



Número: **0022608-57.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção A da 8ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **13/05/2020**

Valor da causa: **R\$ 7.762,50**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
GIRLEIDE FERREIRA DE OLIVEIRA (AUTOR)		BRUNO LEONARDO NOVAES LIMA (ADVOGADO) MANOELA TRIGUEIRO CAROCA CAVALCANTI (ADVOGADO)	
COMPANHIA EXCELSIOR DE SEGUROS (REU)			
PAULO FERNANDO BEZERRA DE MENEZES FILHO (PERITO)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
66317 125	14/08/2020 10:04	ANEXO 1	Outros (Documento)



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, 26 de Agosto de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190497549

Vítima: GIRLEIDE FERREIRA DE OLIVEIRA

Data do Acidente: 30/03/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), GIRLEIDE FERREIRA DE OLIVEIRA

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

Declaração do Proprietário do Veículo	Apresentar o formulário "Declaração do Proprietário do Veículo" para validar o acidente noticiado. O formulário, disponível em nosso site, deverá ser preenchido e assinado, com reconhecimento de firma por autenticidade, pelo proprietário do veículo em que a vítima estava no 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. 01835/01836 - carta_03 - INVALIDEZ

00010918



Carta nº 14742006





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

Rio de Janeiro, 03 de Setembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190497549

Vítima: GIRLEIDE FERREIRA DE OLIVEIRA

Data do Acidente: 30/03/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), GIRLEIDE FERREIRA DE OLIVEIRA

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

Declaração do Proprietário do Veículo	Apresentar o formulário "Declaração do Proprietário do Veículo" para validar o acidente noticiado. O formulário, disponível em nosso site, deverá ser preenchido e assinado, com reconhecimento de firma por autenticidade, pelo proprietário do veículo em que a vítima estava no 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. 01805/01806 - carta_03 - INVALIDEZ

00010903



Carta nº 14752960





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, 26 de Agosto de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190497549

Vítima: GIRLEIDE FERREIRA DE OLIVEIRA

Data do Acidente: 30/03/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), GIRLEIDE FERREIRA DE OLIVEIRA

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 14912701

Pag. 00059/00060 - carta_01 - INVALIDEZ

00320030





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, 17 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190497549

Vítima: GIRLEIDE FERREIRA DE OLIVEIRA

Data do Acidente: 30/03/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), GIRLEIDE FERREIRA DE OLIVEIRA

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um joelho 25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

Recebedor: **GIRLEIDE FERREIRA DE OLIVEIRA**

Valor: **R\$ 1.687,50**

Banco: **104**

Agência: **000002551**

Conta: **0000030336-8**

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.

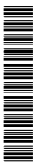
Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 01227/01228 - carta_30 - INVALIDEZ

00020614





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, 24 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190497549

Vítima: GIRLEIDE FERREIRA DE OLIVEIRA

Data do Acidente: 30/03/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), GIRLEIDE FERREIRA DE OLIVEIRA

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00499/00500 - carta_02 - INVALIDEZ

00290250



Carta nº 15010370





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, 30 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3190497549

Vítima: GIRLEIDE FERREIRA DE OLIVEIRA

Data do Acidente: 30/03/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Assunto: REANÁLISE DO PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), GIRLEIDE FERREIRA DE OLIVEIRA

Após revisão da Análise Médica Documental ou perícia em 28/10/2019, verificou-se que a lesão permanente apresentada já foi adequadamente indenizada, nos termos da Lei nº 6.194, de 1974, não tendo sido identificado agravamento da invalidez permanente da vítima, ou nova lesão permanente decorrente do mesmo acidente de trânsito.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para você

Pag. 01545/01546 - carta_09 - INVALIDEZ

00080773



Carta nº 15036572





3. Nº de inscrição: 491	4. CPF da vítima: 081.531.544-94	5. Nome completo da vítima: GISELE FERREIRA DE OLIVEIRA
-------------------------	----------------------------------	---

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

Nome completo: GIRLEIDE FERREIRA DE OLIVEIRA
 1- End. Selo: REC. INF. 2- End. Recor: RUA GETULIO VARGAS
 11- Bairro: DUQUE DE CAXIAS 12- Cidade: TORITAMA
 13- Estado: PE 14- CEP: 55125-000
 15- Cidade: (81) 9665-0454

DADOS DO REPRESENTANTE (PAI, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR:

17. Nome completo do Representante Legal: _____

18. CNPJ do Representante Legal: _____

19. Endereço 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:

☒ RECURSO NORMAL	☐ Até 100,00 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 POUÇANÇA** (você pode pagar os seus débitos ali mesmo. Assim é um a mais!) ☐ **CONTA CORRENTE** (só para pagamentos)

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

AGÊNCIA: 2551 ☐ CONTA: 30336 ☐ 8 AGÊNCIA: ☐ ☐ CONTA: ☐ ☐

la dămare a răgilor se există	uniforma a răgilor se există	uniforma a răgilor se există	uniforma a răgilor se există
-------------------------------	------------------------------	------------------------------	------------------------------

Autorizo a Seguradora Ingea a emitir uma carta bancária informando, de minha autorização, a sua utilização para emissão e da fatura DPVAT, a ser emitida direta, pessoal e obrigatoriamente pelo veículo após a efetivação do registro, que terá taxa de 0,40% do valor do seguro.

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML. PREENCHIMENTO SOMENTE PARA LIBERTADA DE INVALÍDEZ PERMANENTE DE SINISTROS

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo de Entidade Médica Legal (EMLE) para os fins de receber o benefício de prestação continuada (BPC) do Sistema Único de Saúde (SUS), uma vez que (assinale uma das opções):

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

[illegible]

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MÓDULO

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou Cív.) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo

26 - Vítima deixou algum objeto: ☐ Sim ☐ Não

28 - Zona de influência?	Sim ☐ Não ☐	29 - Se sim, qual? Informar Votos: _____ Data: ____/____/20__	30 - Voto atribuído a quem? (seu voto?)	Sim ☐ Não ☐	31 - Voto? Resposta: _____	32 - Se a influência, informar Votos: _____ Data: ____/____/20__	33 - Voto atribuído a quem? (seu voto?)	Sim ☐ Não ☐
--------------------------	---	---	---	---	----------------------------	--	---	---

[illegible]

15 - Nome regente de quem assina a seguinte petição:

7. Cef regiver de a cura asupra a rigoșilor bolnavi

47. 1) Assinatura de quem assina a seguinte recibo:

35 - 12 | Name:

CP7-

Assinatura da legittimata

39 - 22 | Name:

CPF:

Aspirations of leadership

40 Local e Data: TORITAMA IPE 22/03/2019

X. Gisela Ferraz de Oliveira
Assistente de Administração (Prestador)

/ 2. Assunzione del Rappresentante Legale (se nominato)

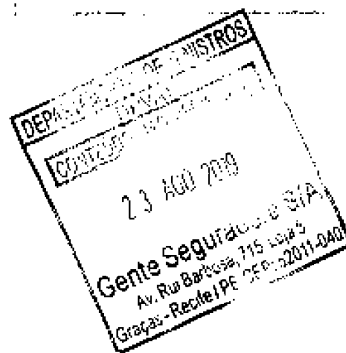
4.3 - Assinatura do Formador: (se houver) _____

FP5 631 V002/2019



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 14/08/2020 10:04:54
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20081410045397800000065064025>
 Número do documento: 20081410045397800000065064025

Num. 66317125 - Pág. 7



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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Número do Sinistro: 3190497549
Nome do(a) Examinado(a): Girleide Ferreira de Oliveira
Endereço do(a) Examinado(a): Rua Getulio Vargas, 55
Duque de Caxias Toritama PE CEP: 55125-000
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SSP / PE] 8376761
Data local do acidente: [30/03/2019]
Data local do exame: [28/10/2019] Caruaru [PE]

Resultado da Avaliação Médica

- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:
FRATURA DE PLATO TIBIAL A ESQUERDA
- II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.
Tratamento: TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DE PLATO TIBIAL A ESQUERDA COM PLACA E PARAFUSOS
Complicações: SEM COMPLICAÇÕES DO REFERIDO ACIDENTE
Data da Alta: 10/10/2019
- III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado:
**VÍTIMA COM LIMITAÇÃO DE MOBILIDADE ARTICULAR EM JOELHO EXTENSÃO TOTAL E FLEXÃO DE 80 GRAUS ,
INSTABILIDADE LIGAMENTAR EM JOELHO ESQUERDO**
- IV. Nexo de casualidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?
☒ (X) Sim () Não
- V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)
☒ (X) Sim () Não
- VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:
INSTABILIDADE EM JOELHO E LIMITAÇÃO DE MOBILIDADE ARTICULAR
Caso a resposta do item V seja "Não", concluir utilizando apenas as opções no item VII "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item VII "b"
- VII. Segundo o previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.
- a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).
- | | |
|--|--|
| ☐ () "Vítima em tratamento"
<i>Esta avaliação médica deve ser repetida em dias</i> | ☐ () "Sem sequela permanente"
<i>(Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)</i> |
|--|--|
- b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.
- | | |
|--|--|
| Região Corporal (Sequela):
JOELHO - Lado Esquerdo
% do dano: ☐ () 10% residual ☐ () 25% leve
☒ (X) 50% médio ☐ () 75% intensa ☐ () 100% completo | Região Corporal (Sequela):
% do dano: ☐ () 10% residual ☐ () 25% leve
☐ () 50% médio ☐ () 75% intensa ☐ () 100% completo |
| Região Corporal (Sequela):
% do dano: ☐ () 10% residual ☐ () 25% leve
☐ () 50% médio ☐ () 75% intensa ☐ () 100% completo | Região Corporal (Sequela):
% do dano: ☐ () 10% residual ☐ () 25% leve
☐ () 50% médio ☐ () 75% intensa ☐ () 100% completo |
- VIII. (*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.
VITIMA JÁ INDENIZADA POR DANO MODERADO DO JOELHO ESQUERDO.

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

[Carimbo do Examinador]





543304

0292300/19

GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 129ª CIRCUNSCRIÇÃO - TORITAMA - DP129ºCIRC DINTER/17ºDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **19E0219001312**Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **20/08/2019** às **11:46**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposa (Consumada), que aconteceu no dia **30/3/2019** às **15:30**

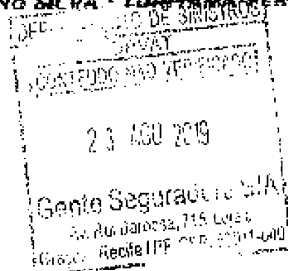
Fato ocorrido no endereço: **RODOVIA BR CERTO E QUATRO QUILOMETRO TRINTA, 1, POSTO DE COMBUSTÍVEL BK - Bairro: LOTEAMENTO J. SEVERINO SILVA - TORITAMA/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PÚBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

A MESMA (AUTOR/AGENTE)
AUGUSTO CESAR ARANTE GADELHA (OUTRO)
GIRLEIDE FERREIRA DE OLIVEIRA (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência) que estava em posse do(a) Sr(a): **GIRLEIDE FERREIRA DE OLIVEIRA**



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

GIRLEIDE FERREIRA DE OLIVEIRA (presente no plantão) - Sexo: **Feminino** Mãe: **ALAIDE JOANA DA SILVA PA ALINO FERREIRA DE OLIVEIRA** Data de Nascimento: **21/01/1994** Nacionalidade: **JABOATÃO DOS GUARARAPES / PERNAMBUCO / BRASIL** Doc. Identific: **8375761/903/PE (RG)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **1º GRAU INCOMPLETO** Profissão: **COSTURERO(A)** Telefones Celulares: **992358340**

Endereço Residencial: **RUA GETULIO VARGAS, 55 - CEP: 0 - Bairro: DUQUE DE CARIAS - TORITAMA/PERNAMBUCO/BRASIL**

AUGUSTO CESAR ARANTE GADELHA (não presente no plantão) - Sexo: **Masculino** Nacionalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

A MESMA (não presente no plantão) - Sexo: **Feminino** Nacionalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

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

MOTOCICLETA (VEÍCULO) de propriedade do(a) Sr(a): **AUGUSTO CESAR ARANTE GADELHA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **GIRLEIDE FERREIRA DE OLIVEIRA**
Cor/eq. do/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA BIZ 100** Objeto apreendido: **NÃO**
Cor: **ROSA** Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **01G7268** (BAHIA JEREMOABO) Chassi: **9C2MC1420DR032700**
Ano Fabricação/Modelo: **2013/2013** Combustível: **GASOLINA**
Destinação: **RENAVAN 00535443960**

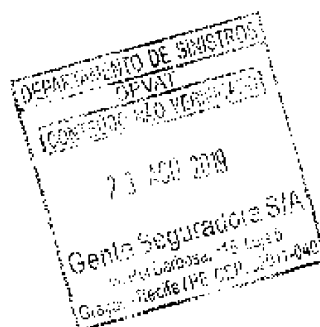
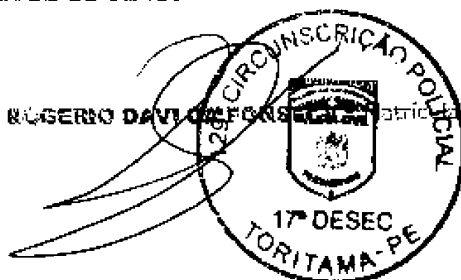
Complemento / Observação



1. 2. 3. 4. 5. 6. 7. 8. 9. 10. 11. 12. 13. 14. 15. 16. 17. 18. 19. 20. 21. 22. 23. 24. 25. 26. 27. 28. 29. 30. 31. 32. 33. 34. 35. 36. 37. 38. 39. 40. 41. 42. 43. 44. 45. 46. 47. 48. 49. 50. 51. 52. 53. 54. 55. 56. 57. 58. 59. 60. 61. 62. 63. 64. 65. 66. 67. 68. 69. 70. 71. 72. 73. 74. 75. 76. 77. 78. 79. 80. 81. 82. 83. 84. 85. 86. 87. 88. 89. 90. 91. 92. 93. 94. 95. 96. 97. 98. 99. 100. 101. 102. 103. 104. 105. 106. 107. 108. 109. 110. 111. 112. 113. 114. 115. 116. 117. 118. 119. 120. 121. 122. 123. 124. 125. 126. 127. 128. 129. 130. 131. 132. 133. 134. 135. 136. 137. 138. 139. 140. 141. 142. 143. 144. 145. 146. 147. 148. 149. 150. 151. 152. 153. 154. 155. 156. 157. 158. 159. 160. 161. 162. 163. 164. 165. 166. 167. 168. 169. 170. 171. 172. 173. 174. 175. 176. 177. 178. 179. 180. 181. 182. 183. 184. 185. 186. 187. 188. 189. 190. 191. 192. 193. 194. 195. 196. 197. 198. 199. 200. 201. 202. 203. 204. 205. 206. 207. 208. 209. 210. 211. 212. 213. 214. 215. 216. 217. 218. 219. 220. 221. 222. 223. 224. 225. 226. 227. 228. 229. 230. 231. 232. 233. 234. 235. 236. 237. 238. 239. 240. 241. 242. 243. 244. 245. 246. 247. 248. 249. 250. 251. 252. 253. 254. 255. 256. 257. 258. 259. 260. 261. 262. 263. 264. 265. 266. 267. 268. 269. 270. 271. 272. 273. 274. 275. 276. 277. 278. 279. 280. 281. 282. 283. 284. 285. 286. 287. 288. 289. 290. 291. 292. 293. 294. 295. 296. 297. 298. 299. 300. 301. 302. 303. 304. 305. 306. 307. 308. 309. 310. 311. 312. 313. 314. 315. 316. 317. 318. 319. 320. 321. 322. 323. 324. 325. 326. 327. 328. 329. 330. 331. 332. 333. 334. 335. 336. 337. 338. 339. 340. 341. 342. 343. 344. 345. 346. 347. 348. 349. 350. 351. 352. 353. 354. 355. 356. 357. 358. 359. 360. 361. 362. 363. 364. 365. 366. 367. 368. 369. 370. 371. 372. 373. 374. 375. 376. 377. 378. 379. 380. 381. 382. 383. 384. 385. 386. 387. 388. 389. 390. 391. 392. 393. 394. 395. 396. 397. 398. 399. 400. 401. 402. 403. 404. 405. 406. 407. 408. 409. 410. 411. 412. 413. 414. 415. 416. 417. 418. 419. 420. 421. 422. 423. 424. 425. 426. 427. 428. 429. 430. 431. 432. 433. 434. 435. 436. 437. 438. 439. 440. 441. 442. 443. 444. 445. 446. 447. 448. 449. 450. 451. 452. 453. 454. 455. 456. 457. 458. 459. 460. 461. 462. 463. 464. 465. 466. 467. 468. 469. 470. 471. 472. 473. 474. 475. 476. 477. 478. 479. 480. 481. 482. 483. 484. 485. 486. 487. 488. 489. 490. 491. 492. 493. 494. 495. 496. 497. 498. 499. 500. 501. 502. 503. 504. 505. 506. 507. 508. 509. 510. 511. 512. 513. 514. 515. 516. 517. 518. 519. 520. 521. 522. 523. 524. 525. 526. 527. 528. 529. 530. 531. 532. 533. 534. 535. 536. 537. 538. 539. 540. 541. 542. 543. 544. 545. 546. 547. 548. 549. 550. 551. 552. 553. 554. 555. 556. 557. 558. 559. 560. 561. 562. 563. 564. 565. 566. 567. 568. 569. 570. 571. 572. 573. 574. 575. 576. 577. 578. 579. 580. 581. 582. 583. 584. 585. 586. 587. 588. 589. 590. 591. 592. 593. 594. 595. 596. 597. 598. 599. 600. 601. 602. 603. 604. 605. 606. 607. 608. 609. 610. 611. 612. 613. 614. 615. 616. 617. 618. 619. 620. 621. 622. 623. 624. 625. 626. 627. 628. 629. 630. 631. 632. 633. 634. 635. 636. 637. 638. 639. 640. 641. 642. 643. 644. 645. 646. 647. 648. 649. 650. 651. 652. 653. 654. 655. 656. 657. 658. 659. 660. 661. 662. 663. 664. 665. 666. 667. 668. 669. 670. 671. 672. 673. 674. 675. 676. 677. 678. 679. 680. 681. 682. 683. 684. 685. 686. 687. 688. 689. 690. 691. 692. 693. 694. 695. 696. 697. 698. 699. 700. 701. 702. 703. 704. 705. 706. 707. 708. 709. 710. 711. 712. 713. 714. 715. 716. 717. 718. 719. 720. 721. 722. 723. 724. 725. 726. 727. 728. 729. 730. 731. 732. 733. 734. 735. 736. 737. 738. 739. 740. 741. 742. 743. 744. 745. 746. 747. 748. 749. 750. 751. 752. 753. 754. 755. 756. 757. 758. 759. 760. 761. 762. 763. 764. 765. 766. 767. 768. 769. 770. 771. 772. 773. 774. 775. 776. 777. 778. 779. 780. 781. 782. 783. 784. 785. 786. 787. 788. 789. 790. 791. 792. 793. 794. 795. 796. 797. 798. 799. 800. 801. 802. 803. 804. 805. 806. 807. 808. 809. 810. 811. 812. 813. 814. 815. 816. 817. 818. 819. 820. 821. 822. 823. 824. 825. 826. 827. 828. 829. 830. 831. 832. 833. 834. 835. 836. 837. 838. 839. 840. 84

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

B.O. registered with: **ROGERIO DAVID OLIVEIRA** Matrícula: **220978-0**





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

1 - Escolha n(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (DISPENSAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MONTE

2 - Assinatura do A.S.

3 - CPF da vítima

4 - Nome completo da vítima

081.531.544-94 GIRLEIDE FERREIRA DE OLIVEIRA

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 449/2012

5 - Nome completo

GIRLEIDE FERREIRA DE OLIVEIRA

6 - CPF

081.531.544-94

7 - Endereços

REC. INF. RUA GETULIO VARGAS

9 - Número

55

10 - Complemento

CASA

11 - Bairro

DUQUE DE CAXIAS

12 - Cidade

TORITAMA

13 - Estado

PE

14 - CEP

55125-000

15 - Telefone

(81) 9665-0454

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 14 E 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:

☒ RENDIMENTO INFORMAL

☐ R\$1.000,00 ATÉ R\$1.000,00

☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ SEM RENDA

☐ R\$1.000,00 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 as contas abaixo. Assine e anote opção)

☐ CONTA CORRENTE (Todas as opções)

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

Nome do BANCO:

☐ Banco do Brasil (001)

☒ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA:

0551

CONTA:

30336

8

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informe o dígito se existir)

(Informe o dígito se existir)

(Informe o dígito se existir)

(Informe o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora LIDER a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, a soma da indenização e reembolso do Seguro DPVAT, a qualquer tempo, direta, indireta ou mediante desconto (se veniente) após a efetivação do crédito, quitando toda a minha responsabilidade.

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de reconhecimento de 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 atenda a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

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

Se não houver nenhuma das opções acima, comprometo-me a apresentar o pedido de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, assim como a documentação necessária, sob pena de anulação da avaliação médica e dos atos da seguradora LIDER para verificação dos dados e declaração de invalidez permanente, bem como a devolução do valor da indenização, ficando eu obrigado a pagar a indenização de novo, sob pena de anulação da avaliação médica e dos atos da seguradora LIDER para verificação dos dados e declaração de invalidez permanente, bem como a devolução do valor da indenização, ficando eu obrigado a pagar a indenização de novo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MONTE

23 - Estado civil da vítima

☐ Solteira

☐ Casado (ou Civil)

☐ Divorciado

☐ Separado judicialmente

☐ Viúva

24 - Data do óbito da vítima

25 - Causa do falecimento com o evento

26 - Vítima deixou companheiro(a):

☐ Sim

☐ Não

27 - Se a vítima deixou algum herdeiro(a), informar o nome completo

28 - Vítima tem filhos?

☐ Sim

☐ Não

29 - Se tem filhos, informar

☐ Sim

☐ Não

30 - Vítima deixou herdeiros?

☐ Sim

☐ Não

31 - Vítima deixou herdeiros?

☐ Sim

☐ Não

32 - Se não há herdeiros, informar

33 - Vítima deixou herdeiros?

☐ Sim

☐ Não

34 - Se não há herdeiros, informar

☐ Sim

☐ Não

35 - Vítima deixou herdeiros?

☐ Sim

☐ Não

36 - Se não há herdeiros, informar

☐ Sim

☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora LIDER pagará a indenização do Seguro DPVAT por morte apenas para aqueles beneficiários que se inscreverem e providenciarem a documentação necessária, sob pena de que a Seguradora LIDER não será obrigada a pagar a indenização de novo, sob pena de anulação da avaliação médica e dos atos da seguradora LIDER para verificação dos dados e declaração de invalidez permanente, bem como a devolução do valor da indenização, ficando eu obrigado a pagar a indenização de novo.

37

38 - Nome legível de quem assina a requisição

39 - CPF legível de quem assina a requisição

40 - Assinatura de quem assina a requisição

35 - 1º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: TORITAMA PE 22/03/2019

X. Girleide Ferreira de Oliveira
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Promotor (se houver)

FP5-001 V002/2019





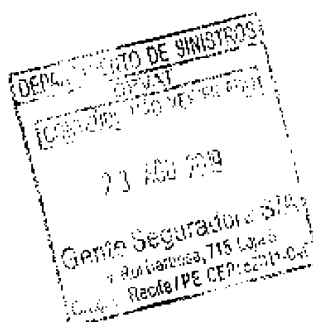
Ofício nº. 20/2019

DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO

Declaro para os devidos fins em atenção ao pedido do(a) Sr.(a). **GIRLEIDE FERREIRA DE OLIVEIRA**, portador(a) do RG nº. 8376761 SDS/PE e CPF nº. 081.531.544-94, que consta em nossos registros atendimento realizado por este serviço ao mesmo, no dia **30/03/2019**, no endereço: município de Toritama/PE, próximo ao posto Petrobras, vítima de queda de moto (condutor), o **Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU** prestou atendimento no local sendo encaminhado ao **Hospital Municipal Nossa Senhora de Fátima – HMNSF** no município de Toritama/PE com ID:0281.

Toritama/PE, 24 de Abril de 2019.


Marcos Antonio da Silva Filho
Coordenador SAMU
COREN/PE Nº 493.659 ENF
Portaria GP Nº 0053/2019



| | |
|---------------------------------|--|
| PROTOCOLO DE ATENDIMENTO | |
| Recebi em: ____/____/____ | |
| _____
Assinatura | |
| Doc: _____ | |



BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 10/10/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: GIRLEIDE FERREIRA DE OLIVEIRA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 02551

CONTA: 000000030336-8

Nr. da Autenticação 672603B33A62D71B





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

ATENDIMENTO: RUA JOAO CHAGAS - N.º 111 - 00055 - CENTRO - JUAZEIRO DO NORTE - PE 55125-000

| | | | |
|------------------------------|--------------------------------|---|--|
| DADOS DO CLIENTE | | MATRÍCULA: 1580875 - JUN/2019 | |
| MARIA ELIDEIMA DA SILVA | | DUQUE DE CAXIAS TORITANA PE 55125-000 | |
| R. GETULIO VARGAS, N.º 00055 | | INSCRIÇÃO: 154.305.630.0308.000 GRUPO: 9 DEB. AUTOMÁTICO: 0258037 | |
| SITUAÇÃO ÁGUA LIGADO | SITUAÇÃO ESGOTO POTENCIAL | RESIDENCIAL 1 | QUANTIDADE DE ECONOMIAS COMERCIAL INDUSTRIAL PÚBLICA |
| HIDRÔMETRO Y10N575990 | DATA LEIT. ANTERIOR 03/06/2019 | DATA LEIT. ATUAL 04/07/2019 | TIPO DE CONSUMO (AVE) MÉDIA 710 |

ÁGUA:
LEIT ANT: 362 CONSUMO: 6
LEIT ATU: 362
LEIT FAT: 362 HD PARADO

HISTÓRICO DE CONSUMO
REFERÊNCIA CONSUMO

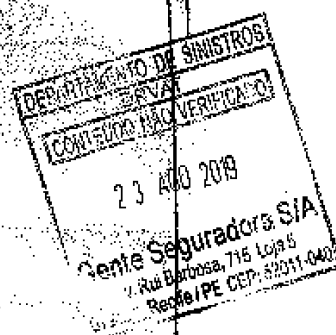
| PARAMETROS | NÚMERO DE AMOSTRAS | | |
|---------------|-------------------------|------------------|---------|
| | EXIG. PORT. MS 2.9.4/11 | ANÁLISES REALIZ. | ATENÇÃO |
| TURBIDEZ | 45 | 46 | 46 |
| COR APARENTE | 45 | 46 | 46 |
| CORO RESIDUAL | 45 | 46 | 46 |
| COLIF. TOTAIS | 45 | 46 | 46 |
| E. COLI | 45 | 46 | 46 |

MÉDIA: 06

Qualidade de Água: www.compesa.com.br

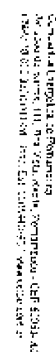
OBS: (1) COLIFORMES TOTAIS AUSÊNCIA 95% DAS AMOSTRAS EXAMINADAS
(2) OS PARÂMETROS COLIFORMES TOTAIS, ESCHERICHIA COLI E CLORO RESIDUAL SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES SANITÁRIAS DA ÁGUA
(3) OS PARÂMETROS COR E TURBIDEZ SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES ASSOCIADAS AO ASPECTO VISUAL DA ÁGUA

| DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS | CONSUMO | TOTAL (R\$) |
|--------------------------|---------|-------------|
| ÁGUA | | |
| RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S) | 6 m³ | 41,30 |
| CONSUMO DE ÁGUA | | |



| FABRIL 2020 - BASE DE CÁLCULO | | PERCENTUAL (%) | VALOR DO SINISTRO |
|-------------------------------|-------|----------------|-------------------|
| PIS | 41,30 | 1,65 | 0,68 |
| COFINS | 41,30 | 7,60 | 3,14 |

VENCIMENTO: 15/07/2019 TOTAL A PAGAR: 41,30

[illegible]

ACKNOWLEDGMENTS

ЭЛЕМЕНТЫ НА ПЕРЕКРЕСТКАХ

ST. AUGUSTINE, FLA. 32080

2000

THE UNIVERSITY OF CHICAGO

ADP-ATPase

31

100

1. *Introduction*

11

| WFO | TRD CA |
|-----|--------|
| WFO | TRD CA |

$$\frac{A}{B}$$

Figure 1

1

...

100

10

10

23

10

Abstract

FTIR spectra were

[illegible][illegible]

Figure 1. The effect of the concentration of the *Trichostema* extract on the growth of *Trichostema* cells. The cells were grown in the presence of 0, 1, 2, 4, 8, 16, 32, 64, 128, 256, 512, 1024, 2048, 4096, 8192, 16384, 32768, 65536, 131072, 262144, 524288, 1048576, 2097152, 4194304, 8388608, 16777216, 33554432, 67108864, 134217728, 268435456, 536870912, 1073741824, 2147483648, 4294967296, 8589934592, 17179869184, 34359738368, 68719476736, 137438953472, 274877906944, 549755813888, 1099511627776, 2199023255552, 4398046511104, 8796093022208, 17592186044416, 35184372088832, 70368744177664, 140737488355328, 281474976710656, 562949953421312, 1125899906842624, 2251799813685248, 4503599627370496, 9007199254740992, 18014398509481984, 36028797018963968, 72057594037927936, 144115188075855872, 288230376151711744, 576460752303423488, 1152921504606846976, 2305843009213693952, 4611686018427387904, 9223372036854775808, 18446744073709551616, 36893488147419103232, 73786976294838206464, 147573952589676412928, 295147905179352825856, 590295810358705651712, 1180591620717411303424, 2361183241434822606848, 4722366482869645213696, 9444732965739290427392, 18889465931478580854784, 37778931862957161709568, 75557863725914323419136, 151115727451828646838272, 302231454903657293676544, 604462909807314587353088, 1208925819614629174706176, 2417851639229258349412352, 4835703278458516698824704, 9671406556917033397649408, 19342813113834066795298816, 38685626227668133590597632, 77371252455336267181195264, 154742504910672534362390528, 309485009821345068724781056, 618970019642690137449562112, 1237940039285380274899124224, 2475880078570760549798248448, 4951760157141521099596496896, 9903520314283042199192993792, 19807040628566084398385987584, 39614081257132168796771975168, 79228162514264337593543950336, 158456325028528675187087900672, 316912650057057350374175801344, 633825300114114700748351602688, 1267650600228229401496703205376, 2535301200456458802993406410752, 5070602400912917605986812821504, 10141204801825835211973625643008, 20282409603651670423947251286016, 40564819207303340847894502572032, 81129638414606681695789005144064, 162259276829213363391578010288128, 324518553658426726783156020576256, 649037107316853453566312041152512, 1298074214633706907132624082305024, 2596148429267413814265248164610048, 5192296858534827628530496329220096, 10384593717069655257060992658440192, 20769187434139310514121985316880384, 41538374868278621028243970633760768, 83076749736557242056487941267521536, 166153499473114484112975882535043072, 332306998946228968225951765070086144, 664613997892457936451903530140172288, 1329227995784915872903807060280344576, 2658455991569831745807614120560689152, 5316911983139663491615228241121378304, 10633823966279326983230456482242756608, 21267647932558653966460912964485513216, 42535295865117307932921825928971026432, 85070591730234615865843651857942052864, 170141183460469231731687303715884105728, 340282366920938463463374607431768211456, 680564733841876926926749214863536422912, 1361129467683753853853498429727072845824, 2722258935367507707706996859454145691648, 5444517870735015415413993718908291383296, 10889035741470030830827987437816582766592, 21778071482940061661655974875633165533184, 43556142965880123323311949751266331066368, 87112285931760246646623899502532662132736, 174224571863520493293247799005065324265472, 348449143727040986586495598010130648530944, 696898287454081973172991196020261297061888, 1393796574908163946345982392040522594123776, 2787593149816327892691964784081045188247552, 5575186299632655785383929568162090376495104, 11150372599265311570767859136324180752990208, 22300745198530623141535718272648361505980416, 44601490397061246283071436545296723011960832, 89202980794122492566142873090593446023921664, 178405961588244985132285746181186892047843328, 356811923176489970264571492362373784095686656, 713623846352979940529142984724747568191373312, 1427247692705959881058285969449495136382746624, 2854495385411919762116571938898990272765493248, 5708990770823839524233143877797980545530986496, 11417981541647679048466287755595961091061972992, 22835963083295358096932575511191922182123945984, 45671926166590716193865151022383844364247891968, 9134385233318

[illegible]

PROHIBO PARTICIPAR
1219484604

VÁLIDA EM TODO
O TERRITÓRIO NACIONAL
1219484604

104
RATNA CHITR DO CAPITALIZER - PE
16/13/2015
47587018232
DND7029447

[illegible]

AMOSTRO DE SANGUINOS
SERVA
23 AGO 2018
Gente Segura
R. Rei Barbosa, 715
Recife - PE



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

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221704 ou 0800 221706 (serviço para pessoas com deficiência auditiva).

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

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

A Circular 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**.

Insper Intendência de Seguros Privados - SUSEP é órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resgate.

O Conselho de Controle de Atividades Financeiras - COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar, penais administrativas, receber e examinar e identificar as ocorrências suspeitas de ilícitos previstos na Lei nº 9613/98.

Pelo exposto, eu EDUARDO JOSE DE A. FERNANDES, inscrito (a) no CPF 574.940.534 / 68, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário GIRLEIDE FERREIRA DE OLIVEIRA, inscrito (a) no CPF sob o Nº 081.531.544 / 94, do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima GIRLEIDE FERREIRA DE OLIVEIRA, inscrito (a) no CPF sob o Nº 081.531.544 / 94, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

☒ Recuso informar

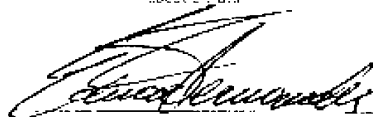
Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder - DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

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

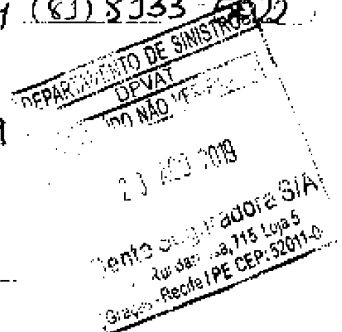
| | | |
|-----------------------------------|-----------------------|-----------------------|
| Endereço | Endereço | Complemento |
| <u>RUA JOÃO BATISTA</u> | <u>370</u> | <u>CASA</u> |
| <u>CENTRO</u> | <u>PE</u> | <u>CEP 55780-000</u> |
| <u>SURUBIM</u> | <u>PE</u> | <u>55780-000</u> |
| <u>AFSEGUROS1994@YAHOO.COM.BR</u> | <u>(81) 9665-0454</u> | <u>(81) 8133-5922</u> |

SURUBIM/PE 22 de AGOSTO de 2019

Local e Data



Assinatura do Participante



LEI Nº 9.613/98



0292300/19

TORITAMA (PE), 28 de AGOSTO 2019.

A LIDER SEGUROS DPVAT

VÍTIMA: GIRLEIDE FERREIRA DE OLIVEIRA

TIPO DE INDENIZAÇÃO: INVALIDEZ

SINISTRO Nº 3190497549

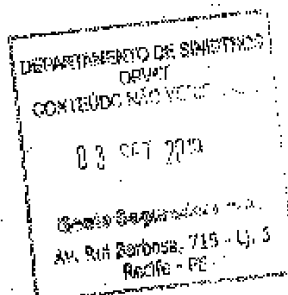
Prezado Senhor,

Informo que por ocasião do meu acidente de trânsito, ocorrido em 30/03/2019, me encontrava conduzindo a motocicleta HONDA BIZ 100 ES de placa OLG 7266, que não é de minha propriedade, e que não conheço o proprietário. Fui apenas vítima de um acidente que me deixou com seqüelas e não tenho responsabilidade nenhuma se o proprietário da mesma não a deixa em dias.

DIANTE DO EXPOSTO, solicito de V.Sª, que seja concluída a regulação do meu processo, em seguida que seja encaminhado para liberação do pagamento pela LIDER da indenização a que faço "JUS".

Nestes Termos
Espera Deferimento

Girleide Ferreira de Oliveira
GIRLEIDE FERREIRA DE OLIVEIRA
VÍTIMA/BENEFICIÁRIO



SOLICITAMOS QUE PROSSIGAM COM A REGULAÇÃO,
UMA VEZ QUE ESTA PENDÊNCIA NÃO MAIS SE JUSTIFICA,
DE ACORDO COM A CIRCULAR DIREG - 014/2019.



Toritama, 09 de Abril de 2019.

Hospital Municipal Nossa Senhora de Fátima Declaração de Atendimento Hospitalar

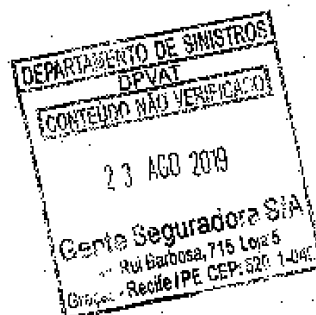
DECLARAÇÃO nº 091/2019

Do: Hospital Municipal Nossa Senhora de Fátima
Para: **GIRLEIDE FERREIRA DE OLIVEIRA**

Venho através desta, informa que o (a) Senhor(a) **GIRLEIDE FERREIRA DE OLIVEIRA** deu entrada nesta unidade como consta na ficha de emergência sob o registro nº 26264-1 no dia 30/03/2019. Atendido e em seguida sendo **LIBERADO**.

Sem mais para o momento.

Atenciosamente,



Mateus Tavares

Portaria 387 - SMS

Coordenador de Unidade de Saúde

Mateus Emanuel Tavares
Coordenador de Unidade de Saúde

Av. João Manoel da Silva • Centro – Toritama - Pernambuco • Telefone: 3741- 1192 • E-mail - admhospitaltoritama@gmail.com





| | | | | |
|---------------------------------|--|-----------|------------------------|---------------------------------|
| Unidade: | 2-1 - HOSPITAL MUNICIPAL NOSSA SENHORA DE FÁTIMA | | Data e Hora da Chegada | 30/03/2019 às 16:23 |
| Paciente: | 27585-1 GIRLEIDE FERREIRA DE OLIVEIRA | | Nascimento: | 21/03/1984 |
| Sexo: | Feminino | RG: | Idade: | 34 ano(s) 8 mês(es) e 18 dia(s) |
| Município: | TORITAMA | UF: | PE | |
| Logradouro: | N SA APARECIDA, 53 | | Localidade: | CENTRO |
| Profissão: | | Telefone: | (81) 92258346 / () | |
| CNS Pac.: | 709607618070671 | | Celular: | () |
| Nome Mãe: | ALAIDE JOANA DE OLIVEIRA | | | |
| Ass. Paciente ou Resp.: | | | | |
| Nome Responsável. Quando menor: | | | | |
| Grav. Parentesco: | | | Nº Registro: | 26264-1 |

| | | | |
|-----------------------------|------------|---|------------------|
| DADOS DA PRÉ-ANÁLISE | | Observação | |
| Data: | 30/03/2019 | Profissional: | 16:53 |
| Hora: | 16:53 | Profissional: | AGENDA INTEGRADA |
| Rotina: | | Profissional: | |
| Profissional: | | Profissional: | |
| | | Observação: (45 Quedas) Uso moderada. FRAZIDA PÍLO SAMU | |

| | | | |
|-----------------------------|------------|---|------------------------------|
| DADOS DA PRÉ-ANÁLISE | | Observação | |
| Data: | 30/03/2019 | Profissional: | 18:05 |
| Hora: | 18:05 | Profissional: | ACOMPANHAMENTO |
| Rotina: | | Profissional: | 221-1 - JULIANE KEDMA ARAUJO |
| Profissional: | | Profissional: | |
| | | Observação: paciente recusou atendimento. | |

| | | | |
|----------------------------|--------------------|---|-------|
| HISTÓRICO DE EXAMES | | Observação | |
| Código: | 30/03/2019 | Profissional: | 18:05 |
| Exame: | EXAME MÉDICO GERAL | Profissional: | |
| QUEDA DE MOTO | | 210-1 RAYANA CRUZ CORREIA DE LIMA - CRM - 25878 | |
| NÃO HOUVE TCE | | | |

BEG. EUPNEICA ORIENTADA
FRATURA DE CONDILO LATERAL DA TÍBIA ESQUERDA
AO ORTOPEDISTA
HRA SENHA 5652037

| | | | |
|---|--|---------------------------------|-------|
| PROCEDIMENTOS | | Observação | |
| Código: | 30/03/2019 | Profissional: | 18:05 |
| Procedimento: | ATENDIMENTO DE URGENCIA EM ATENCAO ESPECIALIZADA | Profissional: | |
| ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA POR PACIENTE | | 210-1 MARIA DAS GRACAS DA SILVA | |
| | | 30/03/2019 | |

| | | | |
|---------------------|------------|-------------------|-------|
| MEDICAMENTOS | | Observação | |
| Código: | 30/03/2019 | Profissional: | 18:05 |
| Medicamento: | | Profissional: | |
| | | | |

| | | | |
|---------------|------------|-------------------|-------|
| EXAMES | | Observação | |
| Código: | 30/03/2019 | Profissional: | 18:05 |
| Exame: | | Profissional: | |
| | | | |

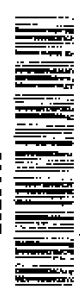
| | | | |
|-----------------------------------|------------|---|-------|
| REGISTROS E ORIENTAÇÕES | | Observação | |
| Data: | 30/03/2019 | Profissional: | 18:27 |
| Hora: | 18:27 | Profissional: | |
| Medicamentos Orientações Execução | | RAYANA CRUZ CORREIA DE LIMA - CRM - 25878 | |
| 30/03/2019 | | RAYANA CRUZ CORREIA DE LIMA - CRM - 25878 | |
| 30/03/2019 | | RAYANA CRUZ CORREIA DE LIMA - CRM - 25878 | |
| 30/03/2019 | | RAYANA CRUZ CORREIA DE LIMA - CRM - 25878 | |





HOSPITAL MUNICIPAL ARANGU
SISTEMA DE CONTROLE CLÍNICO
REGISTRO DE INTERNAÇÃO

DATA: 20/03/2019
HORA: 27:33:35



2336797

| | | | | | | | | | |
|---|---|-----------------------------|--|---|--|------------------|-----------------|-------------------------------------|-----------------|
| Promitido
950005 | Nome do Paciente
GILEIDE FERREIRA DE OLIVEIRA | CPF
81.531.544-94 | RG
8379761 | Masculino
21/03/1964 | Idade
34 | Sexo
F | Cor
F | Naturalidade
1-CATOLOGICA | Religiao |
| Estado Civil | | | | Grau de Instrução | | | | | |
| Filiação | | | | | | | | | |
| Mãe
ALMADE JOANA DA SILVA | Pai | | | Fone Residencial | Fone Trabalho | | | | |
| Endereço
R. NOSSA SENHORA APARECIDA, 53 - CENTRO, TORITAMA-PE | CEP | | | Complemento Endereço | | | | | |
| Atendimento
2336797 | Data
30/03/2019 | Hora
21:52 | Sector
3008-SECRETARIA CONVENIOS | Tipo Atendimento
5-INTERNAÇÃO CIRURGICA | Motivo Atendimento
4-INTERNAÇÃO URGENCIA | | | | |
| Médico Atendente
1155-GODOFREDO NASCIMENTO BORGES | | | | | | | | | |
| Plano / Convênio
37-RACOTEX - PACOTE ENFERMARIA | Nº Carteira | Validade | Nº CNS | | | | | | |
| Posto
ALA LUCIANO LOBO | Acomodação
203008 APARTAMENTO 04 | Leito
AP04-2 | | | | | | | |
| Guia
INTERNAÇÃO | Procedimento
009555 INTERNAÇÃO | | | | | | | | |

TERMO DE RESPONSABILIDADE

Declaro assumir, previamente, pela responsabilidade em caráter solidário, por todas as despesas extras no meu contrato de internação e tratamento médico hospitalar, que de direito me compete.
Obrigando-me assim a pagar os valores não pagos apresentados bem como os respectivos depósitos na forma do regulamento e o valor que são de meu inteiro conhecimento.

Alaide Joana da Silva
Assinatura

CAMPINA GRANDE de 03 de 19

Responsável: GIREIDE FERREIRA DE OLIVEIRA
Endereço: R. NOSSA SENHORA APARECIDA, 53 Bairro CENTRO TORITAMA-PE
Telefone: 81.959573010

WILMA
Assinatura

Responsável pelo Atendimento

CAMPINA GRANDE 30 de Março de 2019

GIREIDE FERREIRA DE OLIVEIRA
Responsável pelo Paciente

RX DE CONTROLE
REALIZADO EM 31/03/19

OK
OK



ANTONIO TARGINO

Nº 48059

PACIENTE: GIBLEYDE FERREIRA DE OLIVEIRA

(34 ANOS)

CONVÊNIO: PACTE

SUS

PRONTUÁRIO: 350005/AT-2336747

DATA: 31/03/18

CIRURGIA: TRAT. CIR. + FIXAÇÃO DE FRATURA - PLATO TIBIAL (F)

CIRURGIÃO: DR. CODOFREDA B.

AUXILIAR:

AUXILIAR:

ANESTESISTA: DR. JUVANIR A.

CIRCULANTE: GEROLMO + SAULS

SALA: 02

HORÁRIO: INÍCIO: 10:00 FINAL: 10:20

| COD. | MEDICAMENTO | QUANT. |
|--------|----------------------|--------|
| 1872 | ADRENALINA | |
| 1680 | ÁGUA OXIGENADA | 01 |
| 1892 | AMINOFILINA | |
| 1229 | ARAMIN | |
| 2070 | ATROPINA | |
| 265798 | BEXTRA | |
| 1802 | BICARBONATO DE SÓDIO | |
| 4650 | CEFALOTINA 1g | 02 |
| 122798 | CEFAZOLINA 1g | |
| 1787 | CEFTRIAXONA | |
| 184866 | CE-TROPROFENO IV | |
| 1972 | CLORETO DE POTÁSSIO | |
| 2053 | CLORETO DE SÓDIO | |
| 8304 | DEXAMETASONA | 02 |
| 4856 | DIOFENACO SÓDIO | |
| 12020 | DIP-RONA | 02 |
| 5573 | DOPAMINA | |
| 32190 | EFEEDRINA | |
| 8030 | FENERGAN | |
| 2038 | FUROSEMIDA | |
| 4253 | GABAPICINA | |
| 2340 | GLICOSE 50% | |
| 12054 | GLUCONATO DE CÁLCIO | |
| 50398 | HEPARINA | |
| 5560 | HIDROCORTISONA | |
| 2062 | MECLOPRAM DA | |
| 32559 | NAUSEDRON 8mg | 01 |
| 89900 | OMEPRAZOL 40mg | |
| 70181 | PROSTIGMINE | |
| 70238 | QUELCTM | |
| 28815 | RANITIDINA | 01 |
| 75335 | SOLUMEDROL 500mg | |
| 463792 | TORADOL | |
| 70971 | TRANSAMIN | |
| 70572 | TEATIL 40mg | 01 |
| COD. | PSICOTRÓPICOS | QUANT. |
| 70254 | ALFENTANILA | |
| 2945 | DIEMFAX 10mg | |
| 3028 | DIMORF 10mg | |
| 3034 | DIMORF 0.2mg | 01 |
| 125118 | DIMORF 10mg | |
| 88655 | DORMOND | |
| 88535 | DORMOND COMP. | |
| 46950 | FENOBARBITAL | |
| 9583 | HIDANTAL | |
| 8962 | KETALAR | |
| 8520 | PETIDINA | |
| 33210 | TRAMAL | |
| 46432 | ULTIVA | |
| COD. | ANESTÉSICOS | QUANT. |
| 70548 | ATRACURIO | |
| 128235 | GISATRACURIO | |
| 9081 | ETOMIDATO | |
| 3032 | FRNTANIL | |
| 2803 | LIDOCAINA 2% CV | |
| 2119 | LIDOCAINA 2% SV | |
| 2310 | LIDOCAINA GELEIA | |
| 2160 | NEOCAINA 0.5% CV | |
| 70750 | NEOCAINA 0.5% SV | |
| 10990 | NEOCAINA PESADA | 01 |
| 3212 | NILPERIDOL | |
| 142364 | NOVAPUPI CV | |
| 97448 | NOVAPUPI ISQUÁRICA | |
| 284500 | NOVAPUPI SV | |
| 2216 | PANGUROMIO | |
| 5233 | PROPOFOL | |
| 143451 | RECURÓPIO | |
| 24570 | SEVCRANE | |
| 11845 | XYLESTESIN SPRAY | |

| COD. | MATERIAL | QUANT. |
|--------|------------------------------------|----------|
| 107325 | ADAPTADOR P/ SORO | |
| 110089 | AG. RAQUI 27BD | 01 |
| 120089 | AG. RAQUI 26BD | |
| 18128 | AG. RAQUI P/ OBESO BD | |
| | AGULHA DESCARTÁVEL N° 16x14 | 03 |
| | AGULHA PERIDURAL N° | |
| | AGULHA RAQUI N° | |
| 2288 | ALGODÃO HIDRÓFIL | 28 P/ 18 |
| 9113 | ALGODÃO ORTOPÉDICO | |
| | ATADURA CREPON N° 15 | 02 P/ 18 |
| | ATADURA GESSADA | |
| 2356 | BOLSA COLOSTOMIA | |
| | CÂNULA TRAQUEOSTOMIA N° | |
| 211958 | CAPA PARA VÍDEO | |
| 2429 | CATETER OXIGÊNIO | 01 |
| 27680 | COLETOR URINA ABERTO | |
| 22381 | COLETOR URINA FECHADO | |
| | COMPRESSAS | |
| 142341 | COMPRESSAS 25x25 | 03 P/ 18 |
| | DRENO PENROSE N° | |
| | DRENO SUÇÃO N° | |
| | DRENO TORAX N° | |
| 50887 | ELETRODO | 05 |
| 2586 | EQUIPO MACROGÊTAS | 01 |
| 287383 | EQUIPO P/ ARTRÓSCOPIA | |
| 2675 | ESPARADRAPO | 30 G |
| 20117 | FITA GLICEMIA | |
| 142220 | GAZES 7,6x7,5 | 10 P/ 18 |
| | GAZES | |
| 9425 | GELFOAM | |
| 50917 | GILETE | |
| | GUENDEL N° | |
| 3458 | INTRA-CATH | |
| | JELCO N° | 18 |
| | LÂMINA BISTURI N° | 24 |
| 132703 | LUVAS 8.5 | 01 |
| 111209 | LUVAS 7.5 | 01 |
| 40120 | LUVAS 7.5 | 02 |
| 3622 | LUVAS 8.0 | 02 |
| 149870 | LUVAS 8.5 | |
| 69752 | MICROPOR LARGO | 50 G |
| | SCALP N° | |
| 3735 | SERINGA DE 8cc | |
| 3700 | SERINGA DE 13cc | |
| 3718 | SERINGA DE 05cc | 02 |
| 3689 | SERINGA DE 10cc | 02 |
| 3697 | SERINGA DE 20cc | 02 |
| 341797 | SERINGA DE 60cc (bico longo/curto) | |
| | SONDA FOLEY N° | |
| | SONDA NELATON | |
| | SONDA NSG | |
| | SONDA RETA | |
| 53007 | SURGICEL | |
| 4081 | TORNEIRA 03 VIAS | |
| | TUBO ENDOTRAQUEAL N° | |

| COD. | FIOS | QUANT. |
|--------|----------------------------|-------------|
| | ACIFLEX N° | |
| | ALGODÃO CIA N° | |
| | ALGODÃO SIAN N° | |
| | CHOMADO CIA N° | |
| | CHOMADO SIAN N° | |
| | ETHIBONO N° | |
| | FITA CARDIACA | |
| | MONOCRYL N° | |
| 1930 | MONONYLON N° 2-0 | |
| 1940 | PROLENE N° | |
| | VICRYL N° 4-0 | |
| COD. | SOLUÇÕES | QUANT. |
| 2830 | ÁGUA OXIGENADA | |
| 149217 | ALCOOL | 23 P/ 18 |
| 304000 | CLOREXIDINA Alcool 15ml | 23 P/ 18 |
| 2631 | ÉTER | |
| 3803 | PVPÍ DEGERMANTE | |
| 3641 | PVPÍ TÓPICO | |
| 4111 | VASELINA | |
| COD. | GÁS HOSPITAL/AREB | QUANT. |
| | APARELHOS | 01 P/ 18 |
| | AR COMBUSTÍVEL TUDO N° 100 | 01 P/ 18 |
| | ASPIRADORES RÍGID | |
| | BISTURI ELÉTRICO | 23 AGO 2019 |
| | CAPNOGRÁFO | |
| | CRANIDTOMO | |
| | INTENSIFICADOR | |
| | MICROSCÓPIO | |
| | MONITOR GABRIEL | |
| | NITROGÊNIO | |
| | OXÍDIO NITRÓSO | |
| | OXIGÊNIO | 2 G/ 18 |
| | OXÍMETRO DE PULSO | 01 P/ 18 |
| | VÁCUO | |
| COD. | SOROS | QUANT. |
| 9168 | MANITOL 20% | |
| 174459 | PURISOL 100ml | |
| 83681 | S. FISIOLÓGICO 1000ml | |
| 98229 | S. FISIOLÓGICO 100ml | |
| 9172 | S. FISIOLÓGICO 250ml | |
| 9164 | S. FISIOLÓGICO 500ml | 01 |
| 9180 | S. GLICOSADO 250ml | |
| 9183 | S. GLICOSADO 500ml | |
| 9149 | S. RINGER 500ml | |
| 134429 | VOLUMEN 8% | |
| COD. | OUTROS | QUANT. |
| | PLACA EXPL | 01 |
| | PARAFUSS. CORTICAL | 05 |

Gerolmo Barboza da Silva
Téc. de Enfermagem
COREN - PB 1203287-18

REALIZAÇÃO: 000534593/08/2017

PACIENTE: GINLEIDE FERRAZ OLIVEIRA
 N° DO PRONTUÁRIO: _____ N° DO ATENDIMENTO: _____
 DATA DA OPERAÇÃO: 31.03.19 ENFERMARIA: _____ LEITO: _____
 OPERADOR: GOTOFILDO
 1° AUXILIAR: _____ 2° AUXILIAR: _____
 3° AUXILIAR: _____ INSTRUMENTADOR: _____
 ANESTESISTA: J. M. R. F. TIPO DE ANESTESIA: Bloqueio
 DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: F. M. A. Ph. 1.0.0.0. 1.0.0.0.
 TIPO DE OPERAÇÃO: Redução crânio de F. M. A. de
 DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO: M. A. P. 1.0.0.0. 1.0.0.0.
 RELATÓRIO IMEDIATO DA PATOLOGIA: Fixado
 EXAME RADIOGRÁFICO NO ATO: do H. crânio
 ACIDENTE DURANTE A OPERAÇÃO: Não ocorreu.

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

ATA DE ACESSO ÀS PARTES DO CORPO HUMANO - CIRCULARES DRENAGEM - CIRCULARES DRENAGEM - CIRCULARES DRENAGEM - CIRCULARES DRENAGEM - CIRCULARES DRENAGEM

- 1) punte de B. Anterior
- 2) M. A. F. Anterior
- 3) Coluna de punte
- 4) Redução
- 5) F. X. Anterior
- 6) Solução + curativo

[Assinatura]

Dr. Gledineo Nascimento Bonferroni
 CRM 1893-CPF 131.247.044-34
 ORTOPEDIA-TRAUMATOLOGIA





Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 14/08/2020 10:04:54
<https://pje.tje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20081410045397800000065064025>
 Número do documento: 20081410045397800000065064025

| | | | | |
|-----------------------------|--|---------------------------------|-----------------------|-----------|
| HOSPITAL
ANTONIO TARGINO | | RECIBIDO: <i>Gerardo Pineda</i> | LETO: | CONVENIO: |
| DIAGNOSTICO: | | AGE: <i>B. Leake</i> | DATA: <i>30/03/10</i> | |

[illegible]

EVOLUÇÃO MÉDICA

Trans to 1st the
line (E)

Dr. Carlos Roberto Nascimento Porteira
CRM 1865-DPE 131.247.044-34
ORTOPEDIA-TRAUMATOLOGIA



EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

NOME: Arlete Ferreira de Oliveira IDADE:
ALTO: LEITO: MÉDICO:

DATA: 30/03/19

MANHÃ

TARDE

NOITE

Paciente admitida da emergência com quadro fratura (fechada) sob anestesia consciente orientada ficava em deito x. No após meio noite liturgia amanha (30/03/19) solicitado exames laboratoriais laboratório ante segue as evoluções da enfermagem.

Elisângela de Farias S. Silva
T. Enfermagem
COREN-PB 311620



| | | | |
|---|---------------------------------|---------------------------|--|
|  | EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM | | |
| | NOME: <u>Guilherme F. de O.</u> | IDADE: <u> </u> | |
| ALIA: <u> </u> | LEITO: <u> </u> | MÉDICO: <u> </u> | |
| DATA: <u>27/05/17</u> | | | |
| <div>MANHÃ</div> <p>Paciente submetido a fratura de tíbia.
seguiu a observação, realizou Rx de controle.</p> | | | |
| <div>TARDE</div> <p>Paciente consciente orientado
sem febre no momento
deurese + supressão, apêndice
acuta desta, medicado e p.m. segue
sob cuidados de enfermagem.</p> | | | |
| <div>NOITE</div> <p>Pac. segue estável, sem febre
sem p.o. de febre, orientado, consciente.
sem anormalidades no pulmão.</p> | | | |



EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

NOME:

Ginfeide Ferreira

IDADE:

ALTA:

11

LEITO: 622

MÉDICO:

D. Goulart

DATA: 01/04/19

MANHÃ

Pac. consciente, orientada,
afebril, em P.O. de jejum,
sem queixas at o momento,
apresentando reações
adequadas da enfermagem

Carteira de Registro
PROF. ENFERMAGEM
COREN-PE 942.837

TARDE

NOITE

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTÉUDO NÃO VERIFICADO
23 AGO 2019
Genta Seguradora S/A
Rua Barbosa, 715 Loja 6
Grua - Recife/PE CEP: 52011-040

RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE ALTO CAMPO
TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA MULTISLICE
ULTRASSONOGRAFIA - DOPPLER COLOR DOPPLER
MAMMOGRAFIA DIGITAL
DENSITOMETRIA ÓSSEA
RADIOLOGIA DIGITAL E INTERVENÇÃOISTA



PACIENTE: GIRLEIDE FERREIRA DE OLIVEIRA
NASC.: 21/08/1984 Código: 180763
SOLICITANTE: Dr Alexandre César Santos Melo
REALIZADO: 27/05/2019

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO JOELHO ESQUERDO

TÉCNICA:

Foram obtidas imagens tomográficas axiais computadorizadas comparativas com posteriores reformatações nos planos coronal e sagital, documentadas em janela óssea e de partes moles sem a infusão de contraste iodado não-iônico intravenoso.

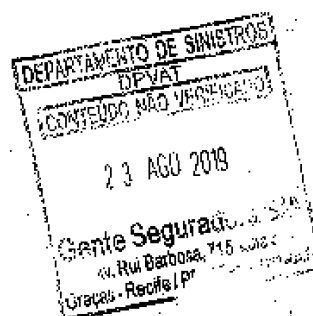
ANÁLISE:

- Osteossíntese metálica na tíbia proximal, gerando artefatos que degradam algumas imagens.
- Solução de continuidade no platô tibial lateral, compatível com fratura.
- Patela subluxada lateralmente.
- Edema no subcutâneo do joelho.

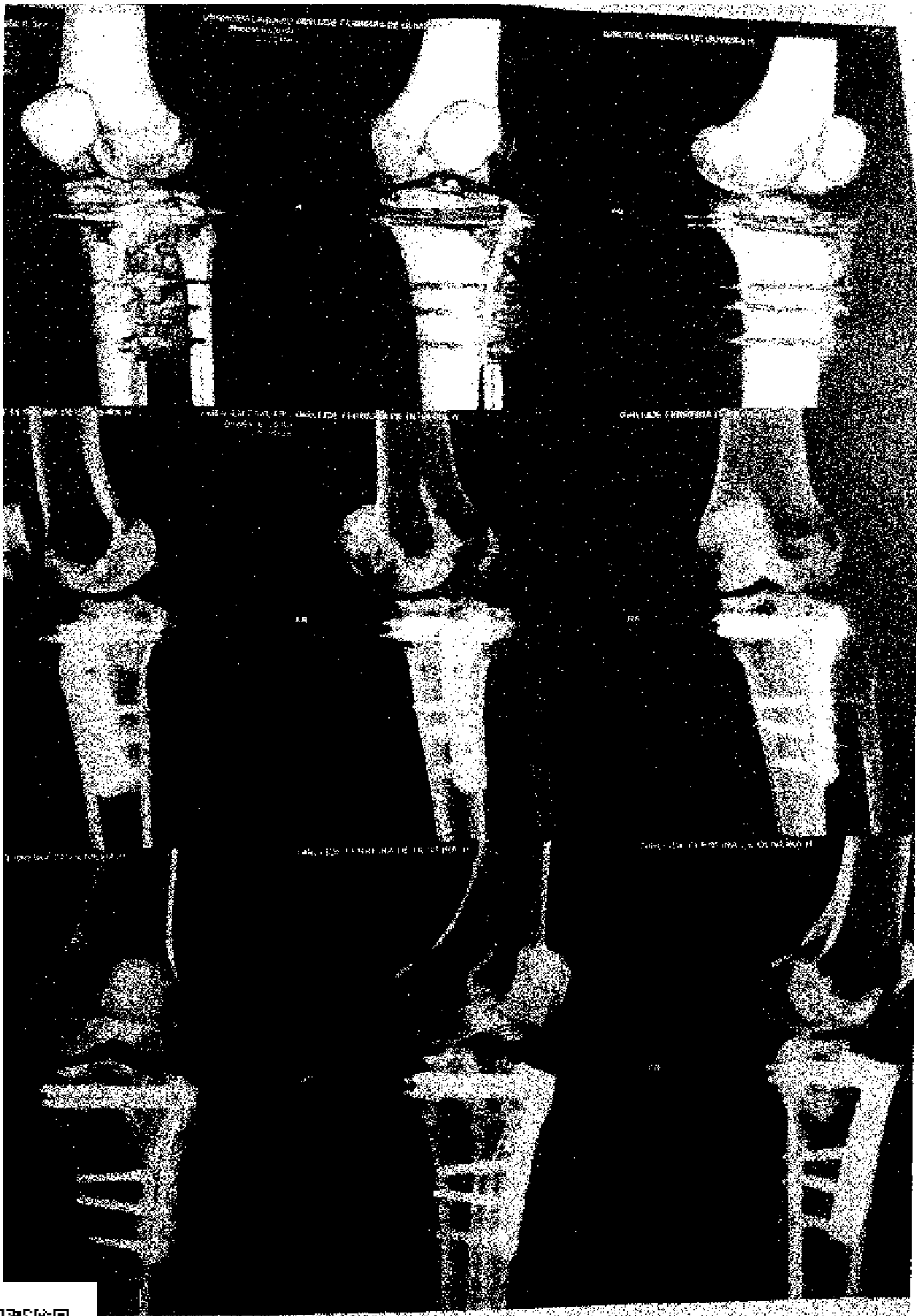
IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA:

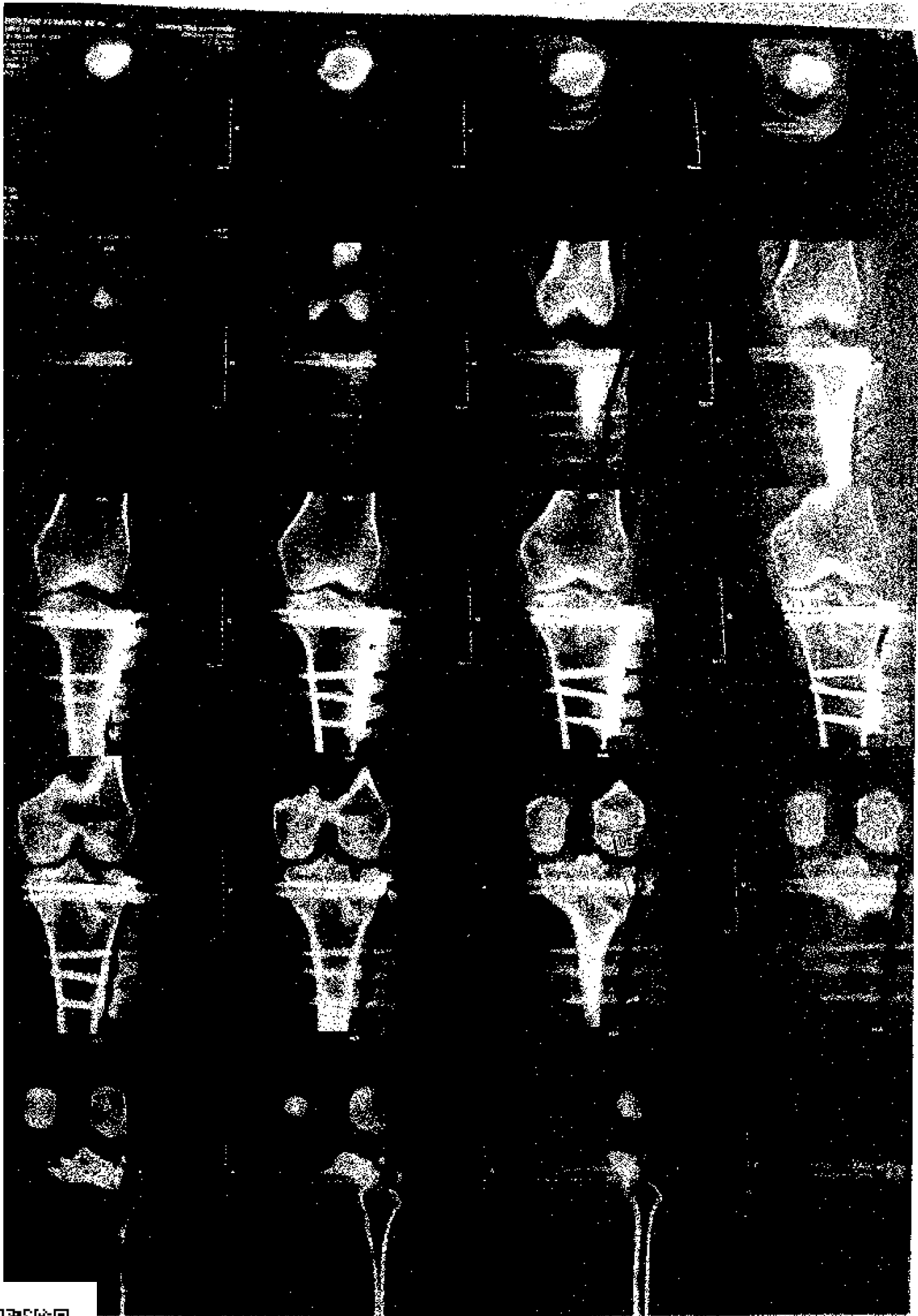
- Osteossíntese metálica na tíbia proximal.
- Solução de continuidade no platô tibial lateral, compatível com fratura.
- Patela subluxada lateralmente.
- Edema no subcutâneo do joelho.
- Correlacionar aos dados clínicos e cirúrgicos.

Dr. Diego Rodrigues
CRM: 26037



Avanida Rodrigues de Abreu, 511
Maurício de Menezes, Curitiba - PR
FONE 81-3722-8850
www.unimagemcaruaru.com.br
E-mail: unimagemcaruaru@ig.com.br
facebook.com/unimagemcaruaru





0292300/19



RELATÓRIO MÉDICO

GIALEIZE F. de OLIVEIRA

CLIN. BUCCO-MAXILO-FACIAL
CIRURGIA GERAL
CIRURGIA PLÁSTICA
CIRURGIA TORÁCICA
CIRURGIA VASCULAR
CIRURGIA DO VÍCIO
CLÍNICA MÉDICA
ELETROFISIOLÓGICA
ENDOSCOPIA
NEFROLOGIA
NEUROCIRURGIA
ORTOPEDIA
OTORRINOLARINGOLOGIA
RAIO X
STENT
TRAUMATOLOGIA
UROLOGIA
ANGIOGRAFIA DIGITAL
ANGIOPLASTIA
BRONCOFIBROSCÓPIA
ENDOSCOPIA
ELETROCARDIOGRAMA
TOMOGRAFIA C/T
UTI MÓVEL

PACIENTE PORTADORA DE
FRATURA DO PLATEAU TI-

BIAL DA PEANA ES-
QUERDA, COMINUTIVA
E ARTÍCULO, COM

LESÃO GROSSA CARTILA -
GROSSA. CID. S822

REMEZADA PROCEDIMENTO
CIRÚRGICO.

MELHORE SUA LETRA

Uma má interpretação pode trazer prejuízos ao paciente.

Rua Delmiro Gouveia, 442 / Centro / Campina Grande / Paraíba
CEP 58428-016 / Fone: (83) 2102.0101 / www.hat.com.br

PROF. DR. ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR
CRM: 10.100 / CBO: 341010000
Especialista em Ortopedia e Traumatologia
Especialista em Cirurgia do Vício
Especialista em Cirurgia Torácica
Especialista em Cirurgia Vascular

Carimbo: Associação Brasileira de Ortopedia e Traumatologia - ABOT

0292300/19



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

EC-05

ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
INSTITUTO DE IDENTIFICACAO E SEGURANCA

Galvina Ines Pereira de Oliveira

CARTÃO DE IDENTIDADE

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
23 AGO 2019
Gente Seguradora S/A
Av. Barbosa, 715 Lapa 5
Recife PE CEP: 52011-001

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO NACIONAL

NOME **8.376.761** DATA DE EMISSÃO **25/06/2012**

<< GIRELEIDE FERREIRA DE OLIVEIRA >>

<< ALBINO FERREIRA DE OLIVEIRA >>

<< ALAIDE JOANA DA SILVA >>

ASSOCIADO DOS GUARARAPES - PE **21/08/1984**

CPF **081.531.544-94**

DATA DE ASSINATURA

F-50 40.010 - 4331



Sociedade Civil de Economia
de Interesse Público (Sociedade Civil de Economia - S.C.E.P.)
CNPJ 08.000.000/0001-01

SINOPSE DA UNIDADE CONSULTORIA

CLASSIFICAÇÃO

DESCRIÇÃO

DESCRIÇÃO

DESCRIÇÃO

DESCRIÇÃO

DESCRIÇÃO

DESCRIÇÃO

DESCRIÇÃO

DESCRIÇÃO

DESCRIÇÃO

DESCRIÇÃO

DESCRIÇÃO

DESCRIÇÃO

DESCRIÇÃO

DESCRIÇÃO

DESCRIÇÃO

DESCRIÇÃO

DESCRIÇÃO

DESCRIÇÃO

DESCRIÇÃO

DESCRIÇÃO

DESCRIÇÃO

DESCRIÇÃO

DESCRIÇÃO

DESCRIÇÃO

DESCRIÇÃO

DESCRIÇÃO

DESCRIÇÃO

DESCRIÇÃO

DESCRIÇÃO

DESCRIÇÃO

PROIBIDO FALSIFICAR
1219484604

Formulário de identificação pessoal com campos para nome, data de nascimento, endereço, e outras informações pessoais.

VÁLIDA EM TODOS
OS TERRITÓRIOS NACIONAIS
1219484604

Formulário de identificação pessoal com campos para nome, data de nascimento, endereço, e outras informações pessoais.

23 AGO 2018
Agente Seguradora
Rua Barbosa, 216
Bairro - Recife/PE

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - BA

NO 010077374236

08250168684

CERTIFICADO DE REGISTRO DE VEÍCULO

01

COD. RENAVAM

00535443960

RINTRC

NOME/ENDEREÇO

AUGUSTO CESAR ARANTE GADELHA
JEREMOABO

BA

AV CONTORNO

1150

CASA

CENTRO

48540000

CPF/CNPJ

077.926.584-05

PLACA

QLB7266

NOME ANTERIOR

PLACA ANT/UF

CHASSI

9C2HC1420DR032700

ESPÉCIE TIPO

PAS/MOTONETA

COMBUSTIVEL

GASOLINA

MARCA/MODELO

HONDA/ALZ 100 ES

ANO FAB

ANO MOD

2013

2013

CAP/POT/CIL

002P/00097

CATEGORIA

PARTIC

COR PREDOMINANTE

ROSA

OBSEVAÇÕES

MOTOR HC14E2D033700
AL FD ADM DE CONS NACIONAL MONDA LT

RAÍSSA HENRIQUE MARTINS VELOSO

SECRETARIA DE ESTADO DE TRANSPORTES

PAULO AFANES - DITIA

JEREMOABO

BA

23/05/2013

DEPARTAMENTO DE TRANSPORTES
CPVAT
CONTROLE DE VEÍCULOS

23 JUN 2013

Seguradora S/A
Barbosa, 745 Lins
Recife PE DATA

IDENTIFICAÇÃO

VITIMA GARLEIDE FEREIRA DE OLIVEIRADATA DO AGENTE 30/03/2019 CPT DA VITIMA 084.534.544-94PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO EDUARDO JOSE DE A. FERNANDES

QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR () VITIMA () REPRESENTANTE LEGAL, CILIO PARANTE A VITIMA E

ENDEREÇO DO PORTADOR RUA JOÃO BATISTANº 310 COMPLEMENTO CASA BAIRRO CENTROCIDADE SURUBIM UF PE CEP 55150-000E-MAIL afsegueros@emq.com.br YAHOO com.br TELEFONE (81) 9665-0458

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

☒ REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXCETO DO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)☒ CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VITIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTÃO RADE TRABALHO OU CARTÃO NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)☒ CPF DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)☒ () LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)☒ ATUA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML (ORIGINAL) ASSINADA PELO VITIMA E RELATÓRIO DO VÍCIO ASSISTENTE (ORIGINAL) QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA☒ BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)☒ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)☒ AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VITIMA (ORIGINAL, COM DOCUMENTOS QUE COMPROVEM OS DADOS BANCÁRIOS, TALS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

☒ CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTÃO NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)☒ CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)☒ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)☒ OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VITIMA MENOR DE 18 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

☒ REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXCETO DO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)☒ CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VITIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTÃO RADE TRABALHO OU CARTÃO NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)☒ () LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)☒ ATUA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML (ORIGINAL) ASSINADA PELO VITIMA E RELATÓRIO DO VÍCIO ASSISTENTE (ORIGINAL) QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA☒ BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)☒ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)☒ AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VITIMA (ORIGINAL, COM DOCUMENTOS QUE COMPROVEM OS DADOS BANCÁRIOS, TALS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

☒ CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTÃO RADE TRABALHO OU CARTÃO NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)☒ CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)☒ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)☒ OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VITIMA MENOR DE 18 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

VALORES DE INDENIZAÇÃO

- MORTE - R\$ 13.500,00
- INVALIDEZ PERMANENTE - ATÉ R\$ 13.500,00 ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES, E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.294/74
- DESPESAS MÉDICAS (DAMS) - REEMBOLSO ATÉ R\$ 1.700,00 (REEMBOLSO, ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.

O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA

COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO

PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSE WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE:

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA

DATA

IDENTIDADE

NOME

ASSINATURA

ASSINATURA

Aguardar

TORITAMA (PE), 11 DE OUTUBRO 2019.

À LÍDER

CONVÊNIO DPVAT

ASSUNTO: REANÁLISE DO PROCESSO PELO VALOR RECEBIDO

VÍTIMA: GIRLEIDE FERREIRA DE OLIVEIRA

TIPO DE INDENIZAÇÃO: INVALIDEZ

SINISTRO nº 3190497549

Prezado Senhor(a),

Solicito de V.Sª, que meu processo de INVALIDEZ seja REANALISADO, uma vez que eu fui vítima de acidente de trânsito, fato ocorrido no dia 30/03/2019, onde sofri LESÕES GRAVES EM MINHA PERNA ESQUERDA, fui submetido a cirurgia, fiz todo tratamento médico e mesmo assim ENCONTRO-ME ATUALMENTE COM SEQUELAS. Não fui submetido a PERÍCIA por um médico indicado pela Líder para avaliar minha seqüela e foi liberado para mim um valor muito inferior ao que tenho Direito. Em contato com o atendimento da Líder fui orientado a fazer uma carta explicando a situação para que então eu possa ser avaliada por um médico indicado pela Líder e receba a importância a que tenho Direito.

DIANTE DO EXPOSTO, solicito de V.Sª, que meu processo seja REANALISADO para que seja liberado o valor que realmente me é de direito, uma vez que estou com seqüelas. Estou a disposição da Seguradora para ser avaliada por qualquer médico indicado pela Líder.

Certo de vossa atenção

Fico no aguardo.


GIRLEIDE FERREIRA DE OLIVEIRA



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190497549

Cidade: Toritama

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: GIRLEIDE FERREIRA DE OLIVEIRA

Data do acidente: 30/03/2019

Seguradora: CAPEMISA SEGURADORA
DE VIDA E PREV. S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 23/10/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA PROXIMAL DA TÍBIA ESQUERDA

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE - JOELHO ESQUERDO (P.5,13,14)
ALTA

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

Nome do documento
faltante:

Apontamento do Laudo
do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das
sequelas:

Documentos
complementares:

Observações: VÍTIMA JÁ INDENIZADA NESTE SINISTRO APÓS AMD EM 07/10/2019 EM GRAU MODERADO DE JOELHO ESQUERDO. @ (1) SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

| DANOS CORPORAIS
COMPROVADOS | Percentual da Perda
(Tabela da Lei 6.194/74) | Enquadramento
da Perda (art 3º
§ 1º da Lei
6.194/74) | % Apurado | Indenização
pelo dano |
|---|---|---|-----------|--------------------------|
| Perda completa da mobilidade de um joelho | 25 % | Em grau médio - 0 % | 0% | R\$ 0,00 |
| Total | | | 0 % | R\$ 0,00 |



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190497549

Cidade: Toritama

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: GIRLEIDE FERREIRA DE OLIVEIRA

Data do acidente: 30/03/2019

Seguradora: CAPEMISA SEGURADORA
DE VIDA E PREV. S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 07/10/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA PROXIMAL DA TÍBIA ESQUERDA

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE - JOELHO ESQUERDO (P.5,13,14)
ALTA

Sequelas permanentes: DIMINUIÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO JOELHO ESQUERDO

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento
faltante:

Apontamento do Laudo
do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO JOELHO ESQUERDO

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 completa da mobilidade de um joelho | 25 % | Em grau médio - 50 % | 12,5% | R\$ 1.687,50 |
| Total | | | 12,5 % | R\$ 1.687,50 |



PROCURAÇÃO

OUTORGANTE

| |
|---|
| NOME: GIRLEIDE FERREIRA DE OLIVEIRA |
| NACIONALIDADE: BRASILEIRA |
| PROFISSÃO: AUTÔNOMA |
| IDENTIDADE: 8.376.781 - SDS/PE e CPF nº 081.531.544/94 |
| DATA DO ACIDENTE: 30/03/2019 |
| COBERTURA: INVALIDEZ |
| VÍTIMA: GIRLEIDE FERREIRA DE OLIVEIRA |
| ENDEREÇO: RUA GETÚLIO VARGAS, Nº 55, BAIRRO: DUQUE DE CAIXIAS - TORITAMA(PE). |

OUTORGADO

| |
|--|
| NOME: EDUARDO JOSÉ DE ALBUQUERQUE FERNANDES |
| NACIONALIDADE: BRASILEIRO |
| PROFISSÃO: FUNCIONÁRIO PÚBLICO APOSENTADO |
| IDENTIDADE: 3.092.028 SSP/PE e CPF: 574.940.534-68 |
| ENDEREÇO: RUA JOÃO BATISTA, Nº 370, BAIRRO CENTRO, SURUBIM-PE. |

PELO PRESENTE INSTRUMENTO PARTICULAR DE PROCURAÇÃO, NOMEIO E CONSTITUO MEU BASTANTE PROCURADOR E OUTORGADO, ACIMA QUALIFICADO, A QUEM CONFIO PODERES PARA REPRESENTAR-ME PERANTE AS SEGURADORAS QUE CONSTITUI O **CONSÓRCIO DE SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT**. PODENDO O SEU DITO PROCURADOR REQUERER E SOLICITAR DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO E CÓPIAS DE PRONTUÁRIOS JUNTO A HOSPITAIS ONDE A VÍTIMA RECEBERA ATENDIMENTO E DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO JUNTO A UNIDADES DO SAMU RESPONSÁVEIS PELO SOCORRO A VÍTIMA.

TORITAMA(PE), 22 DE JULHO 2019.



Girleide Ferreira de Oliveira

ASSINATURA DO OUTORGANTE

(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)

| | |
|--|--|
| CARTÓRIO
Tribunal de Justiça do Estado de Pernambuco
Tribunal de Justiça do Estado de Pernambuco | Endereço: Rua da Paz, 194 - Centro - Toritama/PE
Telefone: (81) 3751-1055 - E-mail: gpc@tjpe.jus.br |
| Reconheço por autenticidade a firma de: GIRLEIDE FERREIRA DE OLIVEIRA, D.
f. Taq. de Norte, 23/07/2019. Em test. de
verdade: (x) FELIPE AUGUSTO COSTA SANTOS - Escrevente
Firmo: R\$ 3,39. TSNR: R\$ 0,80. FERC: 0,40 FERM R\$ 0,04
FUNSEG R\$ 0,08) Selo: 0076513-JPMO4201901.03485 | |

