



Número: **0020407-92.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção A da 7ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **25/04/2020**

Valor da causa: **R\$ 7.087,50**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
ANA PAULA DE ANDRADE ARAUJO (AUTOR)		dinara guimaraes da silva (ADVOGADO) JOSIMAR CARVALHO DE SOUZA (ADVOGADO)	
GENTE SEGURADORA SA (REU)			
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
64293898	07/07/2020 15:09	ANEXO 1	Outros (Documento)



Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438 de 26/04/02
COMERCIAL 116 | PRONTIDÃO 116
 Atendimento ao deficiente auditivo ou de fala: 0800 261 0142
 Ouvidoria 0800 282 5593
 Agência de Regulação dos Serviços Públicos Delegados do Estado
 de Pernambuco-ARPE: 0800-727-0167-Ligação Gratuita de Telefones Fixos
 Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL
 167-Ligação Gratuita de telefones fixos e móveis

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.celp.com.br

14CF.616A.2CD5.D29F.40B0.8C31.825D.AC91

TOTAL DA FATURA

ICMS			PIS			COFINS		
BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
176,26	25,00	44,06	176,26	0,17	0,29	176,26	0,78	1,39

LISTA PREVISTA PARA A PRÓXIMA LECTURA: 22/07/2012

ANÁLISE DE GASTOS COM INTERUPÇÕES					
DESCRIÇÃO	CONCANTO	VALOR APURADO	MÉDIA MENSAL	MÉDIA TRIMESTRAL	MÉDIA ANUAL
MÉDIA					
DEGASTOS com Energia	UNICOM	1,50	4,79	5,61	18,86
FIC-ão de vazac com Energia		3,33	1,11	6,77	12,45
Interupções trancas de interupções com energia		0,03	2,52	5,64	2,38
					União DECE 42,22
Total Valor de E-ção de 1987 = R\$ 73,74					

Pague no ponto mais perto de você as cotas centralizadas. Evide qualquer espécie de atraso e/ou
informática. Por sua independência, 23 av. Antônia, 10, complexo de informática, 10000-000, Rio
de Janeiro, RJ. O prazo de validade é de 12 meses. Mais informações em www.precos.com.br.
Cobrança: ICMS sobre o valor do produto. O valor do produto é de R\$ 100,00. O valor do produto é de R\$ 100,00.
O cliente é considerado comprador GDE, conforme Decreto Estadual 23.434/93.
Pagto. em duas parcelas de R\$ 50,00 cada, a serem pagas em 12 meses, a partir da data de emissão do documento.
O cliente é considerado comprador quando há descompimento do prazo definido para o pagamento monetário no prazo.
O cliente é considerado comprador quando há descompimento do prazo definido para o pagamento monetário no prazo.

TENSÃO NOMINAL (V)	LIMITE DE VARIAÇÃO (V)	
	MÍNIMO	MÁXIMO
220	102	231
AUTENTICAÇÃO MECÂNICA		

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

Evite dobrar, perfurar ou rasurar.
O canhoto será usado em leitura ótica.

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

331



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

Para mais esclarecimentos, acesse o site <https://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/BIBLIOTECABEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

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

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro (DPVAT), contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF**².

¹ Superintendência de Seguros Privados - SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguros, 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 JOSEMAR CARVALHO DE SOUZA, inscrito (a) no CPF sob o Nº 402.061.224 / 70 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário ANA PAULA DE ANDRADE ARAUJO inscrito (a) no CPF sob o Nº 093.803.659 / 89, do sinistro de DPVAT cobertura IM Valdez da Vítima ANA PAULA DE ANDRADE ARAUJO, inscrito (a) no CPF sob o Nº 093.803.054 / 89, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

☐ Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso informar

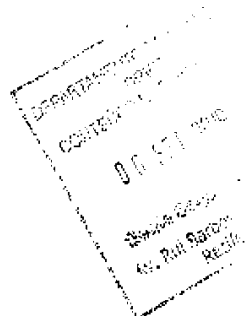
Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

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

Endereço	<u>Rua Matias de Albuquerque, Edif. Barromeio</u>			Número	<u>223</u>	Complemento	<u>Sala 804</u>
Bairro	<u>Santo Antonio</u>			Estado	<u>PE</u>	CEP	<u>50010-090</u>
Cidade	<u>Recife</u>			Telefone comercial (DDD)	<u>(81) 99989-5498</u>		
Email	<u>joimar.advogado@gmail.com</u>			Telefone celular (DDD)	<u>(81) 991889707</u>		

Recife - PE 06 de Setembro de 2019
Local e Data

Joimar Carvalho de Souza
Assinatura do Declarante



DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo.

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)
Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

Eu, VAIR DE ANDRADE MORAES NETO

RG nº 6.778.674

data de expedição 12/07/17

Órgão SDS - PE

portador do CPF nº 059.706.514-43

com domicílio na cidade de MACAPARANA

no Estado de

PERNAMBUCO

onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)

RUA PEDRO VAZ FERREIRA PAIVA

nº 43 A

complemento —

declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo

mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima

ANA PAULA DE ANDRADE ARAÚJO

cujo o condutor era

WILLIAMMS PAULO DE ARAÚJO

Veículo: MOTOCICLETA

Modelo: POP

Ano: 2017

Placa: PCH-6740

Chassi: 9C2JB0100HR520015

Data do Acidente: 01/05/19

Local e Data: MACAPARANA, 07 DE AGOSTO DE 2019

Vair de Andrade Moraes Neto

Assinatura do Declarante

Williamms Paulo de Araújo

Assinatura do Condutor

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

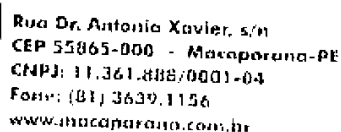
CARTÓRIO DO ÚNICO OFÍCIO CESAR AUGUSTO DE FIGUEIREDO PEDROSA, Analista e Registrador
Poderes: 16/08/2019 11:45:43. Em testemunho da
cidade de Macaparaná, PE. CPF: 059.706.514-43. Assinatura: [Assinatura]

Recebi em nome de Vair de Andrade Moraes Neto
em Macaparaná-PE, 16/08/2019 11:45:43. Em testemunho da
cidade de Macaparaná, PE. CPF: 059.706.514-43. Assinatura: [Assinatura]
Em 13/09, TSP: R\$ 0,00 FERC: R\$ 0,40 Total
R\$ 0,40. Total: R\$ 0,40. Consulte: autenticidade em
ajp.jus.br/sefodigital

CARTÓRIO DO ÚNICO OFÍCIO CESAR AUGUSTO DE FIGUEIREDO PEDROSA, Analista e Registrador
Poderes: 16/08/2019 11:46:16. Em testemunho da
cidade de Macaparaná, PE. CPF: 059.706.514-43. Assinatura: [Assinatura]

Recebi em nome de Williamms Paulo de Araújo
em Macaparaná-PE, 16/08/2019 11:46:16. Em testemunho da
cidade de Macaparaná, PE. CPF: 059.706.514-43. Assinatura: [Assinatura]
Em 13/09, TSP: R\$ 0,00 FERC: R\$ 0,40 Total
R\$ 0,40. Total: R\$ 0,40. Consulte: autenticidade em
ajp.jus.br/sefodigital





Unidade Mista Joaquim Francisco de Melo Cavalcanti

Nome do Paciente: João Carlos de Jesus da Silva

Destino: *Hof* *(ab. totoc.)*

Senha: 5174780

Diagnóstico: Inf. No T. 4 Am 2-10-1960 2.40.6

REMOÇÃO

Motivo (Registro Detalhado)

July 2 to July 10 (1909) and on
for 10 days a week - 10 hours a day. 5 minutes

Assinatura do Médico

Nº do CRM

Date: 11 / 15 / 19

Hora da Saída:

07.165.026/0001-39
PREFEITURA MUNICIPAL
DE MACAPARANA
União, Mista Joaquim Francisco
de Melo Cavalcanti
Rua Dr. Antonio Xavier, S/N
Macaparana-PE
55865-000

Unid. Mista Joaquim Francisco de Melo Cavalcanti





Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco
Hospital Otávio de Freitas

Nome: ANA PAULA DE ANDRADE ARAUJO
Sexo: FEMININO
Mão: M
Endereço: AVENIDA JOAO FRANCISCO, N.º 35 - 35 BAIRRO: CENTRO - CIDADE: MACAPARANA - UF: PE

Idade: 31 Anos 3 Meses 23 Dias
Nasc: 18/03/1988
CNS: 704809522143545
Contatos: 81. 92430120 | Celular: 81.

Dados do Atendimento:

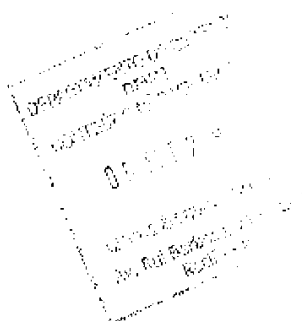
Data/Hora Atend.: 02/05/2019 13:33
Prontuário: 281767
Nº. Atendimento: 3327928
Serviço: ORTOPEdia E

Enfermaria/Leito:
TRAUMATOLOGIA POSTO I-02-03

Médico:
DILAMAR MOREIRA PINTO

DESCRIÇÃO CIRÚRGICA DETALHADA

AVISO DE CIRURGIA:	DATA AVISO CIRURGIA:	ATENDIMENTO:	CÓDIGO PACIENTE:
		03327928	00281767
NOME DO PACIENTE:			SITUAÇÃO CIRURGIA:
ANA PAULA DE ANDRADE ARAUJO			COM CEC: COM ROBÓTICA:
TIPO DE ANESTESIA:			
BLOQUEIO PLEXO BRAQUIAL			
CID FINAL:			
FRATURA DAS DIAFISES DO RADIO E DO CUBITO [ULNA] - S524			
Procedimento			
TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DIAFISARIA DE AMBOS OS OSSOS DO ANTEBRAÇO (C/ SINTESE) - 0408020423			
Material:			
DATA / HORA INICIAL:	DATA / HORA FINAL:		
03/05/2019 15:50	03/05/2019 17:10		
DESCRIÇÃO DA CIRURGIA:			
CIRURGIÃO: ROBERTO WANDERLEY 1 AUX: EDUARDO KRUG ANESTESISTA: DIOGO TORRES			
1. ASSEPSIA + ANTISSEPSIA 2. APOSEIÇÃO DOS CAMPOS CIRÚRGICOS 3. INCISÃO LONGITUDINAL EM BORDO ULNAR EM ANTEBRAÇO DIREITO 4. ABERTURA POR PLANOS COM EXPOSIÇÃO DE FOCO DE FRATURA ULNAR DIREITA 5. LIMPEZA EXAUSTIVA DE FOCO DE FRATURA COM SF 0,9% + DESBRIDAMENTO DE TECIDOS DESVITALIZADOS 6. SINTESE POR PLANOS COM MONONYLON 3,0 7. CURATIVO 8. TALA AXILO-PALMAR 9.			
OBS.: FERIMENTO E HEMATOMA COM ASPECTO INFECCIOSO. APÓS EXPLORAÇÃO, CONSTATADA EXPOSIÇÃO APENAS DA ULNA DIREITA NÃO UTILIZADO FIXADOR EXTERNO PELA FALTA DO FIXADOR EXTERNO PARA ANTEBRAÇO			



Hospital Otávio de Freitas - CNES: 426 - CNPJ: 10.572.048/0004-70
Rua Aprígio Guimarães, s/nº - Tejupió - Recife/PE CEP: 50.920-640 Fone: (81) 3182.8500



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 07/07/2020 15:09:55
<https://pje.tipe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20070715095508500000063103644>
Número do documento: 20070715095508500000063103644



Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco
Hospital Otávio de Freitas

Nome: ANA PAULA DE ANDRADE ARAUJO
Sexo: FEMININO
Mão: MARIA ELIZABETE DE ANDRADE
Endereço: AVENIDA JOAO FRANCISCO, N.º 35 - 35 BAIRRO: CENTRO - CIDADE: MACAPARANA - UF: PE
Idade: 31 Anos 3 Meses 23 Dias
CNS: 704809522143545
Contatos: 81. 92430120 | Celular: 81.

Dados do Atendimento:

Data/Hora Atend.: 02/05/2019 13:33
Prontuário: 281767
Nº. Atendimento: 3327928
Serviço: ORTOPEdia E

Enfermaria/Letto:

TRAUMATOLOGIA POSTO I-07-03

Médico:

DILAMAR MOREIRA PINTO

CIRURGIA PROPOSTA:

TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA EXPOSTA DOS OSSOS DO ANTEBRAÇO DIREITO

CIRURGIA REALIZADA:

TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA EXPOSTA DOS OSSOS DO ANTEBRAÇO DIREITO

DIAGNOSTICO INICIAL:

FRATURA EXPOSTA DOS OSSOS DO ANTEBRAÇO DIREITO

DIAGNOSTICO CIRURGICO:

FRATURA EXPOSTA DOS OSSOS DO ANTEBRAÇO DIREITO

INTERCORRÊNCIA:

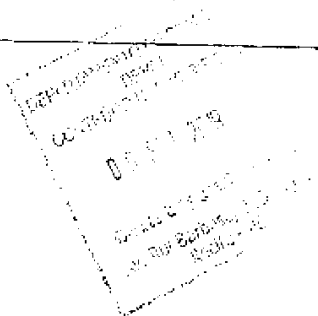
NDN

ÓRTESE E PRÓTESE:

NÃO UTILIZADO
FIXADOR EXTERNO PARA ANTEBRAÇO INDISPONÍVEL

NOME DO MÉDICO: DILAMAR MOREIRA PINTO

LIBERA AVISO DE CIRURGIA PARA CONFIRMAÇÃO



Hospital Otávio de Freitas - CNES: 426 - CNPJ: 10.572.048/0004-70
Rua Aprígio Guimarães, s/nº - Tel: (81) 3192.8500 - Recife/PE CFP: 50.920-640 Fone: (81) 3192.8500





**HOSPITAL OTÁVIO DE FREITAS
SES/PE**



RELATÓRIO DA OPERAÇÃO

NOME DO PACIENTE: ANA PAULA DE ANDRADE ARAUJO		Nº DO REGISTRO: 281767
CLÍNICO: ORTOPEDISTA		Nº DO LEITO: 2-1
OPERADOR: DR EDUARDO QUEIROZ		
1º ASSISTENTE: DR ULYSSES BARBOSA	2º ASSISTENTE: DR RICARDO VILLAR	
INSTRUMENTADOR:	ANESTESISTA: DR OMAR	
ANESTESIA: BLOQUEIO + SEDAÇÃO	DURAÇÃO:	
DATA DA OPERAÇÃO: 13/05/19	INÍCIO:	FIM:
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: FRATURA DE OSSOS DO ANTEBRAÇO DIREITO		
DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO: O MESMO		
OPERAÇÃO PROPOSTA: TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DE OSSOS DO ANTEBRAÇO		
OPERAÇÃO REALIZADA: CIRURGIA SUSPensa NO INTRA-OPERATÓRIO DEVIDO A CONDIÇÕES CLÍNICAS		

DESCRIÇÃO DO ATO OPERATÓRIO

1. PACIENTE EM DDH SOB ANESTESIA
2. POSICIONAMENTO DE GARROTE PNEUMÁTICO
3. ASSEPSIA E ANTIASSEPIA
4. INCISÃO DE HENRY EM ANTEBRAÇO DIREITO
5. DIVULSAO POR PLANOS
6. SUTURA POR PLANOS
7. CURATIVO COMPRESSIVO
8. RETIRADA DE GARROTE
9. APOSIÇÃO DE TALA AXILO-PALMAR
10. A SRA

OBS: PACIENTE APRESENTOU COMPLICAÇÕES ANESETESIOLÓGICAS DURANTE O PROCEDIMENTO CIRÚRGICO QUE SE ESTENDERAM POR MAIS DE 40 MINUTOS. OPTADO POR FECHAMENTO DE FERIDA OPERATÓRIA E REALIZAÇÃO DE CIRURGIA POSTERIORMENTE DEVIDO AO RISCO QUE AS COMPLICAÇÕES TRARIAM À PACIENTE A AO RESULTADO DA CIRURGIA.





HOSPITAL OTÁVIO DE FREITAS
SES/PE



RELATÓRIO DA OPERAÇÃO

NOME DO PACIENTE: ANA PAULA DE ANDRADE ARAÚJO		Nº DO REGISTRO: 281767
CLÍNICO: ORTOPEDISTA		Nº DO LEITO: 07-03
OPERADOR: DR EDUARDO QUEIROZ		
1º ASSISTENTE: DR ULYSSES BARBOSA	2º ASSISTENTE: DRA MONICA / DR ARTUR	
INSTRUMENTADOR:	ANESTESISTA: DR OMAR	
ANESTESISTA: GERAL + BLOQUEIO	DURAÇÃO:	
DATA DA OPERAÇÃO: 20/05/2019	INÍCIO:	FIM:
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: FRATURA DOS OSSOS DO ANTEBRAÇO DIREITO		
DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO: O MESMO		
OPERAÇÃO PROPOSTA: TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DOS OSSOS DO ANTEBRAÇO		
OPERAÇÃO REALIZADA: A MESMA		

DESCRIÇÃO DO ATO OPERATÓRIO

1. DECUBITO DORSAL SOB ANESTESIA + GARROTE DE MSD
2. ASSEPSIA + ANTISSEPISIA + APOSIÇÃO DE CAMPOS
3. INCISÃO VOLAR SOB INCISÃO PREVIA PARA ACESSO A FRATURA DE RÁDIO + ABERTURA POR PLANOS
4. REDUÇÃO DA FRATURA
5. APOSIÇÃO DE PLACA E PARAFUSOS
6. INCISÃO ULNAR SOB INCISÃO PRÉVIA PARA ACESSO A FRATURA DA ULNA + ABERTURA POR PLANOS
7. REDUÇÃO DA FRATURA
8. APOSIÇÃO DE PLACA E PARAFUSOS
9. VISUALIZADO BOA REDUÇÃO SOB RADIOSCOPIA
10. LAVAGEM COM SF 0,9%
11. SUTURA POR PLANOS
12. CURATIVO
13. TALA AXILO PALMAR
14. RETIRADO O GARROTE
15. PULSOS E PERFUSÃO NORMAIS

EMPRESA:	MATERIAL USADO:
ORTOMÉDICA	02 PLACAS DCP 3,5
PARAFUSOS	12 PARAFUSOS CORTICAIS

Mônica Magalhães
Médica
CRM-PE 26962



Atendimento: 3327928

Dt Atendimento: 02/05/2019 - 13:33

Dt Alta: 22/05/2019 - 12:14

Paciente: 281767 ANA PAULA DE ANDRADE ARAUJO

Serviço: 37 ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Convênio: 1 SUS - INTERNACAO

Leito: 128 TRAU 07-03 - POSTO I

Plano: 1 PLANO UNICO

Motivo Alta: 5 ALTA COM PREVISAO DE RETORNO P

Usuário: JULIAFS

Diretor Clínico:

CID: S524 FRATURA DAS DIAFISES DO RADIO E DO CUBITO [ULNA]

Procedimento de Alta: - Procedimento não Informado

Observação de Alta:

SOULMV - SIMPLES E COMPLETO





SES
HOSPITAL OTÁVIO DE FREITAS

Pernambuco End. Rua Aprigio Guimarães S/N Tejipió-Recife-PE PABX 3182-8500

RECEITUÁRIO/REQUISIÇÃO DE EXAMES

Nome: Dr. Paulo de S. Mello Registro: _____

Clínica: _____ Procedência: _____

Univ. Médica

Boa noite, vultus de recente
de inf. Hn + 01 mês e 21
dias.

tem fístula do estômago
direita. foi realizado o tratamento
e medicação prescrita

0125520

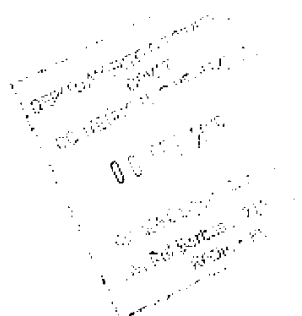
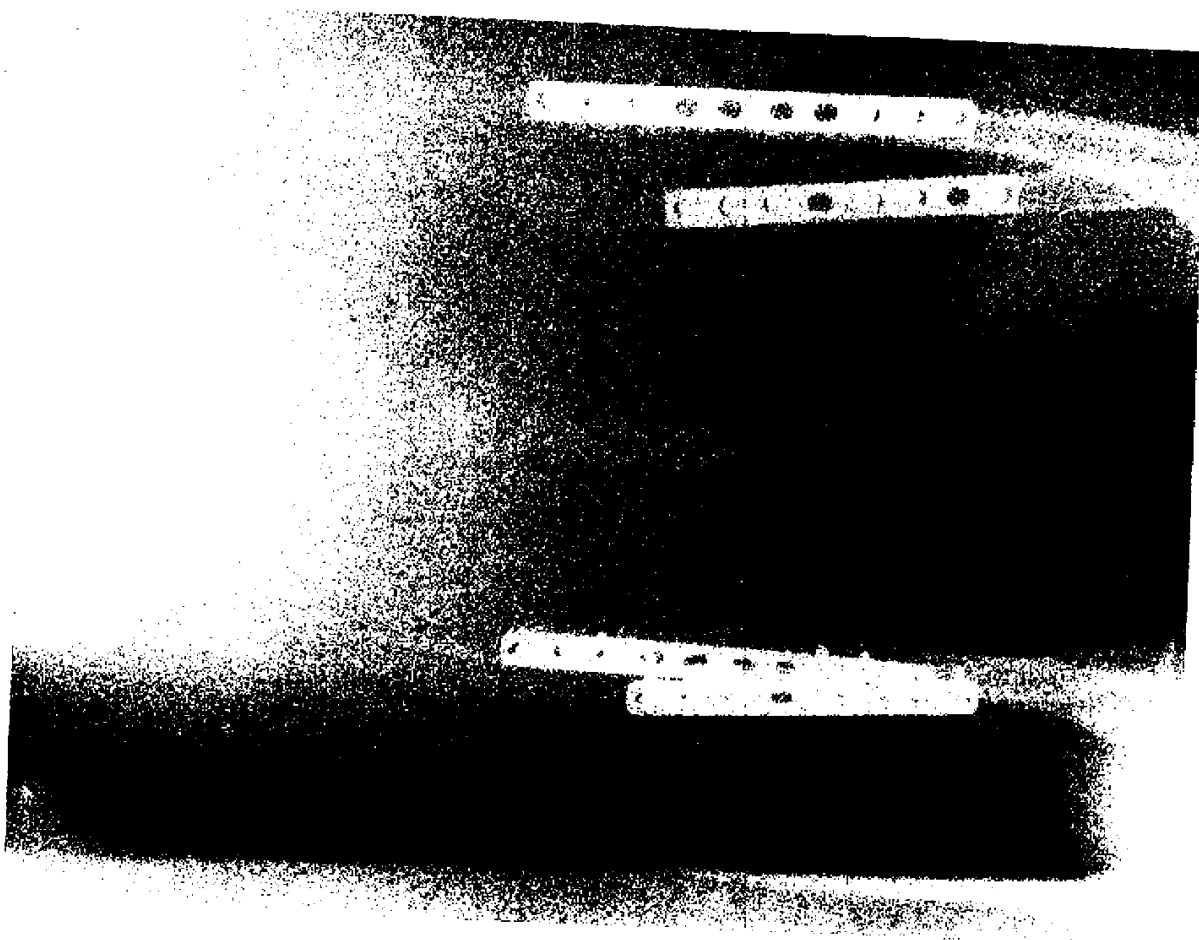
Dr. Paulo S. Mello
Oncologista
CRM-PE 110745

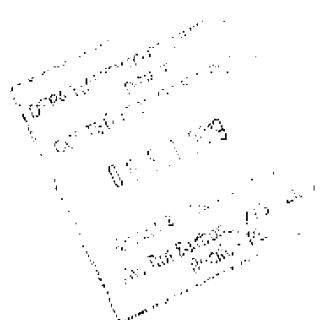
Data: 21/06/19

Médico CRM

075-HOF





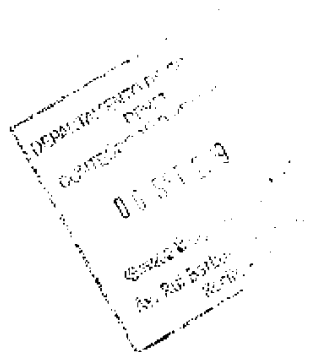
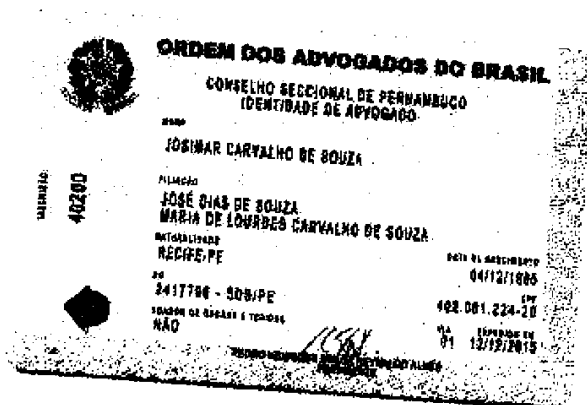






Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 07/07/2020 15:09:55
https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20070715095508500000063103644
Número do documento: 20070715095508500000063103644





PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

Seguradora Líder em
Condições de Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0309813/19

Vítima: ANA PAULA DE ANDRADE ARAUJO

CPF: 093.803.654-89

Seguradora: CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

Data do acidente: 01/05/2019

Titular do CPF: ANA PAULA DE ANDRADE ARAUJO

CPF de: Própria

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

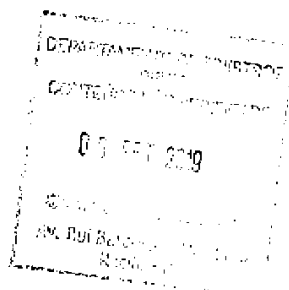
Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
Outros

JOSIMAR CARVALHO DE SOUZA : 402.061.224-20

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

ANA PAULA DE ANDRADE ARAUJO : 093.803.654-89

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 cancela 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: 06/09/2019
Nome: JOSIMAR CARVALHO DE SOUZA
CPF: 402.061.224-20

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 06/09/2019
Nome: JULIANA BEZERRA DE LUNA
CPF: 114.202.964-69

JOSIMAR CARVALHO DE SOUZA

JULIANA BEZERRA DE LUNA



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190520560

Cidade: Macaparana

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: ANA PAULA DE ANDRADE ARAUJO

Data do acidente: 01/05/2019

Seguradora: CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 24/09/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DIAFISÁRIA DOS OSSOS DO ANTEBRAÇO DIREITO.(PAG.03.04.05)

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE + DEBRIDAMENTOS)(PAG.02)

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO MEMBRO SUPERIOR DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento
faltante:

Apontamento do Laudo
do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DE MEMBRO SUPERIOR DIREITO.

Documentos
complementares:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros superiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50



PROCURAÇÃO

OUTORGANTE(S): ANA PAULA DE ANDRADE ARAÚJO, brasileira, solteira, RG nº 6.559.534 -- SDS/PE, inscrita no CPF (MF) sob o nº 093.803.654-89, residente na Travessa Gease Alves Silva, nº 35, Centro, Macaparana/PE. CEP 55.865-000

OUTORGADO: JOSIMAR CARVALHO DE SOUZA, brasileiro, casado, RG nº 2.417.796 - SDS/PE, inscrito no CPF sob o nº 402.061.224-20, com endereço profissional sito à rua Matias de Albuquerque, nº 223, sala 804, Edf. Bancomércio, Stº Antônio, Recife, PE.

PODERES: Pelo presente instrumento particular de procuração, o(s) outorgante(s) acima qualificado(s), nomeia(m) e constitui(em) como seu(s) bastante(s) procurador(a)(s), (a)(s) outorgado(a)(s) também qualificado(a)(s), para representá-lo(a)(s) no que diz respeito ao recebimento da indenização do seguro DPVAT (Danos pessoais causados por veículos automotores de via terrestre).

OBS.: É de responsabilidade do outorgante a veracidade das informações prestadas e documentos apresentados e disponibilizados ao outorgado.

Recife/PE, 20 de agosto de 2019.

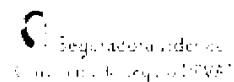
Ara Paula de Andrade Araújo
OUTORGANTE

CARTÓRIO DO ÚNICO OFÍCIO CESAR AUGUSTO DE FIGUEIRÊDO PEREIRA - Advogado e Registrador
Especialista em: Interdição, Juízo de Menores, Inventário, Testamentos, Alienação Fiduciária, Transmissões, Juízo de Família e Sucessões, Juízo de Títulos e
Rec. De. Maringá, Paraná, 81.200-000. C.F. 55995000-0. Fone: (011) 3014-0141. Maringá - Paraná.

Atestado de Autenticidade - Fim do Arquivo PDF
ARQ00_MapaEstrat-FE-22708/2019_08:50:41 Em testemunho
da Tabela. CESAR AUGUSTO DO PRINCEPE PEDREIRA
TABELA...
R# 0.40 Total=0.77 Velocidade=150.00000000000000 Consultar
autenticidade em www.tipe.us.br/seledigital

[illegible]

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0309813/19

Número do Sinistro: 3190520560

Vítima: ANA PAULA DE ANDRADE ARAUJO

CPF: 093.803.654-89

Seguradora: CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

Data do acidente: 01/05/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: ANA PAULA DE ANDRADE ARAUJO

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Comprovação de registro de acidente declarado

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: 17/09/2019
Nome: JOSIMAR CARVALHO DE SOUZA
CPF: 402.061.224-20

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 17/09/2019
Nome: Marta Marinho dos Santos
CPF: 492.294.514-87

JOSIMAR CARVALHO DE SOUZA

Marta Marinho dos Santos





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

Rio de Janeiro, 09 de Setembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190520560

Vítima: ANA PAULA DE ANDRADE ARAUJO

Data do Acidente: 01/05/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSIMAR CARVALHO DE SOUZA

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), ANA PAULA DE ANDRADE ARAUJO

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

Comprovação de registro de acidente declarado	Apresentar a cópia simples de documento que contenha o nome completo da vítima e confirme o acidente declarado, tais como, atendimento pelo Corpo de Bombeiros, Anjos do Asfalto ou SAMU, Inquérito Policial, Laudo de Necropsia, e/ou Boletim de Primeiro Atendimento Médico, com a indicação dos procedimentos adotados, pois o registro de ocorrência policial entregue foi efetuado apenas com base na declaração do interessado, sem a presença da autoridade policial no momento do acidente.
--	---

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 01759/01760 - carta_03 - INVALIDEZ

00010880



Carta nº 14761509





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, 06 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190520560

Vítima: ANA PAULA DE ANDRADE ARAUJO

Data do Acidente: 01/05/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSIMAR CARVALHO DE SOUZA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), ANA PAULA DE ANDRADE ARAUJO

Informamos que o pagamento da indenização o Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 2.362,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros superiores 70%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 = R\$ 2.362,50

Recebedor: **ANA PAULA DE ANDRADE ARAUJO**

Valor: **R\$ 2.362,50**

Banco: **001**

Agência: **000002257-8**

Conta: **000010019507-5**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

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, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você





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, 09 de Setembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190520560

Vítima: ANA PAULA DE ANDRADE ARAUJO

Data do Acidente: 01/05/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSIMAR CARVALHO DE SOUZA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ANA PAULA DE ANDRADE ARAUJO

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 14917009



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:

☐

DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

☒

INVALIDEZ PERMANENTE

☐

MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

093.803.654-89

4 - Nome completo da vítima:

ANA PAULA DE ANDRADE ARAUJO

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

5 - Nome completo:

ANA PAULA DE ANDRADE ARAUJO

7 - Profissão:

DO LAR

8 - Endereço:

TRAVESSA GEASE ALVES SILVA

6 - CPF:

093.803.654-89

11 - Bairro:

CENTRO

12 - Cidade:

MACAPARANA

9 - Número:

35

10 - Complemento:

CASA

15 - E-mail:

13 - Estado:

PE

14 - CEP:

55.865-000

16 - Tel.(DDD):

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒

RECUSO INFORMAR

☐

SEM RENDA

☐

R\$1,00 A R\$1.000,00

☐

R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

☐

R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00

☐

ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

☒

BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

☐

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

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

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☒ Banco do Brasil (001)

☐ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: 2257

8

CONTA: 19507

3

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

VAR-S1

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

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

☒

Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

☐

O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

☐

O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito, conforme Lei 5.194/74 art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia com ordinação com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar laudo discordante do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

☐

Solteiro

☐

Casado (no Civil)

☐

Divorciado

☐

Separado judicialmente

☐

Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

☐

Sim

☐

Não

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

28 - Vítima teve filhos?

☐

Sim

☐

Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos:

Falecidos:

30 - Vítima deixou nascituro (nascituro)?

☐

Sim

☐

Não

31 - Vítima teve irmãos?

☐

Sim

☐

Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos:

Falecidos:

☐

Sim

☐

Não

33 - Vítima deixou pais/avós vivos?

☐

Sim

☐

Não

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

34

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

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

38 - 1ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: MACAPARANA, 07 DE AGOSTO DE 2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): Ana Paula de Andrade Araujo

43 - Assinatura do Procurador (se houver): Jonathan Carvalho de Souza

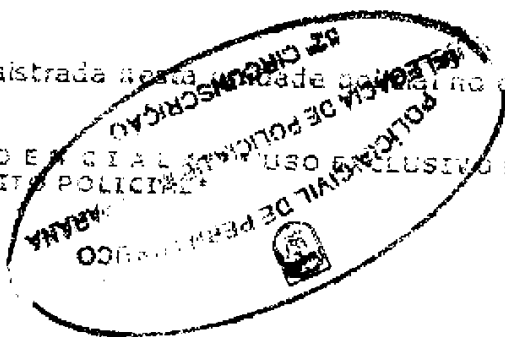
Assinatura do Representante Legal (se houver)





BOLETIM DE OCORRÊNCIA (COMPLETO)
Nº. 19E0142000565

~~CONFIDENTIAL~~ - E/OU INQUERITO POLICIAL - USO EXCLUSIVO PARA INVESTIGACAO



DEPARTMENT OF THE ARMY
OFFICE OF THE ADJUTANT GENERAL
WASHINGTON, D. C. 20315
JAN 10 1963
Sgt. J. L. [illegible]
Adj. Gen. [illegible]

ANA PAULA DE ANDRADE ARAUJO (presente no plantão) sexo FEMININO,
12/05/1962, HETEROSSEXUAL, endereço não informado,
HETEROSSEXUAL, de MARIA ELIZABETE DE ANDRADE e PAULO DE
ARAUJO, nascida em 12/05/1962, endereço NÃO INFORMADO,
PERNAMBUCO, BRASIL.
Documentos: 6558214508 (RG), 6938926454 (CPF). Estado civil NÃO
INFORMADO, profissão NÃO INFORMADO, religião NÃO INFORMADO.

25/08/2014 10:23



Num. 64293898 - Pág. 26



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLICIA DA 052ª CIRCUNSCRIÇÃO - MACAPARANA - DP52ªCIRC
DINTER1/11ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA (COMPLETO)
Nº. 19E0142000565

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **12/07/2019** às **16:32**

***** CONFIDENCIAL ***** USO EXCLUSIVO PARA INVESTIGACAO E/OU INQUERITO
POLICIAL*

Ocorrência

Natureza: **ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado)**

Data **11/5/2019** Hora **Noite**

Motivação: **NÃO INFORMADO**

Endereço do fato: **MUNICIPIO DE MACAPARANA, 1, RUA NOVA, 55000-000 CENTRO, MACAPARANA, PERNAMBUCO, BRASIL**

Lugar do fato: **VIA PUBLICA**

Envolvidos:

WILLIAMMS PAULO DE ARAUJO (AUTOR / AGENTE)

JAIR DE ANDRADE MORAES NETO (OUTRO)

ANA PAULA DE ANDRADE ARAUJO (VÍTIMA)

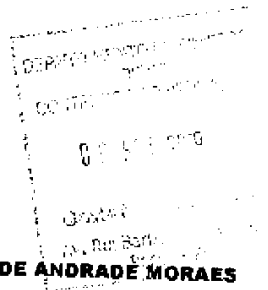
Objetos:

VEICULO: MOTOCICLETA (usado na geração da ocorrência)

NETO

- Utilizado por: **WILLIAMMS PAULO DE ARAUJO**

- Proprietário: **JAIR DE ANDRADE MORAES**



Envolvidos

ANA PAULA DE ANDRADE ARAUJO (presente no plantão) Sexo: **FEMININO**, Orientação Afetivo-sexual: **HETEROSSEXUAL**, Identidade Afetivo-sexual: **HETEROSSEXUAL**, Mãe: **MARIA ELIZABETE DE ANDRADE**, Pai: **PAULO DE ARAUJO**; Nascimento: **18/3/1988**; Nacionalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**
Documentos: **8559534/SDS/PE (RG)**, **09380365489 (CPF)**, Estado Civil: **NAO INFORMADO**; Escolaridade: **NAO INFORMADO**; Profissão: **NAO INFORMADO**

Características Físicas:

Idade aparente: **32**; Aparência: **FORTE**; Cor da pele: **PARDA**; Cor dos olhos: **CASTANHO**

Particularidade: **OUTRO**

Pessoa com Deficiência: **SEM DEFICIÊNCIAS**

Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE MACAPARANA, 35; RUA GEASI ALVES DA SILVA; 55000-000; CENTRO; MACAPARANA; PERNAMBUCO; BRASIL**



WILLIAMMS PAULO DE ARAUJO (não presente ao plantão) Sexo: **MASCULINO**; Orientação Afetivo-sexual: **NÃO INFORMADO**; Identidade Afetivo-sexual: **NÃO INFORMADO** Mãe: **MARIA ELIZABETE DE ANDRADE**; Pai: **PAULO DE ARAUJO**; Nascimento: **13/2/1989**; Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**; Estado Civil: **NÃO INFORMADO**; Escolaridade: **NÃO INFORMADO**; Profissão: **NÃO INFORMADO**

Características Físicas:

Idade aparente: **31**; Aparência: **DESCONHECIDO**; Cor da pele: **DESCONHECIDA**; Cor dos olhos: **DESCONHECIDO**;

Peculiaridade: **OUTRO**

Pessoa com Deficiência: **SEM DEFICIÊNCIAS**

Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE MACAPARANA, 35; RUA GEASE ALVES DA SILVA; 55000-000; CENTRO; MACAPARANA; PERNAMBUCO; BRASIL**

JAIR DE ANDRADE MORAES NETO (não presente ao plantão) Sexo: **MASCULINO**; Orientação Afetivo-sexual: **NÃO INFORMADO**; Identidade Afetivo-sexual: **NÃO INFORMADO** Mãe: **NÃO INFORMADO**; Nascimento: **NÃO INFORMADO**; Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**; Estado Civil: **NÃO INFORMADO**; Escolaridade: **NÃO INFORMADO**; Profissão: **NÃO INFORMADO**

Características Físicas:

Aparência: **DESCONHECIDO**; Cor da pele: **DESCONHECIDA**; Cor dos olhos: **DESCONHECIDO**; Cor dos cabelos: **DESCONHECIDO**;

Peculiaridade: **OUTRO**

Pessoa com Deficiência: **SEM DEFICIÊNCIAS**

Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE MACAPARANA, 43; RUA PEDRO VAZ FERREIRA PAIVA; 55000-000; CENTRO; MACAPARANA; PERNAMBUCO; BRASIL**

Objetos

MOTOCICLETA (VEICULO)

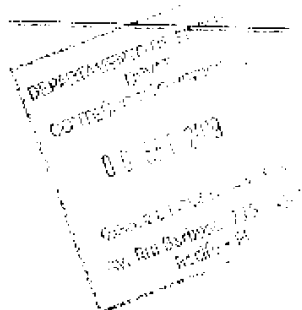
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA / HONDA / POP 100** - Objeto apreendido: **Não**
Número de Série: **NÃO INFORMADO** Cor: **NÃO INFORMADO** Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**
Valor Unitário: **(MOEDA NÃO INFORMADA)**

Placa: **PCH6710** (PERNAMBUCO / NÃO INFORMADO)
Ano Fabricação/Modelo: **2017 / 2017**

Complemento

A VITIMA INFORMA QUE TRAFEGAVA NA GARUPA DA REFERIDA MOTO QUANDO TEVE UM MAL SUBITO VINDO A CAIR ,TENDO SOFRIDO FRATURA EXPOSTA NO ANTE BRAÇO DIREITO.

B.O. registrado pelo policial: **ZEFERINO MAIA DANIEL - MAT. 208.651-4**



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:



DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)



INVALIDEZ PERMANENTE



MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

093.803.654-89

4 - Nome completo da vítima:

ANA PAULA DE ANDRADE ARAUJO

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

5 - Nome completo:

ANA PAULA DE ANDRADE ARAUJO

7 - Profissão:

DO LAR

8 - Endereço:

TRAVESSA GEASE ALVES SILVA

6 - CPF:

093.803.654-89

11 - Bairro:

CENTRO

12 - Cidade:

MACAPARANA

9 - Número:

35

10 - Complemento:

CASA

15 - E-mail:

13 - Estado:

PE

14 - CEP:

55.865-000

16 - Tel.(DDD):

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

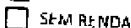
19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:



RECUSO INFORMAR



SEM RENDA



R\$1,00 A R\$1.000,00



R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00



R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00



ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:



BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO



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

22 - CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção):

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☒ Banco do Brasil (001)

☐ Caixa Econômica Federal (104)

23 - CONTA CORRENTE (Todos os bancos):

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

2257

8

CONTA:

19507

3

AGÊNCIA:

CONTA:

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

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

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



Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou



O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou



O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito, conforme Lei 5.194/74 art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia com ordinação com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar laudo discordante do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:



Solteiro



Casado (no Civil)



Divorciado



Separado judicialmente



Víduo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):



Sim



Não

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

28 - Vítima teve filhos?



Sim



Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:

30 - Vítima deixou nascituro (nascituros)?



Sim



Não

31 - Vítima teve irmãos?



Sim



Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:

33 - Vítima deixou pais/avós vivos?



Sim



Não

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

34

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

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

38 - 1ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: MACAPARANA, 07 DE AGOSTO DE 2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante):

Assinatura do Procurador (se houver):

Assinatura do Representante Legal (se houver):

UNIDADE MISTA JOAQUIM FRANCISCO DE MELO CAVALCANTI

Declaração

Declaro para os devidos fins que Ana Paula de Andrade Araújo, deu entrada nesta Unidade de Saúde no dia 01/05/2019, após queda de moto, apresentando fratura dos ossos do antebraço D.

Tendo sido transferido para o Hospital Otávio de Freitas.

Macaparana, 14 de agosto de 2019.

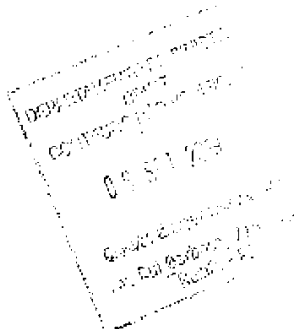

Rinaldo Ribeiro de Sá
Médico
CRM PE 19314

Médico Plantonista

Unid. Mista Joaquim Francisco de Melo Cavalcanti

07.165.026/0001-39
PREFEITURA MUNICIPAL
DE MACAPARANA

Unid. Mista Joaquim Francisco
de Melo Cavalcanti
Rua Dr. Antônio Xavier, S/N
Macaparana-PE
55865-000



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE MACAPARANA
CNPJ/MF: 07.165.026/0001-39
RUA DR. ANTÔNIO XAVIER, S/N, CENTRO.
CEP: 55.865-000 – MACAPARANA
<http://macaparana.pe.gov.br/portal/>





Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco
Hospital Otávio de Freitas

Nome: ANA PAULA DE ANDRADE ARAUJO
Idade: 23 Anos 1 Mês 14 Dias
Sexo: FEMININO
Mão: MÃE
CNS: 704809522143545
Contatos: 81. 92430120 | Celular: 61.
Masc: 18/03/1988
Endereço: AVENIDA JOAO FRANCISCO, N.º 35 - 35 BAIRRO: CENTRO - CIDADE: MACAPARAUA - UF: PE

Dados do Atendimento:

Data/Hora Atendimento: 02/05/2019 01:24
Prontuário: 281767
Nº. Atendimento: 3327580
Serviço: CIRURGIA

Enfermaria/Leito:

Médico: MEDICO PLANTONISTA

Admissão

Queixa Principal

DOR, SANGRAMENTO E IMPOTENCIA FUNCIONAL DO ANTEBRAÇO DIREITO

História Clínica

REFERE ACIDENTE DE AUTO, APRESENTA FRATURA EXPOSTA DO ANTEBRAÇO DIREITO

Exame Físico

DOR, SANGRAMENTO E IMPOTENCIA FUNCIONAL DO ANTEBRAÇO DIREITO

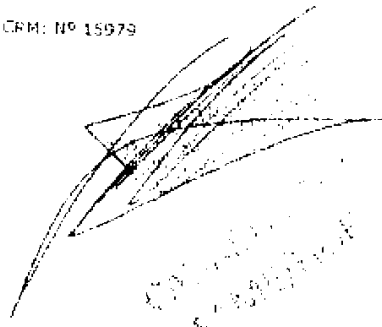
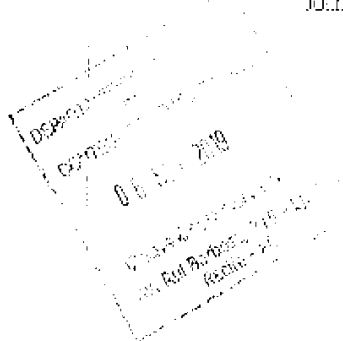
Observações

RX. FRA. LRA DOS OSSOS DO ANTEBRAÇO DIREITO

Conduta

TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DO ANTEBRAÇO DIREITO

JULIANO MACHADO ALVES DA SILVA CRM: Nº 15979



RECEBUE

02/05/19
Gonçalves

RECEBUE

Hospital Otávio de Freitas - CNES: 425 - CNPJ: 10.572.048/0001-70
Rua Aprígio Guimarães, s/nº - Tejipió - Recife/PE CEP: 50.920-840 Fone: (81) 3181.8500



FICHA DE EMERGÊNCIA

EMERGÊNCIA: ☐ MEDICINA ☐ PEDIATRIA ☐ OBSTETRICA ☐ MEDICINA

☐ CIRURGIA ☐ ORTOPEDIA

DATA 07/05/20 HORA 12 N.º DE REGISTRO

NOME Antonio Carlos de Mello Junior

Idade 38 Sexo M

ASSUS

SEXO M RACIA B COR B ESTADO PARAIBA CIDADE MACAPARANA

ENDEREÇO ALAMEDA DO SOLTEIRO Nº 10 BAIRRO UNIVERSAL

CEP 55010-000 FONE (51) 3240-0000 CIDADE MACAPARANA

PROFISSIONAL CIDADE MACAPARANA

PROFISSIONAL CIDADE MACAPARANA

PROFISSIONAL CIDADE MACAPARANA

PROFISSIONAL CIDADE MACAPARANA

PROFISSIONAL CIDADE MACAPARANA

PROFISSIONAL CIDADE MACAPARANA

PROFISSIONAL CIDADE MACAPARANA

PROFISSIONAL CIDADE MACAPARANA

PROFISSIONAL CIDADE MACAPARANA

PROFISSIONAL CIDADE MACAPARANA

PROFISSIONAL CIDADE MACAPARANA

PROFISSIONAL CIDADE MACAPARANA

PROFISSIONAL CIDADE MACAPARANA

PROFISSIONAL CIDADE MACAPARANA

PROFISSIONAL CIDADE MACAPARANA

PROFISSIONAL CIDADE MACAPARANA

PROFISSIONAL CIDADE MACAPARANA

PROFISSIONAL CIDADE MACAPARANA

PROFISSIONAL CIDADE MACAPARANA

PROFISSIONAL CIDADE MACAPARANA

PROFISSIONAL CIDADE MACAPARANA

PROFISSIONAL CIDADE MACAPARANA

PROFISSIONAL CIDADE MACAPARANA

PROFISSIONAL CIDADE MACAPARANA

PROFISSIONAL CIDADE MACAPARANA

PROFISSIONAL CIDADE MACAPARANA

PROFISSIONAL CIDADE MACAPARANA

PROFISSIONAL CIDADE MACAPARANA

PROFISSIONAL CIDADE MACAPARANA

PROFISSIONAL CIDADE MACAPARANA

PROFISSIONAL CIDADE MACAPARANA

PROFISSIONAL CIDADE MACAPARANA

PROFISSIONAL CIDADE MACAPARANA

PROFISSIONAL CIDADE MACAPARANA

PROFISSIONAL CIDADE MACAPARANA

PROFISSIONAL CIDADE MACAPARANA

PROFISSIONAL CIDADE MACAPARANA

PROFISSIONAL CIDADE MACAPARANA

PROFISSIONAL CIDADE MACAPARANA

PROFISSIONAL CIDADE MACAPARANA

PROFISSIONAL CIDADE MACAPARANA

PROFISSIONAL CIDADE MACAPARANA

PROFISSIONAL CIDADE MACAPARANA

PROFISSIONAL CIDADE MACAPARANA

PROFISSIONAL CIDADE MACAPARANA

PROFISSIONAL CIDADE MACAPARANA

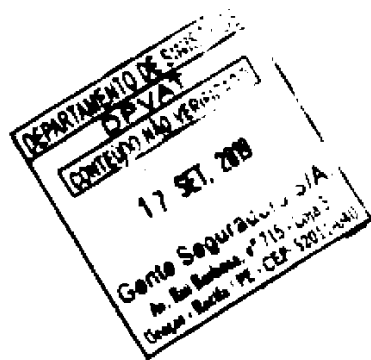
PROFISSIONAL CIDADE MACAPARANA

PROFISSIONAL CIDADE MACAPARANA

PROFISSIONAL CIDADE MACAPARANA

PROFISSIONAL CIDADE MACAPARANA

PROFISSIONAL CIDADE MACAPARANA



BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

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

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 30/09/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ANA PAULA DE ANDRADE ARAUJO

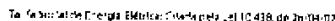
BANCO: 001

AGÊNCIA: 02257-8

CONTA: 000010019507-5

Nr. da Autenticação 0A2C09AF48DC1B52





Centro de Engenharia de Pernambuco
Av. João de Barros, 111 - J. Universitário - Recife - PE CEP 50751-902
Fone/Fax: 35.322.001-56 | e-mail: ECE@UEPE.br | www.uepe.br

ENDERECO DA UNIDADE CONSUMIDORA

CC-BY-NC-ND 4.0 International license

$\Gamma(\mathbb{R}) \cap \Gamma(\mathbb{R}) = \Gamma(\mathbb{R})$
 $\Gamma(\mathbb{R}) \cap \Gamma(\mathbb{R}) = \Gamma(\mathbb{R})$
 $\Gamma(\mathbb{R}) \cap \Gamma(\mathbb{R}) = \Gamma(\mathbb{R})$

1202144612	95/2019
27/05/2019	18/06/2019
86-386	

86-388

[illegible]

86 12

CONTROLE DE CONSUMO DE MATERIAIS E SERVIÇOS DE MANUTENÇÃO									
Nº DO MEDIDOR	TÍPOLO FUNÇÃO	DATA	LEITURA	DATA	LEITURA	Nº DE DÍG	CONSTANTE	ALÍQUOTA	CONSUMO (KWH)
100000	0001	10/01/00	100000	10/01/00	100000	01	000000		0000

DEMOGRAPHIC

Variable	Percentage
SEX	50%
AGE	18-24: 15%, 25-34: 25%, 35-44: 20%, 45-54: 20%, 55-64: 10%, 65+: 10%
RACE	White: 60%, Black: 20%, Hispanic: 10%, Asian: 5%, Other: 5%
ETHNICITY	Hispanic: 10%, Asian: 5%, Other: 5%

ATTITUDINAL

Variable	Percentage
POLITICAL AFFILIATION	Democrat: 60%, Republican: 20%, Independent: 10%, Other: 10%
RELIGIOUS AFFILIATION	Catholic: 40%, Protestant: 30%, Jewish: 10%, Muslim: 5%, Other: 15%
POLITICAL PARTICIPATION	Active: 30%, Passive: 70%

Enquanto isso, os pesquisadores da Universidade de Illinois, em Urbana, descobriram que a ingestão de 100 mg de vitamina E por dia reduz o risco de desenvolver a doença em 33%. Já os pesquisadores da Universidade de Michigan, em Ann Arbor, descobriram que a ingestão de 400 mg de vitamina E por dia reduz o risco de desenvolver a doença em 25%. Já os pesquisadores da Universidade de Wisconsin, em Madison, descobriram que a ingestão de 200 mg de vitamina E por dia reduz o risco de desenvolver a doença em 15%.

[illegible]