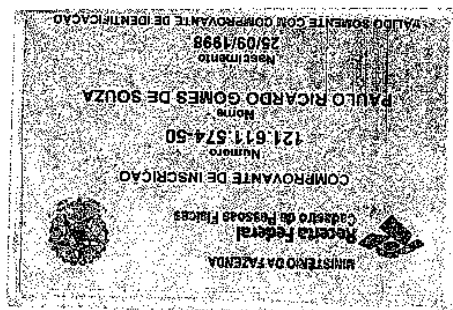
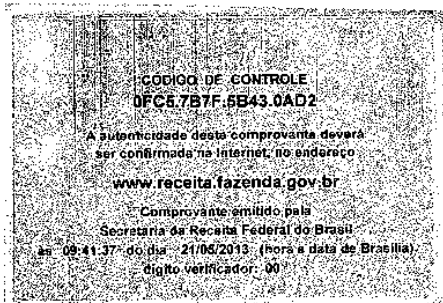




05.802.499/0001-8  
TRAÇÃO CORRETOIRA  
DE SEGUROS LTDA  
24 NOV. 2017  
Rua da Aurora, nº 175, SL 902 BL. C  
Boa Vista - CEP: 51.060-010  
RECIFE-PE







15.802.494/0001-41  
TRAÇÃO CORRETOIRA  
DE SEGUROS LTDA

24 NOV 2017

Rua da Aurora, Nº 175, SL 900 BL. C  
Rosa Vista - CEP: 59.060-010  
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 campesina, 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 campesina, cidade  
Lagoa dos Gatos, Estado PE.

Ampla 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.

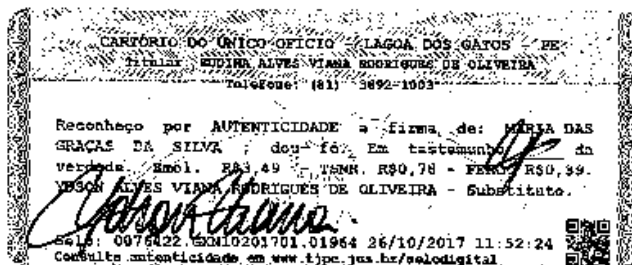
Lagoa dos Gatos, 26 de Outubro de 2017

Outorgante Maria das Graças da Silva

05.802.494/0001-14  
TRACÇÃO CORRETORA  
DE SEGUROS LTDA

24 NOV. 2017

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



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

[ ☒ ] Sim [ ☐ ] Não

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

[ ☒ ] Sim [ ☐ ] Não

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

*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



Rio de Janeiro, 30 de Novembro de 2017

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

Nº Sinistro: **3170629068**

Vítima: **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](http://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**

Pag. 00317/00318 - carta\_03 - INVALIDEZ



Carta nº 12036555



Rio de Janeiro, 30 de Novembro de 2017

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

Nº Sinistro: **3170629068**

Vítima: **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

Pag. 00401/00402 - carta\_01 - INVALIDEZ

00030201



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](http://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**

Pag. 00655/00656 - carta\_02 - INVALIDEZ



Carta nº 12776204



Rio de Janeiro, 27 de Maio de 2018

Carta nº: 12880151

A/C: MARIA DAS GRACAS DA SILVA

Nº Sinistro: 3170629068  
Vitima: 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.

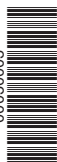
Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br).

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

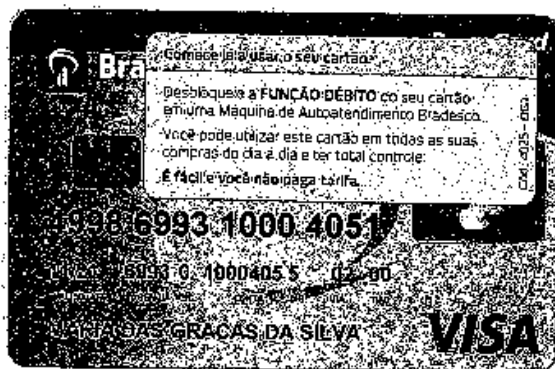
Pag. 00005/00006 - carta\_15R - INVALIDEZ

00030003









*gomban*

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/14ªDESPC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 17E0189000213

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

**OUTRAS OCORRÊNCIAS DE TRÂNSITO - Quilômetro (Consumado) que aconteceu no dia 25/10/2017 no período da Tarde**

Fato ocorrido no endereço: MUNICÍPIO DE LAGOA DOS GATOS, I. COMESA - BAIRO: CENTRO - LAGOA DOS GATOS/PERNAMBUCO/BRASIL  
Local do fato: VIA PÚBLICA

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

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:  
VEÍCULO: (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 Per. GIGERO JOSE DA SILVA Data de nascimento: 26/07/1952 Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL  
Endereço Residência: MUNICÍPIO DE LAGOA DOS GATOS, 196, RUA TOME BISPO, BAIRRO COMESA - CEP: 52000-000 - 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 DELIVO GOMES DE SOUZA Data de nascimento: 26/09/1982 Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL  
Endereço Residência: MUNICÍPIO DE LAGOA DOS GATOS, 196, RUA TOME BISPO, BAIRRO COMESA - CEP: 52000-000 - Bairro: CENTRO - LAGOA DOS GATOS/PERNAMBUCO/BRASIL

LUIZ CARLOS FELIX DA SILVA (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino  
Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL  
Endereço Residência: Rua 175, SL 902 BL C Boa Vista - CEP: 50.060-010 RECIFE-PE

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

MOTOCICLETA (VEÍCULO) de propriedade do(a) Sr(s): LUIZ CARLOS FELIX DA SILVA, que estava em posse do(a) Sr(s): PAULO RICARDO GOMES DE SOUZA  
Categoria/Braço/Blindado: MOTOCICLETA/NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO Objeto apreendido: NÃO



file:///C:/Users/Policia civil/infopolvxml/BOZPreview.htm!

25/10/2017



Cor: PRETA - Quantidade: (UNIDADE NÃO INFORMADA)

Placa: PE90864 (NÃO INFORMADO/NÃO CADASTRADO) Renavam: 926264640 Classe: 992H66210DR406542

Ano Fabricação: 00606

Combustível: GASOLINA

08/10/2013

## Complemento / Observações

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

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

*Maria das Graças da Silva*  
MARIA DAS GRACAS DA SILVA  
(VITIMA)

B.O. registrada por: RICARDO ALVES CORREIA - Matrícula: 99819-7




05.802.494/0001-41  
FACÇÃO CORRÊTORIA  
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

 Seguradora Lider dos  
Consórcios do Seguro DPVAT

### 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](http://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.

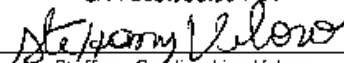
#### Portador da documentação entregue

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 4090263 e inscrito no CPF/MF sob o nº 765.321.354-53, residente e domiciliado na Rua Tameirão, 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

TRACÃO CORRRETOJA  
DESEMPENHADA

24 NOV. 2017

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





**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 JOSE TOME BISPO Nº 196 BAIRRO: CENTRO  
ESTADO CIVIL: CASADO (A) DOCUMENTO: SUS1639893120400021  
PROFISSÃO: AGRICULTOR  
TÉCNICO: ENFERMEIRO:  
MÉDICO:

**ÚLTIMOS ATENDIMENTOS**

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

**INFORMAÇÕES**

HORÁRIO PA TEMPERATURA PULSO PESO HGT

130x80

175

ASSINATURA  
ENFERMEIRO  
CUPIRA - PE  
ENTREMEIA

Queixas / Diagnóstico: Tratamento:

*Exame clínico  
de dor em cotovelo  
(E) após queda de  
m. dia.*

Exames Complementares: Dr. Sérgio Belém  
Médico Internista  
Mat. 287305150  
CPF: 021302514-08  
UPABOL

Impressão diagnóstica:

*Luxação do cotovelo!*

Outras Informações:

Motivo da Saída: ( ) Residência ( ) Internado ( ) Encaminhado: *Encaminhado ao ORTO*

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

( ) Urgência Básica ( ) Urgência Especializada ( ) Observação Básica ( ) Observação Especializada

Assinatura do Técnico:

Assinatura do Médico: 05.802.494/0001-41

TRAÇÃO CORRETIVA SÍLICO  
DE 500g A 1000g  
MÉDICO  
26 ABR 2017

06/09/2017 11:00:08

Rua da Aurora, nº 175, SL 902 BL. C  
Boa Vista - CEP: 53.060-010  
RECIFE-PE



A Lideir

De moradia das Praças da Silva

CPG 765.321.354.53

Assunto: Atc de lauralleno  
Exigência de

Prel Zado

Em atendimento a vossa Exi-  
gência, venho por meio desta  
informar

que na data do senar Ter, 24 de  
ago, o dia 02/09/2012, sofreu  
uma acidente

de trânsito foi socorrida pelo  
meu filho o Hospital local  
da Zona das Graças e dela foi  
desmanchado para

Hona Toró Hospital de cirurgia  
de pais para o Pequeno de  
a Polícia de Coaracuru PE.

De pais foi transferido para o  
furno peque. nuno em Pequenas  
pessombas onde

foi realizado todo o tratamento  
mento cirurgico 05.802.000.001.4

Dual não e pais de  
apresentar o ato de de arrolamento

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



que foi deixado por este com a  
trada redutora das demais se  
a partir da obtenção do entendimento  
médico do foi mais e considero  
a hospitalar informando a  
a mente a "qualidade" Principio  
a por acidente de morte além de  
contar os exames realizados  
diagnósticos, conduta médica  
e médico responsável Valgim  
e com a assinatura  
do médico e carimbo. Por  
esta comissão foi não  
passou a outra documentação  
e caso não se queradora em  
tendo sido a mesma, foi  
realizado onde teria para  
a confirmação da validade  
do aqui não todo, pois a  
de termos que tomar as  
medidas judiciais cabíveis.  
Diante deste quadro  
colocar também a despo  
sua para a realização  
de médico de variação pe  
tência.

Sin mais, fica no  
em do  
Ela das Gata  
X mais das. Joga da Silva

05.802.494/0001-4

TRACÇÃO CORREIO  
DE SEGURANÇA

26 ABR 2013

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C



Boa Vista - CEP: 50.060-010

PERCEP. P.



Protocolo: 2017-11 0218

Ortopedia

	<b>Sistema Único de Saúde</b> <b>Ministério da Saúde</b> <b>Secretaria de Saúde</b> <b>Pernambuco</b>	 <b>LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR</b>
<b>Identificação do Estabelecimento de Saúde</b>		
<b>1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE</b> <b>HOSPITAL JESUS PEQUENINO</b>		<b>2 - CNES</b> <b>2344254</b>
<b>3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE</b>		<b>4 - CNES</b>
<b>Identificação do Paciente</b>		
<b>5 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)</b> <b>703405826464300</b>		<b>6 - SIS PRENATAL</b>
<b>7 - NOME DO PACIENTE</b> <b>Liana das Graças da Silva</b>		<b>8 - Nº DO PROMITÓRIO</b> <b>362034</b>
<b>9 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL</b> <b>Joana Maria da Silva</b>		<b>10 - DATA DE NASCIMENTO</b> <b>08/05/69</b>
<b>11 - SEXO</b> <b>Masc. <input type="checkbox"/> Fem. <input checked="" type="checkbox"/></b>		<b>12 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL</b> <b>Joana Maria da Silva</b>
<b>13 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)</b> <b>Rua Dom Bosco</b>		<b>14 - TELEFONE DE CONTATO</b>
<b>15 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA</b> <b>Lagoa dos Afogados</b>		<b>16 - COD. IBGE MUNICÍPIO</b> <b>PE</b>
<b>17 - CEP</b>		<b>18 - CID</b>
<b>JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO</b>		
<b>19 - HISTÓRIA CLÍNICA / EXAME FÍSICO</b> <p style="font-size: 1.5em; text-align: center;">Ficou com cotovelo fixo.</p>		
<b>20 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)</b> <p style="font-size: 1.5em; text-align: center;">RX</p>		
<b>21 - DIAGNÓSTICO INICIAL</b> <b>FRATURA COTOVELO</b>		
<b>22 - CID 10 PRINCIPAL</b>		
<b>23 - DIAGNÓSTICO SECUNDÁRIO</b>		
<b>24 - CID 10 SECUNDÁRIO</b>		
<b>25 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS</b>		
<b>PROCEDIMENTO SOLICITADO</b>		
<b>26 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO</b> <b>Retorno</b>		<b>27 - COD. DO PROCEDIMENTO</b> <b>04.03.02.036-9</b>
<b>28 - CID 10 PRINCIPAL</b> <b>04.03.02.007-2</b>		<b>29 - COD. DO PROCEDIMENTO</b>
<b>30 - DOCUMENTO</b> <b>( ) CNS ( ) CPF</b>		<b>31 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE</b>
<b>32 - ASS. E CARIMBO DO SOLICITANTE (ASSISTENTE)</b> <b>Dr. Ivo Alves</b> <b>CRM 3601</b>		<b>33 - DATA DA SOLICITAÇÃO</b> <b>07/09/17</b>
<b>34 - ASSINATURA E CARIMBO (PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE)</b> <b>Raymundo Francisco Borges</b> <b>Médico</b> <b>CREMEP 5370</b>		<b>35 - COD. DO PROCEDIMENTO</b>
<b>PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES DE VIOLÊNCIA)</b>		
<b>36 - CNPJ DA SEGURADORA</b>		<b>37 - Nº DO SEGURO</b>
<b>38 - CNPJ DA EMPRESA</b>		<b>39 - CNPJ DA EMPRESA</b>
<b>40 - SÉRIE</b>		<b>41 - CNPJ DA EMPRESA</b>
<b>42 - CNPJ DA EMPRESA</b>		<b>43 - CNPJ DA EMPRESA</b>
<b>44 - CNPJ DA EMPRESA</b>		<b>45 - CNPJ DA EMPRESA</b>
<b>46 - CNPJ DA EMPRESA</b>		<b>47 - CNPJ DA EMPRESA</b>
<b>48 - CNPJ DA EMPRESA</b>		<b>49 - CNPJ DA EMPRESA</b>
<b>50 - CNPJ DA EMPRESA</b>		<b>51 - CNPJ DA EMPRESA</b>
<b>52 - CNPJ DA EMPRESA</b>		<b>53 - CNPJ DA EMPRESA</b>
<b>54 - CNPJ DA EMPRESA</b>		<b>55 - CNPJ DA EMPRESA</b>
<b>56 - CNPJ DA EMPRESA</b>		<b>57 - CNPJ DA EMPRESA</b>
<b>58 - CNPJ DA EMPRESA</b>		<b>59 - CNPJ DA EMPRESA</b>
<b>60 - CNPJ DA EMPRESA</b>		<b>61 - CNPJ DA EMPRESA</b>
<b>62 - CNPJ DA EMPRESA</b>		<b>63 - CNPJ DA EMPRESA</b>
<b>64 - CNPJ DA EMPRESA</b>		<b>65 - CNPJ DA EMPRESA</b>
<b>66 - CNPJ DA EMPRESA</b>		<b>67 - CNPJ DA EMPRESA</b>
<b>68 - CNPJ DA EMPRESA</b>		<b>69 - CNPJ DA EMPRESA</b>
<b>70 - CNPJ DA EMPRESA</b>		<b>71 - CNPJ DA EMPRESA</b>
<b>72 - CNPJ DA EMPRESA</b>		<b>73 - CNPJ DA EMPRESA</b>
<b>74 - CNPJ DA EMPRESA</b>		<b>75 - CNPJ DA EMPRESA</b>
<b>76 - CNPJ DA EMPRESA</b>		<b>77 - CNPJ DA EMPRESA</b>
<b>78 - CNPJ DA EMPRESA</b>		<b>79 - CNPJ DA EMPRESA</b>
<b>80 - CNPJ DA EMPRESA</b>		<b>81 - CNPJ DA EMPRESA</b>
<b>82 - CNPJ DA EMPRESA</b>		<b>83 - CNPJ DA EMPRESA</b>
<b>84 - CNPJ DA EMPRESA</b>		<b>85 - CNPJ DA EMPRESA</b>
<b>86 - CNPJ DA EMPRESA</b>		<b>87 - CNPJ DA EMPRESA</b>
<b>88 - CNPJ DA EMPRESA</b>		<b>89 - CNPJ DA EMPRESA</b>
<b>90 - CNPJ DA EMPRESA</b>		<b>91 - CNPJ DA EMPRESA</b>
<b>92 - CNPJ DA EMPRESA</b>		<b>93 - CNPJ DA EMPRESA</b>
<b>94 - CNPJ DA EMPRESA</b>		<b>95 - CNPJ DA EMPRESA</b>
<b>96 - CNPJ DA EMPRESA</b>		<b>97 - CNPJ DA EMPRESA</b>
<b>98 - CNPJ DA EMPRESA</b>		<b>99 - CNPJ DA EMPRESA</b>
<b>100 - CNPJ DA EMPRESA</b>		<b>101 - CNPJ DA EMPRESA</b>
<b>102 - CNPJ DA EMPRESA</b>		<b>103 - CNPJ DA EMPRESA</b>
<b>104 - CNPJ DA EMPRESA</b>		<b>105 - CNPJ DA EMPRESA</b>
<b>106 - CNPJ DA EMPRESA</b>		<b>107 - CNPJ DA EMPRESA</b>
<b>108 - CNPJ DA EMPRESA</b>		<b>109 - CNPJ DA EMPRESA</b>
<b>110 - CNPJ DA EMPRESA</b>		<b>111 - CNPJ DA EMPRESA</b>
<b>112 - CNPJ DA EMPRESA</b>		<b>113 - CNPJ DA EMPRESA</b>
<b>114 - CNPJ DA EMPRESA</b>		<b>115 - CNPJ DA EMPRESA</b>
<b>116 - CNPJ DA EMPRESA</b>		<b>117 - CNPJ DA EMPRESA</b>
<b>118 - CNPJ DA EMPRESA</b>		<b>119 - CNPJ DA EMPRESA</b>
<b>120 - CNPJ DA EMPRESA</b>		<b>121 - CNPJ DA EMPRESA</b>
<b>122 - CNPJ DA EMPRESA</b>		<b>123 - CNPJ DA EMPRESA</b>
<b>124 - CNPJ DA EMPRESA</b>		<b>125 - CNPJ DA EMPRESA</b>
<b>126 - CNPJ DA EMPRESA</b>		<b>127 - CNPJ DA EMPRESA</b>
<b>128 - CNPJ DA EMPRESA</b>		<b>129 - CNPJ DA EMPRESA</b>
<b>130 - CNPJ DA EMPRESA</b>		<b>131 - CNPJ DA EMPRESA</b>
<b>132 - CNPJ DA EMPRESA</b>		<b>133 - CNPJ DA EMPRESA</b>
<b>134 - CNPJ DA EMPRESA</b>		<b>135 - CNPJ DA EMPRESA</b>
<b>136 - CNPJ DA EMPRESA</b>		<b>137 - CNPJ DA EMPRESA</b>
<b>138 - CNPJ DA EMPRESA</b>		<b>139 - CNPJ DA EMPRESA</b>
<b>140 - CNPJ DA EMPRESA</b>		<b>141 - CNPJ DA EMPRESA</b>
<b>142 - CNPJ DA EMPRESA</b>		<b>143 - CNPJ DA EMPRESA</b>
<b>144 - CNPJ DA EMPRESA</b>		<b>145 - CNPJ DA EMPRESA</b>
<b>146 - CNPJ DA EMPRESA</b>		<b>147 - CNPJ DA EMPRESA</b>
<b>148 - CNPJ DA EMPRESA</b>		<b>149 - CNPJ DA EMPRESA</b>
<b>150 - CNPJ DA EMPRESA</b>		<b>151 - CNPJ DA EMPRESA</b>
<b>152 - CNPJ DA EMPRESA</b>		<b>153 - CNPJ DA EMPRESA</b>
<b>154 - CNPJ DA EMPRESA</b>		<b>155 - CNPJ DA EMPRESA</b>
<b>156 - CNPJ DA EMPRESA</b>		<b>157 - CNPJ DA EMPRESA</b>
<b>158 - CNPJ DA EMPRESA</b>		<b>159 - CNPJ DA EMPRESA</b>
<b>160 - CNPJ DA EMPRESA</b>		<b>161 - CNPJ DA EMPRESA</b>
<b>162 - CNPJ DA EMPRESA</b>		<b>163 - CNPJ DA EMPRESA</b>
<b>164 - CNPJ DA EMPRESA</b>		<b>165 - CNPJ DA EMPRESA</b>
<b>166 - CNPJ DA EMPRESA</b>		<b>167 - CNPJ DA EMPRESA</b>
<b>168 - CNPJ DA EMPRESA</b>		<b>169 - CNPJ DA EMPRESA</b>
<b>170 - CNPJ DA EMPRESA</b>		<b>171 - CNPJ DA EMPRESA</b>
<b>172 - CNPJ DA EMPRESA</b>		<b>173 - CNPJ DA EMPRESA</b>
<b>174 - CNPJ DA EMPRESA</b>		<b>175 - CNPJ DA EMPRESA</b>
<b>176 - CNPJ DA EMPRESA</b>		<b>177 - CNPJ DA EMPRESA</b>
<b>178 - CNPJ DA EMPRESA</b>		<b>179 - CNPJ DA EMPRESA</b>
<b>180 - CNPJ DA EMPRESA</b>		<b>181 - CNPJ DA EMPRESA</b>
<b>182 - CNPJ DA EMPRESA</b>		<b>183 - CNPJ DA EMPRESA</b>
<b>184 - CNPJ DA EMPRESA</b>		<b>185 - CNPJ DA EMPRESA</b>
<b>186 - CNPJ DA EMPRESA</b>		<b>187 - CNPJ DA EMPRESA</b>
<b>188 - CNPJ DA EMPRESA</b>		<b>189 - CNPJ DA EMPRESA</b>
<b>190 - CNPJ DA EMPRESA</b>		<b>191 - CNPJ DA EMPRESA</b>
<b>192 - CNPJ DA EMPRESA</b>		<b>193 - CNPJ DA EMPRESA</b>
<b>194 - CNPJ DA EMPRESA</b>		<b>195 - CNPJ DA EMPRESA</b>
<b>196 - CNPJ DA EMPRESA</b>		<b>197 - CNPJ DA EMPRESA</b>
<b>198 - CNPJ DA EMPRESA</b>		<b>199 - CNPJ DA EMPRESA</b>
<b>200 - CNPJ DA EMPRESA</b>		<b>201 - CNPJ DA EMPRESA</b>
<b>202 - CNPJ DA EMPRESA</b>		<b>203 - CNPJ DA EMPRESA</b>
<b>204 - CNPJ DA EMPRESA</b>		<b>205 - CNPJ DA EMPRESA</b>
<b>206 - CNPJ DA EMPRESA</b>		<b>207 - CNPJ DA EMPRESA</b>
<b>208 - CNPJ DA EMPRESA</b>		<b>209 - CNPJ DA EMPRESA</b>
<b>210 - CNPJ DA EMPRESA</b>		<b>211 - CNPJ DA EMPRESA</b>
<b>212 - CNPJ DA EMPRESA</b>		<b>213 - CNPJ DA EMPRESA</b>
<b>214 - CNPJ DA EMPRESA</b>		<b>215 - CNPJ DA EMPRESA</b>
<b>216 - CNPJ DA EMPRESA</b>		<b>217 - CNPJ DA EMPRESA</b>
<b>218 - CNPJ DA EMPRESA</b>		<b>219 - CNPJ DA EMPRESA</b>
<b>220 - CNPJ DA EMPRESA</b>		<b>221 - CNPJ DA EMPRESA</b>
<b>222 - CNPJ DA EMPRESA</b>		<b>223 - CNPJ DA EMPRESA</b>
<b>224 - CNPJ DA EMPRESA</b>		<b>225 - CNPJ DA EMPRESA</b>
<b>226 - CNPJ DA EMPRESA</b>		<b>227 - CNPJ DA EMPRESA</b>
<b>228 - CNPJ DA EMPRESA</b>		<b>229 - CNPJ DA EMPRESA</b>
<b>230 - CNPJ DA EMPRESA</b>		<b>231 - CNPJ DA EMPRESA</b>
<b>232 - CNPJ DA EMPRESA</b>		<b>233 - CNPJ DA EMPRESA</b>
<b>234 - CNPJ DA EMPRESA</b>		<b>235 - CNPJ DA EMPRESA</b>
<b>236 - CNPJ DA EMPRESA</b>		<b>237 - CNPJ DA EMPRESA</b>
<b>238 - CNPJ DA EMPRESA</b>		<b>239 - CNPJ DA EMPRESA</b>
<b>240 - CNPJ DA EMPRESA</b>		<b>241 - CNPJ DA EMPRESA</b>
<b>242 - CNPJ DA EMPRESA</b>		<b>243 - CNPJ DA EMPRESA</b>
<b>244 - CNPJ DA EMPRESA</b>		<b>245 - CNPJ DA EMPRESA</b>
<b>246 - CNPJ DA EMPRESA</b>		<b>247 - CNPJ DA EMPRESA</b>
<b>248 - CNPJ DA EMPRESA</b>		<b>249 - CNPJ DA EMPRESA</b>
<b>250 - CNPJ DA EMPRESA</b>		<b>251 - CNPJ DA EMPRESA</b>
<b>252 - CNPJ DA EMPRESA</b>		<b>253 - CNPJ DA EMPRESA</b>
<b>254 - CNPJ DA EMPRESA</b>		<b>255 - CNPJ DA EMPRESA</b>
<b>256 - CNPJ DA EMPRESA</b>		<b>257 - CNPJ DA EMPRESA</b>
<b>258 - CNPJ DA EMPRESA</b>		<b>259 - CNPJ DA EMPRESA</b>
<b>260 - CNPJ DA EMPRESA</b>		<b>261 - CNPJ DA EMPRESA</b>
<b>262 - CNPJ DA EMPRESA</b>		<b>263 - CNPJ DA EMPRESA</b>
<b>264 - CNPJ DA EMPRESA</b>		<b>265 - CNPJ DA EMPRESA</b>
<b>266 - CNPJ DA EMPRESA</b>		<b>267 - CNPJ DA EMPRESA</b>
<b>268 - CNPJ DA EMPRESA</b>		<b>269 - CNPJ DA EMPRESA</b>
<b>270 - CNPJ DA EMPRESA</b>		<b>271 - CNPJ DA EMPRESA</b>
<b>272 - CNPJ DA EMPRESA</b>		<b>273 - CNPJ DA EMPRESA</b>
<b>274 - CNPJ DA EMPRESA</b>		<b>275 - CNPJ DA EMPRESA</b>
<b>276 - CNPJ DA EMPRESA</b>		<b>277 - CNPJ DA EMPRESA</b>
<b>278 - CNPJ DA EMPRESA</b>		<b>279 - CNPJ DA EMPRESA</b>
<b>280 - CNPJ DA EMPRESA</b>		<b>281 - CNPJ DA EMPRESA</b>
<b>282 - CNPJ DA EMPRESA</b>		<b>283 - CNPJ DA EMPRESA</b>
<b>284 - CNPJ DA EMPRESA</b>		<b>285 - CNPJ DA EMPRESA</b>
<b>286 - CNPJ DA EMPRESA</b>		<b>287 - CNPJ DA EMPRESA</b>
<b>288 - CNPJ DA EMPRESA</b>		<b>289 - CNPJ DA EMPRESA</b>
<b>290 - CNPJ DA EMPRESA</b>		<b>291 - CNPJ DA EMPRESA</b>
<b>292 - CNPJ DA EMPRESA</b>		<b>293 - CNPJ DA EMPRESA</b>
<b>294 - CNPJ DA EMPRESA</b>		<b>295 - CNPJ DA EMPRESA</b>
<b>296 - CNPJ DA EMPRESA</b>		<b>297 - CNPJ DA EMPRESA</b>
<b>298 - CNPJ DA EMPRESA</b>		<b>299 - CNPJ DA EMPRESA</b>
<b>300 - CNPJ DA EMPRESA</b>		<b>301 - CNPJ DA EMPRESA</b>
<b>302 - CNPJ DA EMPRESA</b>		<b>303 - CNPJ DA EMPRESA</b>
<b>304 - CNPJ DA EMPRESA</b>		<b>305 - CNPJ DA EMPRESA</b>
<b>306 - CNPJ DA EMPRESA</b>		<b>307 - CNPJ DA EMPRESA</b>
<b>308 - CNPJ DA EMPRESA</b>		<b>309 - CNPJ DA EMPRESA</b>
<b>310 - CNPJ DA EMPRESA</b>		<b>311 - CNPJ DA EMPRESA</b>
<b>312 - CNPJ DA EMPRESA</b>		<b>313 - CNPJ DA EMPRESA</b>
<b>314 - CNPJ DA EMPRESA</b>		<b>315 - CNPJ DA EMPRESA</b>
<b>316 - CNPJ DA EMPRESA</b>		<b>317 - CNPJ DA EMPRESA</b>
<b>318 - CNPJ DA EMPRESA</b>		<b>319 - CNPJ DA EMPRESA</b>
<b>320 - CNPJ DA EMPRESA</b>		<b>321 - CNPJ DA EMPRESA</b>
<b>322 - CNPJ DA EMPRESA</b>		<b>323 - CNPJ DA EMPRESA</b>
<b>324 - CNPJ DA EMPRESA</b>		<b>325 - CNPJ DA EMPRESA</b>
<b>326 - CNPJ DA EMPRESA</b>		<b>327 - CNPJ DA EMPRESA</b>
<b>328 - CNPJ DA EMPRESA</b>		<b>329 - CNPJ DA EMPRESA</b>
<b>330 - CNPJ DA EMPRESA</b>		<b>331 - CNPJ DA EMPRESA</b>
<b>332 - CNPJ DA EMPRESA</b>		<b>333 - CNPJ DA EMPRESA</b>
<b>334 - CNPJ DA EMPRESA</b>		<b>335 - CNPJ DA EMPRESA</b>
<b>336 - CNPJ DA EMPRESA</b>		<b>337 - CNPJ DA EMPRESA</b>
<b>338 - CNPJ DA EMPRESA</b>		<b>339 - CNPJ DA EMPRESA</b>
<b>340 - CNPJ DA EMPRESA</b>		<b>341 - CNPJ DA EMPRESA</b>
<b>342 - CNPJ DA EMPRESA</b>		<b>343 - CNPJ DA EMPRESA</b>
<b>344 - CNPJ DA EMPRESA</b>		<b>345 - CNPJ DA EMPRESA</b>
<b>346 - CNPJ DA EMPRESA</b>		<b>347 - CNPJ DA EMPRESA</b>
<b>348 - CNPJ DA EMPRESA</b>		<b>349 - CNPJ DA EMPRESA</b>
<b>350 - CNPJ DA EMPRESA</b>		<b>351 - CNPJ DA EMPRESA</b>
<b>352 - CNPJ DA EMPRESA</b>		<b>353 - CNPJ DA EMPRESA</b>
<b>354 - CNPJ DA EMPRESA</b>		<b>355 - CNPJ DA EMPRESA</b>
<b>356 - CNPJ DA EMPRESA</b>		<b>357 - CNPJ DA EMPRESA</b>
<b>358 - CNPJ DA EMPRESA</b>		<b>359 - CNPJ DA EMPRESA</b>
<b>360 - CNPJ DA EMPRESA</b>		<b>361 - CNPJ DA EMPRESA</b>
<b>362 - CNPJ DA EMPRESA</b>		<b>363 - CNPJ DA EMPRESA</b>
<b>364 - CNPJ DA EMPRESA</b>		<b>365 - CNPJ DA EMPRESA</b>
<b>366 - CNPJ DA EMPRESA</b>		<b>367 - CNPJ DA EMPRESA</b>
<b>368 - CNPJ DA EMPRESA</b>		<b>369 - CNPJ DA EMPRESA</b>
<b>370 - CNPJ DA EMPRESA</b>		<b>371 - CNPJ DA EMPRESA</b>
<b>372 - CNPJ DA EMPRESA</b>		<b>373 - CNPJ DA EMPRESA</b>
<b>374 - CNPJ DA EMPRESA</b>		<b>375 - CNPJ DA EMPRESA</b>
<b>376 - CNPJ DA EMPRESA</b>		<b>377 - CNPJ DA EMPRESA</b>
<b>378 - CNPJ DA EMPRESA</b>		<b>379 - CNPJ DA EMPRESA</b>
<b>380 - CNPJ DA EMPRESA</b>		<b>381 - CNPJ DA EMPRESA</b>
<b>382 - CNPJ DA EMPRESA</b>		<b>383 - CNPJ DA EMPRESA</b>
<b>384 - CNPJ DA EMPRESA</b>		<b>385 - CNPJ DA EMPRESA</b>
<b>386 - CNPJ DA EMPRESA</b>		<b>387 - CNPJ DA EMPRESA</b>
<b>388 - CNPJ DA EMPRESA</b>		<b>389 - CNPJ DA EMPRESA</b>
<b>390 - CNPJ DA EMPRESA</b>		<b>391 - CNPJ DA EMPRESA</b>
<b>392 - CNPJ DA EMPRESA</b>		<b>393 - CNPJ DA EMPRESA</b>
<b>394 - CNPJ DA EMPRESA</b>		<b>395 - CNPJ DA EMPRESA</b>
<b>396 - CNPJ DA EMPRESA</b>		<b>397 - CNPJ DA EMPRESA</b>
<b>398 - CNPJ DA EMPRESA</b>		<b>399 - CNPJ DA EMPRESA</b>
<b>400 - CNPJ DA EMPRESA</b>		<b>401 - CNPJ DA EMPRESA</b>
<b>402 - CNPJ DA EMPRESA</b>		<b>403 - CNPJ DA EMPRESA</b>
<b>404 - CNPJ DA EMPRESA</b>		<b>405 - CNPJ DA EMPRESA</b>
<b>406 - CNPJ DA EMPRESA</b>		<b>407 - CNPJ DA EMPRESA</b>
<b>408 - CNPJ DA EMPRESA</b>		<b>409 - CNPJ DA EMPRESA</b>
<b>410 - CNPJ DA EMPRESA</b>		<b>411 - CNPJ DA EMPRESA</b>
<b>412 - CNPJ DA EMPRESA</b>		<b>413 - CNPJ DA EMPRESA</b>
<b>414 - CNPJ DA EMPRESA</b>		<b>415 - CNPJ DA EMPRESA</b>
<b>416 - CNPJ DA EMPRESA</b>		<b>417 - CNPJ DA EMPRESA</b>
<b>418 - CNPJ DA EMPRESA</b>		<b>419 - CNPJ DA EMPRESA</b>
<b>420 - CNPJ DA EMPRESA</b>		<b>421 - CNPJ DA EMPRESA</b>
<b>422 - CNPJ DA EMPRESA</b>		<b>423 - CNPJ DA EMPRESA</b>
<b>424 - CNPJ DA EMPRESA</b>		<b>425 - CNPJ DA EMPRESA</b>
<b>426 - CNPJ DA EMPRESA</b>		<b>427 - CNPJ DA EMPRESA</b>
<b>428 - CNPJ DA EMPRESA</b>		<b>429 - CNPJ DA EMPRESA</b>
<b>430 - CNPJ DA EMPRESA</b>		<b>431 - CNPJ DA EMPRESA</b>
<b>432 - CNPJ DA EMPRESA</b>		<b>433 - CNPJ DA EMPRESA</b>
<b>434 - CNPJ DA EMPRESA</b>		<b>435 - CNPJ DA EMPRESA</b>
<b>436 - CNPJ DA EMPRESA</b>		<b>437 - CNPJ DA EMPRESA</b>
<b>438 - CNPJ DA EMPRESA</b>		<b>439 - CNPJ DA EMPRESA</b>

**HOSPITAL JESUS PEQUENINO**  
**FICHA DE ATENDIMENTO DE INTERNAÇÃO**

Atendimento: 473984	Data: 07/09/2017	Hora: 18:16	Recepção: 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: 08/05/1959	- 48 Anos e 3 Meses	Est. Civil:	
Endereço: RUA TOME BISPO, 198		C.P.F.: 76532135453	
Bairro: CENTRO	CEP: 4090263	Identidade: 4090263	SSP PE
IBGE/Cidade: 2808701 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*

*fe e, dor no Cotovelo.*

H.D.A.:

*capit. hant*

Exame Físico:

*RX*

H.D.:

*FRATURA COTOVELO*

Tratamento:

05 802.194/3001-41  
 TRACÇÃO CORRETA  
 DE SEGUROS LTDA

26 ABR. 2013

Bezerros, 07 de setembro de 2017

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

Assinatura e Carimbo do Médico

**Dr. Iron Alves**  
 CRM 3501

Conferido Com Documento  
 Original Bezerros PE 03/09/17  
 Hospital Jesus Pequeno  
 Assinatura  
 03/09/17



NOME DO PACIENTE MARIA DAS GRAÇAS DA SILVA CLÍNICA ORTOPÉDICA		NUMERO DO REGISTRO 115784
CIRURGIÃO RONALDO EVANGELISTA		ANESTESISTA DR. ALISSON
ANESTÉSIA BLOQUEIO		
DATA DA OPERAÇÃO		
DIAGNÓSTICO		
PRÉ-OPERATÓRIO		
FRATURA DA CABEÇA DO RADIO ESQUERDO		
DIAGNÓSTICO POS-OPERATÓRIO		
FRATURA DA CABEÇA DO RADIO ESQUERDO		
OPERAÇÃO PROPOSTA		
NEUROLISE DO INTEROSSEO + TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA CABEÇA DO RADIO ESQUERDO		
OPERAÇÃO REALIZADA		
A PROPOSTA		

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

Dr. Ronaldo Evangelista  
Orthodontist  
CRN 3764

Conteúdo Com Documento  
Original Bezerras PE 34047  
Hospital Jesus Pequeno

Asociación Social  
CRESCPE 4.471

05.802.494/0001-41  
TRAÇÃO CORRETORA  
DE CUBIÇOS LTDA

26 APR. 2013

Rua da Aurora, nº 175, SL 902 BL C  
Boa Vista - CEP: 50.060-010  
g@cei.pe





PREFEITURA MUNICIPAL DA LAGOA DOS GATOS  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

DATA: 07/19/17 HORA: 13:44 REGISTRO: 243.180  
NOME: Maria das Graças da Silva  
IDADE: 47 anos DATA DE NASCIMENTO: 08/05/69 SEXO: F  
NOME DO PAI: José Tami Ribeiro  
ATUALIDADE: Lagoa dos Gatos PROFISSÃO: Aposentada COR: P  
RESPONSÁVEL: A mesma IDENTIDADE: \_\_\_\_\_

PARTE DO SUS: \_\_\_\_\_ FILIAÇÃO: \_\_\_\_\_  
TEND: \_\_\_\_\_ PA: 120x80 TEMPERATURA: \_\_\_\_\_ PULSO: \_\_\_\_\_ EC: \_\_\_\_\_ FR: \_\_\_\_\_

QUEIXA PRINCIPAL: HGT-198

DADOS CLÍNICOS: \_\_\_\_\_

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA: Luxação MMSS (E) Cotovelo

EXAMES SOLICITADOS: 1) Imobilizar

TRATAMENTO PROPOSTO: 2) Diclofenaco 75 mg - 1ml 14:30

EXAME SOLICITADO: 3) Derivativo de 1ml - 1ml

4) Observar

Odaci Bernardino  
Enfermeiro  
COREN 444577

EVOLUÇÃO PREVISÃO: \_\_\_\_\_

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 20.181

05.802.494/0001-41  
TRACAO COLETA DA  
DESEGUROS LTDA

26 ABR. 2019

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

TRANSFERIDO PARA: \_\_\_\_\_



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos  
Comércios do Seguro DPVAT

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  
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](http://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

3170/629068

SIS An 1160

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

