



Número: **0018215-89.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção B da 15ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **06/04/2020**

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	
IZABEL PEREIRA DA SILVA (AUTOR)		EWEYSON VILAR DE LIMA (ADVOGADO)	
COMPANHIA EXCELSIOR DE SEGUROS (REU)			
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (REU)			
ROMERO BEZERRA CAVALCANTI MENDES (PERITO)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
63849 161	23/06/2020 11:19	2728788_CONTESTACAO_01	Petição em PDF



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 15ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE RECIFE/PE

PROCESSO: 00182158920208172001

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

CIA EXCELSIOR DE SEGUROS, empresa seguradora com sede à Av. Marques de Olinda, 175 - Bairro do Recife - Recife - PE - CEP: 50030-000, inscrita no CNPJ sob o número 33.054.826/0001-92 e **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 **IZABEL PEREIRA 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 **17/09/2017**, restando permanentemente inválida.

Destaca-se que a parte apenas procedeu com o registro na Delegacia de Polícia na data **11/12/2017**.

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.

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



A pretensão esposada na inicial não merece prosperar, visto que sua argumentação afigura-se totalmente contrária à orientação jurisprudencial traçada pelo Superior Tribunal de Justiça, bem como preceitua a legislação vigente sobre o DPVAT. É o que se demonstrará em seguida.

PRELIMINARMENTE

DA TEMPESTIVIDADE

A Ré apresenta a presente contestação em consonância com regra prevista no art. 218, § 4º do CPC/2015¹, prestigiando os princípios da celeridade, economia processual e boa-fé, pugnando desde já pelo recebimento da mesma.

DO DESINTERESSE NA REALIZAÇÃO DA AUDIÊNCIA PRELIMINAR DE CONCILIAÇÃO

Conforme se observa na exordial, a natureza do pedido do Seguro Obrigatório DPVAT, cujo cerne da questão é a suposta invalidez do demandante e o grau da lesão sofrida para fins indenizatórios do referido Seguro.

Assim, **torna-se imprescindível a realização da prova pericial**, pois, a Lei do DPVAT prevê graus diferenciados referentes à extensão das lesões acometidas pelas vítimas, classificando-as em total ou parcial, esta última subdividida em completa e incompleta, em caso de invalidez parcial do beneficiário a indenização será paga de forma proporcional ao grau da debilidade sofrida.

Desse modo, informa que não há interesse na realização da audiência preliminar de conciliação, e, visando dirimir as dúvidas existentes sobre a invalidez do autor, requer, se Vossa Excelência assim entender, a antecipação da prova pericial nos termos do art. 381, do CPC/2015².

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, CPC³.

Logo, tendo a parte autora deixado de comprovar suas alegações, impõe-se a improcedência total dos pedidos Autorais.

¹[1] Art. 218 - Os atos processuais serão realizados nos prazos prescritos em lei. [...] § 4º - Será considerado tempestivo o ato praticado antes do termo inicial do prazo.

²[1] Art. 381. A produção antecipada da prova será admitida nos casos em que: II - a prova a ser produzida seja suscetível de viabilizar a autocomposição ou outro meio adequado de solução de conflito;

³"APELAÇÃO CÍVEL. AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT. AUSÊNCIA DE PROVA DA INVALIDEZ PERMANENTE. **LAUDO INDIRETO DO IML. INSUFICIÊNCIA. ÔNUS DA PROVA DO AUTOR. IMPROCEDÊNCIA DO PEDIDO. MANUTENÇÃO DA SENTENÇA.** 1 - O pagamento de indenização com base no seguro obrigatório se restringe às hipóteses de morte da vítima ou de invalidez permanente, ainda que parcial, além da possibilidade de reembolso por despesas médicas que se fizerem necessárias em razão do acidente. 2 - **Não se desincumbindo o Autor do ônus de comprovar a invalidez permanente decorrente de acidente automobilístico, conforme exigem os artigos 5º da Lei 6.194/74 e 333, I, do Código de Processo Civil, deve ser julgado improcedente o pleito indenizatório.**" (TJ-MG - AC: 10342120045667001 MG, Relator: José Marcos Vieira, Data de Julgamento: 13/03/2014, Câmaras Cíveis / 16ª CÂMARA CÍVEL, Data de Publicação: 24/03/2014)



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 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 geral⁴.

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 vítima⁵.

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.

DA IMPOSSIBILIDADE DA INVERSÃO DO ÔNUS DA PROVA

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

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

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



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

Neste sentido é o recente entendimento firmado pelos Tribunais pátrios⁶, ratificando o descabimento da inversão do ônus da prova com base na aplicação do Código de Defesa do Consumidor.

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

DOS JUROS DE MORA E DA CORREÇÃO MONETÁRIA

Em relação aos juros de mora, o Colendo Superior Tribunal de justiça editou a Súmula nº 426 pacificando a incidência dos juros a partir da citação⁷.

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 ação⁸.

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

DOS HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS

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

Contudo, a demanda não apresentou nenhum grau de complexidade nem mesmo exigiu um grau de zelo demasiado pelo patrono da parte autora, pelo que se amolda nos termos dos incisos I, II, III e IV do §2º art. 85, do Código de Processo Civil.

Desta feita, na remota hipótese de condenação da Ré, requer que o pagamento dos honorários advocatícios seja arbitrado na monta de 10% (dez por cento), conforme supracitado.

CONCLUSÃO

Considerando a sua criação com a única finalidade de atuar como administradora do Seguro Obrigatório DPVAT, requer a substituição do pólo passivo para que passe constar a Seguradora Líder dos Consórcios de Seguro DPVAT.

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

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

⁸ art. 1º. (...)

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



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 Sumula 474 do STJ.

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

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

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

Requer a produção de prova pericial nos termos do 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, 16 de junho de 2020.

ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELO JUNIOR
30225 - OAB/PE

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



QUESITOS DA RÉ

1 - Queira o Sr. Perito informar se há nexo de causalidade entre o acidente narrado na petição inicial e a lesão apresentada pelo autor. Caso haja, informar se da referida lesão resultou invalidez permanente ou temporária;

2 - Queira o Sr. Perito informar se a invalidez permanente é notória ou de fácil constatação;

3 - Queira o Sr. Perito esclarecer quando a vítima teve ciência de sua incapacidade com base nos documentos médicos acostados aos autos;

4 - Queira o Sr. Perito informar se a vítima encontra-se em tratamento ou já se esgotaram todas as possibilidades existentes na tentativa de minimizar o dano;

5 - Queira o Sr. Perito informar se à época do acidente o membro afetado já contava com alguma sequela oriunda de circunstância anterior;

6 - Queira o Sr. Perito informar se a lesão apresenta caráter parcial ou total. Sendo a invalidez parcial incompleta, queira o Ilustre Perito informar o membro afetado e se a redução proporcional da indenização corresponde a 75% (setenta e cinco por cento) para as perdas de repercussão intensa, 50% (cinquenta por cento) para as de média repercussão, 25% (vinte e cinco por cento) para as de leve repercussão, 10% (dez por cento) para as de sequelas residuais, consoante o disposto no Art. 3º, inciso II, da Lei 6.194/74;

7 - Considerando que a tabela inserida à Lei 11.945/09 em três casos faz distinção quando a vítima é acometida por lesão em ambos os membros, seria possível o Sr. Perito indicar adequadamente a média da lesão sofrida nos termos da tabela? Em caso positivo qual seria a gradação (10%, 25%, 50%, 75% ou 100%)?

- Perda anatômica e/ou funcional completa de ambos os membros superiores ou inferiores;
- Perda anatômica e/ou funcional completa de ambas as mãos ou de ambos os pés;
- Perda anatômica e/ou funcional completa de um membro superior e de um membro inferior;

8 - Queira o Sr. Perito esclarecer todo e qualquer outro elemento necessário ao deslinde da causa.

Por fim com fulcro no artigo 5º, LV, da Constituição Federal, requer que após a produção da prova pericial, seja aberto prazo para as partes se manifestarem sobre o laudo, a fim de que não se cause na demanda o cerceamento de defesa, frente ao princípio constitucional do devido processo legal.



TABELA DE GRADAÇÃO

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



SUBSTABELECIMENTO

JOÃO ALVES BARBOSA FILHO, brasileiro, casado, advogado, inscrito na OAB/PE 4246, **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 **CIA EXCELSIOR DE SEGUROS e SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A**, nos autos de Ação de Cobrança de Seguro DPVAT, que lhe move **IZABEL PEREIRA DA SILVA**, em curso perante a **15ª VARA CÍVEL** da comarca de **RECIFE**, nos autos do Processo nº 00182158920208172001.

Rio de Janeiro, 16 de junho 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





Número: **0018215-89.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção B da 15ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **06/04/2020**

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	
IZABEL PEREIRA DA SILVA (AUTOR)		EWERSON VILAR DE LIMA (ADVOGADO)	
COMPANHIA EXCELSIOR DE SEGUROS (REU)			
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (REU)			
ROMERO BEZERRA CAVALCANTI MENDES (PERITO)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
63849162	23/06/2020 11:19	ANEXO 1	Outros (Documento)

THESE

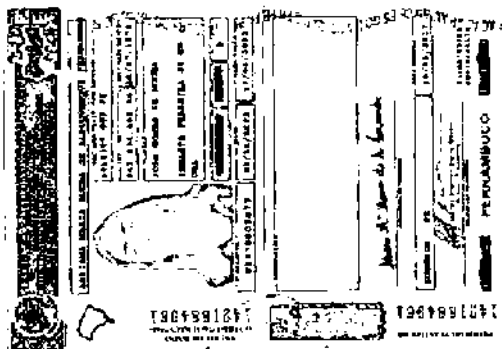
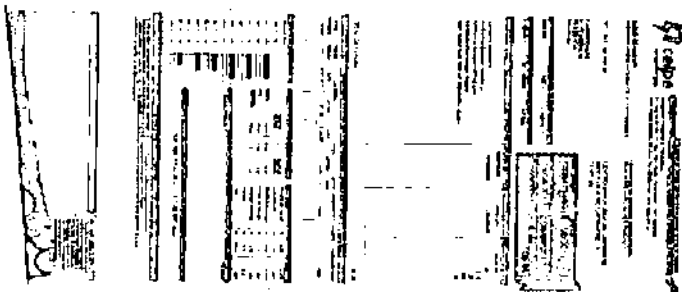
[illegible]

ARJUNA SEG. 111



Documentos de identificação

SEAL 101110



ARLANA SFR.ROS

18 06/2017





ARUANA SEGUROS

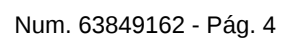
18 DEZ 2017

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL		MINISTÉRIO DAS CIDADANIAS	
DETRAN - PE Nº 012211626701			
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEICULO			
UF	1	1024186447	2017
IZABEL PEREIRA DA SILVA			
BREJO DA MADRE DE DEUS - 0			
CPF	093.094.454-24	PLACA	OY05871
PLACA ANT. UF	093.094.454-24	CHASSI	9C2JC4120ER038742
P33 / MOTOCICLETA 2400			
HONDA / CG 125 FA ES			
ANO FAB	2014	ANO MOD	2014
CATEGORIA	2B / 124CL	COR PREDOMINANTE	VERMELHA
COMBUSTIVEL	GASOLINA		
PREMIO TARIFARIO	1	PREMIO TOTAL (R\$)	09/02/17
SEGURO PAGO	BREJO DA MADRE DE DEUS		
SEM RESERVA	UNAFEL Indícios Sênior Elcizio		
Diretor Presidente DETRAN/PE			

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OJ PDR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NAO - SEGURO DPVAT	
PE Nº 012211626701 BILHETE DE SEGURO DPVAT	
IZABEL PEREIRA DA SILVA	
ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA www.dpvatsegurodetransito.com.br SAC DPVAT 0800 022 1204	
BREJO DA MADRE DE D	093.094.454-24 / OY05871
1024186447	HONDA / CG 125 FA ES
2014	9C2JC4120ER038742
PRÊMIO TARIFÁRIO	
FMS (R\$)	DEMATRAN (R\$)
CUSTO DO BILHETE (R\$)	CUSTO DO SEGURO (R\$)
SEGURO PAGO	SEGURO PAGO
COTA UNICA	PAGAMENTO
COTA UNICA	PAGAMENTO
SEGURADORA LIDER - DPVAT	
CNPJ 09.248.5680001-04	
www.seguradolider.com.br	
0831008 2 CUAR03 O BILKSTE DPVAT	
EUS NAO E BE PORTE OBRIGATORIO	

DUT



173

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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Número do Sinistro: 3180610983

Nome do(a) Examinado(a): IZABEL PEREIRA DA SILVA

Endereço do(a) Examinado(a): R ESTRELA, 84 - 84 - BREJO DA MADRE DE
DEUS/PE - CEP 55170-000

Identificação - Órgão Emissor/UF/Número : 8811610 - SDS PE - 22/05/2017

Data e Local do Acidente : 17/09/2017

Data e Local do Exame : 04/01/2019 AVENIDA DR PEDRO JORDÃO, 1252 -
CARUARU/PE

Resultado da Avaliação Médica

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

TCE leve e ferimento na região frontal

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

TCE submetido a tratamento conservador e ferimento submetido a sutura

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

Ao exame: Cicatriz na região frontal. Vítima queixa de cefaleia e tontura, tendo inclusive buscado novo atendimento neurológico e realizou TC crânio que se mostrou normal.

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

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

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

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



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

Vide motivo do impedimento no
campo das observações

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

(X) "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

Região Corporal

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

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

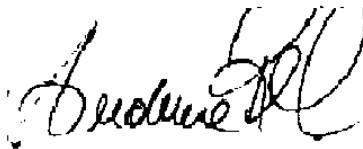
Região Corporal

Região Corporal

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

% 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 / UF : PE



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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Nome do(a) Examinado(a): IZABEL PEREIRA DA SILVA
Endereço do(a) Examinado(a): R ESTRELA, 84 - 84 - BREJO DA MADRE DE
DEUS/PE - CEP 55170-000
Identificação - Órgão Emissor/UF/Número : 8811610 - sds-pe - 22/05/2017
Data e Local do Exame : 09/01/2018 AVENIDA AGAMENON MAGALHÃES,
1036 - SALA 204 - CARUARU/PE

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva as lesões produzidas pelo trauma, o resultado do exame físico voltado para as regiões lesionadas e o(s) diagnóstico(s)
Diagnóstico:TCE

Exame Físico:vítima consciente e orientada ao exame, sem déficit cognitivo, apresenta cicatriz de sutura em região frontal.

a) O quadro clínico documentado neste exame decorre de lesão que tenha sido provocada em acidente automobilístico registrado na forma de sinistro que indicou esta avaliação? ☒ Sim ☐ Não

b) A(s) queixa(s) do(a) Examinado(a) está(ão) relacionada(s) com as lesões decorrentes deste acidente, inclusive com os registros em Boletim de Atendimento Médico? ☒ Sim ☐ Não

II. Descreva a evolução do quadro clínico, os tratamentos realizados, a data da alta e os resultados, incluindo complicações

Tratado conservadoramente com sutura do ferimento e suporte clínico, evoluindo sem complicações.

Não fez fisioterapia.

Alta há cerca de 3 meses.

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



Existindo sequela(s) que seja(m) geradora(s) de invalidez total ou parcial informe qual(is) e descreva as perdas anatômicas e/ou funcionais que sejam definitivas e que justifiquem os danos corporais permanentes.

IV. 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 (*).

Vide motivo do impedimento no
campo das observações

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

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

() “Exame não permite conclusão”

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

Região Corporal

Região Corporal

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

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

Região Corporal

Região Corporal

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

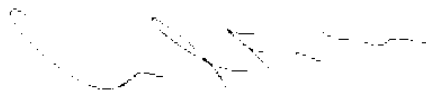
% do Dano () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100%
completo

c) Havendo dano corporal total com repercussão na íntegra do patrimônio físico – assinale a opção abaixo sempre apresentando a justificativa médica para este enquadramento no campo das observações (*).



() Total = "100% da IS"

**V. (*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao
exame médico e/ou à valoração do dano corporal.**
Vitima sem sequela



LEONARDO DE FARIA NEVES CRM : 17742 / UF :PE





Seguradora Líder - DPVAT

SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS **ID**

IDENTIFICAÇÃO

VITIMA IZABEL PEREIRA DA SILVA
DATA DO ACIDENTE 14-04-2012 CPF DA VITIMA 093.094.454-84
PORTADOR DO DOCUMENTO BOLETO DE PAGAMENTO DE PREVIDÊNCIA SOCIAL
QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR () VITIMA () REPRESENTANTE LEGAL, CUIO PARANTESSO COM
A VITIMA É _____
ENDEREÇO DO PORTADOR Rua Rosemário Alves da Rocha
Nº 03 COMPLEMENTO CASA BAIRRO Centro
CIDADE Paracatu - Minas Gerais UF MG CEP 56190-000
E-MAIL afesseguros194@gmail.com.br TELEFONE (81) 9161 3901

Outros

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

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

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

- () CARTeira DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTeira DE TRABALHO OU CARTeira NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 - () CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 - () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VITIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- MONTE = R\$ 35.500,00
- INVALIDEZ PERMANENTE - ATÉ R\$ 11.500,00, ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVIDÊNCIA NA LEI 8.154/74.
- DESPESAS MÉDICAS (DAMS) - REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO) ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.
- O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA
- COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODEMOS SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FOMULÁRIO
- PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSAR WWW.DPVATSEGURODOBRASIL.COM.BR OU LIGAR GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA 04.08.2012
IDENTIDADE 093.094.454-84
ASSINATURA IZABEL PEREIRA DA SILVA

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA 18 DEZ 2012
ARUANA SEGURO
ASSINATURA Arwana Seguro

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

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

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

- () CARTeira DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTeira DE TRABALHO OU CARTeira NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 - () CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 - () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VITIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE



Seguradora

LÍDER

Administradora do Seguro DPVAT

DECLARAÇÃO DE PAGAMENTO
DO BILHETE DE SEGURO DPVAT

Para os devidos efeitos, declaramos que se encontra devidamente contabilizado o pagamento do prêmio do Seguro DPVAT do exercício de 2017 relativo ao veículo abaixo caracterizado:

BILHETE PAGO EM: 09/02/2017

DADOS DO BILHETE	
PLACA:	PE/OYO-5871
CHASSI Nº:	9C2JC4120ER038742
RENAVAM:	01024186447
NOME DO PROPRIETÁRIO:	IZABEL PEREIRA DA SILVA
CATEGORIA:	09
VALOR:	R\$ 185,50 (CENTO E OITENTA E CINCO REAIS E CINQUENTA CENTAVOS)

Data do vencimento: 09/02/17

Data do sinistro: 17/09/2017

Rio de Janeiro, 18 de Dezembro de 2017



Em caso de dúvidas, entrar em contato com a Central de Pagamentos DPVAT através do 0800 701 3427

Preocupada com o meio ambiente, a Seguradora Líder DPVAT utiliza papel reciclado e ajuda a preservar a floresta.

ARUANA SEGUROS

18 DEZ 2017





Seguradora Líder - OCVAT

SEGURO OCVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

VALIDADEZ PERMANENTE E DAMS

ID

IDENTIFICAÇÃO

Nome: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR
 Data de Nascimento: 12/02/2001 Data de Emissão: 09/06/2020

Portador da documentação: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR

Qual o valor do prêmio de: 100,00 (cem reais) Valor do prêmio de: 100,00 (cem reais)

Endereço: RUA PRINCIPAL, 100 - JARDIM

Cidade: JOÃO PESSOA Estado: PB

CNPJ: 00.000.000/0000-00

CPF: 000.000.000-00

Telefone: 0800-000000

E-mail: antonio.yves@ocvat.com.br

Assinatura: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR

Assinatura: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR

Assinatura: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR

Assinatura: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR

Assinatura: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR

Assinatura: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR

Assinatura: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR

Assinatura: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR

Assinatura: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR

Assinatura: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR

Assinatura: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR

Assinatura: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR

Assinatura: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR

Assinatura: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR

Assinatura: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR

Assinatura: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR

Assinatura: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR

Assinatura: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR

Assinatura: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR

Assinatura: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR

Assinatura: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR

Assinatura: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR

Assinatura: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR

Assinatura: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR

Assinatura: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR

Assinatura: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

IDENTIFICAÇÃO DO SEGURADO(A) E DO SEGURADOR(A) E DO SEU ENDEREÇO RESIDENCIAL

IDENTIFICAÇÃO DO SEGURO(A) E DO SEU VALOR

IDENTIFICAÇÃO DO SEGURO(A) E DO SEU VALOR

IDENTIFICAÇÃO DO SEGURO(A) E DO SEU VALOR

IDENTIFICAÇÃO DO SEGURO(A) E DO SEU VALOR

IDENTIFICAÇÃO DO SEGURO(A) E DO SEU VALOR

IDENTIFICAÇÃO DO SEGURO(A) E DO SEU VALOR

IDENTIFICAÇÃO DO SEGURO(A) E DO SEU VALOR

IDENTIFICAÇÃO DO SEGURO(A) E DO SEU VALOR

IDENTIFICAÇÃO DO SEGURO(A) E DO SEU VALOR

IDENTIFICAÇÃO DO SEGURO(A) E DO SEU VALOR

IDENTIFICAÇÃO DO SEGURO(A) E DO SEU VALOR

IDENTIFICAÇÃO DO SEGURO(A) E DO SEU VALOR

IDENTIFICAÇÃO DO SEGURO(A) E DO SEU VALOR

IDENTIFICAÇÃO DO SEGURO(A) E DO SEU VALOR

IDENTIFICAÇÃO DO SEGURO(A) E DO SEU VALOR

IDENTIFICAÇÃO DO SEGURO(A) E DO SEU VALOR

IDENTIFICAÇÃO DO SEGURO(A) E DO SEU VALOR

IDENTIFICAÇÃO DO SEGURO(A) E DO SEU VALOR

IDENTIFICAÇÃO DO SEGURO(A) E DO SEU VALOR

IDENTIFICAÇÃO DO SEGURO(A) E DO SEU VALOR

IDENTIFICAÇÃO DO SEGURO(A) E DO SEU VALOR

IDENTIFICAÇÃO DO SEGURO(A) E DO SEU VALOR

IDENTIFICAÇÃO DO SEGURO(A) E DO SEU VALOR

IDENTIFICAÇÃO DO SEGURO(A) E DO SEU VALOR

IDENTIFICAÇÃO DO SEGURO(A) E DO SEU VALOR

IDENTIFICAÇÃO DO SEGURO(A) E DO SEU VALOR

IDENTIFICAÇÃO DO SEGURO(A) E DO SEU VALOR

IDENTIFICAÇÃO DO SEGURO(A) E DO SEU VALOR

IDENTIFICAÇÃO DO SEGURO(A) E DO SEU VALOR

IDENTIFICAÇÃO DO SEGURO(A) E DO SEU VALOR

IDENTIFICAÇÃO DO SEGURO(A) E DO SEU VALOR

IDENTIFICAÇÃO DO SEGURO(A) E DO SEU VALOR

IDENTIFICAÇÃO DO SEGURO(A) E DO SEU VALOR

IDENTIFICAÇÃO DO SEGURO(A) E DO SEU VALOR

IDENTIFICAÇÃO DO SEGURO(A) E DO SEU VALOR

IDENTIFICAÇÃO DO SEGURO(A) E DO SEU VALOR

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

IDENTIFICAÇÃO DO SEGURO(A) E DO SEU VALOR

IDENTIFICAÇÃO DO SEGURO(A) E DO SEU VALOR

IDENTIFICAÇÃO DO SEGURO(A) E DO SEU VALOR

IDENTIFICAÇÃO DO SEGURO(A) E DO SEU VALOR

IDENTIFICAÇÃO DO SEGURO(A) E DO SEU VALOR

IDENTIFICAÇÃO DO SEGURO(A) E DO SEU VALOR

IDENTIFICAÇÃO DO SEGURO(A) E DO SEU VALOR

IDENTIFICAÇÃO DO SEGURO(A) E DO SEU VALOR

IDENTIFICAÇÃO DO SEGURO(A) E DO SEU VALOR

IDENTIFICAÇÃO DO SEGURO(A) E DO SEU VALOR

IDENTIFICAÇÃO DO SEGURO(A) E DO SEU VALOR

IDENTIFICAÇÃO DO SEGURO(A) E DO SEU VALOR

IDENTIFICAÇÃO DO SEGURO(A) E DO SEU VALOR

IDENTIFICAÇÃO DO SEGURO(A) E DO SEU VALOR

IDENTIFICAÇÃO DO SEGURO(A) E DO SEU VALOR

IDENTIFICAÇÃO DO SEGURO(A) E DO SEU VALOR

IDENTIFICAÇÃO DO SEGURO(A) E DO SEU VALOR

IDENTIFICAÇÃO DO SEGURO(A) E DO SEU VALOR

IDENTIFICAÇÃO DO SEGURO(A) E DO SEU VALOR

IDENTIFICAÇÃO DO SEGURO(A) E DO SEU VALOR

IDENTIFICAÇÃO DO SEGURO(A) E DO SEU VALOR

IDENTIFICAÇÃO DO SEGURO(A) E DO SEU VALOR

IDENTIFICAÇÃO DO SEGURO(A) E DO SEU VALOR

IDENTIFICAÇÃO DO SEGURO(A) E DO SEU VALOR

IDENTIFICAÇÃO DO SEGURO(A) E DO SEU VALOR

IDENTIFICAÇÃO DO SEGURO(A) E DO SEU VALOR

IDENTIFICAÇÃO DO SEGURO(A) E DO SEU VALOR

IDENTIFICAÇÃO DO SEGURO(A) E DO SEU VALOR

IDENTIFICAÇÃO DO SEGURO(A) E DO SEU VALOR

IDENTIFICAÇÃO DO SEGURO(A) E DO SEU VALOR

IDENTIFICAÇÃO DO SEGURO(A) E DO SEU VALOR

IDENTIFICAÇÃO DO SEGURO(A) E DO SEU VALOR

IDENTIFICAÇÃO DO SEGURO(A) E DO SEU VALOR

IDENTIFICAÇÃO DO SEGURO(A) E DO SEU VALOR

IDENTIFICAÇÃO DO SEGURO(A) E DO SEU VALOR

IDENTIFICAÇÃO DO SEGURO(A) E DO SEU VALOR

IDENTIFICAÇÃO DO SEGURO(A) E DO SEU VALOR

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

IDENTIFICAÇÃO DO SEGURO(A) E DO SEU VALOR

IDENTIFICAÇÃO DO SEGURO(A) E DO SEU VALOR

IDENTIFICAÇÃO DO SEGURO(A) E DO SEU VALOR

IDENTIFICAÇÃO DO SEGURO(A) E DO SEU VALOR

IDENTIFICAÇÃO DO SEGURO(A) E DO SEU VALOR

IDENTIFICAÇÃO DO SEGURO(A) E DO SEU VALOR

IDENTIFICAÇÃO DO SEGURO(A) E DO SEU VALOR

IDENTIFICAÇÃO DO SEGURO(A) E DO SEU VALOR

IDENTIFICAÇÃO DO SEGURO(A) E DO SEU VALOR

IDENTIFICAÇÃO DO SEGURO(A) E DO SEU VALOR

IDENTIFICAÇÃO DO SEGURO(A) E DO SEU VALOR

IDENTIFICAÇÃO DO SEGURO(A) E DO SEU VALOR

IDENTIFICAÇÃO DO SEGURO(A) E DO SEU VALOR

IDENTIFICAÇÃO DO SEGURO(A) E DO SEU VALOR

IDENTIFICAÇÃO DO SEGURO(A) E DO SEU VALOR

IDENTIFICAÇÃO DO SEGURO(A) E DO SEU VALOR

IDENTIFICAÇÃO DO SEGURO(A) E DO SEU VALOR

IDENTIFICAÇÃO DO SEGURO(A) E DO SEU VALOR

IDENTIFICAÇÃO DO SEGURO(A) E DO SEU VALOR

IDENTIFICAÇÃO DO SEGURO(A) E DO SEU VALOR

IDENTIFICAÇÃO DO SEGURO(A) E DO SEU VALOR

IDENTIFICAÇÃO DO SEGURO(A) E DO SEU VALOR

IDENTIFICAÇÃO DO SEGURO(A) E DO SEU VALOR

IDENTIFICAÇÃO DO SEGURO(A) E DO SEU VALOR

IDENTIFICAÇÃO DO SEGURO(A) E DO SEU VALOR

IDENTIFICAÇÃO DO SEGURO(A) E DO SEU VALOR

IDENTIFICAÇÃO DO SEGURO(A) E DO SEU VALOR

IDENTIFICAÇÃO DO SEGURO(A) E DO SEU VALOR

IDENTIFICAÇÃO DO SEGURO(A) E DO SEU VALOR

IDENTIFICAÇÃO DO SEGURO(A) E DO SEU VALOR

IDENTIFICAÇÃO DO SEGURO(A) E DO SEU VALOR

IDENTIFICAÇÃO DO SEGURO(A) E DO SEU VALOR

IDENTIFICAÇÃO DO SEGURO(A) E DO SEU VALOR

IDENTIFICAÇÃO DO SEGURO(A) E DO SEU VALOR

IDENTIFICAÇÃO DO SEGURO(A) E DO SEU VALOR

IDENTIFICAÇÃO DO SEGURO(A) E DO SEU VALOR

IDENTIFICAÇÃO DO SEGURO(A) E DO SEU VALOR





**DECLARAÇÃO DE PAGAMENTO
DO BILHETE DE SEGURO OPVAT**

Para os devidos efeitos, declaro que se encontra devidamente comprovado o pagamento do prêmio do Seguro OPVAT referente ao mês de 2017, conforme se verá abaixo detalhadamente.

BILHETE PAGO EM 09/02/2017

DADOS DO BILHETE	
PLACA	PEJOYO-8871
CHASSI Nº	9C2JG4120ER038742
RENAVAM	01624186647
NOME DO PROPRIETÁRIO	IZABEL PEREIRA DA SILVA
CATEGORIA	09
VALOR	R\$ 185,50 (CENTO E OITENTA E CINCO REAIS E CINQUENTA CENTAVOS)

Data de vencimento do prêmio

Data de emissão do bilhete

Rua de Janeiro, 18 de Dezembro de 2017



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 23/06/2020 11:19:41

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 23/06/2020 11:19:41

ARQUIVADO
11 DE JUL 2017



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180610983

Cidade: Brejo da Madre de Deus

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: IZABEL PEREIRA DA SILVA

Data do acidente: 17/09/2017

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 02/01/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: 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.

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 de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	100 %	Complemento por reanálise - 0 %	0%	R\$ 0,00
Total			0 %	R\$ 0,00

ESPECIALISTA

Empresa: Líder- Serviços AMD

Grupo: EQ1

Nome: MARTHA MARIA RAUSCH DE QUEIROGA

CRM: 5245228-1

UF do CRM: RJ

Assinatura:



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180610983

Cidade: Brejo da Madre de Deus

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: IZABEL PEREIRA DA SILVA

Data do acidente: 17/09/2017

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 02/01/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: 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.

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 de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	100 %	Complemento por reanálise - 0 %	0%	R\$ 0,00
		Total	0 %	R\$ 0,00



PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180610983

Cidade: Brejo da Madre de Deus

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: IZABEL PEREIRA DA SILVA

Data do acidente: 17/09/2017

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: Traumatismo cranio encefálico. Ferimento na região frontal

Descrição do exame médico pericial: Cicatriz na região frontal. Refere cefaleia e tontura. TC de crânio normal

Resultados terapêuticos: A vítima foi submetida a tratamento conservador para o TCE e sutura para o ferimento frontal. Não realizou complementação com tratamento fisioterápico. Evoluiu com consolidação das lesões e obteve alta médica, sem indicação de qualquer tipo de terapia complementar

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Data da perícia: 04/01/2019

Conduta mantida:

Observações: O exame físico descrito demonstrou que após a consolidação das lesões ocorridas no trauma e o término do tratamento, não existem sequelas funcionais e ou anatômicas a serem indenizadas decorrentes do acidente de trânsito, portanto mantemos a conduta do médico examinador.

Médico examinador: Andrea 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
		Total	0 %	R\$ 0,00

PRESTADOR

TOLEDO ASSISTÊNCIA MÉDICA LTDA EPP

Médico revisor: LUCIA DE FÁTIMA CAHINO DA COSTA HIME

CRM do médico: 41076

UF do CRM do médico: SP

Assinatura do médico:



PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180610983

Cidade: Brejo da Madre de Deus

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: IZABEL PEREIRA DA SILVA

Data do acidente: 17/09/2017

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: Traumatismo cranio encefálico. Ferimento na região frontal

Descrição do exame médico pericial: Cicatriz na região frontal. Refere cefaleia e tontura. TC de crânio normal

Resultados terapêuticos: A vítima foi submetida a tratamento conservador para o TCE e sutura para o ferimento frontal. Não realizou complementação com tratamento fisioterápico. Evoluiu com consolidação das lesões e obteve alta médica, sem indicação de qualquer tipo de terapia complementar

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Data da perícia: 04/01/2019

Conduta mantida:

Observações: O exame físico descrito demonstrou que após a consolidação das lesões ocorridas no trauma e o término do tratamento, não existem sequelas funcionais e ou anatômicas a serem indenizadas decorrentes do acidente de trânsito, portanto mantemos a conduta do médico examinador.

Médico examinador: Andrea 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
		Total	0 %	R\$ 0,00

PRESTADOR

TOLEDO ASSISTÊNCIA MÉDICA LTDA EPP

Médico revisor: LUCIA DE FÁTIMA CAHINO DA COSTA HIME

CRM do médico: 41076

UF do CRM do médico: SP

Assinatura do médico:



PROCURAÇÃO

OUTORGANTE

Procuração



NOME: IZABEL PEREIRA DA SILVA
NACIONALIDADE: BRASILEIRA
PROFISSÃO: RECUSO INFORMAR
IDENTIDADE: 8.811.610 SDS - PE
ENDEREÇO: RUA ESTRELA - Nº 84 QD - R1 LT - 17 - SÃO DOMINGOS / BREJO DA MADRE DE DEUS - (PE).

OUTORGADO

NOME: ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES
NACIONALIDADE: BRASILEIRA
PROFISSÃO: RECUSO INFORMAR
IDENTIDADE: 4.810.389 SSP/PE
ENDEREÇO: RUA ROSEMIRO ALVES DA ROCHA, Nº 03, CENTRO - SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE (PE).

PELO PRESENTE INSTRUMENTO PARTICULAR DE PROCURAÇÃO, NOMEIO E
CONSTITUO MEU BASTANTE PROCURADOR E OUTORGADO, ACIMA QUALIFICADO, A
QUEM CONFIO PODERES PARA REPRESENTAR-ME PERANTE AS SEGURADORAS QUE
CONSTITUI O CONSÓRCIO DE SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT.

SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE (PE), 20 DE NOVEMBRO DE 2017.



Izabel Pereira da Silva

ASSINATURA DO OUTORGANTE

ARUANA SEGUROS

18 DEZ 2017

RECONHECER FIRMA



PROCURAÇÃO

Procurado

OUTORGANTE

PROCURADOR

NOME: IZABEL PEREIRA DA SILVA
NACIONALIDADE: BRASILEIRA
PROFISSÃO: RECUSO INFORMAR
IDENTIDADE: 0.811.610-505 - PE
ENDEREÇO: RUA ESTRELA - Nº 14 QD - R1 LT - 17 - SÃO DOMINGOS /
BREJO DA MADRE DE DEUS - (PE)

OUTORGADO

NOME: ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES
NACIONALIDADE: BRASILEIRA
PROFISSÃO: RECUSO INFORMAR
IDENTIDADE: 4.810.389-85/PE
ENDEREÇO: RUA ROSEMIRO ALVES DA ROCHA - Nº 03 CENTRO
SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE (PE)

PELO PRESENTE INSTRUMENTO PARTICULAR DE PROCURAÇÃO, NOMEIO E CONSTITUO VEL BASTANTE PROCURADOR E OUTORGADO, ADMA, QUAL PRADO AL QUEM CONHECE POR FERNANDA MARIA DE PEREIRA M. PEREIRA, AS SEGURADORAS QUE CONTRAIU O CONSÓRCIO DE SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT.

SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE (PE), 20 DE NOVEMBRO DE 2017

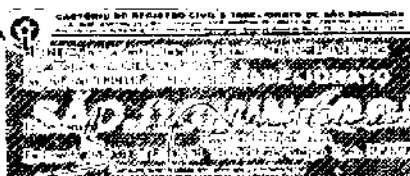
Antônio YVES Cordeiro de Mello Junior

ASS. NATURA DO OUTORGANTE

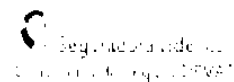
ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR

11/11/2017

RECONHECER/FIRMA



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0463353/18
Vítima: IZABEL PEREIRA DA SILVA
CPF: 093.094.454-24
Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

Data do acidente: 17/09/2017
CPF de: Próprio
Titular do CPF: IZABEL PEREIRA DA SILVA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES : 945.234.444-04

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

IZABEL PEREIRA DA SILVA : 093.094.454-24

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 26/12/2018
Nome: ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES
CPF: 945.234.444-04

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 26/12/2018
Nome: NATHALIA GABRIELA FERREIRA DE SOUZA
CPF: 109.530.024-54

ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES

NATHALIA GABRIELA FERREIRA DE SOUZA





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

Rio de Janeiro, 27 de Dezembro de 2018

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3180610983

Vítima: IZABEL PEREIRA DA SILVA

Data do Acidente: 17/09/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), IZABEL PEREIRA 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 13759089

Pag. 01637/01638 - carta_01 - INVALIDEZ

00010819





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, 02 de Janeiro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3180610983

Vítima: IZABEL PEREIRA DA SILVA

Data do Acidente: 17/09/2017

Cobertura: INVALEDEZ

Procurador: ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag 01361/01362 - carta_02 - INVALEDEZ

00030681



Carta nº 13773504





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 Janeiro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3180610983

Vítima: IZABEL PEREIRA DA SILVA

Data do Acidente: 17/09/2017

Cobertura: INVALEDEZ

Procurador: ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), IZABEL PEREIRA 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 seqüela 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: 00031/00032 - carta_04 - INVALEDEZ

0004-0016



Carta nº 13792287



Autorização de pagamento



AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

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

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

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

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

É obrigatório Representante Legal para:

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

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

Número do Sinistro ou ASL	CPF da Vítima 093.094.454-24	Nome completo da vítima IZABEL PEREIRA DA SILVA
---------------------------	---------------------------------	--

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo IZABEL PEREIRA DA SILVA		CPF titular da conta 093.094.454-24	Profissão P. INFORMAR
Endereço RUA ESTRELA		Número 8400-PAV-H	Complemento CASA
Bairro SÃO DOMINGOS	Cidade BREJO SANTO	Estado PE	CEP 55170-000
E-mail		Telefone (DDD) 81 94630192	

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

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

☒ RECLUSO INFORMAR ☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00		☐ SEM RENDA ☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00		☐ ATÉ R\$ 1.000,00 ☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00		☐ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00	
☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ BRADESCO (237) ☐ BANCO DO BRASIL (001) ☐ ITAÚ (341) ☐ FAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)				☐ CONTA CORRENTE (todos os bancos)			
AGENCIA NRO. 2778		D.V. 		CONTA NRO. 41542		D.V. 0	
(Informar dígito se existir)				(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)	
AGENCIA NRO. 		D.V. 		CONTA NRO. 		D.V. 	
(Informar dígito se existir)				(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)	

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

De 21 de NOVEMBRO de 2017
CARVALHEIRA PE Local e Data

X Izabel Pereira da Silva
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

ARUANA SEGUROS
18 DEZ 2017
Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

FAPPE.001 V001/2017



Escuela de Gobierno

[illegible]



Boletim de ocorrência



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DINTER1 - 17ª DELEGACIA SECCIONAL DE POLÍCIA CIVIL - SANTA CRUZ
DO CAPIBARIBE

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **17E0048001780**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **11/12/2017** às
17:04

Complementa o BO Número: 17E0048001288

AGENTE DE TRÁNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado)
que aconteceu no dia **17/9/2017** no período da Tarde

Fato ocorrido no endereço: **MUNICIPIO DE BREJO DA MADRE DE DEUS, 1,
ESTRADA DO SÍTIO OLHO D'ÁGUA DO PULCÃO - Bairros: ZONA RURAL -
BREJO DA MADRE DE DEUS/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PÚBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR / AGENTE)
IZABEL PEREIRA DA SILVA (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

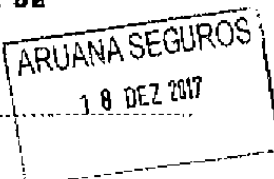
VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a):
DESCONHECIDO
VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a):
IZABEL PEREIRA DA SILVA

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

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

**IZABEL PEREIRA DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: Feminino Mãe: MARIA
DAS GRACAS PEREIRA Pai: LUIZ GONZAGA DA SILVA Data de Nascimento: 15/2/1987
Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL
Endereço Comercial: MUNICIPIO DE BREJO DA MADRE DE DEUS, 1, RUA ESTRELA, 84
(CASAS DA CAIXA) - CEP: 0 - Bairro: SAO DOMINGOS - BREJO DA MADRE DE
DEUS/PERNAMBUCO/BRASIL**

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



11/12/2017, 16:55



MOTOCICLETA 1 (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **IZABEL PEREIRA DA SILVA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **IZABEL PEREIRA DA SILVA**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CB 125** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **VERMELHA** - Quantidade: **1 (UNIDADE)**

Placa: **DY05871** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Chassi: **9C2JC4129ER028742**

MOTOCICLETA 2 (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**, que estava em posse do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**
Quantidade: **1 (UNIDADE)**

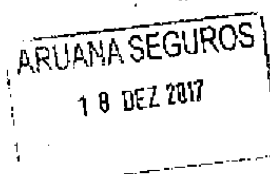
Complemento / Observação

A VITIMA RELATA QUE ESTAVA TRANSITANDO COM SEU VEICULO PELA VIA DO FATO, QUANDO FOI SURPREENDIDA POR UM DESCONHECIDO QUE VINHA CONDUZINDO OUTRA MOTOCICLETA. A VITIMA AFIRMA QUE APESAR DA VIA SER UMA ESTRADA DE BARRO, A VITIMA VINHA CONDUZINDO SEU VEICULO DE MANEIRA CORRETA, DANDO ESPACO SUFICIENTE PARA OUTRO VEICULO PASSAR NO SENTIDO CONTRARIO. CONTUDO O DESCONHECIDO VEIO COM SEU VEICULO DE FRENTE PARA O VEICULO DA VITIMA, E COLIDIU. A VITIMA AFIRMA QUE COM A COLISAO CAIU NO CHAO, E COM A QUEDA SEU VEICULO FICOU TODO DANIFICADO.

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

IZABEL PEREIRA DA SILVA
IZABEL PEREIRA DA SILVA
(VITIMA)

B.O. registrado por: **FILIPPE BISPO MACHADO DA SILVA** Matrícula: **256813-4**



11/12/2017, 16:55



BOLETA DE OCORRÊNCIA Nº 17E004B001780

17E00 18001200

REPUBLICA DE GUATEMALA. MUNICIPIO DE SAN JOSE DE MADRE DE DIOS. 1.
ESTADADA DE SAN JOSE DE MADRE DE DIOS DE PULCARAN. Dpto. DE SAN MARCOS.
SAN JOSE DE MADRE DE DIOS. PERMANENTE. GUATEMALA.
CALLE 10-10. TEL. 2222-1010.

1. 2019年12月31日，本公司应收账款账面余额为1,000,000.00元，坏账准备余额为100,000.00元。

© 2004 Blackwell Publishing Ltd *Journal of Internal Medicine* 255: 257–264

1. O que é uma rede de computadores?	Um sistema de comunicação de dados.
2. Qual a finalidade de uma rede de computadores?	Permitir a troca de informações entre os computadores.
3. Quais os tipos de rede de computadores?	Local, metropolitana e global.
4. Qual a diferença entre uma rede local e uma rede metropolitana?	Uma rede local é limitada a uma pequena área geográfica, enquanto uma rede metropolitana cobre uma área geográfica maior.
5. Qual a diferença entre uma rede local e uma rede global?	Uma rede local é limitada a uma pequena área geográfica, enquanto uma rede global cobre uma área geográfica muito grande.

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

2020年12月31日（星期五）下午14:00 - 15:00 在北京市西城区西便门大街2号（即：北京市西城区西便门大街2号）

[illegible]

Qualificação dos(as) objetivos envolvidos:

AGRICULTURE



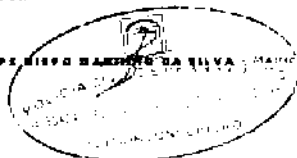
[illegible]

A VITIMA RELATA QUE ESTAVA TRANSITANDO COM SEU VEICULO PELA VIA DO FATO, QUANDO FOI SUPERELENDA POR UM DESCONHECIDO QUE VINHA COMBUSTIONANDO OUTRA MOTOCICLETA. A VITIMA AFIRMA QUE NA VIA ERA UMA ESTRELA DE TRAFEGO, COM O VEICULO COMBUSTIONANDO SEU VEICULO DE MANEIRA QUE ELA, SENDO TAPADO SUFFICIENTE PARA OUTRO VEICULO PASSAR DO SENTIDO CONTRARIO, CONTUDO O DESCONHECIDO VEIO COM SEU VEICULO DE FRENTE PARA O VEICULO DA VITIMA, E COLIDIU. A VITIMA AFIRMA QUE COM A COLISAO CAIU NO CHAO E COM A RUEDA DE SEU VEICULO FICOU TUDO EMANCIPIADO.

Assinatura digitalizada e presente nesta unidade por:

IZABEL PEREIRA DA SILVA
(VITIMA)

N.º de registro: FILIPE NUNO BARBOSA DA SILVA - Matrícula: 266613-4



16 JUL 1955



Declaração de Inexistência



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - CIRCULAR SUSEP 445/12

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

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:

Casos com vítima entre 0 a 15 anos - O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

Casos com vítima entre 16 e 17 anos - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima interditada com curador - Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima <u>ROBERT PEREIRA DA SILVA</u>	CPF da Vítima <u>093.094.454-24</u>	Data do Acidente <u>17-09-2017</u>
---	--	---------------------------------------

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal <u>IZABEL PEREIRA DA SILVA</u>	CPF do Representante legal <u>093.094.454-24</u>
E-mail <u>izabelpereira@alida.com.br</u>	Telefone (DDD) <u>81 94630192</u>

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:

Assinalar uma das opções abaixo:

- ☒ Não há estabelecimento do IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- ☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- ☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência 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 da 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 51º 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 contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

João Cruz 21 de NOVEMBRO de 2017
CPR. BARIBE - PE - Local e Data

Izabel Pereira da Silva
 Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

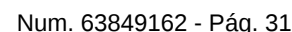
ARUANA SEGUROS
 18 DEZ 2017
 Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

DALI.001 V001/2017



12:13 PM

.....





Prefeitura Municipal do Brejo da Madre de Deus

Comprovação de ato declar



DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins, em atenção ao pedido da Sra. Izabel Pereira da Silva, portadora do RG.: 8811610 SDS/PE e do CPF.: 093.094.454-24 que consta nos registros de ocorrência do SAMU BASE Descentralizada, atendimento realizado por este serviço a mesma com ID 0319 no dia 17/09/17, às 12H:37min, no Sítio Olho D'água próximo a capela de Santa Rita, vítima de acidente por colisão motoXmoto, tendo sido enviado a UBS de São Domingos, que prestou atendimento a vítima no local, transportando para Policlínica de São Domingos sendo atendida pela equipe da Unidade.

De acordo com o registro de informações do SAMU, foram realizados na paciente imobilização da Coluna Cervical e Utilização de prancha.

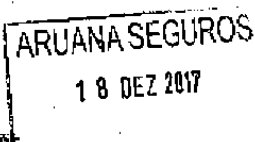
Brejo da Madre de Deus, 08 de novembro de 2017.

Márcia Mendes Martins
Coordenação de Enfermagem
COREN 121191

Recebi esta declaração - Brejo da Madre de Deus em 17/11/17

Izabel Pereira da Silva

Praça Vereador Abel de Freitas, S/N - Centro - Brejo da Madre de Deus - PE
CEP: 55.170-000 - CNPJ: 10.091.528/0001-77 - 3747-1156





Prefeitura Municipal do Brejo da Madre de Deus

Comprovação de ato social

10/11/2020

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins, em atenção ao pedido de Sra. Izabel Pereira de Sá, portadora do RG 8811620-505/PF e do CPF 093.094.454-24 que consta nos registros de ocorrência do SAMU BASE, o atendimento realizado por este serviço a mesma com ID 0359 no dia 17/09/17, às 12h 11min, no Sítio Oito O'água próximo a Capela de Santa Rita, zona de acidente por rolô, moto/moto, tendo sido enviado a UBS de São Domingos, que prestou atendimento a vítima no local transportando para Policlínica de São Domingos sendo atendida pela equipe da Unidade.

Foi acordado com o registro de informações do SAMU, foram realizados no paciente imobilização da Coluna Cervical e Fixação de prancha.

Brejo da Madre de Deus, 08 de novembro de 2017

Atenciosamente,
Antonio YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR
Coordenação de Intermédios
CORE-121193

Recebi esta declaração - Brejo da Madre de Deus em 20/10/20

Izabel Pereira de Sá

Projet Vereador Abail de Freitas, S/N - Centro - Brejo da Madre de Deus - PE
CPF: 55.178-000 - CNPJ: 18.091.528/0001-77 - 811.3747-1156

ARQUIVADO
18/11/20





Tarifa Social de Energia Elétrica: Lei 10.438, de 2004
NOTA FISCAL - FATURA - COTA DE ENERGIA ELÉTRICA
Companhia Energética de Pernambuco
Av. João de Barros, 151, Boa Vista, Recife, Pernambuco - CEP 50050-002
CNPJ 10.835.932/0001-00 (Insc. Est. 0095045-90) www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE
IZADIEL PEREIRA DA SILVA

NOME DO UNIDADE CONSUMIDORA
RUA ESTRELA DA ORO 91 LT-17

CPF: 003.094.454-24 NIS: 10220791008
CLASSIFICAÇÃO

SÃO DOMINGOS SÃO DOMINGOS
BREJO DA MADRE DE DEUS PE
55170-000

DI RESIDENCIAL
BARRA RENOVA COHABIS

7007013048 08/2017
02/10/2017 28/10/2017
12:05

2009/2017 2014/2018 5384178
GERAÇÃO DA NOTA FISCAL

Consumo Aéreo até 20 kWh
Consumo Aéreo superior a 20 até 110 kWh
Atendimento Básico e Amarelo
Atendimento Verde e Vermelho
Consumo de Energia Elétrica
Valor por kWh: R\$ 0,02240457 - 25/08/17
Valor por kWh: R\$ 0,02240457 - 25/08/17

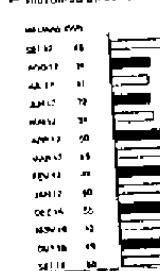
QUANTIDADE	PREÇO UNIT.	VALOR (R\$)
20,000000	0,17830800	3,56
16,000000	0,79204234	12,67
		0,33
		0,10
		1,89
		0,12
		0,02

Comprovante de residência



DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL									
PERÍODO	TIPO DE	DATA	ANTERIOR	DATA	ATUAL	PERÍODO	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (KWH)
01/10/2017	CP	01/10/2017	2.329,00	05/09/2017	2.365,00	11	1.000,00		40,00

INFORMAÇÕES DE CONSUMO



INFORMAÇÕES DE CONSUMO

PERÍODO	TIPO DE	DATA	ANTERIOR	DATA	ATUAL	PERÍODO	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (KWH)
01/10/2017	CP	01/10/2017	2.329,00	05/09/2017	2.365,00	11	1.000,00		40,00

COMPARAÇÃO DO CONSUMO

PERÍODO	TIPO DE	DATA	ANTERIOR	DATA	ATUAL	PERÍODO	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (KWH)
01/10/2017	CP	01/10/2017	2.329,00	05/09/2017	2.365,00	11	1.000,00		40,00

Este documento é uma cópia eletrônica da Nota Fiscal emitida pela Companhia Energética de Pernambuco. Para garantir a validade jurídica, recomendamos que o consumidor imprima este documento e o apresente juntamente com o comprovante de residência.

Informações importantes: Este documento é uma cópia eletrônica da Nota Fiscal emitida pela Companhia Energética de Pernambuco. Para garantir a validade jurídica, recomendamos que o consumidor imprima este documento e o apresente juntamente com o comprovante de residência.

PERÍODO	TIPO DE	DATA	ANTERIOR	DATA	ATUAL	PERÍODO	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (KWH)
01/10/2017	CP	01/10/2017	2.329,00	05/09/2017	2.365,00	11	1.000,00		40,00

ARUANA SEGUROS
10 DEZ 2017



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 0006943-93		 celpe Grupo Neoennergia www.celpe.com.br							
Tarifa Social de Energia Elétrica - L COMERCIAL Atendimento ao deficiente auditivo ou c Ou Agência de Regulação dos Serviços Públicos de Pernambuco-ARPE: 0800-727-0187-Ligação Grati Agência Nacional de Ene 167-Ligação Gratuita de tele									
DADOS DO CLIENTE ADRIANA MARIA MOURA DE A. FERNANDES CPF: 948.234.444-04 ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA RUA ROSEMIRO ALVES ROCHA 3 CENTRO/SANTA CRUZ DO CAPIMARIBE 56192-395 SANTA CRUZ DO CAPIMARIBE PE		DATA DE VENCIMENTO 14/09/2017 TOTAL A PAGAR (R\$) 0,00 CLASSIFICAÇÃO B1 RESIDENCIAL - RESIDENCIAL Monofásico RESERVADO AO FISCO C55B.33D1.B678.BA0A.D903.F000.4279.19B2							
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		DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL 06/09/2017 DATA DA APRESENTAÇÃO 06/09/2017 NÚMERO DA NOTA FISCAL 000519424							
		CON 001 Nº 2 Nº D. 0							
DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL									
DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)						
Consumo Ativo(kWh)	171,00	0,87315022	116,10						
Acréscimo Bandeira AMARELA			0,85						
Acréscimo Bandeira VERMELHA			9,74						
Contribuição Iluminação Pública			16,81						
Multa por atraso-NF 000539072 - 07/09/17			2,05						
Juros por atraso-NF 000539072 - 07/09/17			0,03						
TOTAL DA FATURA			139,48						
INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS									
ICMS		PIS		COFINS					
BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO				
121,79	28,00	34,14	121,79	0,64	0,77				
					121,79				
					1,00				
					3,65				
COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA 									
Tarifas Aplicadas Consumo Ativo(kWh) 6,46036000			HISTÓRICO DE SET 17 AGO 17 JUL 17 JUN 17 MAI 17 ABR 17 MAR 17 FEV 17 JAN 17 DEZ 16 NOV 16 OUT 16 SET 16						
COMPOSIÇÃO DO CONSUMO kWh % Geração de Energia 26,18 29,54 Transmissão 3,43 3,82 Distribuição (Cepes) 26,33 29,38 Encargos Setoriais 10,68 11,97 Tributos 24,88 28,22 TOTAL 121,79 100									
DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL									
NÚMERO DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR		ATUAL		Nº DE	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO kWh
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA				
024966	CAT	07/09/2017	2.183,00	06/09/2017	2.334,00	30	1,00000	0,00	171,00
DATA PREVISTA PARA A PRÓXIMA LEITURA: 08/10/2017									
DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES									
DESCRIÇÃO	CONSUMO	VALOR							
EDC-No.de horas sem Energia SANTA CRUZ DO CAPIMARIBE	0,00								
EDC-No.de vezes sem Energia	0,00								
EDC-Duração máxima de Interrupção contínua	0,00								
EDC-Duração de Interrupção em 48h críticas									
EDC-Valor do Energia de Uso = R\$ 42,38									
Para Consumidor para solicitar a supressão das interrupções EDC, EDC, ON ID									
INFORMAÇÕES IMPORTANTES									
Na data da leitura a bandeira em vigor é a Amarela. 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 prox. mês.									
NÍVEL DE TENSÃO									
TENSÃO NOMINAL(V)	LI								

18 DEZ 2017

03/10/2017 15:19



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

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

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

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF².

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

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

Pelo exposto, eu ADRIANA DE MOURA DE A. FERNANDES inscrito (a) no CPF sob o Nº 945.234.444 / 04, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário IZABEL PEREIRA DA SILVA inscrito (a) no CPF sob o Nº 093.094.454 / 24 do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDA da Vítima IZABEL PEREIRA DA SILVA inscrito (a) no CPF sob o Nº 093.094.454 / 24, conforme determinação da Circular Susep 445/12;

☐ Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios: _____
Declaração Circular SUSEP _____

☒ Recuso informar



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

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

Endereço <u>Rua Rosemário Alves da Rocha</u>		Número <u>03</u>	Complemento <u>CABA</u>
Bairro <u>CENTRO</u>	Cidade <u>CRUZ DO CARIBARIPE</u>	Estado <u>PE</u>	CEP <u>55190-000</u>
Email <u>AFSEGUROS1994@YAHOO.COM.BR</u>		Telefone comercial (DDD) _____	Telefone celular (DDD) <u>81 91613407</u>

CRUZ DO CARIBARIPE 06 de DEZEMBRO de 2017
Local e Data

Adriana M. Moura de A. Fernandes
Assinatura do Declarante

ARUANA SEGUROS
18 DEZ 2017

DLDRL001 V001/2017





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

Possui texto eletrônico padrão, acessível à url: http://www.sus.gov.br/portal/pt-br/arquivos/pdf/declara%C3%A7%C3%A3o_de_preven%C3%A7%C3%A3o_a_lavagem_de_dinheiro.pdf ou http://www.sus.gov.br/portal/pt-br/arquivos/pdf/declara%C3%A7%C3%A3o_de_preven%C3%A7%C3%A3o_a_lavagem_de_dinheiro.pdf

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

O preenchimento deste formulário é parte integrante do processo de requisição de sinistro, conforme estabelecido a Circular Normativa SUSP 445/12, disponível no endereço eletrônico:

http://www.sus.gov.br/portal/pt-br/arquivos/pdf/declara%C3%A7%C3%A3o_de_preven%C3%A7%C3%A3o_a_lavagem_de_dinheiro.pdf

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

A inclusão em formulário das informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização de Seguro (PMAT) requerido por quem não se enquadra nesta norma e parâmetros de comunicação ao COAP¹.

Responsabilidade de Seguros Privados - SUSP 445/12, que altera esta norma e a situação das atividades de seguros privados e atividade aberta, conforme a Lei nº 9.647/98.

1 - Comissão de Trabalho de Assessoria Técnica - COAT (órgão integrante do Ministério da Saúde, tem por finalidade prestar apoio técnico e administrativo, monitorar atividades e orientar os processos de trabalho de prevenção de lavagem de dinheiro - LAD).

Pelo exposto, eu, ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR, inscrito no CPF sob o nº 000.000.000-00, em nome da qualidade de Procurador (at) Intermediário (at) do Beneficiário (at) do Seguro (at) do Seguro, inscrito no CPF sob o nº 000.000.000-00, do seguro de PMAT, existente PMAT, de valor 000.000,00, 000.000,00, inscrito no CPF sob o nº 000.000.000-00, conforme determinação da Circular SUSP 445/12.

Endereço Profissional:

Renda:

Declaro, para Circular SUSP 445/12, o pagamento de duas vezes a contraprestação

2º) Declaração Informar:

Declaro, ainda, sob as penas da lei e sob as penas de responsabilidade perante a Seguradora LIDER (PMAT) responder por qualquer ato ilícito, apresentando a cópia do comprovante de atualização do endereço informado.

E estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na aplicação penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Assinatura: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR
Data: 23/06/2020
Assinatura: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR
Data: 23/06/2020
Assinatura: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR
Data: 23/06/2020

ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR
Assinatura: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR
Data: 23/06/2020

ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR
Assinatura: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR
Data: 23/06/2020

24 DE 2020

02/06/2020 10:00:00



Documentação médica -- h



PREFEITURA DE BREJO DA MADRE DE DEUS-PE
SECRETARIA DE SAÚDE
POLICLÍNICA SENADOR WILSON DE QUEIROZ CAMPOS

São Domingos, 17 de setembro de 2017

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins que, IZABEL PEREIRA DA SILVA entrada nessa unidade de Saúde no dia 17/09/2017 as 13:58. Vítima de acidente motociclístico. Sendo atendida em caráter de urgência nesta unidade de saúde. Registro de entrada nº 9884847

Atenciosamente,

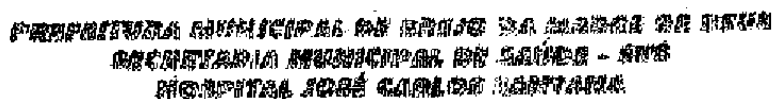
ADIREÇÃO.

Vanuza do Carmo Costa
Diretora de Saúde
Policlínica São Domingos - Direção

ARUANA SEGUROS

18 DEZ 2017





DATA: 17-9-17 HORA: 14:40 ADMISSÃO: () Entrada Suspensa () Retorno

N.º DO FRONTUÁRIO: 98842047 SEXO: F IDADE: 30

DESTINO: HOSPITAL HR DATA 10/10/71 HORA 14:00

DESTINO : FINAL	DATA :	HORA :
-----------------	--------	--------

Sanka-5258004.

RESUMO DIAGNÓSTICO: doença intestinal aguda
2.4.11.2.1.2.3.4.5.6.7.8.9.10.11.12.13.14.15.16.17.18.19.20.21.22.23.24.25.26.27.28.29.30.31.32.33.34.35.36.37.38.39.40.41.42.43.44.45.46.47.48.49.50.51.52.53.54.55.56.57.58.59.60.61.62.63.64.65.66.67.68.69.70.71.72.73.74.75.76.77.78.79.80.81.82.83.84.85.86.87.88.89.90.91.92.93.94.95.96.97.98.99.100.101.102.103.104.105.106.107.108.109.110.111.112.113.114.115.116.117.118.119.120.121.122.123.124.125.126.127.128.129.130.131.132.133.134.135.136.137.138.139.140.141.142.143.144.145.146.147.148.149.150.151.152.153.154.155.156.157.158.159.160.161.162.163.164.165.166.167.168.169.170.171.172.173.174.175.176.177.178.179.180.181.182.183.184.185.186.187.188.189.190.191.192.193.194.195.196.197.198.199.200.201.202.203.204.205.206.207.208.209.210.211.212.213.214.215.216.217.218.219.220.221.222.223.224.225.226.227.228.229.230.231.232.233.234.235.236.237.238.239.240.241.242.243.244.245.246.247.248.249.250.251.252.253.254.255.256.257.258.259.260.261.262.263.264.265.266.267.268.269.270.271.272.273.274.275.276.277.278.279.280.281.282.283.284.285.286.287.288.289.290.291.292.293.294.295.296.297.298.299.300.301.302.303.304.305.306.307.308.309.310.311.312.313.314.315.316.317.318.319.320.321.322.323.324.325.326.327.328.329.330.331.332.333.334.335.336.337.338.339.340.341.342.343.344.345.346.347.348.349.350.351.352.353.354.355.356.357.358.359.360.361.362.363.364.365.366.367.368.369.370.371.372.373.374.375.376.377.378.379.380.381.382.383.384.385.386.387.388.389.390.391.392.393.394.395.396.397.398.399.400.401.402.403.404.405.406.407.408.409.410.411.412.413.414.415.416.417.418.419.420.421.422.423.424.425.426.427.428.429.430.431.432.433.434.435.436.437.438.439.440.441.442.443.444.445.446.447.448.449.450.451.452.453.454.455.456.457.458.459.460.461.462.463.464.465.466.467.468.469.470.471.472.473.474.475.476.477.478.479.480.481.482.483.484.485.486.487.488.489.490.491.492.493.494.495.496.497.498.499.500.501.502.503.504.505.506.507.508.509.510.511.512.513.514.515.516.517.518.519.520.521.522.523.524.525.526.527.528.529.530.531.532.533.534.535.536.537.538.539.540.541.542.543.544.545.546.547.548.549.550.551.552.553.554.555.556.557.558.559.560.561.562.563.564.565.566.567.568.569.570.571.572.573.574.575.576.577.578.579.580.581.582.583.584.585.586.587.588.589.590.591.592.593.594.595.596.597.598.599.600.601.602.603.604.605.606.607.608.609.610.611.612.613.614.615.616.617.618.619.620.621.622.623.624.625.626.627.628.629.630.631.632.633.634.635.636.637.638.639.640.641.642.643.644.645.646.647.648.649.650.651.652.653.654.655.656.657.658.659.660.661.662.663.664.665.666.667.668.669.670.671.672.673.674.675.676.677.678.679.680.681.682.683.684.685.686.687.688.689.690.691.692.693.694.695.696.697.698.699.700.701.702.703.704.705.706.707.708.709.710.711.712.713.714.715.716.717.718.719.720.721.722.723.724.725.726.727.728.729.730.731.732.733.734.735.736.737.738.739.740.741.742.743.744.745.746.747.748.749.750.751.752.753.754.755.756.757.758.759.760.761.762.763.764.765.766.767.768.769.770.771.772.773.774.775.776.777.778.779.780.781.782.783.784.785.786.787.788.789.790.791.792.793.794.795.796.797.798.799.800.801.802.803.804.805.806.807.808.809.810.811.812.813.814.815.816.817.818.819.820.821.822.823.824.825.826.827.828.829.830.831.832.833.834.835.836.837.838.839.840.841.842.843.844.845.846.847.848.849.850.851.852.853.854.855.856.857.858.859.860.861.862.863.864.865.866.867.868.869.870.871.872.873.874.875.876.877.878.879.880.881.882.883.884.885.886.887.888.889.890.891.892.893.894.895.896.897.898.899.900.901.902.903.904.905.906.907.908.909.910.911.912.913.914.915.916.917.918.919.920.921.922.923.924.925.926.927.928.929.930.931.932.933.934.935.936.937.938.939.940.941.942.943.944.945.946.947.948.949.950.951.952.953.954.955.956.957.958.959.960.961.962.963.964.965.966.967.968.969.970.971.972.973.974.975.976.977.978.979.980.981.982.983.984.985.986.987.988.989.990.991.992.993.994.995.996.997.998.999.1000.1001.1002.1003.1004.1005.1006.1007.1008.1009.1010.1011.1012.1013.1014.1015.1016.1017.1018.1019.1020.1021.1022.1023.1024.1025.1026.1027.1028.1029.1030.1031.1032.1033.1034

JUSTIFICATIVA: TCF 1010 redução ?

DATA: 17-7-17

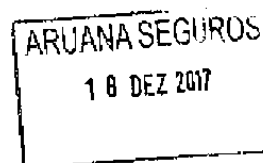
HQ 139 :


 J. R. G. Garcia
 Medico
 CRM 16548

WILCO 鹿島外港船渠工事

ASS. E. CAMERINO

DELETED 24 JANUARY

ADL E. CAMPBELL



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBURGO
SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE



Esta conta deverá ser paga com recursos públicos

ENCAMINHAMENTO A UNIDADE PERNAMBUCANA DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA DE BMO

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE	
Nome Completo:	<u>Izabel Pereira da Silva</u>
Data de Nascimento:	<u>16 / 2 / 87</u> Sexo: ☐ Masculino ☒ Feminino
Nº Cartão SUS:	<u>706 3007 1920 9279</u> CPF/RG:
Nome da mãe:	
Endereço:	<u>Rf Estrela, 84</u>
Município:	<u>BOMD</u> CEP:
Telefone:	Celular: <u>(81) 99463 0192</u>
UNIDADE DE ORIGEM: <u>PSF IX</u>	
Equipe de Saúde da Família:	<u>Atendimento</u>
MUNICÍPIO:	
HISTÓRIA CLÍNICA	
RESUMO DO CASO:	<u>Paciente que apresenta trauma craniano leve em região frontal há 2 meses e vem por apresentar dor de cabeça diárias acompanhada de enjoos em episódios. Apresenta tonturas frequentes.</u>
HIPÓTESE DIAGNÓSTICA (HD):	<u>Trauma craniano leve + cefaleia.</u> <u>LID 10: 5.00</u>
EXAMES REALIZADOS (DATAS E RESULTADOS):	
OBSERVAÇÕES:	
IDENTIFICAÇÃO DO MÉDICO SOLICITANTE	
DATA:	<u>20 / 11 / 17</u>
	Maíre Dal Carmo <u>[Assinatura]</u> RMS PE-20220 Médico Generalista Assinatura, Carimbo e CRM
AGENDAMENTO PARA:	
ESPECIALIDADE:	<u>Neurologista</u>
DATA DA CONSULTA:	<u>1 / 1</u> HORÁRIO:

ARDANA SEGUROS

18 DEZ 2017



POLICLÍNICA SÃO DOMINGOS

SÃO DOMINGOS - BREJO DA MADRE DE DEUS

FICHA DE EMERGÊNCIA

moto

Leandro

DATA:

12/09/17

HORA DO ATENDIMENTO:

13:58

NÚMERO DE PRONTO-SOCORRO:

58898047

NOME:

Leandro Pereira de Silva

DATA DE NASCIMENTO:

16/02/87

SEXO:

M

IDADE:

30

ENDEREÇO:

RAZÃO PORQUE O NOME DA MÃE:

50111111

ENDEREÇO:

Rua da Cruz R. Estrela, 84

BARRIO:

CIDADE:

MÉDICO(A):

Dr. J. S. K.

USF MICROTA:

32412

LOCAL DE NASCIMENTO:

HISTÓRIA:

- Acidente de Trânsito (moto - mãe)
- apresentação lesão externa (costa) na
região frontal
refere dores sem vômito
fracturas (14-15)

EXAME FÍSICO:

PRESSÃO ARTERIAL:

HR:

120/80/60

TEMPERATURA:

PLS:

CONDIÇÃO:

Exame físico - 500ml (E)
Exame físico: HR Normal
Sinais: 5258007

ARUANA SEGUROS

18 DEZ 2017

Dr. Jislir R. B. Garcia
Médico
CRM 16544

CONSULTA SIMILAR

CONSULTA COM OBSERVAÇÃO

TRANSFERÊNCIA

Médico

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO

SERVIÇO DE NEUROTRAUMATOLOGIA - FICHA DE ESCLARECIMENTO

Atendimento nº: 866322

Nome: Roberto Almeida da Silva

Foi atendido às _____ h do dia 17, 09, 17

Diagnóstico Provável quebra de osso da base do crânio

de exemplo data da alta 17, 09, 17

Este paciente deverá retornar para EMERGÊNCIA em caso de :

CEFALEIA (dor de cabeça que não alivia)

VÔMITOS

PARALISIAS (que aparecem após a alta)

ANISOCORIA (MENINA DOS OLHOS MAIOR DO QUE A OUTRA)

CONVULSÃO

OBS : Analgésicos que podem ser utilizados desde que não haja

Alergia (NOVALGINA, ANADOR, TYLENOL)

Voltar ao ambulatório de NEUROCIRURGIA

Observação: _____

Dr. Ubiratan Vitorino

ARUANA SEGUROS
18 DEZ 2017

ATENÇÃO : Este documento serve de comprovação de atendimento hospitalar ou ambulatorial para INSS, Empresas, Escolas, Ministério do Trabalho.



Documentação médica - hi



PREFEITURA DE BREJO DA MADRE DE DEUS-PE
SECRETARIA DE SAÚDE
POLICLÍNICA SENADOR WILSON DE QUEIROZ CAMPOS

São Domingos, 17 de setembro de 2017

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins que, IZABEL PEREIRA DA SILVA entrada nessa unidade de Saúde no dia 17/09/2017 às 13:58. Vítima de acidente motociclístico. Sendo atendida em caráter de urgência nesta unidade de saúde. Registro de entrada nº 9884847

Atenciosamente,

ADIREÇÃO.

Vanuza do Carmo Costa
Rozalva de Almeida
Policlínica São Domingos - Diretora

ARUANA SEGUROS

18 DEZ 2017





PREFEITURA MUNICIPAL DE ARUANA DA REGIÃO DE MATO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE - SUS
HOSPITAL JOSÉ CARLOS SANTANA

ENCAMINHAMENTO HOSPITALAR

DATA: 17-9-17 HORA: 14:40 ADMISSÃO: () Emergência () Enfermaria

NOME DO PACIENTE: Izabel Pereira da Silva

N.º DO PRONTUÁRIO: 98842047 SEXO: F IDADE: 30

DESTINO: HOSPITAL H.R. DATA: DATA: HORA: HORA:

DESTINO: FINAL DATA: DATA: HORA: HORA:

Serika- 5258004-

RESUMO DIAGNÓSTICO: paciente internado no Hospital
de Aruana com diagnóstico de
ceto-ácido e ceto-ácido e ceto-ácido
com alteração da função renal
e ceto-ácido e ceto-ácido e ceto-ácido
e ceto-ácido e ceto-ácido e ceto-ácido
(14-15) e ceto-ácido e ceto-ácido

JUSTIFICATIVA TCE e ceto-ácido e ceto-ácido

DATA: 17-9-17

HORA:

Dr. Jislir R. B. Garcia
Médico
CRM 16544

MÉDICO ENCAMINHADOR

ASS. E CARIMBO

DIRETOR DA UNIDADE

ASS. E CARIMBO

ARUANA SEGUROS

18 DEZ 2017



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE

Esta conta deverá ser paga com recursos públicos

ENCAMINHAMENTO À UNIDADE PERNAMBUCANA DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA DE BMO

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE	
Nome Completo:	<u>Isabel Pereira da Silva</u>
Data de Nascimento:	<u>16 / 2 / 07</u> Sexo: ☐ Masculino ☒ Feminino
Nº Cartão SUS:	<u>706 3007 1920 9279</u> CPF/RG:
Nome da mãe:	
Endereço:	<u>RJ Estrela, 04</u>
Município:	<u>BOIMD</u> CEP:
Telefone:	Celular: <u>(01) 99463 0192</u>
UNIDADE DE ORIGEM: <u>PSF IX</u>	
Equipe de Saúde da Família: <u>Marcelo</u>	
MUNICÍPIO:	
HISTÓRIA CLÍNICA	
RESUMO DO CASO: <u>Paciente que apresenta trauma craniano leve em região frontal há 2 meses e vem por apresentar dor de cabeça diárias acompanhada de enjoos em episódios. Apresenta tontura frequentes.</u>	
HIPÓTESE DIAGNÓSTICA (HD): <u>Trauma craniano leve + cefaleia.</u>	
CID 10: <u>S00</u>	
EXAMES REALIZADOS (DATAS E RESULTADOS):	
OBSERVAÇÕES:	
IDENTIFICAÇÃO DO MÉDICO SOLICITANTE	
DATA:	<u>20 / 11 / 17</u>
Maitere Del Carmo <u>[Assinatura]</u> RMS PE-51223 Médico Solicitante Assinatura, Carimbo e CRM	
AGENDAMENTO PARA:	
ESPECIALIDADE:	<u>Neurologista</u>
DATA DA CONSULTA:	HORÁRIO:
ARUANA SEGUROS 18 DEZ 2017	



FICHA DE EMERGÊNCIA

not
L. G.

DATA: 17/04/17
HORA DO ATENDIMENTO: 13:58
NOME: Debal Pereira de Silva
DATA DE NASCIMENTO: 16/02/84
IDADE: 30
SEXO: F
NÚMERO DE IDENTIFICAÇÃO: 98898047
CÓDIGO DE BARRAS: 30030879259279
TÍTULO DO PORTADOR DO NOME DA ALMA: 30.11.18
ENDEREÇO: Casa 2, Caixa B - Estrada 84
BAIRRO: Cidades
MÉDICO(A): Dr. J. S. K.
TÉCNICO DE ENFERMAGEM: Doyle
HISTÓRIA: - Acidente de Trânsito (Moto - Moto)
- apresentando lesão externa (Cabeça) na
região frontal
- refere náuseas sem vômitos
- Glasgow (14-15)
EXAME FÍSICO:
PRESSÃO ARTERIAL: 120/80 mmHg
TEMPERATURA: 36,5°C
PULSO: 72 bpm
CONDIÇÃO: 1. O2 sat - 98%
2. Transfusão: HR Normal - corado
Sinais: 5258007
ARUANA SEGUROS
18 DEZ 2017
Dr. J. S. K. R. S. Garcia
Médico
CRM 16544
CONSULTA SIMPLES
CONSULTA COM OBSERVAÇÃO
TRANSFERÊNCIA



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO

SERVIÇO DE NEUROTRAUMATOLOGIA - FICHA DE ESCLARECIMENTO

Atendimento nº: 866322

Nome: Agostinho Tereza da Silva

Foi atendido às _____ h do dia 17, 09, 17

Diagnóstico Provável quebra de osso

de exemplo data da alta 17, 09, 17

Este paciente deverá retornar para EMERGÊNCIA em caso de :

CEFALEIA (dor de cabeça que não alivia)

VÔMITOS

PARALISIAS (que aparecem após a alta)

ANISOCORIA (MENINA DOS OLHOS MAIOR DO QUE A OUTRA)

CONVULSÃO

OBS : Analgésicos que podem ser utilizados desde que não haja

Alergia (NOVALGINA, ANADOR, TYLENOL)

Voltar ao ambulatório de NEUROCIRURGIA

Observação: _____

Dr. Ulisses Vitorino

ARUANA SEGUROS
18 DEZ 2017

ATENÇÃO : Este documento serve à comprovação de atendimento hospitalar ou ambulatorial para INSS, Empresas, Escolas, Ministério do



Documentos de identificação



REPUBLICA FEDERATIVA DE BRASIL GOVERNOS ESTADUAIS GOVERNOS MUNICIPAIS GOVERNOS DISTRICTAIS	
FRANIL PEREIRA DA SILVA	
VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL 1422825663	DOC. IDENTIFIC. (CPF, Registro, etc.) 8811416 RDD PE
	CPF 093.094.454-24 DATA NASCIMENTO 16/02/1987
	RELACAO LUIZ GOMES DA SILVA MARTA DAS GRACAS PEREIRA da SILVA
	TIPO DE DOCUMENTO: IDENTIFICACAO DATA DE EMISSAO: 28/05/2017 VALIDADE: 30/05/2022
Observações	
<i>Francel Perreira da Silva</i>	
PROIBIDO PLASTIFICAR 1422825663	LOCAL: SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE, PE
	DATA DE EMISSAO: 22/05/2017
	Assinatura: <i>[Assinatura]</i> Assinatura: <i>[Assinatura]</i> Assinatura: <i>[Assinatura]</i>
	PERNAMBUCO DENATRA - COMISSAO

ARUANA SEGUROS
16 DEZ 2017



Abstract

REPÚBLICA DE COLOMBIA
GOBIERNO NACIONAL
MINISTERIO DE DEFENSA
COMANDO EN JEFE FUERZAS ARMADAS NACIONALES

SECRETARÍA DE DEFENSA
COMANDO EN JEFE FUERZAS ARMADAS NACIONALES
COMANDO EN JEFE FUERZAS ARMADAS NACIONALES

COMANDO EN JEFE FUERZAS ARMADAS NACIONALES
COMANDO EN JEFE FUERZAS ARMADAS NACIONALES
COMANDO EN JEFE FUERZAS ARMADAS NACIONALES

COMANDO EN JEFE FUERZAS ARMADAS NACIONALES
COMANDO EN JEFE FUERZAS ARMADAS NACIONALES
COMANDO EN JEFE FUERZAS ARMADAS NACIONALES

COMANDO EN JEFE FUERZAS ARMADAS NACIONALES
COMANDO EN JEFE FUERZAS ARMADAS NACIONALES
COMANDO EN JEFE FUERZAS ARMADAS NACIONALES

COMANDO EN JEFE FUERZAS ARMADAS NACIONALES
COMANDO EN JEFE FUERZAS ARMADAS NACIONALES
COMANDO EN JEFE FUERZAS ARMADAS NACIONALES

COMANDO EN JEFE FUERZAS ARMADAS NACIONALES
COMANDO EN JEFE FUERZAS ARMADAS NACIONALES
COMANDO EN JEFE FUERZAS ARMADAS NACIONALES

COMANDO EN JEFE FUERZAS ARMADAS NACIONALES
COMANDO EN JEFE FUERZAS ARMADAS NACIONALES
COMANDO EN JEFE FUERZAS ARMADAS NACIONALES

COMANDO EN JEFE FUERZAS ARMADAS NACIONALES
COMANDO EN JEFE FUERZAS ARMADAS NACIONALES
COMANDO EN JEFE FUERZAS ARMADAS NACIONALES

COMANDO EN JEFE FUERZAS ARMADAS NACIONALES
COMANDO EN JEFE FUERZAS ARMADAS NACIONALES
COMANDO EN JEFE FUERZAS ARMADAS NACIONALES

COMANDO EN JEFE FUERZAS ARMADAS NACIONALES
COMANDO EN JEFE FUERZAS ARMADAS NACIONALES
COMANDO EN JEFE FUERZAS ARMADAS NACIONALES

COMANDO EN JEFE FUERZAS ARMADAS NACIONALES
COMANDO EN JEFE FUERZAS ARMADAS NACIONALES
COMANDO EN JEFE FUERZAS ARMADAS NACIONALES

[illegible]

18 DEZ 2017

