



15/07/2020

Número: **0014626-89.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

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

Última distribuição : **16/03/2020**

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

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
JOYCE DE CASSIA BARBOSA DA SILVA (AUTOR)		GISELLE VALENCA DE MEDEIROS (ADVOGADO)	
SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S/A (REU)			
PAULO FERNANDO BEZERRA DE MENEZES FILHO (PERITO)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
64726334	15/07/2020 13:52	ANEXO 3	Outros (Documento)

UPA24H - UPA IMBIRIBEIRA

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo
Data e hora retirada da senha: 19-11-2019 22:51

MANCHESTER_V2

Nome Paciente: JOYCE DE CASSIA BARBOSA DA SILVA
Cód. Paciente: 577615
Data de Nascimento: 20/03/1996
Sexo: Feminino
Idade: 23
Senha: A0235
Convênio: 2 - SUS - AMBULATORIO
Atendimento: 1299130
SAME:



Período: 19-11-2019 22:52 - 19-11-2019 22:53

Prioridade:

AMARELO - URGENTE

Cor:

AMARELO

Alergia(s):

- NEGA ALERGIAS -

Queixa Principal:

PACIENTE TRAZIDA PELOS BOMBEIROS COM HISTORIA DE ATROPELAMENTO POR CARRO, APRESENTANDO ESCORIAÇÕES EM FACE E MMII + DOR EM MIE. NEGA SINCOPE E VOMITOS.

Fluxograma sintoma:

TRAUMA MAIOR

Discriminador(es):

- DOR MODERADA?

Especialidade:

CONSULTORIO (CLÍNICA GERAL)

Sinais Vitais Lidos:

- ESCALA DE GLASGOW: 15
- REGUA DE DOR: 5
- FREQUENCIA RESPIRATORIA: 18.00 IRPM

Alergias Atuais do Paciente

Substância

Observação

- NEGA ALERGIAS -

Dr. Marcello Silveira

Acolhido(a) por: DEBORA DE ALMEIDA PEREIRA - COREN: 497275 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)
Data Impressão: 16-12-2019 10:44

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco

Página 1 de 1



Paciente: 0000577615 JOYCE DE CASSIA BARBOSA DA SILVA
Nascimento: 20/03/1996 23 Anos 8 Meses 26 Dias Sexo:
Atendimento: 01299130 Data Atendimento: 19/11/2019 22:55

RECEITUÁRIO MÉDICO

USO ORAL

CETOPROFENO 100mg ----- 1 caixa

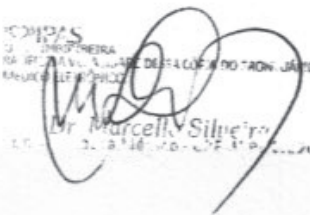
TOMAR 1 COMPRIMIDO DE 12/12H POR 5 DIAS

LISADOR ----- 1 CAIXA

TOMAR 1 COMPRIMIDO DE 8/8H, SE DOR

Recife, 16 de Dezembro de 2019

Médico: ANDERSON ARY DIAS DE OLIVEIRA
CRM: 21731


Dr. Marcelly Silveira
CRM: 21731

UPA IMBIRIBEIRA
MV PEP Prontuário Eletrônico do Paciente
Relatório de Prescrição / Evolução

Página: 1 / 1
Emitido por: MARCELLOJCS
Em: 16/12/2019 10:54

Prescrição.: 1832098 Data: 19/11/2019 23:49
Usuário.: ANDERSONADOS
Atendimento: 1299130 Dt Nasc: 20/03/1996 (23a 8m 28d)
Convênio.: SUS - AMBULATORIO
Paciente.: 577615 - JOYCE DE CASSIA BARBOSA DA SILVA
Peso.: Altura: Sup. Corporea:
Internação.: 19/11/2019 22:55 0 Dias(s) int
Médico.: ANDERSON ARY DIAS DE OLIVEIRA SILVA - CRM 21731
FUNÇÃO: MEDICO(A) Serviço: CLINICA GERAL
Unid. Int.: Leito.: Cobertura:
Cid.: Z916 HISTORIA PESSOAL DE OUTR TRAUMAS FISICOS Ciclo.: /
Diagnóstico:
Protocolo.:
Classificação de Risco:URG

1ª VIA

Rubrica do Responsável



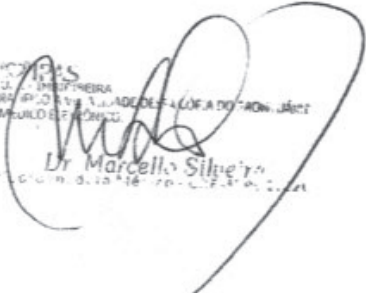
Classificação de Risco:URGENTE

Alergias: NEGA ALERGIAS

PRESCRIÇÃO DE PROC EXAMES

EXAMES IMAGEM

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Datas/Horários
1 RX PERNA ESQUERDA A.P. / PERFIL ; Exame: 331518	1					[19/11] 23:49
2 RX PE ESQUERDO A.P. / OBLIQUO ; Exame: 331518	1					[19/11] 23:49


UPA IMBIRIBEIRA
MV PEP Prontuário Eletrônico do Paciente
Relatório de Prescrição / Evolução
Dr. Marcello Silva

MV 2000 - A SOLUÇÃO INTELIGENTE PARA A MODERNA ADMINISTRAÇÃO HOSPITALAR



Paciente: 0000577615 JOYCE DE CASSIA BARBOSA DA SILVA
Nascimento: 20/03/1996 23 Anos 8 Meses 26 Dias Sexo:
Atendimento: 01299130 Data Atendimento: 19/11/2019 22:55

Queixa Principal / História

DOR EM PERNA E PÉ ESQUERDO APOS ACIDENTE MOTOCICLISTICO
NEGA VOMITOS, PERDA DE CONSCIENCIA OU CERVICALGIA
APRESENTA ESCORIAÇÕES EM FACE

Antecedentes

DM: ☐ SIM ☒ NÃO

HAS: ☐ SIM ☒ NÃO

Alergia: ☐ SIM ☒ NÃO

Medicamentos: ☐ SIM ☒ NÃO

Exame Físico

EG Bom	Consciente	Orientado e Conversando	Hidratado
Nutrido	Corado	Acianótico	Anictérico
Eupnéico	Afebril	Sem Edemas	

ACV.: ☒ NÃO EXAMINADO ☐ NORMAL ☐ ALTERADA

AR.: ☒ NÃO EXAMINADO ☐ NORMAL ☐ ALTERADA

AD.: ☒ NÃO EXAMINADO ☐ NORMAL ☐ ALTERADA

SN.: ☒ NÃO EXAMINADO ☐ NORMAL ☐ ALTERADO

SGU.: ☒ NÃO EXAMINADO ☐ NORMAL ☐ ALTERADA

ORL: ☒ NÃO EXAMINADO ☐ NORMAL ☐ ALTERADA

Pele: ☒ NÃO EXAMINADO ☐ NORMAL ☐ ALTERADA

AP. Locomotor: ☐ EDEMA ☐ DOR A MOVIMENTAÇÃO ☐ EQUIMOSE ☐ HEMATOMA ☐ DEFORMIDADE ÓSSEA

OUTROS:

Aferições: PAS PAD FR FC P (KG) T Alt. (cm) SAT O₂

18

IPAS
INSTITUTO PERNAMBUCANO DE ASSISTÊNCIA E SAÚDE
RUA DO COMÉRCIO, 400 - JARDIM JACI
RECIFE - PE - 51150-004
Dr. Marcelo Silveira

Avenida Marechal Mascarenhas de Moraes - 4223 - Imbiribeira - Recife-PE - CEP: 51150-004 - Tel: (0800) 11 11 11

Paciente: 0000577615 JOYCE DE CASSIA BARBOSA DA SILVA
Nascimento: 20/03/1996 23 Anos 8 Meses 26 Dias Sexo:
Atendimento: 01299130 Data Atendimento: 19/11/2019 22:55

Tempo da Doença *
2 Horas

Acesso à UPA *
Bombeiro Militar

Nível de Consciência *
Vigil / Alerta

Vulnerabilidade Social *
Ausente

Queixa Principal / História:

PACIENTE 23 ANOS, SEM COMORBIDADES PRÉVIAS, TRAZIDA PELO CORPO DE BOMBEIROS, COM HISTÓRIA DE ATROPELAMENTO POR CARRO HÁ CERCA DE 2 HORAS, SEM PERDA DE CONSCIÊNCIA, SEM EPISÓDIOS EMÉTICOS, SEM CEFALÉIA. REFERE DOR EM NARIZ E EM PERNA E PÉ ESQUERDOS. NO MOMENTO, PACIENTE CONSCIENTE, ORIENTADA, SATURANDO 99% EM AR AMBIENTE. NEGA ALERGIAS E MEDICAMENTOS. NEGA OUTRAS QUEIXAS.

AO EXAME:

EGB, CONSCIENTE, ORIENTADA, EUPNEICA, NORMOCORADA, HIDRATADA, ANICTÉRICA, ACIANÓTICA, AFEBRIL AO TOQUE.

ACV: RCR EM 27, BNF S/S FC: 90 BPM

AR: MV + EM AHT, S/RA FR:18 IRPM

ABD: SEMIGLOBOSO, FLACIDO, DEPRESSÍVEL, INDOLOR À PALPAÇÃO PROFUNDA.

EXT: PULSOS SIMÉTRICOS E PALPÁVEIS. DOR À PALPAÇÃO DE MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

EXAME NEUROLÓGICO: GLASGOW 15, PUPILAS ISOCÓRICAS E FOTORREAGENTES.

Infecção Otorrinolaring: ☐ Alergia: ☐ Diabetes Mellitus: ☐ Hipertensão Arterial: ☐ Doença Pulmonar: ☐

CS: 1) SINTOMÁTICOS ☐ Nefropatia: ☐ Tabagismo: ☐ Dislipidemia: ☐ Alcoolista: ☐ Medicamento: ☐

2) ALTA DA CLÍNICA MÉDICA + AVALIAÇÃO DA ORTOPEDIA

Observações:

EXAME FÍSICO

EG Bom

Hidratado

Anictérico

Sem Edemas

Corado

Nutrido

Eupnéico

Afebril

Acianótico

Observações:

⊙ Não Examinado: ☐ Normal ☐ Alterada:

Avaliação Cardio Vascular

Observações:

⊙ Não Examinado: ☐ Normal ☐ Alterada:

Avaliação do Aparelho Respiratório

Observações:

⊙ Não Examinado: ☐ Normal ☐ Alterada:

Avaliação Neurológica

Observações:

⊙ Não Examinado: ☐ Normal ☐ Alterada:

Avaliação Aparelho Digestivo

Observações:

⊙ Não Examinado: ☐ Normal ☐ Alterada:

Avaliação Aparelho Locomotor

SGU: ⊙ Não Examinado: ☐ Normal ☐ Alterada:

ORL: ⊙ Não Examinado: ☐ Normal ☐ Alterada:

Pele: ⊙ Não Examinado: ☐ Normal ☐ Alterada:

Avaliação de outros Aparelhos ou Sistemas

Aferições:

PAS

PAD

FR

FC

P (KG)

TEMP

SATO2

HGT

Médico Responsável: JOSE LUCAS PEREIRA DA COSTA CRUZ

Crepepe: 28133

PÁGINA 1 DE 1
Emitido por: MARCELLO SILVEIRA
Em: 16/12/2019 10:54

DATA DA ALTA - 20/11/2019 00:43:00

RG:

PESO:

SEXO: FEMININO

ALTURA:

Data de Nascimento: 20/03/1996

PRESTADOR ASSISTENTE: ANDERSON ARY DIAS DE OLIVEIRA SILVA

DATA DE ATENDIMENTO: 19/11/2019 22:55:55

ATENDIMENTO: 1299130

TEMPO DE PERMANÊNCIA: 1 Dia(s)

CONVÊNIO: SUS - AMBULATORIO

PLANO: PLANO UNICO

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL:

Z916 - HISTORIA PESSOAL DE OUTR TRAUMAS FISICOS

DIAGNÓSTICO(S) SECUNDÁRIO(S):

DIAGNÓSTICO INICIAL: Z916 - HISTORIA PESSOAL DE OUTR TRAUMAS FISICOS

DIAGNÓSTICO DE ALTA: Z916 - HISTORIA PESSOAL DE OUTR TRAUMAS FISICOS

MOTIVO DA ALTA: ALTA APÓS PROCEDIMENTO

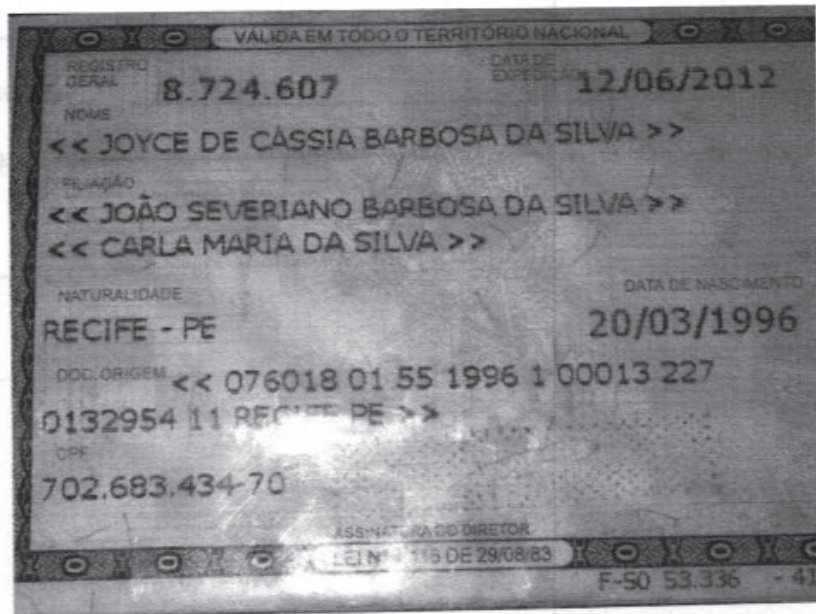
PROCEDIMIENTO DE ALTA:

OBSERVAÇÃO DE ALTA: RX SEM ALTERAÇÕES AGUDAS

COMPAS
2. INDEPENDÊNCIA
RA IDO AVILA, MADEIRA, LÓPEZ, DE TAON, JAVIER
MEDICO ELECTRICOS
Dr. Marcelino L. Almeida
FLORENÇA, 18 de Maio de 1910

Esta conta foi paga com recursos públicos provenientes de seus impostos e contribuições sociais





RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0040091/20

Vítima: JOYCE DE CASSIA BARBOSA DA SILVA

CPF: 702.683.434-70

Seguradora: CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

Data do acidente: 19/11/2019

Titular do CPF: JOYCE DE CASSIA
BARBOSA DA SILVA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
Outros

3200048189

JOYCE DE CASSIA BARBOSA DA SILVA : 702.683.434-70

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

545261

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 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: 29/01/2020
Nome: JOYCE DE CASSIA BARBOSA DA SILVA
CPF: 702.683.434-70

JOYCE DE CASSIA BARBOSA DA SILVA
JOYCE DE CASSIA BARBOSA DA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 29/01/2020
Nome: Marta Marinho dos Santos
CPF: 492.294.514-87

Marta Marinho dos Santos
Marta Marinho dos Santos



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200048189 **Cidade:** Recife **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOYCE DE CASSIA BARBOSA DA SILVA **Data do acidente:** 19/11/2019 **Seguradora:** CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 04/02/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: ESCORIAÇÕES DIFUSAS.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA. (P1 P4 P6)

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Documento/Motivo: Recusa – Sem Sequelas (Recuperação Completa)

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

Observações: EM TODOS OS DOCUMENTOS MÉDICOS ACOSTADOS NÃO SE EVIDENCIA PRESENÇA DE SEQUELAS PERMANENTES QUE NÃO SEJAM SUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO PROPORCIONADA POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA.

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: 3200048189 **Cidade:** Recife **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOYCE DE CASSIA BARBOSA DA SILVA **Data do acidente:** 19/11/2019 **Seguradora:** CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 04/02/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: ESCORIAÇÕES DIFUSAS.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA. (P1 P4 P6)

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Documento/Motivo: Recusa – Sem Sequelas (Recuperação Completa)

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

Observações: EM TODOS OS DOCUMENTOS MÉDICOS ACOSTADOS NÃO SE EVIDENCIA PRESENÇA DE SEQUELAS PERMANENTES QUE NÃO SEJAM SUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO PROPORCIONADA POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA.

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



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0040091/20

Vítima: JOYCE DE CASSIA BARBOSA DA SILVA

CPF: 702.683.434-70

Seguradora: CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

Data do acidente: 19/11/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: JOYCE DE CASSIA
BARBOSA DA SILVA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
Outros

JOYCE DE CASSIA BARBOSA DA SILVA : 702.683.434-70

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 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: 29/01/2020
Nome: JOYCE DE CASSIA BARBOSA DA SILVA
CPF: 702.683.434-70

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 29/01/2020
Nome: Marta Marinho dos Santos
CPF: 492.294.514-87

JOYCE DE CASSIA BARBOSA DA SILVA

Marta Marinho dos Santos





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

Rio de Janeiro, 03 de Fevereiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200048189

Vítima: JOYCE DE CASSIA BARBOSA DA SILVA

Data do Acidente: 19/11/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JOYCE DE CASSIA BARBOSA 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 15456823





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

Rio de Janeiro, 07 de Fevereiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200048189

Vítima: JOYCE DE CASSIA BARBOSA DA SILVA

Data do Acidente: 19/11/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), JOYCE DE CASSIA BARBOSA DA SILVA

Após a análise dos documentos apresentados do pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

Os documentos médicos apresentados não evidenciam a presença de sequelas permanentes, que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica, não sendo caracterizada invalidez permanente coberta pelo Seguro DPVAT.

A documentação médica anexada, datada de 20/11/2019, emitida pelo Dr. ILEGÍVEL, CRM nº 0 - PE, da Instituição UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO, evidencia recuperação completa após o dano pessoal sofrido no acidente de trânsito e não foi comprovada a existência de invalidez permanente.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00405/00406 - carta_31 - INVALIDEZ

00050203



Carta nº 15480782



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima: **402.683.434-70 JOYCE DE CASSIA BARBOSA DA SILVA**

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

5 - Nome completo: **JOYCE DE CASSIA BARBOSA DA SILVA** 6 - CPF: **402.683.434-70**
7 - Profissão: **SEN. DE LIMPEZA** 8 - Endereço: **RUA CORBELIA** 9 - Número: **38** 10 - Complemento: **A**
11 - Bairro: **DORRÕES** 12 - Cidade: **RECIFE** 13 - Estado: **PE** 14 - CEP: **50640-710**
15 - E-mail: **83983161306** 16 - Tel.(DDD): **81983161306**

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

☐ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

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

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: **1028**

CONTA: **985269898 8**

AGÊNCIA: _____

CONTA: _____

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar 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.

22 - 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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

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

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não

27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:

30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não

31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:

33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, **RECIFE, 28 DE JANEIRO 2020**

JOYCE DE CASSIA B. DA SILVA

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

.001 V002/2019



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 006ª CIRCUNSCRIÇÃO - CORDEIRO - DP6ªCIRC
DIM/2ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 20E0096000058

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **03/01/2020** às **17:32**

ATROPELAMENTO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia **19/11/2019** às **21:38**

Fato ocorrido no endereço: **AVENIDA ENGENHEIRO ABDIAS DE CARVALHO, 01** - Bairro:
CORDEIRO - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

CONDUTOR DE VEICULO DESCONHECIDO (AUTOR \ AGENTE)
JOYCE DE CASSIA BARBOSA DA SILVA (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): JOYCE DE CASSIA BARBOSA DA SILVA

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

JOYCE DE CASSIA BARBOSA DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: Feminino Mãe: CARLA MARIA DA SILVA Pai: JOÃO SEVERINO BARBOSA DA SILVA Data de Nascimento: 20/3/1996 Naturalidade: RECIFE / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 8724607/SDS/PE (RG), 70268343470 (CPF) Estado Civil: SOLTEIRO(A) Profissão: SERVENTE DE LIMPEZA Residencial: RUA CORBELIA, N° 38 A, TORRÕES, RECIFE/PE. - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL

CONDUTOR DE VEICULO DESCONHECIDO (não presente ao plantão) - Sexo: Desconhecido Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

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

VEICULO DESCONHECIDO (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **JOYCE DE CASSIA BARBOSA DA SILVA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **JOYCE DE CASSIA BARBOSA DA SILVA**
Categoria/Marca/Modelo: **NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**
Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Complemento / Observação

RELATA A VÍTIMA QUE NO LOCAL ACIMA MENCIONADO ESTAVA NO ACOSTAMENTO QUANDO FOI ATROPELADA POR UM VEÍCULO DE PLACA E CONDUTOR NÃO IDENTIFICADOS, QUE SE EVADIU DO LOCAL SEM PRESTAR SOCORRO, POR CONTA DE ESTAR DESPISTANDO DA LEI SECA. SENDO SOCORRIDA PELO CORPO DE BOMBEIROS PARA A UPA DA IMBIRIBEIRA.

04/01/2020 07:1

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

X JOYCE DE CASSIA B DA SILVA
JOYCE DE CASSIA BARBOSA DA SILVA
(VITIMA)

B.O. registrado por:  ALVARO DO REGO VALENÇA JUNIOR - Matrícula: 272728-5



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima: **402.683.434-70 JOYCE DE CASSIA BARBOSA DA SILVA**

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

5 - Nome completo: **JOYCE DE CASSIA BARBOSA DA SILVA** 6 - CPF: **402.683.434-70**
7 - Profissão: **SERV. DE LIMPEZA** 8 - Endereço: **RUA CORBELIA** 9 - Número: **38** 10 - Complemento: **A**
11 - Bairro: **DORRÕES** 12 - Cidade: **RECIFE** 13 - Estado: **PE** 14 - CEP: **50640-710**
15 - E-mail: **83983161306** 16 - Tel.(DDD): **81983161306**

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☐ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

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

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: **1028**

CONTA: **985269898 8**

AGÊNCIA: _____

CONTA: _____

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar 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.

22 - 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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

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

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não

27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:

30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não

31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:

33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, **RECIFE, 28 DE JANEIRO 2020**

JOYCE DE CASSIA B. DA SILVA

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

.001 V002/2019



**SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DE PERNAMBUCO**

CERTIDÃO

Certidão nº 2019APH001383 Div. Op.

Com fulcro no art. 5º XXXIV, letra "b" da Constituição Federal Brasileira, venho por meio de solicitação feita pelo(a) Sr^(a). JOYCE DE CASSIA BARBOSA DA SILVA, 23 anos, BRASILEIRA(a), SOLTEIRO(a), RG nº 8724607 SDSPE, inscrito(a) na Receita Federal sob o CPF nº 702.683.434-70, residente à RUA CORBELIA, nº 38, A, TORROES, RECIFE-PE, certificar que este Grupamento de Bombeiros de Atendimento Pré-Hospitalar atendeu a uma ocorrência no dia 19/11/2019, por volta das 21:38 hs, no endereço: AVENIDA ABDIAS DE CARVALHO, XXX, TORRÕES RECIFE-PE, referente a um(a) ATROPELAMENTO, envolvendo PREJUDICADO, no(a) qual fora vitimado(a) o(a) Sr^(a) JOYCE DE CASSIA BARBOSA DA SILVA, inscrito sob o CPF nº 702.683.434-70 e Registro Geral ° 8724607, atendido(a) pela Unidade Tática de Resgate do Grupamento de Bombeiros de Atendimento Pré-Hospitalar, comandada pelo(a) CB BM 710302-6 ABELARDO. Foi transportado(a) para o UPA IMBIRIBEIRA. Registrado(a) com o prontuário nº 1299130. Ficou aos cuidados do médico XXX, registro XXX. Os registros desta Certidão foram extraídos dos arquivos da Divisão de Operações / GBAPH.

Posição em 20/12/2019

A autenticidade desta certidão deve ser confirmada através do portal do Corpo de Bombeiros, no site <http://www.cbm.pe.gov.br/>, consultar protocolo nº 2019APH001383

Av. João de Barros, 399 - Boa Vista - Recife/PE - CEP 50050-180
Fone: (81) 3182-9126 / CNPJ: 00.358.773/0001-44



Imprimir Segunda Via de Conta

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

COMPANHIA ENERGÉTICA
DE PERNAMBUCO
AV. JOÃO DE BARROS, 111, BOA VISTA,
RECIFE, PERNAMBUCO
CEP 50050-902
CNPJ 10.835.932/0001-08
INSCRIÇÃO ESTADUAL 0005843-93



www.celpe.com.br

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

DADOS DO CLIENTE ZIDETE MARIA DA SILVA CPF: 358.533.284-68 NIS: 12109951235	DATA DE VENCIMENTO 27/11/2019	DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL 20/11/2019	CONTA CONTRATO 001364317014
	TOTAL A PAGAR (R\$) 0,00	DATA DA APRESENTAÇÃO 20/11/2019	Nº DO CLIENTE 2000813359
ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA RUA CORBÉLIA 38 A TORRÕES/RECIFE 50660-710 RECIFE PE	CLASSIFICAÇÃO B1 RESIDENCIAL - BAIXA RENDA COM NIS Monofásico		Nº DA INSTALAÇÃO 9903243039
RESERVADO AO FISCO F86E.0CCD.E1DE.7005.B29D.970C.33D9.F567			

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

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)
Consumo Ativo até 30 kWh	30,00	0,19327691	5,79
Acréscimo Bandeira AMARELA			0,05
Acréscimo Bandeira VERMELHA			0,30

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL							
NÚMERO DO MEDIDOR	TPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR	ATUAL	Nº DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO kWh
00000000181516317	CAT	21/10/2019	0,00	20/11/2019	0,00	30	1,00000

DATA PREVISTA PARA A PRÓXIMA LEITURA: 21/12/2019

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES					
DESCRIÇÃO	CONJUNTO	VALOR AFURADO	METAS MENSAL	METAS TRIM	METAS ANUAL
set/2019					
DIC-No.de horas sem Energia	0,00	4,80	9,91	19,82	
FIC-No.de vezes sem Energia	0,00	3,11	6,22	12,45	
DMC-Duração máxima de Interrupção contínua	0,00	2,77	0,00	0,00	
DICR-Duração de Interrupção em dia crítico	Limite DICR: 12,22				
EUSD-Valor do Encargo de Uso = R\$ 2,88					

Todo Consumidor pode solicitar a supressão dos indicadores DIC, FIC, DMC e DICR a qualquer tempo.

INFORMAÇÕES IMPORTANTES Pegue no ponto mais perto de você digitando: avenida general san martin cordeiro / multimarcas: rua onze de fevereiro torrõesLista completa em www.celpe.com.br . Na data da leitura a bandeira em vigor é a Vermelha. Mais informações em www.aneel.gov.br . O cliente é compensado quando há violação na continuidade individual ou do nível de tensão de fornecimento. Pagto. em atraso gera multa 2% (Res414/ANEEL, Juros 1%a.m.(Lei 10.438/02) e atualização monetária no próx. mês Isenção do ICMS conforme art. 9, XLVIII, a, 2.2.2, do RICMS-PE. Desconto pela aplicação da Tarifa Social de Energia Elétrica criada pela Lei Nº 10.438 de 26/04/02 - R\$ 12,25. O Cliente é compensado quando há descumprimento do prazo definido para os padrões de atendimento comercial.	NÍVEL DE TENSÃO <table border="1"> <tr> <th>TENSÃO NOMINAL(V)</th> <th>LIMITE DE VARIAÇÃO(V)</th> </tr> <tr> <td></td> <td>MÍNIMO MÁXIMO</td> </tr> <tr> <td>220</td> <td>202 231</td> </tr> </table>	TENSÃO NOMINAL(V)	LIMITE DE VARIAÇÃO(V)		MÍNIMO MÁXIMO	220	202 231
	TENSÃO NOMINAL(V)	LIMITE DE VARIAÇÃO(V)					
		MÍNIMO MÁXIMO					
220	202 231						
AUTENTICAÇÃO MECÂNICA							

CONTA CONTRATO 001364317014	MÊS/ANO 11/2019	TOTAL A PAGAR(R\$) 0,00	VENCIMENTO 27/11/2019	TALÃO DE PAGAMENTO Evite dobrar, perfurar ou rasurar. Este canhoto será usado em leitora ótica.
FATURA PAGA				AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

