



*Alves & Pantaleão*

Advogados Associados

**INSTRUMENTO PARTICULAR DE MANDATO**  
**(PROCURAÇÃO)**

**OUTORGANTE: JACIARA ALVES DA SILVA**, brasileira, solteira, manicure, portador do RG nº 2.008.944 SDS/PE, inscrito no CPF/MF sob o nº 801.668.574-91, residente na Rua Josina Maria de Vasconcelos, nº 178, Cruz de Rebouças, Igarassu/PE, CEP: 53625-055, Fone: (81) 98798-6117, nomeia e constitui como suas procuradoras, **Dra. ELAINE PANTALEÃO DA SILVA**, brasileira, solteira, advogada, inscrita na OAB/PE, sob o nº 49.955-D e **EMANUELLE ALVES DO NASCIMENTO**, brasileira, casada, advogada, inscrita na OAB/PE, sob o nº 49.959-D, todas com escritório profissional localizado na Av. BR de Vera Cruz, nº 5A, Cruz de Rebouças, município de Igarassu, estado de Pernambuco, CEP: 53.625-015, onde recebem citações e demais comunicações, a quem confere os poderes **DA CLÁUSULA AD JUDITA ET EXTRA**, inerente ao bom e fiel cumprimento deste mandato, nos termos do art. 105 do Código de Processo Civil, para, em nome da outorgante, em qualquer Juízo, Instância ou Tribunal, ou fora deles, defender seus interesses e especialmente para propor **no Judiciário ou de forma administrativa e especialmente para solicitar perante a SEGURADORA LIDER, indenização referente ao seguro DPVAT**, podendo propor contra quem de direito as ações competentes e defender os interesses da outorgante nas contrárias, seguindo umas e outras, até final decisão, usando dos recursos legais e acompanhando-os, conferindo-lhes, ainda, poderes especiais para confessar, desistir, transigir, firmar compromissos ou acordos, receber e dar quitação, reconhecer procedência de pedido, renunciar a direito no qual se funda ação agindo em conjunto ou separadamente, podendo ainda substabelecer essa em outrem, com ou sem reservas de iguais poderes, dando tudo por bom, firme e valioso, com o fim específico para podendo os citados procuradores praticar todos os atos necessários para o fiel cumprimento deste mandato.

**TERMO DE AUTORIZAÇÃO:** Pelo presente termo autorizo o MM. JUIZ a proceder a retenção de 30% (trinta por cento) sobre o valor a ser levantado, a títulos de honorários advocatícios a ser interposto por mim, através de meu representante legal ou outorgado perante o juizado Especial Cível (Estado ou Federal) de Pernambuco.

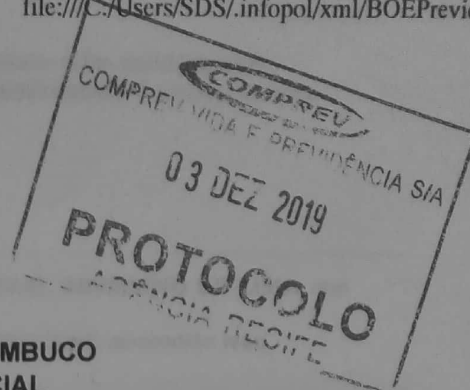
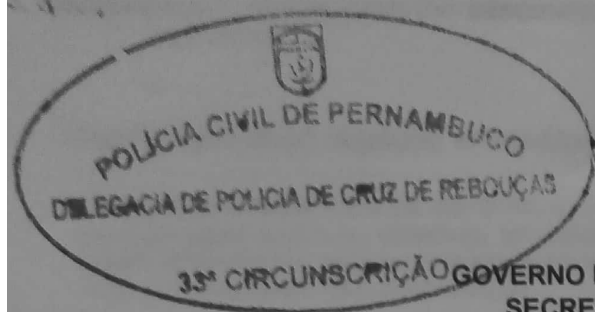
**DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA: DECLARO** para todos os fins de direito e sob as penas da lei, que não tenho condições de arcar com as despesas inerentes ao presente processo, sem prejuízo do meu sustento e de minha família, necessitando, portanto, da **Gratuidade da Justiça**, nos termos do art. 98 e seguintes da Lei 13.105/2015 (Código de Processo Civil). Requeiro, ainda, que o benefício abranja a todos os atos do processo.

Igarassu/PE, 30 de Outubro de 2019.

*Jaciara Alves da Silva*

**OUTORGANTE**





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO  
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 033ª CIRCUNSCRIÇÃO - CRUZ DE REBOUÇAS - DP33ªCIRC  
DIM/8ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **18E0123001279**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **19/07/2018** às **17:07**

**ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumados)** que aconteceu no dia **4/7/2018** no período da **Manhã**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICÍPIO DE OLINDA, EM FRENTE A UPA DA PE 15 - OLINDA/PERNAMBUCO/BRASIL** Próximo a: **RUA CEDRO, 1, PE 15 - Bairro: OURO PRETO - OLINDA/PERNAMBUCO/BRASIL**  
Local do Fato: **VIA PÚBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR/AGENTE)  
GENIVAL SEVERINO DE LIMA (VÍTIMA)  
JACIARA ALVES DA SILVA (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

OUTROS TIPO DE OBJETO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a):  
GENIVAL SEVERINO DE LIMA  
OUTROS TIPO DE OBJETO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a):  
JACIARA ALVES DA SILVA

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

**GENIVAL SEVERINO DE LIMA (presente ao plantão)** - Sexo: **Masculino** Mãe: **MARIA JOSÉ DA CONCEIÇÃO** Pai: **MANOEL SEVERINO DE LIMA** Data de Nascimento: **15/11/1950** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **3629582/SSP/PE (RG)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **1º. GRAU INCOMPLETO** Profissão: **CARPINTEIRO(A)** Telefones Celulares: **- 987986117**

Residencial: **BAIRRO E CRUZ DE REBOUÇAS, PROXIMO A JOSINA - IGARASSU/PERNAMBUCO/BRASIL** Próximo a: **BAIRRO DE CENTRO (BAIRRO), 169, RUA JACO PINTO DE FREITAS - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - IGARASSU/PERNAMBUCO/BRASIL, PROXIMO A JOSINA**

**JACIARA ALVES DA SILVA (presente ao plantão)** - Sexo: **Feminino** Mãe: **AVELINA GOMES DA SILVA** Pai: **JOÃO ALVES PEQUENO** Data de Nascimento: **16/8/1957** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **2008944/SDS/PE (RG)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **1º. GRAU COMPLETO** Profissão: **DO LAR** Telefones Celulares: **- 984682112**

Residencial: **BAIRRO DE CRUZ DE REBOUÇAS, PROXIMO A JOSINA - IGARASSU/PERNAMBUCO/BRASIL** Próximo a: **BAIRRO DE CENTRO (BAIRRO), 169, RUA JACO PINTO DE FREITAS - CEP: - Bairro: MONJOPE - IGARASSU/PERNAMBUCO/BRASIL, PROXIMO A JOSINA**

Scanned with CamScanner



**DESCONHECIDO (não presente ao plantão)** - Sexo: **Masculino** Naturalidade: **NÃO INFORMADO** /  
**PERNAMBUCO / BRASIL** Estado Civil: **DESCONHECIDO** Profissão: **OUTRAS PROFISSOES** Telefones Celulares:  
- 989735731

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

**COLISÃO (OUTROS TIPO DE OBJETO)** de propriedade do(a) Sr(a): **GENIVAL SEVERINO DE LIMA**, que  
estava em posse do(a) Sr(a): **GENIVAL SEVERINO DE LIMA**  
Categoria/Marca/Modelo: **NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**  
Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

### Complemento / Observação

ÀS 16:30 HORAS DE HOJE COMPARECERAM A ESTA DELEGACIA O SRS. GENIVAL SEVERINO DE LIMA E JACIARA ALVES DA SILVA AMBOS JÁ QUALIFICADOS. RELATA AS VITIMAS DE QUE NO DIA 04/07 DO CORRENTE /ANO, QUANDO CONDUZIA A MOTOCICLETA DE MARCA HONDA CG 125 TITAN KS ANO 1999 MODELO 2000 DE COR VERDE DE PLACA KLG 9492 IGARASSU PE EM NOME DO SR. GENIVAL SEVERINO DE LIMA EM COMPANHIA DE SUA COMPANHEIRA JACIARA ALVES DA SILVA NA GARUPA, AO PASSAR EM FRENTE A UPA DA PE 15 FOI ABAROADO POR UM VEICULO DE PLACA KGI 7612 COR AZUL QUE AVANÇOU O SINAL, CAUSANDO ESCOCIAÇÕES NAS VITIMAS, O SR. GENIVAL FOI SOCORRIDO PELO CORPO DE BOMBEIROS PARA O HOSPITAL MIGUEL ARRAES A SRA. JACIARA FOI ATENDIDA A UPA DA PE 15 E POSTERIORMENTE AO HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO.

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

**GENIVAL SEVERINO DE LIMA**  
(VITIMA)

**JACIARA ALVES DA SILVA**  
(VITIMA)

B.O. registrado por: **PAULO ROBERTO DE MELO QUEIROS** - Matrícula: **3809536**



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco  
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO



### FICHA DE ESCLARECIMENTO

Nº Atendimento : 9947 17

Nome : JACIANA AZEVEDO DA SILVA

Foi atendido às 15:35h hs. do dia 04, 07, 18

Diagnóstico Provável : \_\_\_\_\_

FRATURA DE CÔRPO COSTAIS OS -  
QUADROS POS ACIDENTE

Tratamento Realizado : \_\_\_\_\_

- AVALIAÇÃO ESPECIALIZADA  
- TOMO OMOPLAS

Observação : AVIA 09/07/18

REPOUSO 90 DIAS (50 DIAS)

Cópia de : \_\_\_\_\_

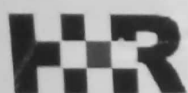
Médico - \_\_\_\_\_

**ATENÇÃO :** Este documento destina-se a comprovação de atendimento hospitalar ou ambulatorial para INSS, Empresas, Escolas, Ministério do Trabalho, Continuidade do tratamento ambulatorial, segundo a recomendação Nº 04/2002 do Ministério Público do Estado de Pernambuco.

Cód. 0157







**HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO**  
**Central de Agendamento Ambulatorial**  
**COMPROVANTE DE AGENDAMENTO**



**Informações do Atendimento**

Consulta.....: 19/03/2019 8:00 Hr  
Serviço.....: ORTOPEDIA / TRAUMATOLOGIA  
Médico.....: 360 - FRANCISCO DE ASSIS BEZERRA FILHO  
Agenda.....: 46617

**Informações do Paciente**

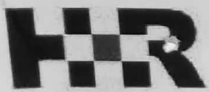
Paciente.....: 1639386  
Nome.....: JACIARA ALVES DA SILVA  
Sexo.....: FEMININO  
Fone.....: Residencial: (81) - 985042062 / Celular: () -  
Endereço.....: RUA JACOB PINTO DE FREITAS, 169 - CRUZ DE REBOUCAS - IGARASSU - PE - Cep: :  
Cidade.....: IGARASSU

Same.....: 863186

Nasc.....: 16/08/1957

Agendado por: EVENICE





**HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO**  
**Central de Agendamento Ambulatorial**  
**COMPROVANTE DE AGENDAMENTO**

5202



**Informações do Atendimento**

**Consulta.....:** 10/09/2018 7:00 Hr  
**Serviço.....:** ORTOPEDIA / TRAUMATOLOGIA  
**Médico.....:** 360 - FRANCISCO DE ASSIS BEZERRA FILHO  
**Agenda.....:** 41991

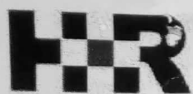
OK

**Informações do Paciente**

**Paciente.....:** 1639386 **Same.....:** 863186  
**Nome.....:** JACIARA ALVES DA SILVA  
**Sexo.....:** FEMININO  
**Fone.....:** Residencial: (81) - 985042062 / Celular: () - **Nasc.....:** 16/08/1957  
**Endereço.....:** RUA JACOB PINTO DE FREITAS, 169 - CRUZ DE REBOUCAS - IGARASSU - PE - Cep: !  
**Cidade.....:** IGARASSU

Agendado por: ELIZABETHVS





CR

**HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO**  
Central de Agendamento Ambulatorial  
COMPROVANTE DE AGENDAMENTO



**Informações do Atendimento**

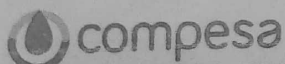
Consulta.....: 30/07/2018 7:00 Hr  
Serviço.....: ORTOPEDIA / TRAUMATOLOGIA  
Médico.....: 360 - FRANCISCO DE ASSIS BEZERRA FILHO  
Agenda.....: 41978

**Informações do Paciente**

Paciente.....: 1639386 Same.....:  
Nome.....: JACIARA ALVES DA SILVA  
Sexo.....: FEMININO  
Fone.....: Residencial: (81) - 985042062 / Celular: () - Nasc.....: 16/08/1957  
Endereço.....: RUA JACOB PINTO DE FREITAS, 169 - CRUZ DE REBOUCAS - IGARASSU - PE - Cep: !  
Cidade.....: IGARASSU

Agendado por: RANIELLERASN





ATENDIMENTO: RUA DR COSME DE SA PEREIRA - NUM. - S/N - CENTR  
O IGARASSU PE 53610-010

CNPJ 09.769.035/0001-64  
INSC. EST. Nº 18.1.001.0014398-2

DADOS DO CLIENTE  
JACIARA ALVES DA SILVA  
R JACOB PINTO DE FREITAS, N. 00150 - - CRUZ DE REBOUCAS IGARA  
SSU PE 53625-222  
INSCRIÇÃO: 175.105.720.0161.000 GRUPO: 13 DEB. AUTOMATICO: 029291047

MATRÍCULA: 29291047 Set/2018

SITUAÇÃO ÁGUA	SITUAÇÃO ESGOTO	QUANTIDADE DE ECONOMIAS	PÚBLICA
LIGADO	POTENCIAL	RESIDENCIAL 1 COMERCIAL INDUSTRIAL	
HIDROMETRO	DATA LEIT. ANTERIOR	DATA LEIT. ATUAL	TIPO DE CONSUMO (A/E)
A175614586	08/09/2018	08/10/2018	REAL

ÁGUA:  
LEIT ANT: 17 CONSUMO: 9  
LEIT ATU: 26  
LEIT FAT: 26

HISTÓRICO DE CONSUMO  
REFERÊNCIA CONSUMO

08/2018 08  
07/2018 09  
06/2018 04  
05/2018 04  
04/2018 02  
03/2018 04  
MÉDIA: 05

PARAMETROS	NÚMERO DE AMOSTRAS		
	EXIG. PORT. MS 2.914/11	ANÁLISES REALIZ.	ATENDEM A LEGIS
TURBIDEZ	44	44	44
COR APARENTE	44	44	41
CLORO RESIDUAL	44	44	44
COLIF. TOTAIS	44	44	42
E. COLI	44	44	44

Qualidade de Água: [www.compesa.com.br](http://www.compesa.com.br)

OBS.: (1) COLIFORMES TOTAIS AUSÊNCIA 95% DAS AMOSTRAS EXAMINADAS  
(2) OS PARÂMETROS COLIFORMES TOTAIS, ESCHERICHIA COLI E CLORO  
RESIDUAL SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES SANITÁRIAS DA ÁGUA  
(3) OS PARÂMETROS COR E TURBIDEZ SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES  
ASSOCIADAS AO ASPECTO VISUAL DA ÁGUA

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS	CONSUMO	TOTAL (R\$)
ÁGUA		
RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)		
CONSUMO DE ÁGUA	9 M3	41,30

TRIBUTOS	BASE DE CÁLCULO	PERCENTUAL (%)	VALOR DO IMPOSTO
PIS	41,30	1,65	0,68
COFINS	41,30	7,60	3,14

VENCIMENTO: 20/10/2018

TOTAL A PAGAR: 41,30

MENSAGEM:

EM 30/09/2018, REGISTRAMOS QUE V.SA.  
ESTAVA EM DÉBITO COM A COMPESA CASO  
JÁ O TENHA PAGO, DESCONSIDERE ESTE AVISO.

IMPRESSO EM: 08/10/2018 06:44:20





## FICHA DE ENCAMINHAMENTO

### IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE SOLICITANTE

1 CNES:

2 Nome do profissional:

3 Nome do ACS:

4 Nome:

5 Telefone do prof.:

6 Telefone do ACS:

7 Cartão SUS:

### IDENTIFICAÇÃO DO(A) USUÁRIO(A)

8 Nome do usuário:

9 Data de Nasc:

10 Sexo: ( ) M ( ) F

11 Nome Social:

12 N° Prontuário:

13 Nome da mãe:

14 Telefone:

15 Endereço:

16 Ponto de Referência:

17 Hipótese diagnóstica:

18 Descrição do caso/situação:

Proteção dental 45-66  
66-67

*Emmanuel*

19 Procedimento necessário (Consulta/exame):

Exatoma 20 de 1661

10. PREENCHER EM FICHAS SEPARADAS SE FOR MAIS DE UM PROCEDIMENTO A SER AGENDADO.

Observações:

Dr. Marcio Medeiros  
Traumatologia - Ortopedia  
CRM-PE 20.566  
TEOT 14.881

**ATENÇÃO:** Não entregar para o usuário! Encaminhar a ficha para a CRMI

20 Data da Solicitação: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

21 Assinatura/Carimbo: \_\_\_\_\_

### AUTORIZAÇÃO/AGENDAMENTO

22 N° da chave:

23 Data do agendamento:

24 Hora do atendimento:

25 Unidade Executante:

26 Nome do profissional:

27 Nome do procedimento:

28 Endereço:

29 Observações:



0179

Sexo: FEMININO

Nome Social :

Data do Nascimento: 16/08/1957    Idade: 60 anos    Convenio: 2    SUS - PRONTO ATENDIMENTO

Nome da Mãe: AVELINA GOMES DA SILVA

Nome do Pai:

Estado Civil: SOLTEIRO

**Nome do Médico:** CLINICO - PLANTONISTA

CRM: 123456

Endereço: 8 TRAVESSA JACOB PINTO D --

169

Bairro: CRUZ DO REBOUCAS

Cidade/UF: IGARASSU

PE

Cep: 53625219

Usuário Atendimento: DAYANNELS

RG (Identidade):

Data de Emissão:

CPF (Cadastro de Pessoa Física):

Fone:

CRN(Certidão de Registro de Nasc):

Data de Emissão CRN:

## RESUMO DE TRATAMENTOS

Peso:

Altura:

Temperatura:

Hora:

Queixa Principal

## Exame Físico

### Hipotesis Diagnostico

### Conduta Terapeutica

Prescrição Médica

Destino: ( ) Encaminhado ao Ambulatório ( )

) Residência

Transferido:

Para:

Senka:

Carimbo/Médico

COMPREV  
COMPREVIDA E PREVIDÊNCIA S/A  
03 DEZ 2001

03 DEC 2019

2019  
PROTOCOLO  
AGÊNCIA REGISTRO



1317394



## HORAS - OLINDA

da Classificação de Risco - Protocolo

PROTOCOLO CLASSIFICAÇÃO REDE IMIP

hora retirada da senha: 04/07/2018 10:58

Nome Paciente: JACIARA ALVES DA SILVA  
Cód. Paciente:  
Data de Nascimento: 16/08/1957  
Sexo: Feminino  
Idade: 60  
Senha: 0155  
Convênio:  
Atendimento:  
SAME:

Período: 04/07/2018 11:01 - 04/07/2018 11:02

ADRIANA MAIA TORQUATO - COREN: 64402 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - Classificação

Prioridade:

URGENCIA - AMARELO

Cor:

AMARELO

Queixa Principal: TRAZIDO PELOS BOMBEIROS  
COM TRAUMA EM TORAX  
RELATO D E COLISAO

Observação:

ALERGIA-  
HAS-  
DM-

Fluxograma sintoma: SITUAÇÕES ESPECIAIS

Discriminador(es): - PACIENTES EM AMBULÂNCIA DO SAMU, BOMBEIRO E MUNICIPAIS

Especialidade: CLINICA GERAL

Scanned with CamScanner



Atendimento: **1317366**

Senha da Classificação:

**0155**

Data e Hora: **04/07/2018 11:06**

Paciente: **479652 JACIARA ALVES DA SILVA**

Sexo: FEMININO

Nome Social:

Data do Nascimento: **16/08/1957** Idade: **60** anos Convenio: **2** SUS - PRONTO ATENDIMENTO

Nome da Mãe: **AVELINA GOMES DA SILVA**

Nome do Pai:

Estado Civil: **SOLTEIRO**

Nome do Médico: **CLINICO - PLANTONISTA**

CRM: **123456**

Endereço: **8 TRAVESSA JACOB PINTO D**

**169**

Bairro: **CRUZ DO REBOUCAS**

Cidade/UF: **IGARASSU**

PE

Cep: **53625219**

Usuário Atendimento: **ALESSANDRACS**

RG (Identidade):

Data de Emissão:

CPF (Cadastro de Pessoa Física):

Fone:

CRN (Certidão de Registro de Nasc):

Data de Emissão CRN:

**RESUMO DE TRATAMENTO**

Peso: \_\_\_\_\_ Altura: \_\_\_\_\_ Temperatura: \_\_\_\_\_ Hora: **11:05**

Queixa Principal

Exame Físico

Hipótese Diagnóstico

Conduta Terapêutica

Prescrição Médica

Destino: ( ) Encaminhado ao Ambulatório ( ) Residência

Transferido:

Para:

Senha:

Carimbo/Médico

Francisco J. Suassuna Cavalcanti  
Ortopedia / Traumatologia  
CRM-PE 4568





Atendimento: 1317394

Senha de Classificação:

0179

Data e Hora: 04/07/2018 11:00

Paciente: 479852 JACIARA ALVES DA SILVA Sexo: FEMININO  
Nome Social: \_\_\_\_\_  
Data de Nascimento: 18/08/1957 Idade: 60 anos Convenio: 2 SUS - PRONTO ATENDIMENTO  
Nome da Mãe: AVELINA GOMES DA SILVA Nome do Pai: \_\_\_\_\_  
Estado Civil: SOLTEIRO Nome do Médico: CLINICO - PLANTONISTA CRM: 123456  
Endereço: 8 TRAVESSA JACOB RINTO D - 189 Bairro: CRUZ DO REBOUCAS  
Cidade/UF: IGARASSU PE Cep: 53625219 Usuário Atendimento: DAYANNELS  
RG (Identidade): \_\_\_\_\_ Data de Emissão: \_\_\_\_\_  
CPF (Cadastro de Pessoa Física): \_\_\_\_\_ Fone: \_\_\_\_\_  
CRN (Cartão de Registro de Nasc): \_\_\_\_\_ Data de Emissão CRN: \_\_\_\_\_

RESUMO DE TRATAMENTO

Peso: \_\_\_\_\_ Altura: \_\_\_\_\_ Temperatura: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_  
Queixa Principal: *Abuso de medicação*  
*de A. F. no. p. l. e. n. a. t. o. r. i. a. l. e. s.*  
*de A. F. no. p. l. e. n. a. t. o. r. i. a. l. e. s.*

Exame Físico: *Exame físico sem relato*  
*de alteração da função*  
*de A. F. no. p. l. e. n. a. t. o. r. i. a. l. e. s.*

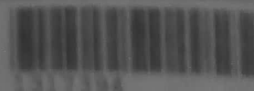
História Diagnóstica: *Exatidão de dados*  
*de A. F. no. p. l. e. n. a. t. o. r. i. a. l. e. s.*

Conduta Terapêutica: *HC*

Prescrição Médica: *S. F. 0. 4 100*  
*CC. TRANQUILIZANTE*  
*12:35*

Destino: ( ) Encaminhado ao Ambulatório ( ) Residência  
Transferido: \_\_\_\_\_  
Para: \_\_\_\_\_  
Data: \_\_\_\_\_

Carimbo Médico



1317394



PSL



GARASSU

Nº 1176

PAC. Jaeliana Alves da

COD. Silva

C.S. 704.2017.6218.6182

TEN	lombos.
vs.	11 / costela
limpo	1.

TRATAMENTO

DIA	HORÁRIO	N. SESSÕES
Tues	8:00	20
Out		
OBS: lombos		
Costela		TERAPEUTA: Mirella Silva

SESSÕES:

01	21	02	19
02	26	02	2019
03	07	03	2019
04	17	03	2019
05	14	03	18
06	21	03	2019
07	26	03	2019
08	28	03	19
09	02	04	19
10	04	04	19
11	16	04	19P
12	20	04	19
13	25	04	19P
14	30	04	19P
15	02	05	19P
16	03	05	19P
17	09	05	19P
18	14	05	19P
19	16	05	19P
20	21	05	2019P



## 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:

801-668 574-91

4 - Nome completo da vítima:

Jaciara Alves da Silva

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

5 - Nome completo:

Jaciara Alves da Silva

6 - CPF:

801.668.574-91

7 - Profissão:

Monicuru

8 - Endereço:

Rua Jacob Pinto de Freitas

9 - Número:

169

10 - Complemento:

11 - Bairro:

Cruz de Rebouças

12 - Cidade:

Igarassu

13 - Estado:

PE

14 - CEP:

53625-222

15 - E-mail:

16 - Tel.(DDD):

(81)8468-2112

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☐ RECUSO INFORMAR

☐ R\$1.00 A R\$1.000,00

☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00

☒ SEM RENDA

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

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

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

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☐ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: 2191

CONTA: 066 391

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

☐ Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

☐ Solteiro

☐ Casado (no Civil)

☐ Divorciado

☐ Separado Judicialmente

☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

☐ Sim

☐ Não

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

28 - Vítima teve filhos?

☐ Sim

☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:

30 - Vítima deixou nascituro (val nascit)?

☐ Sim

☐ Não

31 - Vítima teve irmãos?

☐ Sim

☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:

33 - Vítima deixou pais/avós vivos?

☐ Sim

☐ Não

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

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

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

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

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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data,

Igarassu 30 de novembro de 2019

Jaciara Alves da Silva

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)









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

Rio de Janeiro, 18 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190673296

Vítima: JACIARA ALVES DA SILVA

Data do Acidente: 04/07/2018

Cobertura: INVALIDEZ

**Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO**

Senhor(a), JACIARA ALVES DA SILVA

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

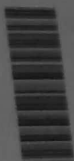
Foi verificado que o dano pessoal evoluiu sem sequela definitiva, razão pela qual não foi caracterizada a invalidez permanente coberta pelo Seguro DPVAT.

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

Atenciosamente,

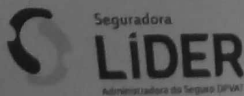
Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Carta nº 15257951





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

Rio de Janeiro, 15 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do  
Seguro DPVAT: 3190673391

Vítima: JACIARA ALVES DA SILVA

Data do Acidente: 04/07/2018

Cobertura: DAMS

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

Senhor(a), JACIARA ALVES DA SILVA

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

Recebedor: JACIARA ALVES DA SILVA  
Valor: R\$ 320,00  
Banco: 104  
Agência: 000002191  
Conta: 00000066391-0  
Tipo: CONTA POUPANÇA

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



**POSTO LIDER**

CNPJ: 19.375.274/0001-93 COMERCIO COMBUSTIVEIS IGARASSU LTDA  
AVENIDA BARAO DE VERA CRUZ, 1623 CRUZ DE REBOLCAS IGARASSU-PE  
I.E.: 0557145-60

**Documento Auxiliar da Nota Fiscal de Consumidor Eletronica**

#	Codigo	Descricao	Qtde	Un	Valor unit.	Valor total
001	1	GASOLINA COMUN			11,526 LT X 4,339	50,01
Qtde. Total de Itens						001
Valor Total R\$						50,01
FORMA DE PAGAMENTO						VALOR PAGO R\$
Dinheiro						50,01

Consulte pela Chave de Acesso em

<http://nfce.sefaz.pe.gov.br/nfce-web/consultarNFCe>

2618 0719 3752 7400 0193 6500 1000 0010 3310 0001 0348

CONSUMIDOR NAO IDENTIFICADO

NFC-e n 000001033 Serie 001 18/07/2018 10:25:46

Protocolo de Autorizacao: 326180314510866

Data de Autorizacao 18/07/2018 10:25:43



#CF:BICO.001 BOMBA.001 TQ.001

EI1.024.663.555 EF1.024.675.080 V11.526

NOME JACIARA ALVES DA SILVA ID 2008944

VEND.:

Tributos Incidentes Lei Federal 12.741/12 - Total R\$ 15,73

Federal R\$ 6,73 Estadual R\$ 9,00 Municipal R\$ 0,00

CCVENDAS

CCVENDAS: [www.ccautomacao.com.br](http://www.ccautomacao.com.br)

Scanned with CamScanner



**POSTO LIDER**

CNPJ: 19.375.274/0001-93 COMERCIO COMBUSTIVEIS IGARASSU LTDA  
AVENIDA BARAO DE VERA CRUZ, 1623 CRUZ DE REBOLCAS IGARASSU-PE  
I.E.: 0557145-60

**Documento Auxiliar da Nota Fiscal de Consumidor Eletronica**

#	Codigo	Descricao	Qtde	Un	Valor unit.	Valor total
001	1	GASOLINA COMUM			7,044 LT X 4,259	30,00
Qtde. Total de Itens						001
Valor Total R\$						30,00
FORMA DE PAGAMENTO						VALOR PAGO R\$
Dinheiro						30,00

Consulte pela Chave de Acesso em

<http://nfce.sefaz.pe.gov.br/nfce-uev/consultarNFCa>  
2618 0719 3752 7400 0193 6500 1000 0012 3910 0001 2400  
CONSUMIDOR NAO IDENTIFICADO

NFC-e n 000001239 Serie 001 21/07/2018 16:48:03

Protocolo de Autorizacao: 326180322665314

Data de Autorizacao 21/07/2018 16:47:57



#CF:BICO.003 BOMBA.002 TO.001  
EI1.316.449,426 EF1.316.456,470 U7.044  
JACIARA ALVES DA SILVA RG 2008944

VEND.:

Tributos Incidentes Lei Federal 12.741/12 - Total R\$ 9,44  
Federal R\$ 4,04 Estadual R\$ 5,40 Municipal R\$ 0,00  
CCUENDAS

CCUENDAS: [www.ccautonacao.com.br](http://www.ccautonacao.com.br)

Scanned with CamScanner





NFC-e

VIP POSTOS E SERVICOS LTDA

CNPJ: 02.883.979/0001-19 IE:25754009

AV PREFEITO JOSE EUSTAQUIO DE QUEIROZ, 220 CENTRO

Paulista - PE

Documento Auxiliar da Nota Fiscal de Consumidor Eletronica

Codigo	Descricao	Qtde UN	VL Unit	VL Total
009-100001	GASOLINA COMUM	6,886 LT	4,357	30,00

Qtde. total de itens	1
Valor total R\$	30,00
Valor a Pagar R\$	30,00
FORMA PAGAMENTO	VALOR PAGO R\$
Dinheiro	30,00

Consulte pela Chave de Acesso em

<http://nfce.sefaz.pe.gov.br/nfce-web/consultarNFCe>  
2618 0702 8839 7900 0119 6501 1000 0153 8010 0011 5077

CONSUMIDOR CPF: 024.372.584-18  
CARLOS ALBERTO SILVA MARTINIANO

NFC-e numero: 15380 Serie 11 2018-07-19T11:59:34-03:00  
Protocolo de autorizacao: 326 1803170439 79  
Data de autorizacao: 19/07/2018 11:59:36



Scanned with CamScanner





Gestão em Estacionamento

CNPJ: 23.843.917/0001-53

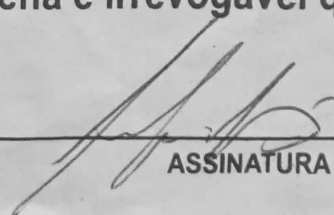
Recebi de: KGR 1785

A importância de: DITO 2 REAIS

Referente a guarda e/ou estacionamento de veículos.

Pelo que passamos o presente recibo, plena e irrevogável quitação.

Recife, 18 de 07 de 2018

  
ASSINATURA

**RECIBO**

**R\$** 2,00





**alpark**

Gestão em Estacionamento

CNPJ: 23.843.917/0001-53

**RECIBO**

R\$ 8.00

Recebi de JACIARA ALVES ASSILVA

A importância de oito reais

Referente a guarda e/ou estacionamento de veículos

Pelo que passamos o presente recibo, plena e irrevogável quitação.

Recife, 19 de 01 de 18

Assinatura





# RECIBO

R\$

8,00

CNPJ: 23.843.917/0001-53

KGK-1742

Recebi de:

JACIARA ALVES DA SILVA

A importância de:

OITO REAIS

Referente a guarda e/ou estacionamento de veículos.

Pelo que passamos o presente recibo, plena e irrevogável quitação.

Recife,

20

de

07

de

18

ASSINATURA





PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARASSU  
SECRETARIA MUNICIPAL DA RECEITA  
NOTA FISCAL DE SERVIÇOS ELETRÔNICA - NFS-e

Nº da Nota

000013643

Nº da Substituída

Data/Hora de Emissão

27/08/2019 às 09:38:54

Competência

AGO/2019

Código de Verificação

CCZN61159

Data Prest. de Serviço

27/08/2019

### PRESTADOR DE SERVIÇOS

CNPJ: 03.396.304/0002-99

Inscrição Municipal: 009.627-0

Razão Social: DENTE & CIA CLINICA MEDICA E FRATURAS LTDA - ME

Endereço: AV. SANTINA GOMES DE ANDRADE 1 53610-270 CENTRO SEQ. 10022236

Município: IGARASSU

UF: PE

Telefone:

E-mail:

### TOMADOR DE SERVIÇOS

Nome/Razão Social: JACIARA ALVES DA SILVA

CPF/CNPJ/PAS: 801.668.574-91

Inscrição Municipal:

Endereço: RUA JACOB PINTO DE FREITAS 169 53625-222 CRUZ DO REBOUÇAS

Município: IGARASSU

UF: PE

Telefone:

E-mail:

### SERVIÇOS

4.03-HOSPITAIS, CLÍNICAS, LABORATÓRIOS, SANATÓRIOS, MANICÓMIOS, CASAS DE SAÚDE, PRONTOS-SOCORROS, AMBULATÓRIOS E CONGÊNERES.

ITEM	DESCRIÇÃO	QUANT.	VLR. UNITÁRIO	VALOR TOTAL
1	TAC DE COLUMA DORSAL	1.0	320,00	320,00

VALOR TOTAL DA NFS-e R\$: 320,00

Deduções (R\$)	Base Cálculo (R\$)	Alíquota (%)	Valor do ISS (R\$)	Outras Retenções (R\$)
0,00	320,00	3,50	11,20	0,00
INSS (R\$)	IRPJ (R\$)	CSLL (R\$)	COFINS (R\$)	PIS/PASEP (R\$)
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

### OUTRAS INFORMAÇÕES

DOCUMENTO EMITIDO POR MEI/EPP, ME OU EIRELI OPTANTE PELO SIMPLES NACIONAL. NÃO GERA DIREITO A CRÉDITO FISCAL DE ICMS E DE ISS.

COMPTEV

Scanned with CamScanner

Scanned with CamScanner



Paciente \_\_\_\_\_ : 555639-Jaciara Alves Da Silva  
Data \_\_\_\_\_ : 12/08/2019  
Nº Laudo \_\_\_\_\_ : 12701001  
Dat. Nasc. \_\_\_\_\_ : 16/08/1957



Diagnóstico por Imagem


Ressonância Magnética  
Tomografia Computadorizada Multi Slice  
Ultrassonografia com Doppler Colorido  
Densitometria Óssea  
Radiologia Digital

**Exame: TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DA COLUNA DORSAL**

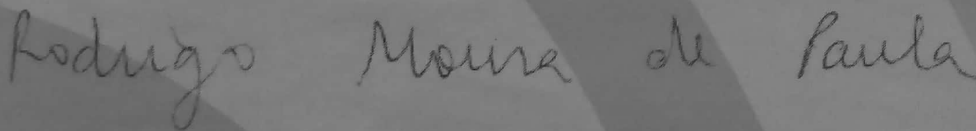
#### TÉCNICAS DE EXAME:

Cortes tomográficos computadorizados obtidos em tomógrafo multidetector no plano axial, interessando segmento compreendido entre T1 a T12.

#### COMENTÁRIOS:

Canal raqueano de configuração anatômica e dimensões normais no segmento avaliado.  
Corpos vertebrais de altura e alinhamento posterior preservados, com osteófitos marginais.  
Não há lesões ósseas com características agressivas.  
Redução dos espaços intervertebrais D2-D3 a D7-D8.   
Não há evidência de herniação ou protrusão discal, seja difusa ou localizada, nos interespaços avaliados.  
Foramens de conjugações livres e com amplitudes preservadas.  
Tecidos moles para-vertebrais sem alterações.

Observação: Protrusões discais póstero-medianas em C5-C6 e C6-C7, ambos comprimem a face ventral do saco tecal.



**Dr Rodrigo de Paula CRM PE - 11074**





JACIARA ALVES DA SILVA

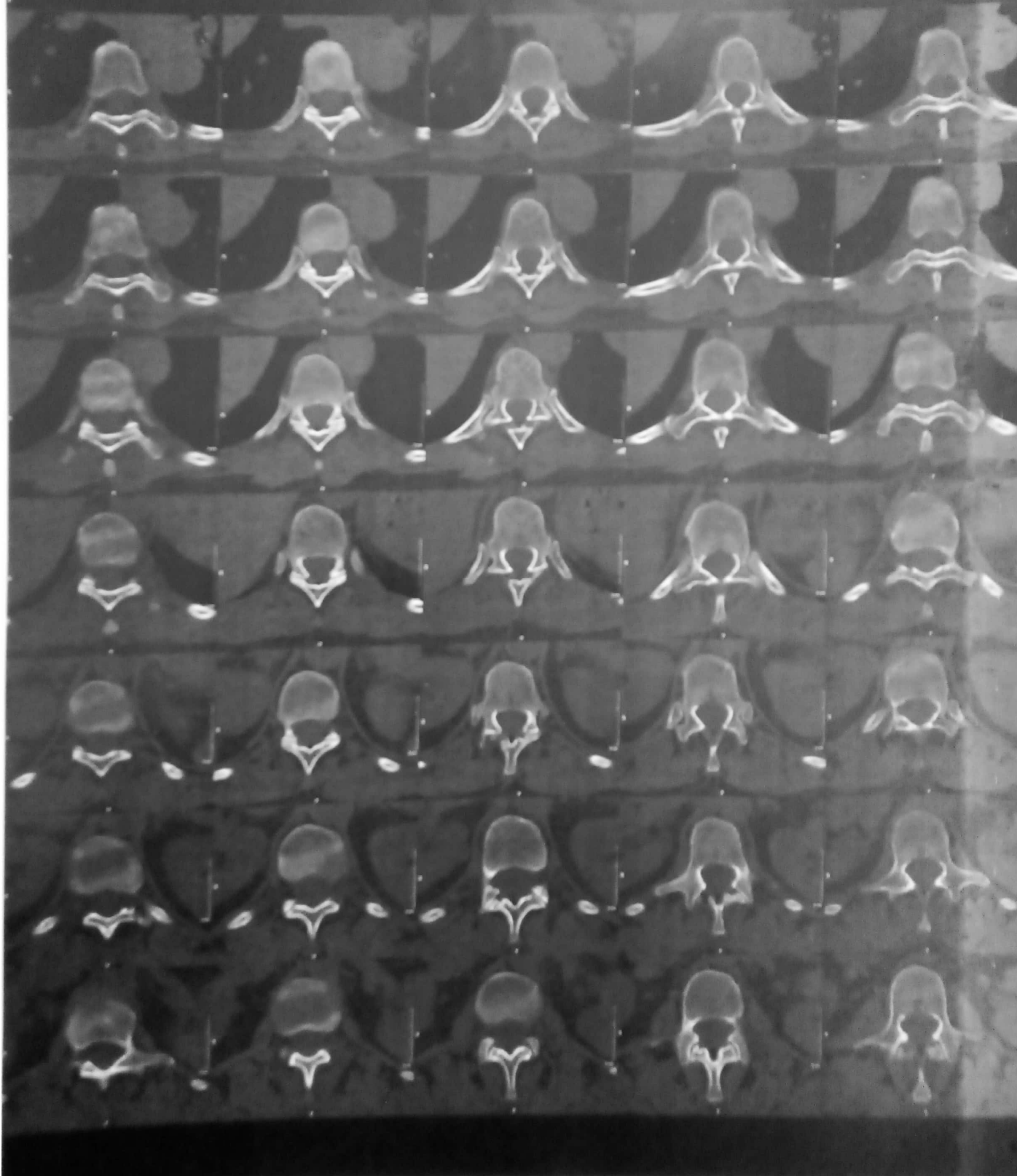
Univates - Brasil

000000

12 Aug 2020

0000

0000



Digitalizado com CamScanner



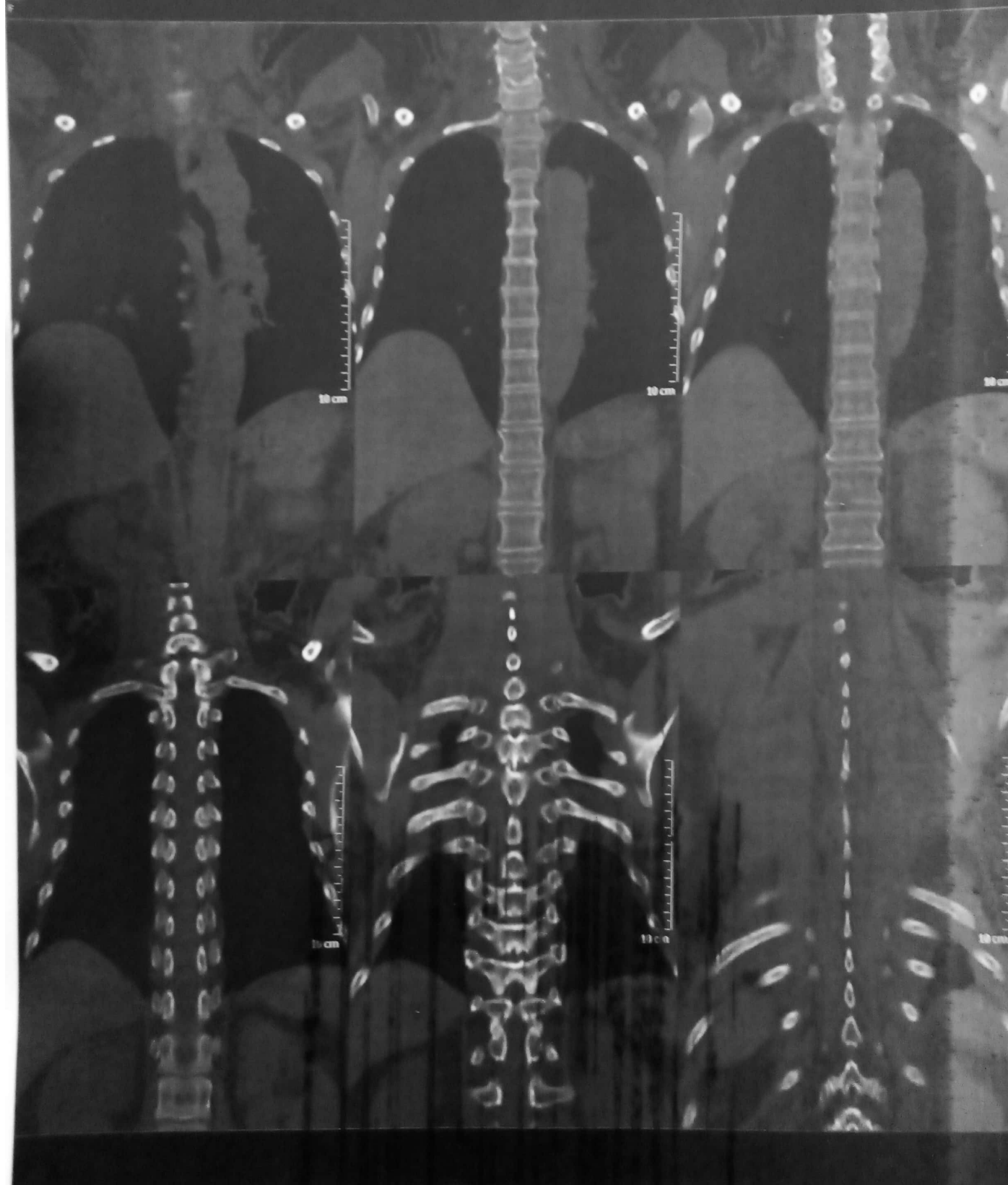
Assinado eletronicamente por: EMANUELLE ALVES DO NASCIMENTO - 18/06/2020 10:42:04  
<https://pje.tipe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20061810420438100000062523195>  
Número do documento: 20061810420438100000062523195

Num. 63697535 - Pág. 2

JACIARA ALVES DA SILVA

Unimau - Radio  
555630  
12-Aug-2019  
621  
P

PHILIPS



Digitalizado com CamScanner



Assinado eletronicamente por: EMANUELLE ALVES DO NASCIMENTO - 18/06/2020 10:42:04  
<https://pje.tipe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20061810420438100000062523195>  
Número do documento: 20061810420438100000062523195

Num. 63697535 - Pág. 3

# RECIBO DE TÁXI

VALOR

R\$

100,00

Recebi de

Luciana Alves da Silva

a importância de R\$

100,00

uma viagem

Proveniente da Prestação de Serviço de Táxi.

ITINERÁRIO

IGARASSU. Hopi Tal da Restanaleira

PLACA DO TÁXI

H01 4453

LOCAL E DATA

Restanaleira de 30.07 de 2018

MOTORISTA

CPF

RG

ASSINATURA

F.D. Gráfica e Editora Ltda.

Scanned with CamScanner



# RECIBO DE TÁXI

VALOR

R\$

10000-

Recebi de

Jaciara Alves da Silva

a importância de R\$

10000 Reais

uma vez

Recife

Proveniente da Prestação de Serviço de Táxi.

ITINERÁRIO

PLACA DO TÁXI

H01. 4453

LOCAL E DATA

clínica SIR

de

19.02

de

2019

MOTORISTA

CPF

RG

Jaciara Alves da Silva

ASSINATURA

F.D. Gráfica e Editora Ltda.

Scanned with CamScanner



# RECIBO DE TÁXI

VALOR

R\$ 10,00

Recebi de Luciana Alves do Nascimento  
a importância de R\$ 100,00  
uma viagem

Proveniente da Prestação de Serviço de Táxi.

ITINERÁRIO

Igarassu Hospital da Restauração

PLACA DO TÁXI

H01 4453

LOCAL E DATA

Restauração de 19.03 de 2019

MOTORISTA

CPF [assinatura]

RG .....

ASSINATURA

F.D. Gráfica e Editora Ltda.

Scanned with CamScanner





# RECIBO DE TÁXI

VALOR

R\$

100,00

Recebi de

Jaciana Alves da Silva

a importância de R\$

100,00

uma viagem

Proveniente da Prestação de Serviço de Táxi.

ITINERÁRIO

Spasau Hospital da Retardação

PLACA DO TÁXI

H01.4453

LOCAL E DATA

Retardação de 10.09 de 2018

MOTORISTA

CPF

RG

ASSINATURA

F.D. Gráfica e Editora Ltda.

Scanned with CamScanner





# RECIBO DE TÁXI

VALOR

R\$

100,00

Recebi de Jaciara Alves da Silva

a importância de R\$ 100,00

uma viagem

Proveniente da Prestação de Serviço de Táxi.

ITINERÁRIO

Spa Hospital da Residência

PLACA DO TÁXI

LOCAL E DATA

Refusado de de

MOTORISTA

CPF

RG

Jaciara Alves da Silva

ASSINATURA

F.D. Gráfica e Editora Ltda.

Scanned with CamScanner



## 24 HORAS - OLINDA

Sumário da Classificação de Risco - Protocolo

PROTOCOLO CLASSIFICAÇÃO REDE IMIP

Até a hora retirada da senha: 04/07/2018 10:58

Nome Paciente: JACIARA ALVES DA SILVA  
Cód. Paciente:  
Data de Nascimento: 16/08/1957  
Sexo: Feminino  
Idade: 60  
Senha: 0155  
Convênio: -  
Atendimento:  
SAME:

Período: 04/07/2018 11:01 - 04/07/2018 11:02

ADRIANA MAIA TORQUATO - COREN: 64402 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - Classificação

Prioridade:

URGENCIA - AMARELO

Cor:

AMARELO

Queixa Principal:

TRAZIDO PELOS BOMBEIROS  
COM TRAUMA EM TORAX  
RELATO DE COLISAO

Observação:

ALERGIA-  
HAS-  
DM-

Fluxograma sintoma:

SITUAÇÕES ESPECIAIS

Discriminador(es):

- PACIENTES EM AMBULÂNCIA DO SAMU, BOMBEIRO E MUNICIPAIS

Especialidade:

CLINICA GERAL





Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco

HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO

EXAMES COMPLEMENTARES



Nome:

JACILMA ALVES DO SILVA

Idade:

Registro:

863186

Box/Leito/Enfermaria:

Clinica/Setor:

Exames Solicitados:

COLESTEROL, TRIGLICÉRIDOS

Dados Clínicos:

ANTENHA ARTERIAL  
CONTROLE DE PRESSÃO

Data:

19/03/19

Hora:

Ass. Carimbo/Resposta:

Ass. Carimbo/Resposta  
autogra

COD. 012

Produzido na Gráfica Hospitalar Alto Nível

Scanned with CamScanner





HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO

GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE SAÚDE - SES  
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO

RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Nome Completo : \_\_\_\_\_

CRM : \_\_\_\_\_ UF : \_\_\_\_\_ Nº : \_\_\_\_\_

End. : \_\_\_\_\_

Cidade : \_\_\_\_\_ UF : \_\_\_\_\_

Telefone : \_\_\_\_\_

1ª VIA FARMÁCIA

2ª VIA PACIENTE

Paciente : Joane Alves do Silva

Endereço : \_\_\_\_\_

Prescrição : Rx Uso Or

1) Paracetamol 500mg (PARC) 3x/dia - 7 dias  
1 cp VO a cada 4/6h, 2º dia

DATA : 9.7.18

ASSINATURA DO MÉDICO / CARIMBO

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome : \_\_\_\_\_

Ident. : \_\_\_\_\_ Org. Emissor : \_\_\_\_\_

End. : \_\_\_\_\_

Cidade : \_\_\_\_\_ UF : \_\_\_\_\_

Telefone : \_\_\_\_\_

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

ASSINATURA DO FARMACÊUTICO

DATA : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Cod. 0339





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE SAÚDE - SES  
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO  
RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Nome Completo : \_\_\_\_\_  
CRM : \_\_\_\_\_ UF : \_\_\_\_\_ Nº : \_\_\_\_\_  
End. : \_\_\_\_\_  
Cidade : \_\_\_\_\_ UF : \_\_\_\_\_  
Telefone : \_\_\_\_\_

1ª VIA FARMÁCIA

2ª VIA PACIENTE

Paciente : \_\_\_\_\_

Endereço : \_\_\_\_\_

Prescrição : \_\_\_\_\_

DATA : \_\_\_\_\_

ASSINATURA DO MÉDICO \_\_\_\_\_

Luiz Lessa  
CRM 8236

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome : \_\_\_\_\_  
Ident. : \_\_\_\_\_ Org. Emissor : \_\_\_\_\_  
End. : \_\_\_\_\_  
Cidade : \_\_\_\_\_ UF : \_\_\_\_\_  
Telefone : \_\_\_\_\_

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

ASSINATURA DO FARMACÊUTICO  
DATA : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Cod. 0339





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE SAÚDE - SES  
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO

RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Nome Completo : \_\_\_\_\_

CRM : \_\_\_\_\_

End. : \_\_\_\_\_

Cidade : \_\_\_\_\_

Telefone : \_\_\_\_\_

1ª VIA FARMÁCIA

2ª VIA PACIENTE

Paciente : \_\_\_\_\_

Endereço : \_\_\_\_\_

Prescrição : \_\_\_\_\_

Rx Uso Oral  
1) Paracetamol + Codeína (PACO®) - 30x  
Tq Vo até 4/4h, Dor

DATA : 9.7.18

Antonio Carlos Costa e Silva  
Cirurgião Geral / MR-CPe  
CRM-PE: 24470

ASSINATURA DO MÉDICO / CARIMBO

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome : \_\_\_\_\_

Ident. : \_\_\_\_\_

Org. Emissor : \_\_\_\_\_

End. : \_\_\_\_\_

Cidade : \_\_\_\_\_

UF : \_\_\_\_\_

Telefone : \_\_\_\_\_

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

ASSINATURA DO FARMACÊUTICO

DATA : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Cod. 0339







Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco

HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO



RECEITUÁRIO MÉDICO

PERNAMBUCO

GOVERNO DO ESTADO

Paciente:

Emilia Alves

Registro:

Clínica:

2.8.12.

Box/Leito/Enfermaria:

LAURENTE AGUIAR  
FRAÇÃO DO LUMEN  
CESTAS + LANTERNA  
DO JORNAL LIGANDO  
COM OBRIGATORIEDADE  
FRAÇÃO +  
COM LANTERNA

Recup. 19/03/19

Francisco de Assis B. Filho  
Ortopedia/Traumatologia  
CRM: 9372

Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Ass. Carimbo/Médico/CREMEPE





Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco  
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO



RECEITUÁRIO MÉDICO **PERNAMBUCO**  
GOVERNO DO ESTADO

Paciente: <u>Adriana Alves</u>	Registro:
Clinica: <u>Dr. S. L.</u>	Box/Leito/Enfermaria:

*2010 INT*  
*Movalgias (?) - 1X -*  
*Francisco de Assis B. Filho*  
*000.116*

*30*  
*07*  
*18*

*Francisco de Assis B. Filho*  
Ortopedia / Traumatologia  
CRM: 9372

Data:   /  /  

Ass. Carimbo/Médico/CREMEPE

COD. 034





Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco

HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO



RECEITUÁRIO MÉDICO PERNAMBUCO

GOVERNO DO ESTADO

Paciente:

Aciana Alves

Registro:

Clinica:

Situ.

Box/Leito/Enfermaria:

Plano  
Traumático - 12  
Causa: queda  
do dia 8/8

14  
09  
18

Praticante de Ass. B. Filho  
Ortopedia / Traumatologia  
CRM: 9372

Data:

\_\_ / \_\_ / \_\_

Ass. Carimbo/Médico/CREMEPE

COD. 0340



PA 24 HORA LINDA

sumo da Classificação de Risco - Protocolo

PROTOCOLO CLASSIFICAÇÃO REDE IMIP

1ª e hora retirada da senha: 04/07/2018 11:47

Nome Paciente: JACIARA ALVES DA SILVA  
Cód. Paciente: 479652  
Data de Nascimento: 16/08/1957  
Sexo: Feminino  
Idade: 60  
Senha: 0179  
Convênio: -  
Atendimento:  
SAME:

Período: 04/07/2018 11:49 - 04/07/2018 11:49

ANIELLY SANTOS RAMOS DE BARROS - COREN: 9449 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - Classificação

Urgência: URGÊNCIA - AMARELO

Cor: AMARELO

Queixa Principal: ORTOPEDIA SOLICITA AVALIAÇÃO DA CLINICA MEDICA

Histórico sintoma: TRAUMA

Discriminador(es): - DOR MODERADA (4 - 7/10)

Especialidade: CLINICA GERAL

Acolhido(a) por: DANIELLY SANTOS RAMOS DE BARROS - COREN: 9449 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 04/07/2018 11:49

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco

Página 1 de 1

Scanned with CamScanner



Atendimento: **1317366**

Senha da Classificação:

**0155**

Data e Hora: **04/07/2018 11:06**

Paciente: **479652 JACIARA ALVES DA SILVA**

Sexo: **FEMININO**

Nome Social:

Data do Nascimento: **16/08/1957**

Idade: **60 anos**

Convenio: **2**

SUS - PRONTO ATENDIMENTO

Nome da Mãe: **AVELINA GOMES DA SILVA**

Nome do Pai:

CRM: **123456**

Estado Civil: **SOLTEIRO**

Nome do Médico: **CLINICO - PLANTONISTA**

Endereço: **8 TRAVESSA JACOB PINTO D**

**169**

Bairro: **CRUZ DO REBOUCAS**

Cidade/UF: **IGARASSU**

**PE**

Cep: **53625219**

Usuário Atendimento: **ALESSANDRACS**

RG (Identidade):

Data de Emissão:

CPF (Cadastro de Pessoa Física):

Fone:

CRN(Certidão de Registro de Nasc):

Data de Emissão CRN:

**RESUMO DE TRATAMENTO**

Peso: \_\_\_\_\_

Altura: \_\_\_\_\_

Temperatura: \_\_\_\_\_

Hora: **11:05**

Queixa Principal

Exame Físico

Hipótese Diagnóstica

Conduta Terapêutica

Prescrição Médica

Destino: ( ) Encaminhado ao Ambulatório ( ) Residência

Transferido:

Para:

Senha:

Carimbo/Médico

Francisco J. Suassuna Cavalcanti  
Ortopedia / Traumatologia  
CRM-PE 4568



1317366

Atendimento: 1317394

Senha da Classificação:

0179

Data e Hora: 04/07/2018 11:50

Sexo: FEMININO

Paciente: 479652 JACIARA ALVES DA SILVA

Nome Social:

Data do Nascimento: 16/08/1957 Idade: 60 anos

Convenio: 2

SUS - PRONTO ATENDIMENTO

Nome da Mãe: AVELINA GOMES DA SILVA

Nome do Pai:

CRM: 123456

Estado Civil: SOLTEIRO

Nome do Médico: CLINICO - PLANTONISTA

Bairro: CRUZ DO REBOUCAS

Endereço: 8 TRAVESSA JACOB PINTO D --

169

Cidade/UF: IGARASSU

PE

Cep: 53625219

Usuário Atendimento: DAYANNELS

RG (Identidade):

Data de Emissão:

Fone:

CPF (Cadastro de Pessoa Física):

Data de Emissão CRN:

CRN(Certidão de Registro de Nasc):

**RESUMO DE TRATAMENTO**

Peso: \_\_\_\_\_ Altura: \_\_\_\_\_ Temperatura: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_

Queixa Principal

*Prisão de ventre  
há 10 dias  
sem dor.*

Exame Físico

*Exame físico sem  
alterações. Sem  
dores abdominais.*

Hipótese Diagnóstica

*Sintoma de prisão  
de ventre.*

Conduta Terapêutica

*SCB*

Prescrição Médica

*S. F. 100 mg  
C. F. 100 mg*

*Dr. Josele A. de Almeida  
CREMEPE - 6850*

Destino: ( ) Encaminhado ao Ambulatório ( ) Residência

Transferido:

Para:

Senha:

Carimbo/Médico





0179

Sexo: FEMININO

**Nome Social :**

Data do Nascimento: 16/08/1957    Idade: 60 anos    Convenio: 2    SUS - PRONTO ATENDIMENTO

Nome da Mãe: AVELINA GOMES DA SILVA

Nome do Pai:

Estado Civil: SOLTEIRO

**Nome do Médico:** CLINICO - PLANTONISTA

CRM: 123456

Endereço: 8 TRAVESSA JACOB PINTO D --

169

Bairro: CRUZ DO REBOUCAS

Cidade/UF: IGARASSU

PE

Сеп: 53625219

Usuário Atendimento: DAYANNELS

RG (Identidade):

Data de Emissão:

CPF (Cadastro de Pessoa Física):

Fone:

CRN(Certidão de Registro de Nasc):

Data de Emissão CRN:

## RESUMO DE TRATAMENTOS

Peso:

Altura:

Temperatura:

Hora:

Queixa Principal

## Exame Físico

### Hipoteses Diagnosticas

### Conduta Terapeutica

Prescrição Médica

Destino: ( ) Encaminhado ao Ambulatório ( )

) Residência

Transferido:

Para:

Senka:

Carimbo/Médico

COMPREV 7/10

1317394

03 DEC 2019

2019  
PROTOCOLO  
AGÊNCIA REGISTRO

## HORAS - OLINDA

da Classificação de Risco - Protocolo  
hora retirada da senha: 04/07/2018 10:58

PROTOCOLO CLASSIFICAÇÃO REDE IMIP

Nome Paciente: JACIARA ALVES DA SILVA  
Cód. Paciente:  
Data de Nascimento: 16/08/1957  
Sexo: Feminino  
Idade: 60  
Senha: 0155  
Convênio:  
Atendimento:  
SAME:

Período: 04/07/2018 11:01 - 04/07/2018 11:02

ADRIANA MAIA TORQUATO - COREN: 64402 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - Classificação

Prioridade:

URGENCIA - AMARELO

Cor:

AMARELO

Queixa Principal: TRAZIDO PELOS BOMBEIROS  
COM TRAUMA EM TORAX  
RELATO D E COLISAO

Observação: ALERGIA-  
HAS-  
DM-

Fluxograma sintoma: SITUAÇÕES ESPECIAIS

Discriminador(es): - PACIENTES EM AMBULÂNCIA DO SAMU, BOMBEIRO E MUNICIPAIS

Especialidade: CLINICA GERAL

Scanned with CamScanner



Atendimento: **1317366**

Senha da Classificação:

**0155**

Data e Hora: **04/07/2018 11:06**

Paciente: **479652 JACIARA ALVES DA SILVA**

Sexo: FEMININO

Nome Social:

Data do Nascimento: **16/08/1957** Idade: **60** anos Convenio: **2** SUS - PRONTO ATENDIMENTO

Nome da Mãe: **AVELINA GOMES DA SILVA**

Nome do Pai:

Estado Civil: **SOLTEIRO**

Nome do Médico: **CLINICO - PLANTONISTA**

CRM: **123456**

Endereço: **8 TRAVESSA JACOB PINTO D**

**169**

Bairro: **CRUZ DO REBOUCAS**

Cidade/UF: **IGARASSU**

PE

Cep: **53625219**

Usuário Atendimento: **ALESSANDRACS**

RG (Identidade):

Data de Emissão:

CPF (Cadastro de Pessoa Física):

Fone:

CRN (Certidão de Registro de Nasc):

Data de Emissão CRN:

**RESUMO DE TRATAMENTO**

Peso: \_\_\_\_\_ Altura: \_\_\_\_\_ Temperatura: \_\_\_\_\_ Hora: **11:05**

Queixa Principal

Exame Físico

Hipótese Diagnóstico

Conduta Terapêutica

Prescrição Médica

Destino: ( ) Encaminhado ao Ambulatório ( ) Residência

Transferido:

Para:

Senha:

Carimbo/Médico

Francisco J. Suassuna Cavalcanti  
Ortopedia / Traumatologia  
CRM-PE 4568



Atendimento: 1317394

Senha de Classificação:

**0179**

Data e Hora: 04/07/2018 11:00

Paciente: 479852 JACIARA ALVES DA SILVA Sexo: FEMININO  
Nome Social: \_\_\_\_\_  
Data de Nascimento: 18/08/1957 Idade: 60 anos Convenio: 2 SUS - PRONTO ATENDIMENTO  
Nome da Mãe: AVELINA GOMES DA SILVA Nome do Pai: \_\_\_\_\_  
Estado Civil: SOLTEIRO Nome do Médico: CLINICO - PLANTONISTA CRM: 123456  
Endereço: 8 TRAVESSA JACOB RINTO D - 189 Bairro: CRUZ DO REBOUCAS  
Cidade/UF: IGARASSU PE Cep: 53625219 Usuário Atendimento: DAYANNELS  
RG (Identidade): \_\_\_\_\_ Data de Emissão: \_\_\_\_\_  
CPF (Cadastro de Pessoa Física): \_\_\_\_\_ Fone: \_\_\_\_\_  
CRN (Cartão de Registro de Nasc): \_\_\_\_\_ Data de Emissão CRN: \_\_\_\_\_

**RESUMO DE TRATAMENTO**

Peso: \_\_\_\_\_ Altura: \_\_\_\_\_ Temperatura: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_  
Queixa Principal: *Abuso de medicação*  
*de A. F. no. p. l. e. n. a. t. o. r. i. a. l. e. s.*  
*de A. F. no. p. l. e. n. a. t. o. r. i. a. l. e. s.*

Exame Físico: *Exame físico sem relato*  
*de alteração da função*  
*de A. F. no. p. l. e. n. a. t. o. r. i. a. l. e. s.*

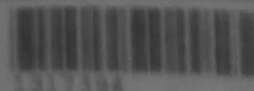
História Diagnóstica: *Exatidão de dados*  
*clínicos*

Conduta Terapêutica: *HC*

Prescrição Médica: *S. F. 0. 4 190*  
*CC TRANMANTAL 520*  
*12:35*

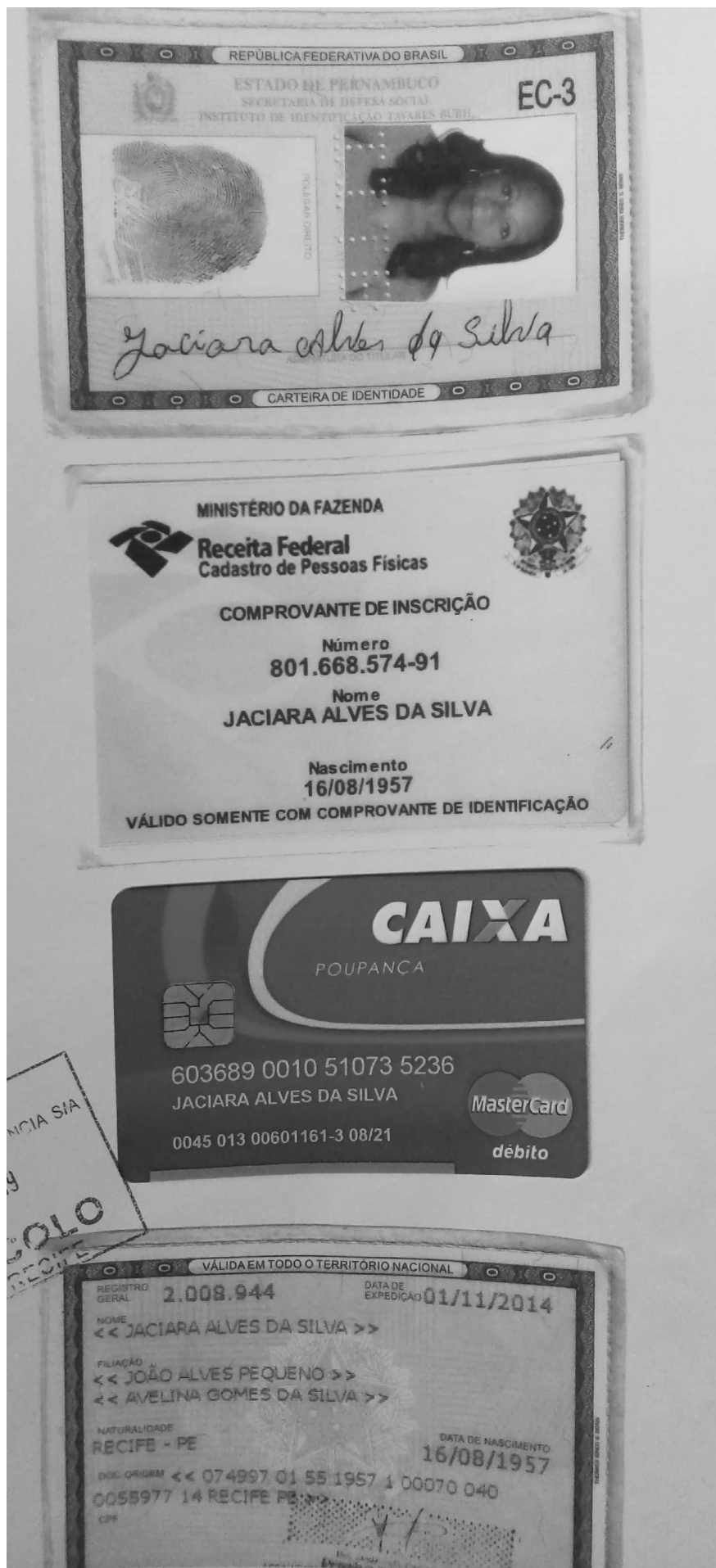
Destino: ( ) Encaminhado ao Ambulatório ( ) Residência  
Transferido: \_\_\_\_\_  
Para: \_\_\_\_\_ Serfe: \_\_\_\_\_

Carimbo/Médico



1317394





Scanned with CamScanner





MACIARA ALVES DA SILVA

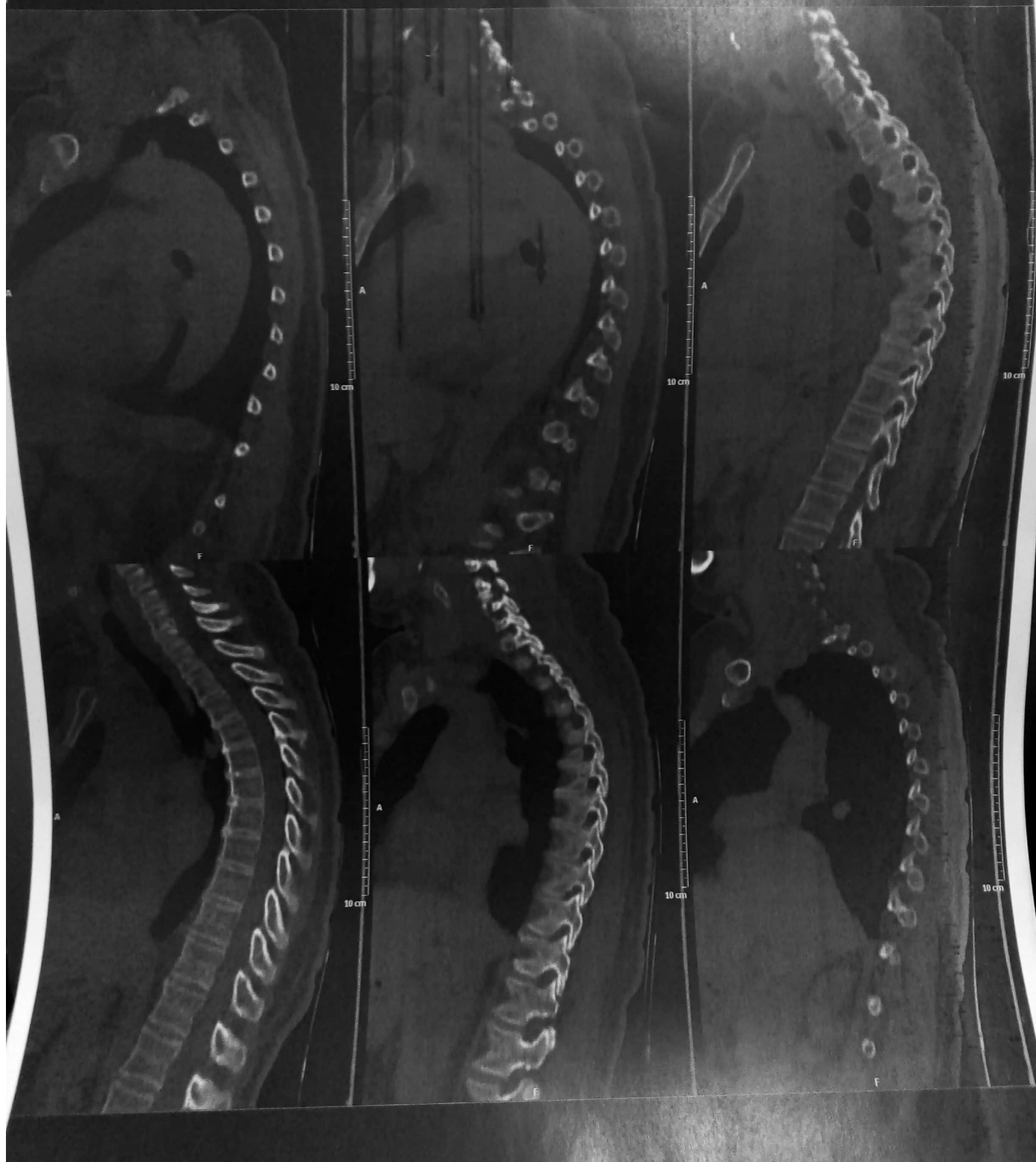
Imagem - Recife

535639

12 Aug, 2019

51V

PHILIPS





**JACIARA ALVES DA SILVA**

Unineuro - Recife

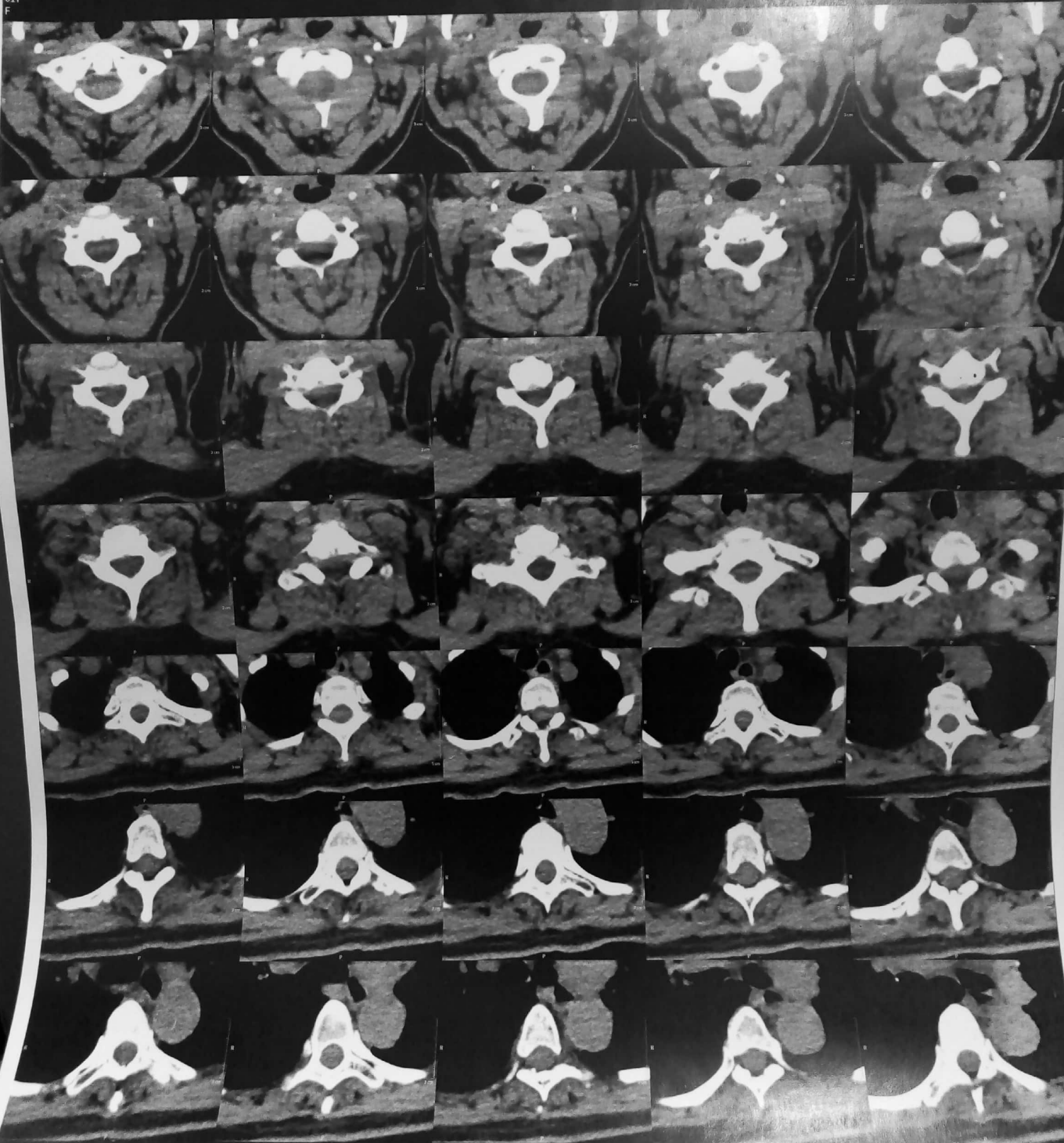
555639

12 Aug. 2019

61Y

F

PHILIPS





JACIARA ALVES DA SILVA

Unineuro - Recife

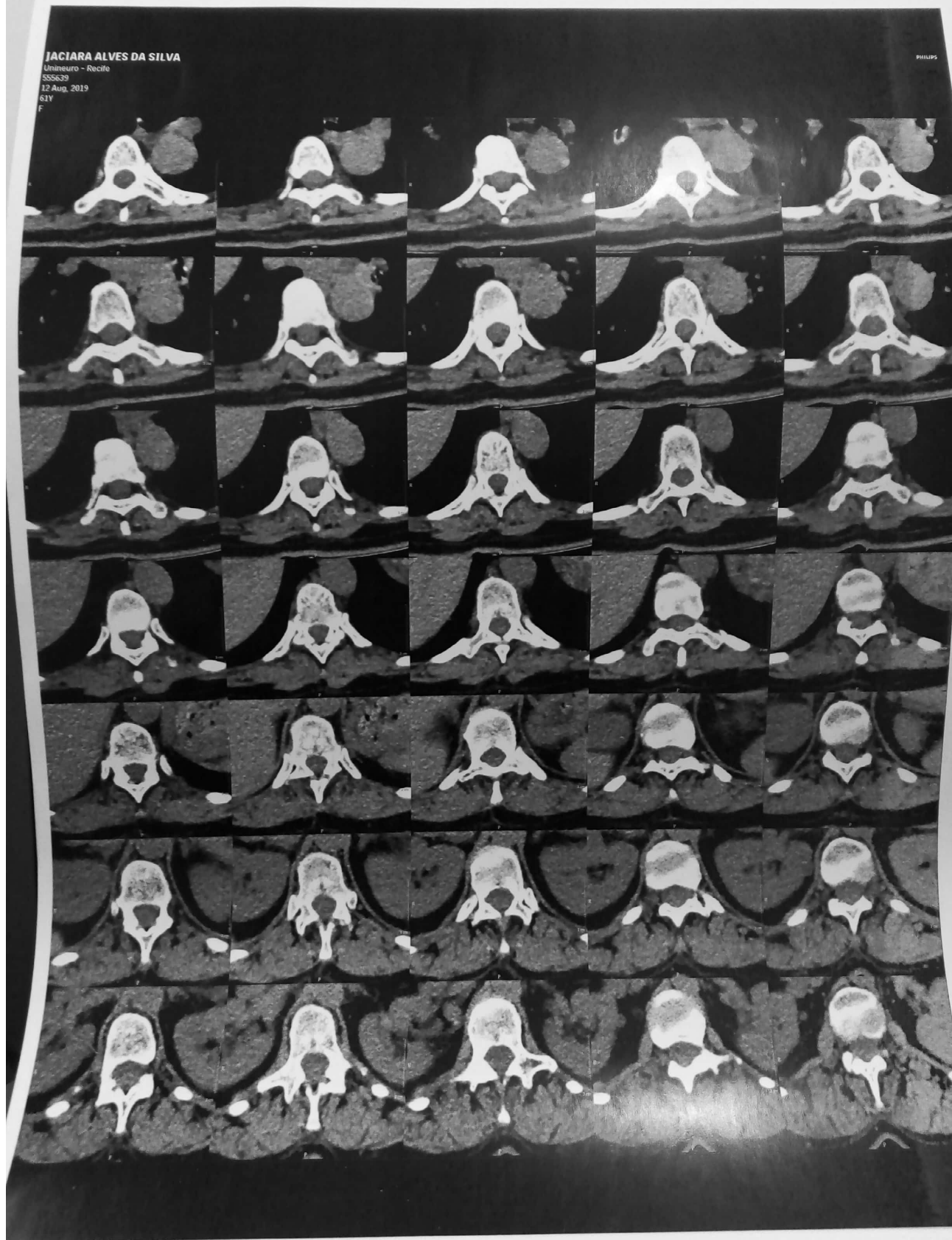
555639

12 Aug. 2019

63Y

F

PHILIPS



SIR - Rua Monsenhor Ambrosino Leite, 68 - Fone: (81)3445-1220 - [www.sirdiagnostico.com.br](http://www.sirdiagnostico.com.br)

Digitalizado com CamScanner





**JACIARA ALVES DA SILVA**

Unineuro - Recife

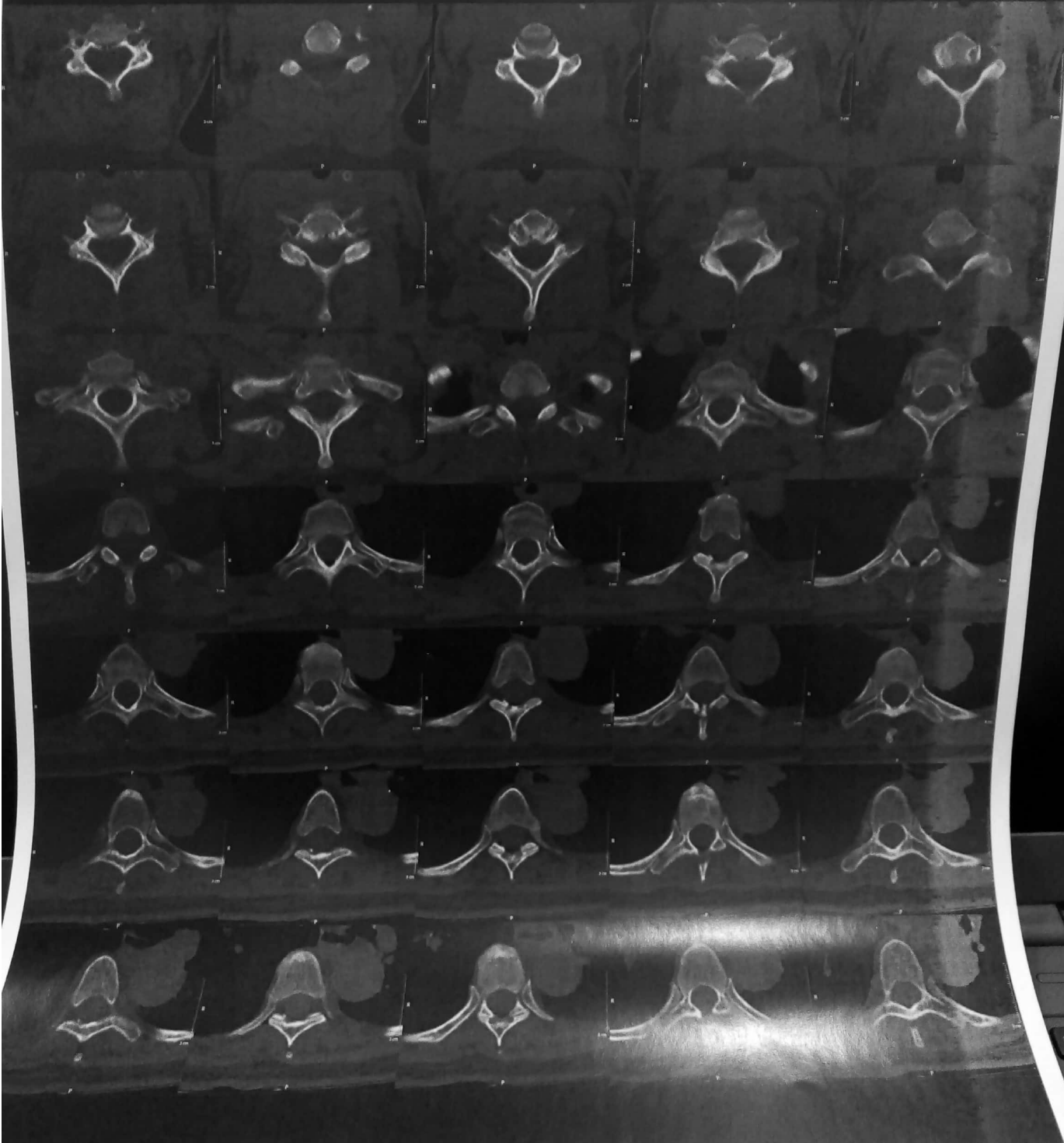
955639

12 Aug. 2019

61Y

F

PHILIPS



## 24 HORAS - OLINDA

Sumo da Classificação de Risco - Protocolo

PROTOCOLO CLASSIFICAÇÃO REDE IMIP

hora retirada da senha: 04/07/2018 10:58

Nome Paciente: JACIARA ALVES DA SILVA

Cód. Paciente:

Data de Nascimento: 16/08/1957

Sexo: Feminino

Idade: 60

Senha: 0155

Convênio:

Atendimento:

SAME:

Período: 04/07/2018 11:01 - 04/07/2018 11:02

ADRIANA MAIA TORQUATO - COREN: 64402 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - Classificação

Prioridade:

URGENCIA - AMARELO

Cor:

AMARELO

Queixa Principal:

TRAZIDO PELOS BOMBEIROS  
COM TRAUMA EM TORAX  
RELATO D E COLISAO

servação:

ALERGIA-  
HAS-  
DM-

Fuxograma sintoma:

SITUAÇÕES ESPECIAIS

Discriminador(es):

- PACIENTES EM AMBULÂNCIA DO SAMU, BOMBEIRO E MUNICIPAIS

Especialidade:

CLINICA GERAL



PSL



GARASSU

UNIVERSO MULTIMÉDIA

UMA NOVA IDADE PARA O BRASIL

Nº 1176

PAC. Jaciana Alves da

COD. Silva

C.S. 704.2017.6218.6182

TEN	lombos.
vs.	11 / costela
limpo	1.

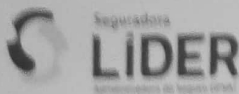
TRATAMENTO

DIA	HORÁRIO	N. SESSÕES
Tues	8:00	20
Out		
OBS: lombos		
Costela		TERAPEUTA: <u>Minella Silva</u>

SESSÕES:

01	21	02	19
02	26	02	20
03	07	03	20
04	12	03	20
05	14	03	18
06	21	03	20
07	26	03	20
08	28	03	20
09	02	04	19
10	04	04	19
11	16	04	19
12	23	04	19
13	25	04	19
14	30	04	19
15	02	05	19
16	03	05	19
17	09	05	19
18	14	05	19
19	16	05	19
20	21	05	20





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br). Para consult  
andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-f  
das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (O  
Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia  
telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 0  
Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 15 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190673391

Vítima: JACIARA ALVES DA SILVA

Data do Acidente: 04/07/2018

Cobertura: DAMS

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

Senhor(a), JACIARA ALVES DA SILVA

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

Recebedor: JACIARA ALVES DA SILVA

Valor: R\$ 320,00

Banco: 104

Agência: 000002191

Conta: 00000066391-0

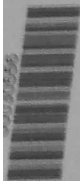
Tipo: CONTA POUPANÇA

Atenciosamente,

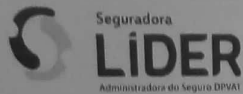
**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

Pag. 01111/01112 - carta\_12 - DAMS







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

Rio de Janeiro, 18 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do  
Seguro DPVAT: 3190673296

Vítima: JACIARA ALVES DA SILVA

Data do Acidente: 04/07/2018

Cobertura: INVALIDEZ

**Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO**

Senhor(a), JACIARA ALVES DA SILVA

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

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

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

Pag. 01957/01958 - carta\_04 - INVALIDEZ



Carta nº 15257951

Scanned with CamScanner



## AO JUÍZO DA VARA CÍVEL DA COMARCA DE RECIFE/PE

**JACIARA ALVES DA SILVA**, brasileira, solteira, RG nº 2.008.944 SDS/PE, e CPF nº 801.668.574-91x, residente e domiciliado na Rua Jacob Pinto de Freitas, nº 169, Bairro Cruz de Rebouças, Igarassu, estado de Pernambuco, CEP 53.625-222, por meio de seu procurador que a esta subscreve, com endereço profissional Av. BR de Vera Cruz, nº 5A, Cruz de Rebouças, município de Igarassu, estado de Pernambuco, CEP: 53.625-015, onde receberá intimações e demais comunicações, vem, respeitosamente perante Vossa Excelência, com fulcro na Lei nº 6.194/74 e Decreto-Lei nº 73/66, propor **AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO OBRIGATÓRIO** em face de **SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGUROS DPVAT S/A**, empresa com sede na Rua Senador Dantas, nº. 74, 5º andar, Centro – Rio de Janeiro /RJ, inscrita no CNPJ/MF sob o nº. 09.248.608/0001-04, pelos fatos e fundamentos jurídicos que passa a expor:

### DA JUSTIÇA GRATUITA

De início, requer sejam concedidos os benefícios da **Justiça Gratuita** nos termos do art. 98 e seguintes da Lei 13.105/2015 (Código de Processo Civil), por não possuir meios capazes de suportar as despesas de um processo judicial, sem prejuízo próprio ou da família, para que assim não veja vencida a satisfação de seus Direitos, para tanto, **apresenta declaração de pobreza** que vai anexo juntamente com o instrumento procuratório.

### DOS FATOS

A Promovente envolveu-se em acidente de trânsito no dia 04/07/2018, pelo horário da manhã, em frente a UPA da PE-15, Av. Dr. Joaquim Nabuco, S/N - Tabajara, Olinda - PE, 53350-005, onde a mesma se encontrava na garupa de seu companheiro, em uma motocicleta de marca Honda CG 125, Titan KS ano 1999, modelo 2000, de cor verde, placa KLG 9492, Igarassu-PE, a motocicleta era de propriedade de seu companheiro Sr. Genival Severino de Lima, ao passar em frente a PE-15 foi abalroado por um veículo de placa KGI 7612, de cor azul que avançou o sinal, causando escoriações por todo o corpo, que acabou resultando na incapacidade parcial, conforme documentos anexo, sendo a mesma socorrida para UPA da PE-15, posteriormente para o hospital da restauração. Onde deu entrada com traumas e fratura em vários membros como coluna, joelhos, cabeça, tórax.

Devido à gravidade da lesão, a Autora encontra-se até a presente data realizando tratamento e continua incapacitada para realizar suas atividade laborais. Com uma degeneração especificada, conforme (laudo em anexo)

A Promovente deu entrada no pedido de liberação do seguro DPVAT para DAMS e INVALIDEZ, tendo o DAMS sido liberado no dia 15 de Dezembro de 2019 em um valor de R\$ 320,00(trezentos e vinte reais). já o seguro Invalidez foi negado. conforme extrato em anexo.

### LEGITIMIDADE PASSIVA

Inicialmente, cumpre esclarecer que a SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DE SEGURO DPVAT foi criada com a única finalidade de atuar como administradora do Seguro Obrigatório DPVAT.

A Resolução CNSP de n.º 154 determinou a constituição de uma Seguradora especializada para administrar os Consórcios do Seguro DPVAT – anteriormente conhecido como “Convênio do Seguro Obrigatório DPVAT”.

Ademais, tem-se que a Seguradora Lider dos Consórcios de Seguro DPVAT detém autorização da SUSEP - SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS, para operar no que tange ao Seguro Obrigatório DPVAT, conforme Portaria n.º 2797/07, destaque-se para o art. 5º, §3º, da referida Resolução:

“CAPÍTULO IV DOS CONSÓRCIOS Art. 5º. Para operar no seguro DPVAT, as sociedades seguradoras deverão aderir, simultaneamente, aos dois Consórcios específicos, um englobando



as categorias 1, 2, 9 e 10 e o outro, as categorias 3 e 4. (...). § 3º. Cada um dos consórcios TERÁ COMO ENTIDADE LÍDER UMA SEGURADORA ESPECIALIZADA em seguro DPVAT, podendo a mesma seguradora ser a entidade líder dos dois consórcios previstos no caput deste artigo.”

Não obstante, tem-se que no art. 8º da mesma Resolução, encontra-se o principal motivo, da SUBSTITUIÇÃO ora pleiteada, senão vejamos:

“§8º. OS PAGAMENTOS DE INDENIZAÇÕES serão realizados pelos consórcios, REPRESENTADOS POR SEUS RESPECTIVOS LÍDERES.”

Desta forma, é de fácil visualizar que os pagamentos de indenizações oriundas do Seguro Obrigatório DPVAT serão, impreterivelmente, pagos pela SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DE SEGURO DPVAT.

### **DOS FUNDAMENTOS JURÍDICOS**

Diante do que será exposto não restará dúvida do direito da Promovente de receber a complementação do seguro obrigatório DPVAT, uma vez que o valor a ser recebido pelo Promovente em caso de invalidez permanente é de **60% (sessenta por cento)**, vez que ocorreu debilidade permanente, **verdadeira perda da função, vez que a Promovente está incapaz para trabalhar com o membro lesionado, já foram feitas inúmeras fisioterapias mas a mesma não consegue retorna a sua atividade de manicure** “Relatório da Fisioterapia” em anexo.

Existe jurisprudência que entende que a deformidade permanente de membro enquadra-se no conceito preconizado pelo §1º, inciso, II, do art. 3º, da Lei nº 6.194/74.

APELAÇÃO CÍVEL - ACIDENTE AUTOMOBILÍSTICO - SEGURO DPVAT - ASSIMETRIA FACIAL LEVE - DEFORMIDADE PERMANENTE - INVALIDEZ PERMANENTE PARCIAL INCOMPLETA DE LEVE REPERCUSSÃO - CONDENAÇÃO DA SEGURADORA AO PAGAMENTO DO SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT - FIXAÇÃO PROPORCIONAL DA INDENIZAÇÃO AO PATAMAR DE 50% (CINQUENTA POR CENTO) - § 1º, INCISO II, DO ART. 3º DA LEI 6.194/74 - RECURSO PROVIDO PARCIALMENTE - DECISÃO UNÂNIME.DPVATDPVAT§ 1ºII3º6.1941. A deformidade permanente proveniente de acidente automobilístico, de qualquer natureza, é indenizável; **desde que, haja a comprovação do sinistro e dele tenha originado as seqüelas no acidentado.**2. O conceito preconizado pelo § 1º, inciso II, do art. 3º da Lei 6.194/74, redação alterada pela Lei 11.482/07, garante a vítima de acidente automobilístico, quando se tratar de invalidez permanente parcial incompleta a indenização proporcional de 50% (cinquenta por cento) para as repercussões de natureza média, sobre o valor integral da indenização por morte ou invalidez permanente (R\$ 13.500,00).§ 1ºII3º6.19411.4823. **A finalidade precípua do seguro DPVAT é estabelecer a garantia de uma indenização que atenda às necessidades repentinas e prementes do acidentado, que no caso em tela, teve como consequência e em decorrência do sinistro.** DPVAT4. Recurso provido em parte. Decisão Unânime.

(1202431020098170001 PE 0120243-10.2009.8.17.0001, Relator: Agenor Ferreira de Lima Filho, Data de Julgamento: 14/12/2011, 5ª Câmara Cível, Data de Publicação: 235). (grifos nossos).

**O julgado acima defende, por tanto, que o segurado seja beneficiado justa, nem exorbitante, nem inferior aos traumas a que passou.** Além do mais, ninguém está preparado para a ocorrência de um sinistro, o Seguro Obrigatório DPVAT visa justamente amenizar as despesas financeiras que o vitimado irá despendar; que em um caso de invalidez permanente, nunca cessarão.

**O cálculo realizado pela seguradora o do inciso II do § 1º do já citado art. 3º da Lei 6194/74, onde ocorre a diminuição da proporção da tabela. No entanto, tal diminuição só é procedente em casos de incapacidade permanente parcial, que como já demonstrado, não foi o que restou comprovado nos laudos técnicos, não tendo o condão, portanto da ré diminuir de per si, o valor devido.** Sendo assim, tem sim direito, o autor à aplicação, em seu caso, do I, §1º, do art 3º da lei do seguro obrigatório (6194/74), ou seja, **o Promovente faz jus a ser enquadrado diretamente na tabela.** O valor que a autora recebeu, não é suficiente para ampará-la. **Diante de tudo o que sofreu a autora e que vem sofrendo, pois esta ainda sofre de dores e limitações, a gradação correta, ou seja, a gradação na forma como estabelece o I, §1º, art 3º da Lei 6194, é o mais justo ao seu caso.**

Certo é que uma indenização nunca trará de volta a vida que a autora tinha ou enxugaria suas



lágrimas, mas ajudaria em suas necessidades, que nesse momento se faz tão necessária, que é **para isso que serve o seguro: amenizar a perda, no caso da autora.**

A indenização do seguro obrigatório DPVAT está condicionado a simples prova acidente e dano decorrente, segundo o art. 5º da Lei nº6.194/74:

Art . 5º O pagamento da indenização será efetuado mediante simples prova do acidente e do dano decorrente, independentemente da existência de culpa, haja ou não resseguro, abolida qualquer franquia de responsabilidade do segurado.

Sendo assim, o Boletim de Ocorrência e o Laudo, suprem a prova necessária para demonstrar o nexo entre o acidente e as sequelas daí decorrentes. Demonstrando assim, o direito do Promovente de receber a devida complementação do seguro obrigatório DPVAT.

Portanto, **o Promovente faz *juz* a ter seu seguro tabelado na forma prevista no inciso I, §1º, art. 3º da Lei do Seguro DPVAT, como demonstrado acima, ou seja, faz *juz* a receber o percentual de 60% (sessenta por cento) do valor total do seguro, haja vista ter adquirido varias sequelas na coluna, joelhos, cabeça, tórax, relatórios e laudos médico em anexo, tal valor corresponde à R\$ 8.100,00 (oito mil e cem reais), devendo ser reduzido o valor já recebido, acrescentado de correção monetária e juros de mora a contar da citação.**

### **DOS PEDIDOS**

Ante o exposto passa a requerer:

- a) A citação da demandada, na pessoa de seus representantes legais, para, querendo, responder a presente ação, sob pena de revelia;
  - b) A procedência da ação, determinando a parte demandada ao pagamento da complementação do seguro obrigatório DPVAT, segundo o valor apontado pelo laudo , valor este corrigido e acrescido de juros de mora a partir da citação;
  - c) Seja concedido o benefício de assistência jurídica gratuita a autora, tendo em vista que não possui condições econômicas para arcar com as custas processuais, sem prejuízo de seu próprio sustento e sua família;
  - d) Provar o alegado por todos os meios de prova em direito admitidos, especificamente, pericial, documental e depoimento pessoal do Promovente;
  - e) A condenação da parte ré nas custas processuais e pagamento de honorários sucumbências arbitrados por Vossa Excelência, onde aponta o percentual de 20% (vinte por cento).
- Dá-se a causa o valor de R\$8.000,00 (oito mil reais).

Termos em que, Pede deferimento.

Igarassu, 17 de junho de 2020

**ELAINE PANTALEÃO DA SILVA**  
**Advogada AOB/PE 49.955**  
**EMANUELLE ALVES NASCIMENTO**  
**Advogada AOB/PE 49.959**

