



Número: **0028931-78.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção A da 21ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **28/06/2020**

Valor da causa: **R\$ 11.812,50**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
<b>MARILIA SELMA DOS SANTOS (AUTOR)</b>	<b>CARLA ROCHA LEMOS (ADVOGADO)</b>
<b>SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (REU)</b>	
<b>MAPFRE VERA CRUZ SEGURADORA S/A (REU)</b>	
<b>PRISCILA COSTA LIMA LEMKE (PERITO)</b>	

Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
67087 064	27/08/2020 16:54	<a href="#"><u>ANEXO 1</u></a>	Outros (Documento)



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

---

Rio de Janeiro, 22 de Junho de 2020

**Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200221562**      **Vítima: MARILIA SELMA DOS SANTOS**

**Data do Acidente: 22/02/2020**      **Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT**

**Senhor(a), MARILIA SELMA DOS SANTOS**

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

Pag. 00129/00130 - carta\_01 - INVALIDEZ



00030065

Carta nº 15879436



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 27/08/2020 16:54:18  
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20082716541829700000065810300>  
Número do documento: 20082716541829700000065810300

Num. 67087064 - Pág. 1



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

---

**Rio de Janeiro, 01 de Julho de 2020**

**Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200221562**      **Vítima: MARILIA SELMA DOS SANTOS**

**Data do Acidente: 22/02/2020**      **Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a), MARILIA SELMA DOS SANTOS**

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: MARILIA SELMA DOS SANTOS**

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

**Banco: 341**

**Agência: 000007731**

**Conta: 0000036766-5**

**Tipo: CONTA POUPANÇA**

Pag. 00859/00860 - carta\_15R - INVALIDEZ



**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, retorno 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](http://www.seguradoralider.com.br/recomeco).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 27/08/2020 16:54:18  
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20082716541829700000065810300>  
Número do documento: 20082716541829700000065810300

Num. 67087064 - Pág. 2



## PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:  DANOS (DESPESSAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)  INVALIDEZ PERMANENTE  MORTE

2 - N° do sinistro ou ASU:

3 - CTP da vítima:

4 - Nome completo da vítima:

167.610.324-31 *Marilia Selma dos Santos*

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012

5 - Nome completo:

*Marilia Selma dos Santos*

6 - CPF: *167.610.324-31*

7 - Profissão:

*funcionária*

8 - Endereço:

*Rua alto Belo Vista*

9 - Número: *695*

10 - Complemento:

*Guarapari*

12 - Cidade:

*Ipucema*

13 - Estado: *RJ*

14 - CEP:

*25.590-000*

15 - E-mail:

*16 - Tel.(DDDD) (11) 4189-7140/1111*

### DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 19 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante legal:

18 - CPF do Representante legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

RECUSO INFORMAR  
 SEM RENDA

R\$1.00 A R\$1.000,00  
 R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00  
 ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

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

CONTA POUPANÇA (somente bancos que atendam. Assinale uma opção)

Bradesco (257)  Itaú (341)  
 Banco do Brasil (001)  Caixa Econômica Federal (104)

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

Nome do BANCO: \_\_\_\_\_

AGÊNCIA: *731*

CONTA: *36766*

(Inserir o dígito se existir)

(Inserir o dígito se existir)

AGÊNCIA: *1500*

(Inserir o dígito se existir)

CONTA: *1500*

(Inserir o dígito se existir)

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

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

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

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

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

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

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

NAO ALFABETIZADO

### DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:  Solteiro  Casado (no Civil)  Divorciado  Separado Judicialmente  Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a):  Sim  Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos?  Sim  Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou neto(na)res?  Sim  Não 31 - Vítima teve irmãos?  Sim  Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avôs vivos?  Sim  Não

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

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

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

38 - 1º | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

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

Assinatura da testemunha

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

39 - 2º | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

*Ipucema 13 de junho de 2020*

*Marilia Selma dos Santos*

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL

POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO

DELEGACIA DE POLÍCIA DA 043ª CIRCUISCRICAO - PORTO DE GALINHAS - DP43ªCIRC  
DIM/10ªDESEC

**BOLETIM DE OCORRÊNCIA N°. 20E0133001148**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **09/06/2020** às **14:53**

**ATROPELAMENTO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado)** que aconteceu no dia **22/2/2020** às **01:00**

Fato ocorrido no endereço: **RODOVIA PE 060, 1, PRÓXIMO A LOJA DE CERAMICA** - Bairro: **CENTRO** - IPOJUCA/PERNAMBUCO/BRASIL - CEP: 0  
Local do Fato: **VIA PÚBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

**DESCONHECIDO** (AUTOR / AGENTE )  
**MARILIA SELMA DOS SANTOS** (VITIMA)



Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

**VEICULO**: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**

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

**MARILIA SELMA DOS SANTOS** (presente ao plantão) - Sexo: **Feminino** Mãe: **ANA SELMA DE ARRUDA SANTOS** Pai: **OSIAS BRASILINO DOS SANTOS** Data de Nascimento: **3/8/1987** Naturalidade: **IPOJUCA / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **7061713/SDS/PE (RG), 06761032431 (CPF)** Estado Civil: **CASADO(A)** Escolaridade: **2º GRAU COMPLETO** Profissão: **CAMAREIRO(A)**  
Endereço Residencial: **RUA BOA VISTA, 696, TRAVESSA BOA VISTA, RUOPOLIS - CEP: 0 - Bairro: AREA RURAL - CAMELA - IPOJUCA/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

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

**CARRO MODELO DESCONHECIDO (VEICULO)** de propriedade do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**, que estava em posse do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**  
Categoria/Marca/Modelo: **NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**  
Quantidade: **1,000 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Complemento / Observação

**PRESENTE NA DELEGACIA DE IPOJUCA A SENHORA MARILIA SELMA DOS SANTOS, INFORMA QUE NO DIA 22/02/2020 POR VOLTA DE 01:00 DA MADRUGADA, QUANDO VOLTAVA DE UM BLOCO EM**



RUROPOLIS, A VÍTIMA SENTOU NUM CANTEIRO AS MARGENS DA PE 060 PARA DESCANSAR. LOGO APÓS TER SENTADO NO CANTEIRO, INFORMA A VÍTIMA QUE UM CARRO PEQUENO (NÃO SOUBE INFORMAR MODELO OU COR) TERIA LHE ATROPELADO E FUGIDO SEM PRESTAR NENHUM TIPO DE SOCORRO. INFORMA A VÍTIMA QUE HAVIAM TESTEMUNHAS NO LOCAL MAS QUE NINGUÉM QUIS COMENTAR SOBRE O FATO. APÓS SER SOCORRIDA, A VÍTIMA FICOU INTERNADA POR 10 DIAS, ONDE FICOU CONSTATADO QUE ELA QUEBROU A TIBIA E FRATUROU 5 COSTELAS. SEM MAORES INFORMAÇÕES, EIS O REGISTRO

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

*Mariá Selma dos Santos*  
MARIÁ SELMA DOS SANTOS  
(VITIMA)

B.O. registrado por: **LEONARDO SANTOS GARCIA** - Matrícula: 399518-6  
(Liberado em 09/06/2020 às 15:07)

**GERAR BOLETIM**



file:///C:/Users/SDS/.infopol-5.0.9/xml/BOEPreview.html

09/06/2020

Digitalizada com CamScanner



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 27/08/2020 16:54:18  
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20082716541829700000065810300>  
Número do documento: 20082716541829700000065810300

Num. 67087064 - Pág. 5



## PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha(s) tipo(s) de cobertura:  DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)  INVALIDEZ PERMANENTE  MORTE

2 - Nº do sínteto ou AIC: **067.610.324-31** 4 - Nome completo da vítima: **Marilia Selma dos Santos**

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAZCA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VITIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 485/2012

5 - Nome completo: <b>Marilia Selma dos Santos</b>	6 - CPF da vítima: <b>067.610.324-31</b>	7 - Profissão: <b>casada</b>	8 - Endereço: <b>Rua 46 Belo Vista</b>	9 - Bairro: <b>Centro</b>	10 - Complemento: <b>596</b>
11 - Cidade: <b>Ituópolis</b>	12 - Cidade: <b>Pojuca</b>	13 - UF: <b>PE</b>	14 - CEP: <b>55.590-000</b>	15 - INSC: <b>78.746.000-0189-1140111</b>	16 - INSC: <b>78.746.000-0189-1140111</b>
17 - E-mail:					

DAVIDO DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VITIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 18 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:

RECUZO INFORMAR  
 SEM RENDA

R\$1,00 A R\$1.000,00  
 R\$1.001,00 ATÉ R\$5.000,00

R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00  
 ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:  BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO  REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

CONTA POUPANÇA (informe o nome do banco, modelo, modelo uma cep):

Bradesco (217)  Itaú (341)

Banco do Brasil (001)  Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: **AB31**

CONTA: **36766 5 1500**

(informar o dígito se existir)

(informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (todos os bancos):

Nome do BANCO: \_\_\_\_\_

AGÊNCIA: \_\_\_\_\_

CONTA: \_\_\_\_\_

(informar o dígito se existir)

(informar o dígito se existir)

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

### 32 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IMI - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IMI) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.384/74), uma vez que:

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

Solicito o prazogramento de análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IMI, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.384/74.

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

### DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:  Solteiro  Casado (no Civil)  Divorciado  Separado Judicialmente  Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou compaheiro(a):  Sim  Não 27 - Se a vítima deixou compaheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima  Sim  Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou  Sim  Não 31 - Vítima  Sim  Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou  Sim  Não

Este cliente de que a Seguradora Líder pagará, caso deva, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 259 do Código Penal.

34  
Impressão  
digital da  
vítima ou  
beneficiário  
não objetada

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

38 - 1º | Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

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

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

40 - Local e Data: **Pojuca 11 de Junho de 2020**

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): **Marilia Selma dos Santos**

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

TESTEMUNHAS

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

Digitalizada com CamScanner



# ITAU - UNIBANCO

## COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

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

BANCO: 341 AGÊNCIA: 0477 CONTA: 000000078857-4

---

DATA DA TRANSFERENCIA: 26/06/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: MARILIA SELMA DOS SANTOS

BANCO: 341

AGÊNCIA: 07731

CONTA: 000000036766-5

---

Autenticação:

92FCC8C7E1E11B3DBAC4D3A0CD4C4FBB7C1F4A9794FE4CC3AD706D20D7468535



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 27/08/2020 16:54:18  
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20082716541829700000065810300>  
Número do documento: 20082716541829700000065810300

Num. 67087064 - Pág. 7

Tarifa Social de Energia Elétrica: Criada pela Lei 10.438, de 26/04/02



**CELPE**

**DADOS DO CLIENTE**

MARILIA SELMA DOS SANTOS

CPF: 067 610 324-31

RUROPOLIS/IPOJUCA  
IPOJUCA PE  
55590-000

**CLASSIFICAÇÃO**  
B1 RESIDENCIAL  
RESIDENCIAL  
Monofásico

Nº DA NOTA FISCAL	SÉRIE	DATA DE EMISSÃO	DATA DE VENCIMENTO	VALOR
108756990	ÚNICA	19/05/2020	26/05/2020	124,41
APRESENTAÇÃO	PARA ELETRICISTA	# DA INSTALAÇÃO		1399257

19/05/2020

2011145701

NOTA FISCAL - NATUREZA: CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

Companhia Energética de Pernambuco  
Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife - PE. CEP 50050-902  
CNPJ 10.835.932/0001-08 | Insc. Est. 0005943-93 | www.celpe.com.br

**ENDERECO DA UNIDADE CONSUMIDORA**

RUA ALTO BELA VISTA 696

Digitalizada com CamScanner



## FICHA DE INTERNAÇÃO DO PACIENTE

Atendimento do Paciente: 591560  
Usuário do Atendimento: LAZARONI

Data e Hora do Atendimento: 22/02/2020 18:40  
Convênio: SUS - INTERNACAO

Nome do Paciente: MARILIA SELMA DOS SANTOS

Prontuário: 125286

Nome da Mãe: ANA SELMA DE ARRUDA SANTOS

Nome do Pai: OSIAS BRASILINO DOS SANTOS

Data do Nascimento: 03/06/1987

Idade: 32 anos Sexo: FEMININO

Estado Civil: SOLTEIRO

RG: 7061713

SDS PE Data Emissão: 29/12/2017

CPF: 06761032431

Certidão de Nascimento:

Data Emissão:

Naturalidade: IPOJUCA

Escolaridade: MEDIO (2º GRAU) COMPLETO

Carteira Nacional SUS:

Ocupação Habitual: OUTROS

Endereço: TRAVESSA BOA VISTA

696 CENTRO

Cidade: IPOJUCA

PE CEP: 55590000

Fone: 93150939

## DADOS DO ATENDIMENTO

Príncipal: SAMU

...médico: MENANDRO BEZERRA DE MELO MARTII CRM: 14418

Especialidade: CIRURGIA GERAL

Leito: LEITO 31-E

Acomodação: SALA VERMELHA

## TERMO DE RESPONSABILIDADE

Autorizo a internação do paciente acima mencionado no HOSPITAL DOM HELDER CAMARA, bem como os tratamentos clínicos e cirúrgicos (intervenção cirúrgica, anestesias, transfusões, exames de sangue, ou qualquer outro tipo de exame médico laboratorial) que se fizerem necessários para o diagnóstico, tratamento, cura e o bem estar do paciente.

Cabo de Santo Agostinho, 22/02/2020

Assinatura e R.G. do Responsável: \_\_\_\_\_

## SUMÁRIO DE ALTA

Condições de Alta: Melhorada

Diagnóstico: Tumor da glândula tireoide direita

Procedimento: Tumorectomia cirúrgica da glândula da tireoide direita

Alta em: 00 / 03 / 2020 Hora: 12:00h

Igrejinha

Médico e C.R.M:

Responsável pela retirada do paciente - Nome:

Assinatura e R.G.:

HDM - Hospital Dom Helder Camara  
CPH-CDMS Coordenador de Resp.  
13/02/20

10 MAR 2020





Atendimento: 551521  
Data e Hora: 22/02/2020 02:24

Senha da Classificação: 0004

Paciente: 125286 MARILIA SELMA DOS SANTOS Sexo: FEMININO  
Data do Nascimento: 03/08/1987 Idade: 32 anos Convenio: 2 SUS/SIA AMB/URG  
Nome da Mãe: ANA SELMA DE ARRUDA SANTOS Nome do Pai: OSIAS BRASILINO DOS SANTOS  
Estado Civil: SOLTEIRO Nome do Médico: MENANDRO BEZERRA DE MELO MARTINS CRM: 14-18  
Endereço: TRAVESSA BOA VISTA - BAIRRO RUROPOI 696 Bairro: CENTRO  
Cidade/UF: IPOJUCA PE Usuário Atendimento: MICHELLINESM  
RG (Identidade): 7061713 SDS PE Data de Emissão: 29/12/2017  
CPF (Cadastro de Pessoa Física): 06761032431 Fone: 93150939  
Cartão SUS: Data de Emissão CRN: [REDACTED]

## RESUMO DE TRATAMENTO

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

## Queixa Principal

Vítima de atropelamento  
Nege vomito e desmaio  
Refer do doderinal

## Exame Físico

A - Vias aéreas pativas cr colar  
B - MVA em AII Sat O<sub>2</sub>: 92%  
C - PA: 130 x 80 mmHg FC: 108 bpm  
D - ECG: 15 rítimico  
E - Erupções em MMII

## Hipótese Diagnóstica

Politrauma

## Conduta Terapêutica

Rx + TC Abd

PARECER = ORTOPEDIA

## Prescrição Médica

SF 0,9% 1000ml IV 600ml  
Gramal 100mg + 100ml SF IV 819ml 12:00 20:30  
Cimpirina 500mg + 100ml SF IV 616ml 12:00 20:30  
Profenid 100mg + 100ml SF IV 819ml 12:00 20:30

Carimbo/Médico

Dr. Xisto Luna  
Urologia  
CRM-PE 16.635

EM CASO DE INTERNAÇÃO FAVOR INFORMAR

LEITO DO PACIENTE



02:40h

# Cir. Geral

+C: Fratura de Costelas

Ausculto de Hemo e pneumotax  
e de hemo e pneumoperitoneo

Col. Observação

R

Dr. Xisto Lungs  
Urologia  
CRM-PF. 16.936

8:00h # C.R.

Paciente com dor em MBD + dor lumbosacra  
esp. nos ossos, fratura

EF: 02/01, apura, Cinturão + cintos

Ass: dorosa e FBD sem intensos punções

CS: suspeita  
Afronto bala lombosacra  
quando articulações rígidas

*S. ferreiro*  
18/02/20

Ortopedi. Enferm. do Sítio  
18:00h

*Dr. Xisto Lungs  
Urologia*

IMC do Tú cegi

RAIO-X

DATA	LOCAL DO CORPO	QUANTO DE
22/02/20	CERV. PERNAT JOELHO	05



# HOSPITAL DOM HELDER CAMARA

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

PROTOCOLO CLASSIFICAÇÃO REDE IMIP

Data e hora retirada da senha: 22/02/2020 02:18

	Nome Paciente: MARILIA SELMA DOS SANTOS
	Cód. Paciente:
	Data de Nascimento: 03/08/1987
	Sexo: Feminino
	Idade: 32 anos
	Senha: 0004
	Convênio:
	Atendimento:
	SAME:

Período: 22/02/2020 02:19 - 22/02/2020 02:21

JACYANE DA SILVA MENDES - COREN: 9893 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - CLASSIFICAÇÃO

Prioridade: **EMERGENCIA - VERMELHO**

Cor: **VERMELHO**

Queixa Principal: PACIENTE VITIMA DE ATROPELAMENTO QUEIXA-SE DE FORTES DORES ABDOMINAIS.

PA: 130 X 80 MMHG

SAT02: 92 %

FC: 108 BPM

Observação: PRÉ DIABETICA (SIC)  
NEGA HAS E ALERGIA MEDICAMENTOSA

Fluxograma sintoma: TRAUMA

Discriminador(es): - DOR INTENSA (8-10/10)

Especialidade: CIRURGIA GERAL

Acolhido(a) por: JACYANE DA SILVA MENDES - COREN: 9893 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data impressão: 22/02/2020 02:21

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco

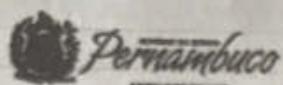
Página 1 de 1

Digitalizada com CamScanner



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 27/08/2020 16:54:18  
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20082716541829700000065810300>  
Número do documento: 20082716541829700000065810300

Num. 67087064 - Pág. 12



## HISTÓRIA CLÍNICA

### Identificación

Name: Angela Slayton ID: 12-22

Idade: \_\_\_\_\_ Registro: 150 N° Atendimento: \_\_\_\_\_

Sexo: \_\_\_\_\_ Estado Civil: \_\_\_\_\_ Cor: \_\_\_\_\_ Acompanhante: ( ) Sim - ( ) Não  
Clínica: \_\_\_\_\_ Enfermaria: \_\_\_\_\_ Leito: \_\_\_\_\_ Ocupação: \_\_\_\_\_

Queixa Principal e Duração:

História da Doença Atual:

John. a hopper  
of faun. to gather

## Interrogatório Sintomatológico:



Exame Físico: \_\_\_\_\_

xx7 eden  
magnus h

Antecedentes Pessoais: \_\_\_\_\_

Medicações em Uso: \_\_\_\_\_

Antecedentes Familiares: \_\_\_\_\_

Hipótese Diagnóstica Principal: \_\_\_\_\_

En. da filha h

Hipóteses Diagnósticas Secundárias: \_\_\_\_\_

Piano Terapêutico: \_\_\_\_\_

h hns

Cabo de Santo Agostinho,

27/02/2016

Assinatura e Carimbo

Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco - SES / PE  
Hospital Metropolitano Sul - Dom Hélder Câmara  
Rodovia BR 101 Sul - KM 95, CEP 54.510-000  
Cabo de Santo Agostinho - PE

Homero Rodrigues  
Ortopedia - Traumatologia  
CRM 13526

Digitalizada com CamScanner



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 27/08/2020 16:54:18  
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20082716541829700000065810300>  
Número do documento: 20082716541829700000065810300

Num. 67087064 - Pág. 14



## EVOLUÇÃO CLÍNICA

Name: Maria Jose Grade: 10 Registration No. 10

Clinica: \_\_\_\_\_ Enfermaria: \_\_\_\_\_ Dentro: \_\_\_\_\_

4) JÁ PASSADO CASO PARA A VRAH ELE BRAZO DIREITO  
QUE PROBLEMA NA RADIANTESTIA E POR VISCOSTERIA ANTIGA  
ESTA SINTOMA Necessário PREPARAR TORACICA E GUTAM



## EVOLUÇÃO CLÍNICA

Name: Marilia Soárez de Soto Date: 18-2-2011

Clinica: ortopedi Enfermaria: rodr 125086  
Salto:

Data/Hora	Assunto
24/02/2020	ff Octogenario
7:50	ff D. Tatim ou Pato tatuado (B)
	Recepindo paciente
	ff o paciente -
	 Bruno Góes Cronista Gabinete de Imprensa
	Psicólogo -
28-02-2020 14:30hs	Feita visita ao Repto. por meus momentos de pausas (dormir)
	Márcia Guerra Psicóloga CRP: 11044



## EVOLUÇÃO CLÍNICA

Nombre: Marilia Silveira Dos Santos Registro: 125286

Clinica: \_\_\_\_\_ Enfermaria: Unidad 1 Leito: \_\_\_\_\_



**SERVIÇO DE TRAUMATOLOGIA**

**DATA: 27/2/2020 10:48**

**EVOLUÇÃO ENFERMARIA ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA**

<b>NOME:</b> MARILIA SELMA DOS SANTOS	<b>ENFERMARIA/ LEITO:</b> 401-2	<b>REG:</b> 125090
---------------------------------------	---------------------------------	--------------------

**401-2**

**EVOLUÇÃO CLINICA**

**EVOLUÇÃO:**

**HD: PRÉ-OP PLATO TIBIAL ( SCHATKER V) + FRATURA DE MULTIPLAS COSTELAS**

**CD: PACIENTE NO MOMENTO EM BOM ESTADO GERAL. AGUARDANDO TTO**

**CIRURGICO**

**EXAME FISICO**

**1) BOM ESTADO GERAL/ ACIANOTICA, ANICTERICA, AFEBRIL / LUCIDA, ORIENTADA  
EM TEMPO E ESPAÇO /EUPNEICA**

**2) GLASGOW 15**

**3) NEUROVASCULAR +**

**CONDUTA:**

**AGUARDA TRATAMENTO CIRURGICO**

*Igor Abutab  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM 21778*



## SERVIÇO DE TRAUMATOLOGIA

DATA: 28/2/2020 09:15

## EVOLUÇÃO ENFERMARIA ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

NOME: MARILIA SELMA DOS SANTOS	
ENFERMARIA/ LEITO 401-2	REG: 125090

401-2

## EVOLUÇÃO CLINICA

### EVOLUÇÃO:

HD: PRÉ-OP PLATO TIBIAL ( SCHATKER V) + FRATURA DE MULTIPLAS COSTELAS

CD: PACIENTE NO MOMENTO EM BOM ESTADO GERAL. AGUARDANDO TTO CIRURGICO

### EXAME FISICO

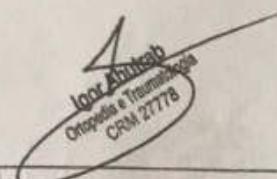
1) BOM ESTADO GERAL/ ACIANOTICA, ANICTERICA, AFEBRIL / LUCIDA, ORIENTADA EM TEMPO E ESPAÇO / EUPNEICA

2) GLASGOW 15

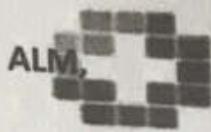
3) NEUROVASCULAR +

### CONDUTA:

AGUARDA TRATAMENTO CIRURGICO SABADO

  
Dr. Antônio Yves Cordeiro de Mello Junior  
CRM 27778





**SERVIÇO DE TRAUMATOLOGIA**

**DATA: 29/2/2020 09:35**

**Evolução Enfermaria Ortopedia e Traumatologia**

<b>NOME:</b> MARILIA SELMA DOS SANTOS	
ENFERMARIA/ LEITO 401-2	REG: 125090

**401-2**

**Evolução Clínica**

**Evolução:**

**HD: PRÉ-OP PLATO TIBIAL ( SCHATKER V ) + FRATURA DE MULTIPLAS COSTELAS**

**CD: PACIENTE NO MOMENTO EM BOM ESTADO GERAL. AGUARDANDO TTO  
CIRURGICO**

**EXAME FÍSICO**

**1) BOM ESTADO GERAL/ ACIANOTICA, ANICTERICA, AFEBRIL / LUCIDA, ORIENTADA  
EM TEMPO E ESPAÇO / EUPNEICA**

**2) GLASGOW 15**

**3) NEUROVASCULAR +**

**CONDUTA:**

**AO BLOCO**

*Igor Abutrab*  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM-SP 11778



## SERVIÇO DE TRAUMATOLOGIA

DATA: 1/3/2020 10:57

## Evolução Enfermaria Ortopedia e Traumatologia

NOME: MARILIA SELMA DOS SANTOS		
	ENFERMARIA/ LEITO 401-2	REG: 125286

401-2

## Evolução Clínica

### Evolução:

HD: PRÉ-OP PLATO TIBIAL ( SCHATKER V ) + FRATURA DE MULTIPLAS COSTELAS

CD: PACIENTE NO MOMENTO EM BOM ESTADO GERAL. AGUARDANDO TTO

### Cirúrgico

### Exame Físico

1) BOM ESTADO GERAL/ ACIANOTICA, ANICTERICA, AFEBRIL / LUCIDA, ORIENTADA  
EM TEMPO E ESPAÇO / EUPNEICA

2) GLASGOW 15

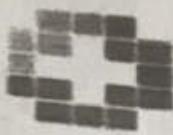
3) NEUROVASCULAR +

### Conduta:

PCT POS APERADA RECEBERÁ ALTA AMANHA  
ATB POR 24 H

*Dr. Bruno Dalto  
Ortopedia / Traumatologia  
CRM/PE-26.033*





**HOSPITAL  
DOM HELDER**

 GESTÃO  
**IMIP**  
HOSPITALAR

## SERVIÇO DE TRAUMATOLOGIA

DATA: 2/3/2020 09:40

### Evolução Enfermaria Ortopedia e Traumatologia

<b>PACIENTE: MARILIA SELMA DOS SANTOS</b>				
REGISTRO: 125286	DN: 03/08/1987	IDADE:32	DATA ADMISSÃO: 22/02/2020	DATA ALTA: 02/03/2020

### Evolução Clínica Alta Ortopedia

**HD: FRATURA DE PLATO TIBIAL DIREITO**

**CD: OSTEOSINTESE COM PLACA 4.5MM + PARAFUSO CANULADO**

PCT EM BOM ESTADO GERAL APÓS TTO CIRÚRGICO. NO MOMENTO SEM QUEIXAS, FERIMENTO SEM SAÍDA DE SECREÇÃO PURULENTA E SEM DEMAIS SINAIS INFECCIOSOS. NO MOMENTO EM CONDIÇÕES DE ALTA PARA ACOMPANHAMENTO AMBULATORIAL.

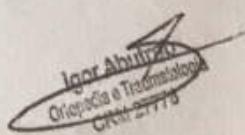
OBS: .

#### EXAME FÍSICO:

- 1) EGR/AAA/LOTE/EUPNEICO
- 2) GLASGOW 15
- 3) NEUROVASCULAR (+)

**ALTA SOB ORIENTAÇÃO DR. EDGLEY**

- **CONDUTA:**
- ALTA PARA ACOMPANHAMENTO AMBULATORIAL + FISIOTERAPIA
- ORIENTAÇÕES AO PCTE E FAMÍLIA SOBRE CUIDADOS, RISCOS E RETORNO
- MEDICAÇÃO PARA CASA
- RETORNO AMBULATORIAL
- ATESTADO
- 

  
Igor Abuturad  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM 27773

Digitalizada com CamScanner



Aviso de Cirurgia : 45576  
Paciente : 125286  
Convênio Atend. : 1  
Leito : 700  
Dt. Início : 26/02/2020 09:33  
Id. Pré-Operatório : S821  
Id Pós-Operatório :

Sala : 0002 SALA 02  
MARILIA SELMA DOS SANTOS  
SUS - INTERNACAO  
401 - 02 - LT TRAUMA  
DL. Fim : 26/02/2020 10:00  
FRATURA DA EXTREMIDADE PROXIMAL DA TIBIA

Atendimento : 551560  
Carteira :  
Idade : 32 Anos

Procedimento: 0408050551 TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DO PLANALTO TIBIAL (PRINCIPAL)  
Convênio: 001 SUS - INTERNACAO  
Anestesia: 05 RAQUI ANESTESIA

CIRURGIAO 14583 EDGLEY MACIEL LACERDA JUNIOR

Descrição Cirúrgica :

Descrição Cirúrgica

1. PACIENTE EM DECÚBITO DORSAL EM MESA CIRÚRGICA
2. ASSEPSIA E ANTI-SEPSIA
3. APOSIÇÃO DE CAMPOS CIRÚRGICOS ESTÉREIS
4. REDUÇÃO DA SUBLUXAÇÃO
5. FIXAÇÃO TRANS-ARTICULAR EM JOELHO D COM FIXADOR TUBO A TUBO
6. CURATIVO
7. RX DE CONTROLE

Achados Cirúrgicos:

Descrição Complementar

CRM 14583  
Técnico Cirúrgico  
Edgley Maciel Lacerda Junior  
CRM : 14583

10 MAR. 2020

HOSPITAL METROPOLITANO SUL - DOM HELDER CAMARA

Digitalizada com CamScanner



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 27/08/2020 16:54:18  
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20082716541829700000065810300>  
Número do documento: 20082716541829700000065810300

Num. 67087064 - Pág. 23

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

**REGISTRO  
GERAL**

7.061.713

DATA DE  
EXPEDIÇÃO  
**29/12/2017**

NOME

•• MARÍLIA SELMA DOS SANTOS ••

FILIAÇÃO

« OSIAS BRASILINO DOS SANTOS »»  
« ANA SELMA DE ARRUDA SANTOS »»

NATURALIDADE

IPOJUCA - PE

DATA DE NASCIMENTO  
**03/08/1987**

DOC. ORIGEM << 07569701 551987 1 00010 152

0011361 99 IPOJUCA-PB  
CPF  
067.610.324-31  
PA  
Iceni

**PAUCA, TENORIO DE CARVALHO  
DELEGADO DE JUSTICIA CIVIL  
CESARIE DO MIB**

ASSINATURA DO DIRETOR

Indústria Gráfica Brasileira Ltda

Digitalizada com CamScanner



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 27/08/2020 16:54:18  
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2008271654182970000065810300>  
Número do documento: 2008271654182970000065810300

Num. 67087064 - Pág. 24

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

EC-2

ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO TAVARES BURIL



POLEGAR DIREITO



Indústria Gráfica Brasileira Ltda.

*Moníca Sônia dos Santos*  
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

Digitalizada com CamScanner



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 27/08/2020 16:54:18  
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20082716541829700000065810300>  
Número do documento: 20082716541829700000065810300

Num. 67087064 - Pág. 25

## RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS - INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS

<b>MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO APRESENTADO</b>	
<b>DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS:</b>	
<input type="checkbox"/> Formulário de Pedido do Seguro DPAAT <input type="checkbox"/> Registro de ocorrência expedido pela autoridade policial (cópia simples e legível) <input type="checkbox"/> 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) <input type="checkbox"/> CPF da vítima (cópia simples e legível) <input type="checkbox"/> Relatório do médico assistente, informando as lesões sofridas em decorrência do acidente e o tratamento realizado (cópia simples e legível) <input type="checkbox"/> Comprovantes (originais e legíveis) das despesas médicas hospitalares quitadas <input type="checkbox"/> Notas Fiscais (originais e legíveis) de farmácia acompanhadas do respectivo recibo/relatório médico (cópia simples e legível) <input type="checkbox"/> Comprovante de residência em nome da vítima (cópia simples e legível)	
<b>MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO APRESENTADO</b>	
<b>DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS:</b>	
<input type="checkbox"/> 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) <input type="checkbox"/> CPF do Representante Legal, se houver (cópia simples e legível) <input type="checkbox"/> Comprovante de residência em nome do Representante Legal, se houver (cópia simples e legível) obs: Representante Legal é quem representa a vítima menor, de 0 a 15 anos. (páis ou tutor)	
<b>MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO APRESENTADO</b>	
<b>DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE:</b>	
<input type="checkbox"/> Formulário de Pedido do Seguro DPAAT Registro de ocorrência expedido pela autoridade policial (cópia simples e legível) <input type="checkbox"/> 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) <input type="checkbox"/> CPF da vítima (cópia simples e legível) <input type="checkbox"/> Laudo do IML (cópia simples e legível) <input type="checkbox"/> Declaração de Ausência de Laudo do IML, presente no Formulário de Pedido do Seguro DPAAT <input type="checkbox"/> Boletim de atendimento hospitalar ou ambulatorial (cópia simples e legível) <input type="checkbox"/> Comprovante de residência em nome da vítima (cópia simples e legível)	
<b>MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO APRESENTADO</b>	
<b>DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE:</b>	
<input type="checkbox"/> 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) <input type="checkbox"/> CPF do Representante Legal, se houver (cópia simples e legível) <input type="checkbox"/> Comprovante de residência em nome do Representante Legal, se houver (cópia simples e legível) obs: Representante Legal é quem representa a vítima menor, de 0 a 15 anos. (páis ou tutor)	
<b>MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO APRESENTADO</b>	
<b>INFORMAÇÕES IMPORTANTES</b>	
<b>VALORES DE INDENIZAÇÕES:</b> Invalidade Permanente = até R\$ 13.500,00 Despesas Médicas (DAMS) = até R\$ 2.700,00 (Reembolso)	
<b>INFORMAÇÕES IMPORTANTES</b>	
• O prazo para pagamento da indenização é de 30 dias contados a partir da entrega da documentação completa • Com base na Legislação em vigor, poderá ser solicitados documentos complementares, como os listados anexo, nesse formulário • Para acompanhar o pedido de indenização, acesse <a href="http://www.seguradoralider.com.br">www.seguradoralider.com.br</a> ou ligue para Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios): Capital e região metropolitana: 4000-1556 / Outras regiões: 0800 022 12 04 / Das 8h às 20h	
<b>RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA</b>	
Data: <u>20/08/2020</u> Nome: <u>José Francisco Senna dos Santos</u> Assinatura	



## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3200221562      **Cidade:** Ipojuca      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** MARILIA SELMA DOS SANTOS      **Data do acidente:** 22/02/2020      **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

### PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 23/06/2020

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DE PLATÔ TIBIAL DIREITO.  
FRATURA DE ARCOS COSTAIS.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO (FIXADOR EXTERNO+PLACA+PARAFUSOS) E ALTA MÉDICA. (P1,2,4,8,14,15)

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO JOELHO DIREITO.

**Sequelas:** Com sequela

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento faltante:**

**Apontamento do Laudo do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO JOELHO DIREITO.

**Documentos complementares:**

**Observações:**

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

### DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
		<b>Total</b>	<b>12,5 %</b>	<b>R\$ 1.687,50</b>



## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3200221562      **Cidade:** Ipojuca      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** MARILIA SELMA DOS SANTOS      **Data do acidente:** 22/02/2020      **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

### PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 22/06/2020

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DE PLATÔ TIBIAL DIREITO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO (FIXADOR EXTERNO+PLACA+PARAFUSOS) E ALTA MÉDICA. (P1,2,4,8,14,15)

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO JOELHO DIREITO.

**Sequelas:** Com sequela

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento faltante:**

**Apontamento do Laudo do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO JOELHO DIREITO.

**Documentos complementares:**

**Observações:**

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

### DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
		<b>Total</b>	<b>12,5 %</b>	<b>R\$ 1.687,50</b>



## RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0171586/20

**Vítima:** MARILIA SELMA DOS SANTOS

**CPF:** 067.610.324-31

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 22/02/2020

**Titular do CPF:** MARILIA SELMA DOS SANTOS

**Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

### DOCUMENTOS APRESENTADOS

#### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Declaração de Inexistência de IML  
Documentação médico-hospitalar  
Documentos de identificação  
Outros

**MARILIA SELMA DOS SANTOS : 067.610.324-31**

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

### ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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

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

#### Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 22/06/2020  
Nome: MARILIA SELMA DOS SANTOS  
CPF: 067.610.324-31

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 22/06/2020  
Nome: RAIANNE SILVA BARBOSA  
CPF: 102.869.074-61

MARILIA SELMA DOS SANTOS

RAIANNE SILVA BARBOSA



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 27/08/2020 16:54:18  
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20082716541829700000065810300>  
Número do documento: 20082716541829700000065810300

Num. 67087064 - Pág. 29