



Número: **0012880-89.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

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

Última distribuição : **08/03/2020**

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	
MARIA DE FATIMA RAMOS (AUTOR)		ANA CRISTINA ALEIXO PEREIRA SANTOS (ADVOGADO) AMANDA KARLA SOARES DA SILVA (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (REU)			
TOKIO MARINE BRASIL SEGURADORA S.A. (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
67086358	27/08/2020 16:46	ANEXO 1	Outros (Documento)

Rio de Janeiro, 17 de Maio de 2018

Aos Cuidados de: **MARIA DE FATIMA RAMOS**

Nº Sinistro: **3180219480**

Vitima: **MARIA DE FATIMA RAMOS**

Data do Acidente: **12/02/2018**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **ROSILDA DE OLIVEIRA SILVA**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180219480**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 dias, a partir do recebimento pela seguradora de toda a documentação necessária**.

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 12819496

Pag. 00939/00940 - carta_01 - INVALIDEZ



Rio de Janeiro, 21 de Maio de 2018

Aos Cuidados de: **MARIA DE FATIMA RAMOS**

Sinistro: **3180219480**
Vítima: **MARIA DE FATIMA RAMOS**
Data do Acidente: **12/02/2018**
Cobertura: **INVALIDEZ**
Procurador: **ROSILDA DE OLIVEIRA SILVA**

Assunto: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Senhor(a),

Comunicamos que o prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido de indenização do sinistro cadastrado sob o número **3180219480** foi **interrompido**, em razão da necessidade de apuração de dados e informações por parte desta seguradora.

Solicitamos aguardar novo contato sobre o seu pedido de indenização, o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as análises cabíveis.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 00387/00388 - carta_02 - INVALIDEZ



Carta nº 12833205



Rio de Janeiro, 13 de Junho de 2018

Carta nº: 12956410

A/C: MARIA DE FATIMA RAMOS

Nº Sinistro: 3180219480
Vitima: MARIA DE FATIMA RAMOS
Data do Acidente: 12/02/2018
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: ROSILDA DE OLIVEIRA SILVA

Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO, COM MEMÓRIA DE CÁLCULO DE INVALIDEZ

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que estamos disponibilizando o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT cujo o valor e os dados disponibilizamos a seguir:

Creditado: MARIA DE FATIMA RAMOS

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000002191

Conta: 0000010470-9

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

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

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um tornozelo 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
---	-----	----------

NOTA: O percentual indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, sendo este aplicável sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 01061/01062 - carta_15R - INVALIDEZ

00020531



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

Sinistro: **3180219480**
Nome do(a) Examinado(a): **MARIA DE FATIMA RAMOS**
Endereço do(a) Examinado(a): **RUA COREIA DO SUL nº 85 - AGAMENON MAGALHAES - IGARASSU/PE**
Identificação - Órgão Emissor/UF/Número: **RG 7.067.563 - SSP**
Data e local do acidente: **12/02/2018 IGARASSU/PE**
Data e local do exame: **29/05/2018 RECIFE/PE**

Resultado da Avaliação Médica

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

FRATURA BIMALEOLAR DE TORNOZELO DIREITO

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

REALIZADO TRATAMENTO CIRÚRGICO COM PLACA E PARAFUSOS EM MALÉOLO LATERAL E PARAFUSOS CORTICAIS EM MEDIAL. CIRURGIA SEM INTERCORRÊNCIAS. FEZ FISIOTERAPIA MOTORA E TEVE ALTA ORTOPÉDICA

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

LIMITAÇÃO DE FLEXÃO DE TORNOZELO DIREITO, EDEMA

IV. Nexa de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

☒ SIM ☐ NÃO

V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais suscetível a qualquer medida terapêutica)?

☒ SIM ☐ NÃO

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

DÉFICIT FUNCIONAL MÉDIO DE TORNOZELO DIREITO

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 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

☐ Sem sequela permanente

Esta avaliação médica deve ser repetida em _____ dias

Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica

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

Região Corporal(Sequela): **TORNOZELO DIREITO**

☐ 10% ☐ 25% ☒ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela):

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela):

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela):

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

VIII.* Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou a valoração do dano corporal.

REVISOR MANTEVE ENQUADRAMENTO E VALORAÇÃO DO MÉDICO EXAMINADOR. -

Médico Perito: FABIO SELERI FERNANDES CRM:52.63021-7/RJ


Fábio S. Fernandes
Medicina Interna
CRM 52.63021-7

Assinatura do(a) Médico(a) Examinador(a)
Carimbo com nome e CRM





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

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

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

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

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

É obrigatório Representante Legal para:

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

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

Número do Sinistro ou ASL

CPF da vítima

068360864-96

Nome completo da vítima

Maria de Fátima Ramos

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo	Maria de Fátima Ramos	CPF titular da conta	068360864-96	Profissão	RECEIXO
Endereço	Rua Carlos de Siqueira	Número	85	Complemento	Centro
Bairro	Centro	Cidade	Itapissuma	Estado	PE
E-mail		CEP	55203290	Telefone (DDD)	(81) 955203290

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

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

☒ RECLUSO INFORMAR ☐ SEM RENDA ☐ ATÉ R\$ 1.000,00 ☐ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00 ☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00

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

☐ BRASECO (237) ☐ BANCO DO BRASIL (001) ☐ ITAU (341)
☒ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA NRO. 2171 D/V. CONTA NRO. 10470 D/V
(Informar dígito se existir) (Informar dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO Nome NRO.
AGÊNCIA NRO. D/V. CONTA NRO. D/V
(Informar dígito se existir) (Informar dígito se existir)

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

Itapissuma, PE Maio de 2018
Local e Data

* Maria de Fátima Ramos
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

FAPPF 001 V001/2017







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

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

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

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

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

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

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

Nome Completo da Vítima

Maria de Fátima Ramos

CPE da Vítima

0683602496

Data do Acidente

12/02/18

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante Legal

E-mail

Telefone (DDD)

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

Assinalar uma das opções abaixo:

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

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

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

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

Brasília, 14 de Maio de 2018

Local e Data

Maria de Fátima Ramos

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

DALL001 V001/2017

ARUANA SEGUROS
14 MAI 2018

UPA24h
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO

UPA IGARASSU - IGARASSU

IMIP
HOSPITAL

Atendimento: 944478

Data e Hora: 12/02/2018 00:27

Senha da Classificação:

0002

Paciente: 314922 MARIA DE FATIMA RAMOS

Sexo: FEMININO

Nome Social:

Data do Nascimento: 29/07/1984 Idade: 33 anos Convenio: 2 SUS - PRONTO ATENDIMENTO

Nome da Mãe: EUNICE MARIA RAMOS

Nome do Pai:

Estado Civil: SOLTEIRO

Nome do Médico: ORTOPEDISTA - PLANTONISTA

CRM: 1234567

Endereço: RUA COREIA DO SUL

85

Bairro: AGAMENON MAGALHAES

Cidade/UF: IGARASSU

PE

Cep: 53640250

Usuário Atendimento: FABIANACS

RG (Identidade):

Data de Emissão:

CPF (Cadastro de Pessoa Física):

Fone:

CRN (Certidão de Registro de Nasc):

Data de Emissão CRN:

PESO: _____ ALTURA: _____ TEMPERATURA: _____ °C FC: _____ bpm FR: _____ rpm PA: _____ mmHg
DATA: _____ HORA: _____

QUEIXA PRINCIPAL / DURAÇÃO / HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL

Entorse do TNP

EXAME FÍSICO:

Dois e colunas em topografia peri-articular

HIPÓTESE (S) DIAGNÓSTICA (S):

Fratura?
Entorse?

SOLICITAÇÃO DE EXAMES:

Rx de TNP

PRESCRIÇÃO MÉDICA:

HORÁRIO

- Paracetamol 1000mg + ASSA 9F-EV 8/8/12
- Ibuprofeno 1000mg + IM 12/12
- Beladonina 1mg - IM 1x/dia
- Tala Plv
- Tentar Remoção para procedimento along

Dr. Thiago Machado
Ortopedia / Traumatologia
CREMEPE 19389
FEOT 16.850

ARUANA SEGUROS
14 MAI 2018

Médico / Cremepe:

ENCAMINHADO: () Ambulatório () Sala Verde ☒ Sala Amarela () Sala Vermelha

Médico / Cremepe:



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:	07/06/2018
------------------------	------------

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL:	1.687,50
--------------	----------

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: MARIA DE FATIMA RAMOS

BANCO: 104

AGÊNCIA: 02191

CONTA: 000000010470-9

Nr. da Autenticação EAC7441079B9008B





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

ATENDIMENTO: RUA DR COSME DE SA PEREIRA - NÚM. - 57N - CENTRO
0 IGARASSU PE 53610-010

DADOS DO CLIENTE
COSME GRACILIANO RAMOS MATRICULA: 11439276 - 14/02/2018
R COREIA DO SUL, N. 00085 - - CENTRO IGARASSU PE 53640-250
INSCRIÇÃO: 068.115.435.0158.000 GRUPO: 4 DEB. AUTOMÁTICO: 011439276

SITUAÇÃO AGUA LIGADO	SITUAÇÃO ESGOTO POTENCIAL	RESIDENCIAL 1	QUANTIDADE DE ECONOMIAS COMERCIAL INDUSTRIAL	PÚBLICA
HIDRÔMETRO A165410194	DATA LEIT ANTERIOR 26/01/2018	DATA LEIT ATUAL 26/02/2018	TIPO DE CONSUMO (A/E) MÉDIA MD	

AGUA:
LEIT ANT: 10
LEIT ATU:
LEIT FAT: 20

CONSUMO: 0
RECURRENCIA TAXA M

HISTÓRICO DE CONSUMO
REFERENCIA CONSUMO

01/2018 00
12/2017 00
11/2017 00
10/2017 00
09/2017 00
08/2017 00
MÉDIA: 00

PARAMETROS	NÚMERO DE AMOSTRAS		
	EXIG. PORT. MS 2.914/11	ANÁLISES REALIZ.	ATENDEN A LEGIS
TURBIDEZ	46	46	46
COR APARENTE	46	46	45
CLORO RESIDUAL	46	46	42
COLIF. TOTAIS	46	46	39
E. COLI	46	46	39

Qualidade de Água: www.compesa.com.br

OBS.: (1) COLIFORMES TOTAIS AUSÊNCIA 95% DAS AMOSTRAS EXAMINADAS
(2) OS PARÂMETROS CONFORMES 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

ÁGUA

RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)

CONSUMO DE ÁGUA

CONSUMO TOTAL (R\$)

0,13 40,18

TÍTULOS	BASE DE CÁLCULO	PERCENTUAL (%)	VALOR DO IMPOSTO
PIS	40,18	1,65	0,66
COFINS	40,18	7,60	3,05

VENCIMENTO: 08/03/2018

TOTAL A PAGAR: 40,18

MENSAGEM:

IMÓVEL NÃO POSSUI DÉBITOS DE 2017, EXCETO
SE EXISTIR FATURA EM COBRANÇA JUDICIAL

ARUANA SEGUROS
14 MAI 2018



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

COMPANHIA ENERGÉTICA
DE PERNAMBUCO
AV. JOÃO DE BARROS, 111, BOA VISTA,
RECIFE, PERNAMBUCO
CEP 50050-902
CNPJ 10.835.932/0001-08
INSCRIÇÃO ESTADUAL 0005943-93



www.celpe.com.br

Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de 26/04/02

COMERCIAL 116 | PRONTIDÃO 116

Atendimento ao deficiente auditivo ou de fala: 0800 281 0142

Ouvidoria 0800 282 5599

Agência de Regulação dos Serviços Públicos Delegados do Estado
de Pernambuco-ARPE: 0800-727-0167-Ligação Gratuita de Telefones Fixos

Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL

167-Ligação Gratuita de telefones fixos e móveis

DADOS DO CLIENTE

ISAÍAS DE OLIVEIRA SILVA
AO LADO DA LOJA JJ
CPF: 040.969.714-79

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

RUA FREI SERAFIM 13

ITAPISSUMA/ITAPISSUMA
53700-000 ITAPISSUMA PE

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

DATA DE VENCIMENTO

23/04/2018

TOTAL A PAGAR (R\$)

153,34

DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL

16/04/2018

DATA DA APRESENTAÇÃO

16/04/2018

NÚMERO DA NOTA FISCAL

013027052

CONTA CONTRATO

000724992021

Nº DO CLIENTE

2000455208

Nº DA INSTALAÇÃO

0001493776

CLASSIFICAÇÃO

81 RESIDENCIAL - RESIDENCIAL
Monofásico

RESERVADO AO FISCO

7827.0C4A.3E78.3CB4.B087.0B9B.9A66.2AE2

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)
Consumo Ativo(kWh)	194,09	0,69042619	129,28
Contribuição Iluminação Pública			16,32
ICMS Subvenção-CDE-NF 001702851-16/01/18			1,25
ICMS Subvenção-CDE-NF 005502602-15/02/18			1,27
Multa por atraso-NF 005502602-15/02/18			2,62
Juros por atraso-NF 005502602-15/02/18			1,70
Atualização IGPM-NF 005502602-15/02/18			0,90
TOTAL DA FATURA			153,34

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS

ICMS		PIS		COFINS	
BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
129,28	25,00	32,32	129,28	0,52	0,67
					2,40
					3,10

Comunicamos e não pagamos da(s) conta(s) de energia citada(s):

Vencido	De Debitar	Valor
22/03/18	16/04/18	137,84

Em caso de não pagamento do débito, o fornecimento de energia poderá ser suspenso, bem
como poderá ocorrer sua inclusão nos registros da restrição de crédito do SPC e SERASA,
com abrangência nacional. Este comunicado não substitui o aviso de débitos anteriores bem
como não abrange débitos em discussão judicial que poderão ser cobrados após o fim do
processo.

Tarifas Aplicadas

Consumo Ativo(kWh) 0,69042619

HISTÓRICO DO CONSUMO

Consumo Ativo(kWh)	ABR 18	MAR 18	FEV 18	JAN 18	DEZ 17	NOV 17	OUT 17	SET 17	AGO 17	JUL 17	JUN 17	MAI 17	ABR 17
	194	173	180	192	192	162	185	199	155	199	204	204	221

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

R\$	%
129,28	84,37
16,32	10,65
1,25	0,81
1,27	0,83
2,62	1,71
1,70	1,11
0,90	0,58
TOTAL	153,34

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

NÚMERO DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR	ATUAL	Nº DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO kWh
000000000000207524	CAT	15/03/2018 8.628,00	16/04/2018 8.822,00	32	1,90090	0,00	194,00

DATA PREVISTA PARA A PRÓXIMA LEITURA: 16/05/2018

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES

DESCRIÇÃO	CONJUNTO	VALOR APURADO	MÉDIA MENSAL	MÉDIA TRIMESTRAL	MÉDIA ANUAL
fev/2018					
DIC-No.de horas sem Energia	ITAPISSUMA	0,00	5,07	10,16	20,30
FIC-No.de vezes sem Energia		0,00	3,30	6,60	13,20
DMC-Duração máxima de interrupção contínua		0,00	2,26	0,90	0,00
DICI-Duração da interrupção em dia crítico					Limite DICI: 12,22
EUSD-Valor do Encargo de Uso = R\$ 48,06					

Todo Consumidor pode solicitar a suspensão das interrupções DICI, FIC, DMC e DICI a qualquer tempo.

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Na data da leitura a bandeira em vigor é a Verde. Mais informações em www.aneel.gov.br.
O cliente é compensado quando há violação na continuidade individual ou do nível de tensão de fornecimento.
Pagto. em atraso gera multa 2%(Res414/ANEEL). Juros 1%a.m.(Lei 10.438/02) e atualização monetária no próx. mês.
O Cliente é compensado quando há descumprimento do prazo definido para os padrões de atendimento comercial.
Em caso de suspensão de fornecimento, o encerramento do contrato poderá ocorrer após 2 ciclos de faturamento,
podendo também ser cobrado o custo de disponibilidade no ciclo em que ocorrer a suspensão.

NÍVEL DE TENSÃO

TENSÃO NOMINAL(V)	Limite de Variação(V)
	MÍNIMO MÁXIMO
220	202 231

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

DESTAQUE AQUI

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO	TOTAL A PAGAR(R\$)	VENCIMENTO	TALÃO DE PAGAMENTO
000724992021	04/2018	153,34	23/04/2018	Evite dobrar, perfurar ou rasurar. Este canhoto será usado em leitora ótica.

http://autoatendimento.celpe.com.br/000000000000207524/000000000000207524/000000000000207524/000000000000207524/servlet/login.nepenergia.com.br?token=000000000000207524&redirefatura=true&canal=



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 27/08/2020 16:46:39

https://pje.tipe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2008271646393510000065809544

Número do documento: 2008271646393510000065809544



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

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

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

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

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

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

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

Pelo exposto, eu ROSILDA DE OLIVEIRA SILVA inscrito (a) no CPF sob o Nº 058.118.054-74
na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário MAURICE Fátima Lemos inscrito
(a) no CPF sob o Nº 068.360.024-96 do sinistro de DPVAT cobertura Imóvel Vítima
MAURICE Fátima Lemos inscrito (a) no CPF sob o Nº 068.360.024-96 conforme
determinação da Circular Susep 445/12:

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

☒ Recuso informar

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

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

Endereço <u>Rua Faria Serequim</u>	Número <u>13</u>	Complemento _____
Bairro <u>Centro</u>	Cidade <u>Itapissuma</u>	Estado <u>PE</u>
Email _____	Telefone comercial(DDD) _____	CEP <u>53700-000</u>
		Telefone celular (DDD) <u>(31) 98530-3290</u>

Rosilda de Oliveira Silva de 2018
Local e Data

Rosilda de Oliveira Silva
Assinatura do Declarante

ARUANA SEGUROS
14 MAI 2018

DL0RL001 V001/2017



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, _____,
RG nº _____, data de expedição ____/____/____,
Órgão _____, portador do CPF nº _____, com
domicílio na cidade de _____, no Estado de
_____, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
_____, nº _____,
complemento _____, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima _____, cujo o condutor era
_____.

Veículo:

Modelo:

Ano:

Placa:

Chassi:

Data do Acidente:

Local e Data: _____

Assinatura do Declarante

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



HOSPITAL ARMINDO MOURA
PEP - Prontuário Eletrônico do Paciente

Emissão: 20/02/2018 11:03

Atendimento: 274206 Entrada: 13/02/2018 Hora: 18:12
Acomodação: LEITO 03
Plano: SUS - ELETIVAS
Responsável:
Médico: MARCELO LARRAZABAL CORREIA DE ARAUJO

Enfermaria: ENFERMARIA 08
Permanência: 6 Dia(s), 16 horas
Matrícula:
Identidade:
C.N.S.: 700303960503832

Paciente: 1612835 MARIA DE FATIMA RAMOS
Nascimento: 30/08/1984 (33 Anos e 5 Meses)
Endereço: RUA COREIA DO SUL
Bairro: CRUZ DE REBOUCAS C.E.P.: 53640-250
Cidade: 2606804 IGARASSU
Pai: COSME GRACIANO RAMOS
Mãe: EUNICE MARIA DA CONCEICAO
Nacionalidade: BRASIL

Sexo: FEMININO Cor: PARDA
Estado Civil: SOLTEIRO
C.P.F.: 06836002498
Identidade: 7067563 - SDS - PE
Telefone: / 994293080
G.Instrução:
Ocupação: DO LAR
Naturalidade: IGARASSU

ORTOPEDIA / TRAUMATOLOGIA

CONSULTA NA URGENCIA (Dr. MARCELO LARRAZABAL CORREIA DE ARAUJO CRM 17874)

Queixa do paciente:

PACIENTE ENCAMINHADO COM DOR + DEFORMIDADE EM TORNOZELO DIREITO.

ENCAMINHADO DA UPA DE IGARASSU, COM RELATO DE ATROPELAMENTO POR MOTO.

Exame físico:

RX: FRATURA DE TORNOZELO DIREITO (BIMALEOLAR)

NV PRESERVADO

Hipótese diagnóstica:

FRATURA DE TORNOZELO DIREITO

Prescrição/Conduta:

		Horário/Checkagem
01 -	INTERNAÇÃO	
02 -	RX	
03 -		
04 -		

Reavaliação:

Materiais Utilizados: (Enfermagem/Imobilização) COMANDA:

ARUANA SEGUROS
14 MAI 2018

Hospital Memorial Armindo Moura
SATHE
Serviço de Arquivo Médico e Estatística
Fone: (81) 3535-2013
Av. Cleto Campelo, S/N-Moreno-PE

Página 1 de 2



Atendimento: 944742

Senha da Classificação:

0002

Data e Hora: 13/02/2018 00:43

Paciente: 314922 MARIA DE FATIMA RAMOS

Sexo: FEMININO

Nome Social:

Data do Nascimento: 29/07/1984 Idade: 33 anos Convenio: 2 SUS - PRONTO ATENDIMENTO

Nome da Mãe: EUNICE MARIA RAMOS

Nome do Pai:

Estado Civil: SOLTEIRO

Nome do Médico: ORTOPEDISTA - PLANTONISTA

CRM: 1234567

Endereço: RUA COREIA DO SUL

85

Bairro: AGAMENON MAGALHAES

Cidade/UF: IGARASSU

PE

Cep: 53640250

Usuário Atendimento: MARIAALC

RG (Identidade):

Data de Emissão:

CPF (Cadastro de Pessoa Física):

Fone:

CRN (Certidão de Registro de Nasc):

Data de Emissão CRN:

PESO: _____ ALTURA: _____ TEMPERATURA: _____ °C FC: _____ bpm FR: _____ rpm PA: _____ mmHg
DATA: ____/____/____ HORA: ____:____:____

QUEIXA PRINCIPAL / DURAÇÃO / HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL

EXAME FÍSICO:

Síntese 24 horas

HIPÓTESE (S) DIAGNÓSTICA (S):

SOLICITAÇÃO DE EXAMES:

PRESCRIÇÃO MÉDICA:

HORÁRIO:



Médico / Cremepe:

ENCAMINHADO: () Ambulatório () Sala Verde () Sala Amarela () Sala Vermelha

Médico / Cremepe:



UPA 24 HORAS - IGARASSU

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

PROTOCOLO CLASSIFICAÇÃO REDE IMIP

Data e hora retirada da senha: 13/02/2018 00:42

Nome Paciente: MARIA DE FATIMA RAMOS
Cód. Paciente: 314922
Data de Nascimento: 29/07/1984
Sexo: Feminino
Idade: 33
Senha: 0002
Convênio:
Atendimento:
SAME:

Período: 13/02/2018 00:43 - 13/02/2018 00:43

PRISCILLA DAYANA FERREIRA SILVA - COREN: 010460 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - Classificação

Prioridade:

URGENCIA - AMARELO

Cor:

AMARELO

Cueixa Principal: DOR EM MID APÓS TRAUMA

Observação: PACTE COM MAIS DE 24H NA UNIDADE

Fluxograma sintoma: TRAUMA

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

Especialidade: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

ARUANA SEGUROS
14 MAI 2018

Acolhido(a) por: PRISCILLA DAYANA FERREIRA SILVA - COREN: 010460 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 13/02/2018 00:43

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco

Página 1 de 1



UPA 24 HORAS - IGARASSU

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

PROTOCOLO CLASSIFICAÇÃO REDE IMIP


Data e hora retrada da senha: 12/02/2018 00:02

Nome Paciente: MARIA DE FATIMA RAMOS
Cód. Paciente: 314922
Data de Nascimento: 29/07/1984
Sexo: Feminino
Idade: 33
Senha: 0002
Convênio: 2 - SUS - PRONTO ATENDIMENTO
Atendimento: 944478 
SAME:

Período: 12/02/2018 00:08 - 12/02/2018 00:57

ANDRE LUIZ DE SENA CORREIA - COREN: 11522 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - Reclassificação

Prioridade: **URGENCIA - AMARELO**

Cor:  AMARELO

Queixa Principal: REFERE DOR EM MID APOS TRAUMA HOJE

Observação: ALERGIA MEDICAMENTOSA: NEGA

Fluxograma sintoma: TRAUMA

Discriminador(es): - SUSPEITA DE FRATURA OU LUXAÇÃO SEM DEFORMIDADE
- DOR MODERADA (4 - 7/10)

Especialidade: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Período: 12/02/2018 00:08 - 12/02/2018 00:22

ANDRE LUIZ DE SENA CORREIA - COREN: 11522 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - Reclassificação

Prioridade: **NÃO URGENTE - VERDE**

Cor:  VERDE

Queixa Principal: REFERE DOR EM MID APOS TRAUMA HOJE

Observação: ALERGIA MEDICAMENTOSA: NEGA

Fluxograma sintoma: TRAUMA

Discriminador(es): - CONTUSÕES E ESCORIAÇÕES
- DOR LEVE (1-3/10)
- SEM PERDA DE CONSCIÊNCIA, NÁUSEAS, VÔMITOS, CRISE CONVULSIVA OU FERIMENTO PERFURANTE

Especialidade: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Período: 12/02/2018 00:08 - 12/02/2018 00:10

ANDRE LUIZ DE SENA CORREIA - COREN: 11522 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - Classificação

Prioridade: **NÃO URGENTE - VERDE**

Cor:  VERDE

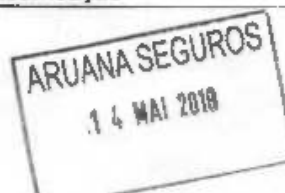
Queixa Principal: REFERE DOR EM MID APOS TRAUMA HOJE

Observação: ALERGIA MEDICAMENTOSA: NEGA

Fluxograma sintoma: TRAUMA

Discriminador(es): - DOR LEVE (1-3/10)
- SEM PERDA DE CONSCIÊNCIA, NÁUSEAS, VÔMITOS, CRISE CONVULSIVA OU FERIMENTO PERFURANTE

Especialidade: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA



HOSPITAL ARMINDO MOURA
PEP - Prontuário Eletrônico do Paciente

Emissão: 20/02/2018 11:03

Atendimento: 274206 Entrada: 13/02/2018 Hora: 18:12
Acomodação: LEITO 03
Plano: SUS - ELETIVAS
Responsável:
Médico: MARCELO LARRAZABAL CORREIA DE ARAUJO

Enfermaria: ENFERMARIA 08
Permanência: 6 Dia(s), 16 horas
Matrícula:
Identidade:
C.N.S.: 700303960503832

Paciente: 1612835 MARIA DE FATIMA RAMOS
Nascimento: 30/08/1984 (33 Anos e 5 Meses)
Endereço: RUA COREIA DO SUL
Bairro: CRUZ DE REBOUCAS C.E.P.: 53640-250
Cidade: 2606804 IGARASSU
Pai: COSME GRACIANO RAMOS
Mãe: EUNICE MARIA DA CONCEICAO
Nacionalidade: BRASIL

Sexo: FEMININO Cor: PARDA
Estado Civil: SOLTEIRO
C.P.F.: 06836002496
Identidade: 7067563 - SDS - PE
Telefone: / 994293080
G.Instrução:
Ocupação: DO LAR
Naturalidade: IGARASSU

ORTOPEDIA / TRAUMATOLOGIA

CONSULTA NA URGENCIA (Dr. MARCELO LARRAZABAL CORREIA DE ARAUJO CRM 17874)

Queixa do paciente:

PACIENTE ENCAMINHADO COM DOR + DEFORMIDADE EM TORNOZELO DIREITO.

ENCAMINHADO DA UPA DE IGARASSU, COM RELATO DE ATROPELAMENTO POR MOTO.

Exame físico:

RX: FRATURA DE TORNOZELO DIREITO (BIMALEOLAR)

NV PRESERVADO

Hipótese diagnóstica:

FRATURA DE TORNOZELO DIREITO

Prescrição/Conduta:

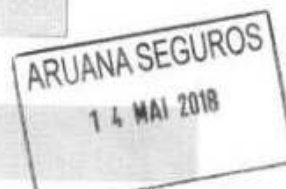
Horário/Checkagem

01 -	INTERNAMENTO	
02 -	RX	
03 -		
04 -		

Reavaliação:

Materiais Utilizados: (Enfermagem/Imobilização)

COMANDA:



Hospital Memorial Armindo Moura
SAME
Serviço de Arquivo Médico e Estatística
Fone: (81) 3535-2013
Av. Cleto Campelo, S/N-Moreno-PE

Página 1 de 2



ARUANA SEGUROS
14 MAI 2018

Hospital Memorial Armindo Moura
SAIME
Serviço de Arquivo Médico e Estatística
Fone: (81) 3535-2013
Av. Chris Gumpertz, 100 - N. Moreno - PE





Nome: MARIA DE FATIMA RAMOS (1612835)

Admissão: 274206

Procedência: ENFERMARIA (PACIENTE INTERNO)

Enfermaria:

Leito: LEITO 03

Unidade de Internação: 013 - Ortopedia/Traumatologia

Data: / /

ATESTADO MÉDICO

Atesto para os devidos fins que **MARIA DE FATIMA RAMOS** compareceu a esta Unidade de Urgência/Emergência:

CID 10:

() Em consulta médica no dia de hoje de hora(s) às hora(s).

(X) Necessitando de (30) dia(s) de afastamento do seu trabalho ou escola.

() Como acompanhante.

() Outros.

Eu autorizo a colocação do CID-10: _____

NOTA: Este Atestado é válido para finalidade prevista no art. 27 da CLPS, provada pelo Decreto n. 89.312 de 23/01/84, resolução CFM 1190/84 e Medida Provisória 644/2014 e será expedido para justificativa de 1 a 15 dias de afastamento do trabalho.

Relatório Emitido Eletronicamente

Data: 19/02/2018 as 18:06

DR. JUAREZ SEBASTIAN
Ortopedia e Cirurgia do Joelho
CRM-PE 15595 / CRM-BA 17064
TEOT 11923

Dr. (a) JUAREZ SEBASTIAN LIMA E LIMA
CRM: 15595





Armindo Moura
HOSPITAL GERAL

Nome: MARIA DE FATIMA RAMOS {1612835}

Admissão: 274206

Procedência: ENFERMARIA (PACIENTE INTERNO)

Enfermaria:

Leito: LEITO 03

Unidade de Internação: 013 - Ortopedia/Traumatologia

Data: / /

RECEITA

USO ORAL

01 - CEFALOXINA 500MG ----- 28 COMPRIMIDOS

TOMAR 01 COMPRIMIDO, VIA ORAL, DE 6/6h, POR 07 DIAS

02 - MELOXICAM 7,5MG ----- 10 COMPRIMIDOS

TOMAR 01 COMPRIMIDO, VIA ORAL, DE 12/12h, POR 05 DIAS

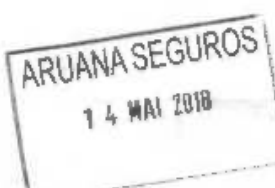
19/02/2018

DR. JUAREZ SEBASTIAN
Ortopedia e Cirurgia do Juntos
CRM-PE 15595 / CRM-BA 17048
TEOT 11949

Relatório Emitido Eletronicamente

Data: 19/02/2018 as 18:06

Dr. (a) JUAREZ SEBASTIAN LIMA E LIMA
CRM: 15595





Nome: MARIA DE FATIMA RAMOS (1612835)

Admissão: 274206

Procedência: ENFERMARIA (PACIENTE INTERNO)

Enfermaria:

Leito: LEITO 03

Unidade de Internação: 013 - Ortopedia/Traumatologia

Data: / /

RESUMO DE ALTA HOSPITALAR / LAUDO MÉDICO

HD:

FRATURA TORNOZELO DIR

CID 10:

S82.8

CIRURGIA REALIZADA:

TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA TORNOZELO
COM PLACA E PARAFUSOS EM:
MÉDICO CIRURGIÃO:

Dr. JUAREZ

ORIENTAÇÕES:

1- CEFALEXINA 500MG - TOMAR 01 COMPRIMIDO POR VIA ORAL DE 6 EM 6 HORAS POR 7 DIAS;

2 - DIPIRONA 500MG - TOMAR 02 COMPRIMIDO POR VIA ORAL DE 6 EM 6 - SE DOR;

3 - REALIZAR CURATIVOS DIÁRIOS; NÃO PISAR; AUXÍLIO DE MULETAS.

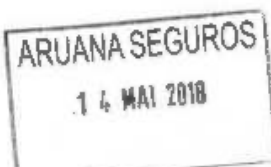
4 - RETORNAR PARA REVISÃO CONFORME MARCAÇÃO AMBULATORIAL. ATENDIMENTO SOMENTE PARA PACIENTES
MARCADOS, SEGUNDA, TH;

Relatório Emitido Eletronicamente

Data: 19/02/2018 as 18:07

DR. JUAREZ SEBASTIAN
Ortopedia e Cirurgia do Joelho
CRM-PE 15595 | CRM-SA 17438
TEOT 11983

Dr. (a) JUAREZ SEBASTIAN LIMA E LIMA
CRM: 15595





Nome: MARIA DE FATIMA RAMOS (1612835)

Procedência: ENFERMARIA (PACIENTE INTERNO)

Enfermaria:

Leito: LEITO 03

Unidade de Internação: 013 - Ortopedia/Traumatologia

Data: / /



Admissão: 274206

SOLICITO

USO DE MULETAS

S828

Relatório Emitido Eletronicamente

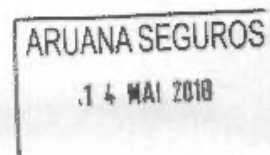
Data: 19/02/2018 as 18:32

DR. JUAREZ SEBASTIAN
Ortopedia e Cirurgia do Joelho
CRM-PE 15595 / CRM-BA 17638
TEOJ 11983

Dr. (a) JUAREZ SEBASTIAN LIMA E LIMA
CRM: 15595

ARUANA SEGUROS
14 MAI 2018





Seguradora Líder • DPVAT

SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS **ID**

IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA Marcia de Fatima Roma
DATA DO ACIDENTE 12.02.18 CPF DA VÍTIMA 068.360.024-96
PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO Isilda de Oliveira Junior
QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR () VÍTIMA () REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COM A VÍTIMA É _____
ENDEREÇO DO PORTADOR Rua Frei Serafim
Nº 13 COMPLEMENTO _____ BAIRRO Autro
CIDADE Itapissuma UF PE CEP 53400-000
E-MAIL _____ TELEFONE () 81 98530-2000

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

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

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- () REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- () CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- (X) CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- (X) LAUDO DO IML (ORIGINAL) ASSINADO PELA VÍTIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA
- (X) BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- (X) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- (X) AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

- () CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

- () CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 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 6.194/74.
 - DESPESAS MÉDICAS (DAMS) = REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO). ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.
- O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA
- COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO
- PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSSE WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA 14/05/18

IDENTIDADE Isilda de Oliveira Junior

ASSINATURA Isilda

RESPONSÁVEL PELA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO

DATA 14 MAI 2018

NOME Isilda

ASSINATURA Isilda



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180219480 **Cidade:** Igarassu **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARIA DE FATIMA RAMOS **Data do acidente:** 12/02/2018 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 21/05/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DO TORNOZELO DIREITO

Resultados terapêuticos: A ESCLARECER

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: SOLICITO PERICIA PARA MELHOR ESCLARECIMENTO QUANTO AS SEQUELAS EXISTENTES. AVALIAR LIMITAÇÃO FUNCIONAL.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
		Total	0 %	R\$ 0,00

PRESTADOR

AMORIM E MATTOS SERVIÇOS MÉDICOS ESPECIALIZADOS LT

Nome do médico: MARIA TEREZA R DE A AMORIM

CRM do médico: 52.31475-9

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180219480 **Cidade:** Igarassu **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARIA DE FATIMA RAMOS **Data do acidente:** 12/02/2018 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA BIMALEOLAR DE TORNOZELO DIREITO

Descrição do exame médico pericial: DÉFICIT FUNCIONAL MÉDIO DE TORNOZELO DIREITO

Resultados terapêuticos: REALIZADO TRATAMENTO CIRÚRGICO COM PLACA E PARAFUSOS EM MALÉOLO LATERAL E PARAFUSOS CORTICAIS EM MEDIAL. CIRURGIA SEM INTERCORRÊNCIAS. FEZ FISIOTERAPIA MOTORA E TEVE ALTA ORTOPÉDICA LIMITAÇÃO DE FLEXÃO DE TORNOZELO DIREITO, EDEMA

Sequelas permanentes: APRESENTA LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DO TORNOZELO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 29/05/2018

Conduta mantida:

Observações: REVISOR MANTEVE ENQUADRAMENTO E VALORAÇÃO DO MÉDICO EXAMINADOR. -

Médico examinador: FABIO SELERI FERNANDES

CRM do médico: 52.63021-7

UF do CRM do médico: RJ

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 tornozelo	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PRESTADOR

CNIS - Cadastro Nacional Informações e Serviços

Médico revisor: DORES MENDES B C MENDES

CRM do médico: 52.25889-0

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

Dores Mendes



PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: Maria de Fátima Ramos
 Nacionalidade: Brasileira Estado civil: solteira
 Profissão:
 Identidade: 7.067.563 CPF: 068.360.024-96
 Endereço: Rua Cordeiro do Sul N° 85

OUTORGADO:

Nome: Marcelo da Oliveira Silva
 Nacionalidade: Brasileira Estado civil: solteiro
 Profissão: estudante
 Identidade: 6.875.899 CPF: 058.128.054-74
 Endereço: Rua Frei Serafim N° 13

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, referente ao Seguro Obrigatório - DPVAT.

Ipomema 25/04/2018
 LOCAL E DATA:

RECONHEÇO

Maria de Fátima Ramos

ASSINATURA DO OUTORGANTE
 (RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)

HS CARTÓRIO DE IGARASSU - PE - OFÍCIO ÚNICO
 TABELIONATO E REGISTROS PÚBLICOS
 Rua Joaquim Nabuco, nº 185 - Centro - Igarassu - PE - CEP: 550-000
 Reconheço por autenticidade a firma de: MARIA DE FÁTIMA RAMOS
 Igarassu-PE, 25/04/2018 10:14. Em testemunho da verdade Marcelo
 José da Silva (RECORRENTE AUTORIZADO) Ass. 22.3.59 TSMR: R\$ 0,80 FISC:
 R\$ 0,40 Total: R\$ 1,20. Selo Digital: 0130583.84204201001.04342. Consulte a
 autenticidade em <http://www.tipe.jus.br/melodigital>

CARTÓRIO DE IGARASSU - PE

ARUANA SEGUROS
 14 MAI 2018

