Tribunal de Justiça de Pernambuco
PJe - Processo Judicial Eletrônico

24/09/2020

Número: **0039534-16.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**
Órgão julgador: **Seção B da 9ª Vara Cível da Capital**
Última distribuição : **19/08/2020**
Valor da causa: **R$ 7.762,50**
Assuntos: **Acidente de Trânsito, Acidente de Trânsito**
Segredo de justiça? **NÃO**
Justiça gratuita? **SIM**
Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
LINDEMBERG FAUSTINO DE SOUZA (AUTOR)	**CAMILLA ALMEIDA LOPES TAVARES (ADVOGADO)**
TOKIO MARINE BRASIL SEGURADORA S.A. (REU)	

Documentos			
Id.	**Data da Assinatura**	**Documento**	**Tipo**
68528974	24/09/2020 17:03	ANEXO 1	Outros (Documento)

Seguradora Líder - DPVAT

Rio de Janeiro, 17 de Junho de 2014

Carta n°: 4564610

A/C: LINDEMBERG FAUSTINO DE SOUZA

Sinistro:	**2014254198**
Vitima:	**LINDEMBERG FAUSTINO DE SOUZA**
Data Acidente:	**18/12/2013**
Natureza:	**INVALIDEZ**
Procurador:	

Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

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: **LINDEMBERG FAUSTINO DE SOUZA**

Valor: **R$ 5.062,50**

Banco: **104**

Agência: **000000876**

Conta: **0000097145-1**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

Memória de Cálculo:

Perda completa da mobilidade de um dos punhos, em grau médio = 18,75%	R$	**2.531,25**
Perda completa da mobilidade de um dos punhos, em grau intenso = 18,75%	R$	**2.531,25**
Perda completa da mobilidade de um tornozelo, em grau médio = 18,75%	R$	**2.531,25**
Perda completa da mobilidade de um tornozelo, em grau intenso = 18,75%	R$	**2.531,25**
Total avaliado:	R$	**5.062,50**
Valor de Multa / Juros:	R$	**0,00**

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.dpvatsegurodotransito.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 01813/01814

00020907

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 24/09/2020 17:03:01
https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20092417030109700000067210575
Número do documento: 20092417030109700000067210575

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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Sinistro:	***2014254198 - 1***
Nome do(a) Examinado(a):	***LINDEMBERG FAUSTINO DE SOUZA***
Endereço do(a) Examinado(a):	***RUA ERCINA LAPENDA nº 105 - MATRIZ DA LUZ - SAO LOURENCO DA MATA/PE***
Identificação - Órgão Emissor/UF/Número:	***RG 6852298 - SSP***
Data local do exame:	***05/06/2014 RECIFE/PE***

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva as lesões produzidas pelo trauma, o resultado do exame fisico voltado para as regiões lesionadas e o(s) diagnôstico(s)

FRATURA DE RADIO DISTAL PUNHO DIR E MALEOLO LATERAL TORNOZELO ESQ

a) O quadro clínico documentado neste exame decorre de lesão que tenha sito provocada em acidente automobilistico registrado na forma de sinistro que indicou esta avaliação?

[X] SIM [ ] NÃO

b) A(s) queixa(s) do(a) Examinado(a) está(ão) relacionada(s) com as lesões decorrentes deste acidente, inclusive com os registros em boletim de atendimento médico?

[X] SIM [ ] NÃO

II. Descreva a evolução atual do quadro clínico, os tratamentos realizados, a data da alta e os resultados, incluindo complicação.

TRATAMENTO CIRURGICO DE PUNHO E GESSO EM TORNZOELO

III. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)?

[X] SIM [ ] NÃO

Existindo sequela(s) que seja(m) geradora(s) de invalidez total ou parcial informe qual(is) e descreva as perdas anatômicas e/ou funcionais que sejam definitivas e que justifiquem os danos corporais permanentes.

LIMITAÇÃO ACENTUADA DA FLEXOEXTENSAO E SUPINAÇÃO PUNHO DIR
LIMITAÇÃO DA FLEXAO E EVERSAO TORNOZELO ESQ

IV. 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 acometico.

a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações(*).

[ ] Vitima em tratamento

Esta avaliaçaõ médica deve ser repetida em dias

[ ] Exame não permite conclusão

Vide motivo do impedimento no campo das observações

[ ] Sem sequela permanente

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)
PUNHO DIR

[ ] 10% [ ] 25% [ ] 50% [X] 75% [ ] 100%

Região Corporal(Sequela)

[ ] 10% [ ] 25% [ ] 50% [ ] 75% [ ] 100%

Região Corporal(Sequela)
TORNOZELO ESQ

[ ] 10% [ ] 25% [ ] 50% [X] 75% [ ] 100%

Região Corporal(Sequela)

[ ] 10% [ ] 25% [ ] 50% [ ] 75% [ ] 100%

c) Havendo dano corporal total com repercussão na íntegra do patrimônio físico - assinale a opção abaixo sempre apresentando a justificativa médica para este enquaramento no campo das observações(*).

[ ] Total = "100% da IS"

V. Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valorização do dano corporal.

Local e data de realização do exame médico legal:

PE - RECIFE, 05/06/2014

Médico Perito: MARIA DE FATIMA FURTADO VELOSO DE MELO CRM: 52495155

Dra. Fátima Furtado Melo
Médica Perita
CRM-PE - 52.495-5
Cadastro Nacional

Assinatura do perito Examinador - CRM

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: 11/06/2014

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 5.062,50

*******TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: LINDEMBERG FAUSTINO DE SOUZA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00876

CONTA: 000000097145-1

Nr. da Autenticação 986DCFDF8D521644

DOCUMENTACAO MEDICO HOSPITALAR *10940

HOSPITAL OTÁVIO DE FREITAS
EMERGÊNCIA

1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Atendimento: 201562 Prontuário: 923823

Nome: LINDEMBERG FAUSTINO DE SOUZA
Data Nasc.: 14/02/1984 Idade: 29 Sexo: MASCULINO Cor: PARDA Religião:
CPF: RG: CNS: 898004102936116
Endereço: CINALAPINGA Nº: 115
Bairro: CENTRO Cidade: SAO LOURENCO DA MATA Estado: PE
CEP: 54736780 Fone: 92503274 Celular:
Acompanhante: Profissão:
Nome da Mãe: FRANCISCA MARIA DA CONCEICAO
Nome do Conjuge:
Clínica: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA ficha social em anexo

2 - ATENDIMENTO Data: 18/12/2013 15:06 Médico: MEDICO PLANTONISTA

Queixa Principal / HDA:

Paciente com [illegible]

Exame Físico: PA:_____ FC:_____ FR:_____

[illegible] (P) e [illegible] (E)

Diag. Provisório:

[illegible]

[illegible] p/ [illegible] e [illegible]

Prescrição: Dieta:

Data		

RESINTRAN
02 ABR 2014

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 24/09/2020 17:03:01
https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20092417030109700000067210575
Número do documento: 20092417030109700000067210575

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 24/09/2020 17:03:01
https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20092417030109700000067210575
Número do documento: 20092417030109700000067210575

HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS

Sistema da Classificação de Risco - Protocolo MANCHESTER V2

18/12/2013 15:10

Nome Paciente:	LINDEMBERG FAUSTINO DE SOUZA
Cod. Paciente:	92[illegible]823
Data de Nascimento:	14/02/1984
Sexo:	Masculino
Idade:	29
Senha:	EA0022
Convênio:	2 - SUS - AMBULATORIO
Atendimento:	201582

18/12/2013 15:10 - ALDIVA ERICE BEZERRA MODESTO DE LUNA - COREN: 94448 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Prioridade	AMARELO - URGENTE
	AMARELO
Queixa Principal:	VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO COM TRAUMA EM MSD, DOR NAS COSTAS E ESCORIAÇÃO PEQUENA EM PESCOÇO
Observação:	NEGA ALERGIAS
Fluxograma sintoma:	PROBLEMAS EM EXTREMIDADES
Discriminador(es):	DOR MODERADA?
Especialidade:	ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA
Alergias:	
Sinais Vitais Lidos:	- REGUA DE DOR: 5

RESINTRAN
02 ABR. 2014

Acolhido(a) por: ALDIVA ERICE BEZERRA MODESTO DE LUNA
Data: 18/12/2013 15:10

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 24/09/2020 17:03:01
https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20092417030109700000067210575
Número do documento: 20092417030109700000067210575

HOSPITAL OTÁVIO DE FREITAS
EMERGÊNCIA

3 - Evolução / Exames

Termo de Responsabilidade de Alta a Pedido ( ) Paciente ( ) Familiar

Responsabilizo-me pela imediata retirada do paciente dese nosocômio, bem como tenho absoluto conhecimento sobre todas as conseguencias que esse ato possa acarretar.

Nome: _____

Endereço: _____ RG: _____

Data: ____ / ____ / _____ Tel.: _____

_____
Assinatura

Autorização de Procedimeto ( ) Paciente ( ) Familiar

Nome: _____

Endereço: _____ RG: _____

Procedimento: _____ Tel.: _____

RESINTRAN
02 ABR. 2014

Diag. Definitivo: _____ Assinatura

Destino do Paciente

( ) Alta ( ) Cirurgia ( ) Óbito ( ) Evadiu-se ( ) Termo de Alta a Pedido

( ) Transferência: _____ ( ) Internamento _____

Condição de Alta

( ) Curado ( ) Melhorado ( ) Inalterado ( ) Óbito

Data: 15 / 11 / 14 Hora: _____ Médico: _____ CRM: _____

12/18/2013 3:06:30 PM
2 de 2

Francisco J. Serrano Cavalcanti
Ortopedia - Traumatologia
CRM: 4562

Usuario do Atendimento
MARILIACSB

SES
HOSPITAL OTÁVIO DE FREITAS

ENTREVISTA SERVIÇO SOCIAL

ÁREA DE ATUAÇÃO: C. Cirúrgica

NOME: Lindembergh Faustino de Souza SEXO: X M F
RG: 6852278 SSP/PE CARTÃO DO SUS: 898 0041 0293 6116
DATA DE NASCIMENTO: 14.02.84 IDADE: 27 anos RELIGIÃO: Católico
FILIAÇÃO: Angelino Faustino de Souza
E: Francisca Maria da Conceição
ENDEREÇO: Rua Ecina Lapenda 195
Matriz da Luz Sã Lourenço da Mata
PONTO DE REFERÊNCIA: 9250 3274-8888 Lindalva
TELEFONES P/ CONTATO: Próximo ao Clube Ponte Preta com
ESCOLARIDADE: 4ª série fund. PROFISSÃO: Pedreiro
VÍNCULO EMPREGATÍCIO: X SIM, ( ) NÃO, OUTROS: CRESITRAN
BENEFÍCIO: PREVIDENCIÁRIO ( ), ASSISTENCIAL ( ) 02 ABR. 2014
COMPOSIÇÃO FAMILIAR: Reside com a companheira
1º ATENDIMENTO: (X) READMITIDO ( ) PROCEDÊNCIA:
ACOMPANHANTE: Lindalva Ferreira da Silva
TABAGISMO: Sim USO DE ETÍLICO: Sim OUTROS:
REDE DE SERVIÇO SUS: PSF ( ) CAPS ( ) AMBULATÓRIO ( ) OUTROS ( )
ENTREVISTADO: Lindalva Silva GRAU/PARENTESCO: Comp.
OUTRAS INFORMAÇÕES: Veio encaminhado da UPA de Sarzedo sofreu acidente de moto causando fratura no punho e no tornozelo.
Nega diabetes e hipertensão
Relata família tem boa família.

Quanto renda + acompanhante

18.12.2012

Elizabete Miguel dos Santos
Assistente Social
CRESS – PE 3050

Elizabete

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 24/09/2020 17:03:01
https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20092417030109700000067210575
Número do documento: 20092417030109700000067210575

SES/FUSAM
HOSPITAL GERAL OTÁVIO DE FREITAS

Nº REGISTRO:

EVOLUÇÃO CLÍNICA

NOME: [illegible]

CLÍNICA: [illegible] ENF.: 06 LEITO:

DATA	HORA	EVOLUÇÃO
	13/11/15	RX 2 [illegible]
		[illegible]
	13/02	Paciente estável [illegible] Alta hospitalar.

RESINTRAN
02 ABR. 2014

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 24/09/2020 17:03:01
https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20092417030109700000067210575
Número do documento: 20092417030109700000067210575

SES/FUSAM
HOSPITAL GERAL OTÁVIO DE FREITAS

Nº REGISTRO:

EVOLUÇÃO CLÍNICA

NOME: [illegible]

CLÍNICA:

ENF.:

LEITO:

DATA	HORA	EVOLUÇÃO
06/01/19		Pref. GOR e/o D/to [illegible] [illegible] p/ [illegible] c/ MSD + MSE [illegible] 22-8 com [illegible] [illegible]
		[illegible]
		[illegible]
	07/01	GOR consciente, SSVV estável, e/ tala MSD ag. sinal de coagulação
	08/01/19	Fisioterapia motora (03.03.05.005-9). Pte s/ tala de MSE. Orientados e cuidados. Realizado cinesioterapia ativo e assistida em MSE e MSD (articulações)
	08/01/19	Pref. evolui e/o D/to SSVV. Mantido tala MSD + MSE. Acesso DE: 2 (+)
	08/01/19	Paciente evoluiu GOR consciente, orientado, eupneico, afebril, seguindo ortesiografia
	09	Paciente evoluiu sem queixa no momento

BESINTRAN
02 ABR. 2016

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 24/09/2020 17:03:01
https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20092417030109700000067210575
Número do documento: 20092417030109700000067210575

DATA	HORA	EVOLUÇÃO
	09/01/14	PCI [illegible] Conforme [illegible] Apresenta [illegible] 20 lub SVV [illegible] E.O. [illegible] bota [illegible] gerada MIE, [illegible] de dor (medicado) [illegible] em observação
	10/01/14	Paciente evolui ECR consciente, orientado, eupneico, afebril, clínica em MSD, segue sem queixas
	10/01/14	Paciente evolui sem queixas no momento
	11/01	Está consciente orientado, SSVV estável, movendo em MSD. Sem queixas algumas
	11/01/14	2º DPO pós MIE (consciente, orientado, eupneico, afebril, clínica de dor (medicado) Tala MEn. Bota gessada MIE, SSVV estáveis. Pé extremamente limpo, sem observação
12/01/14		Pact ECR e/o D/10 SSVV estáveis 3º DPO MSE e 1º DIA ENTE e 1º DIA CIRURGIA
	12/01/14	Paciente evolui ECR consciente orientado, eupneico, afebril, segue aguardando cirurgia

RESINTRAN
02 ABR. 2014

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 24/09/2020 17:03:01
https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20092417030109700000067210575
Número do documento: 20092417030109700000067210575

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 24/09/2020 17:03:01
https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20092417030109700000067210575
Número do documento: 20092417030109700000067210575

SES/FUSAM
HOSPITAL GERAL OTÁVIO DE FREITAS | Nº REGISTRO:

EVOLUÇÃO CLÍNICA

NOME: Lindemberg Faustino

CLÍNICA: | ENF.: | LEITO:

DATA	HORA	EVOLUÇÃO
30/12/13		Fisioterapia Motora (03030500 1-5) Pcte com fratura de punho dir. e tornozelo esq, com tala gessada MIE e MSD. Ele queixa de dor no MIE, dificulta deambular mas e deles depois realizado cinesioterapia para abrir fatores articulares MMSS e MSD.
30/12/13		Prof. CGR do CCP. NEGO FALA TEM MSD + MIE AG. DIRIGIR P/ 02/01/14
	31/12	Paciente estável, mantendo tala MSD + MIE, e causa sensibilidade sugere sem pegar mão direita.
	01/01	CGR, consciente, orientado, afetivo, eupneico normocórdico. Pr. e/ tala MSD e MIE. Ás vezes comunica.
	01/01/14	Ebm consciente, orientado, hidratado, tala MIE, e tala MSD, dita sem a perda da sensibilidade, e queixa de dor. Segue em observação.
02/01/14		Fisioterapia motora (03.02.05.001-5) Pcte s/ alterações.

RESINTRAN
02 ABR. 2014

DATA	HORA	EVOLUÇÃO
02/01		Pcte EGR, consciente, orientado, SSVV estáveis, acente diurese, dreno, ferida tipóia MSD, curativo + tala MIE. Aguardo cir MSD, sem queixas. Segue cir do dia
02/01/14		Paciente evoluiu EGR, consciente orientado, eupnéico, afebril. Segue aguardando cirurgia
03/01		EGR, consciente, orientado, SSVV estável, mantendo tala MIE + MSD. Aguardando cirurgia
04/01/14		Transferência maca (0.502.050.021-9) Pte sem alteração, conversado
05/01/14		Paciente estável, tala MIE e tala MSD aguardando cirurgia
06/01/14		Ret CGR e/o D/VD realizado em 06/01/14 TALA EM MSD + MIE
05/01		EGR, SSVV estável, pós-cirurgia amanhã, jejum zero a noite
07/01/14		Pausa estável, tala MIE e tala MSD, dieta zero a partir das 22h p/ cirurgia amanhã. Sofalina
06/01/14		Sai do Pacto

RESINTRAN
02 ABR. 2014

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 24/09/2020 17:03:01
https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20092417030109700000067210575
Número do documento: 20092417030109700000067210575

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 24/09/2020 17:03:01
https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20092417030109700000067210575
Número do documento: 20092417030109700000067210575

SES/FUSAM
HOSPITAL GERAL OTÁVIO DE FREITAS | Nº. REGISTRO:

EVOLUÇÃO CLÍNICA

NOME: Lindemberg faustino de Souza
CLÍNICA: Trauma I | ENF.: 06 | LEITO: 01

DATA	HORA	EVOLUÇÃO
	23/12/12	A Enfermagem # Trauma I. Paciente usou EGR, consciente, orientado, acompanhado, ansioso, hidratado.
	93 / 12 / 13	Paciente evolui EGR consciente orientado, eupneico, afebril, segui com quixas.
	24/12/12	Cuba. Mal. MSD
	24/12	EGR, corado, orientado, SSVV estável e pale MIE + MIE, aj. troca de pale.
	25 / 12 / 13	Paciente evolui EGR consciente, orientado, eupneico, afebril, segui com quixas e do pressurado
	26/12	Sem g. 90. TMD

RESINTRAN
02 ABR. 2014

Ana Lúcia Lima
Ortopedista Traumatologista
CRM-PE 20041

DATA	HORA	EVOLUÇÃO
	26/12	EGR, lúcido, orientado, afebril, eupnéico, normotenso, fala, mantendo dor MSD, s/ queixas alíticas.
26/12	22h	Enfermagem: Paciente - EGR, consciente, orientado, com dor MSD, queixoso.
	27/12	Paciente evoluiu EGR, consciente orientado, eupnéico, afebril, segue com queixas.
	28/12	EGR, consciente, orientado, s/ sintomas, mantendo dor MSD + dor MSE. s/ queixas.
29/12		Pact. EGR c/ c/o D/Vs. Tem MSD + MSE.
		RESINTRAN 02 ABR. 2014
	29/12	Paciente evoluiu EGR consciente orientado, eupnéico, afebril com dor MSD sendo a queixa principal.
	30/12	Paciente estável mantendo dor MSD e MSE. As vezes acompanha.

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 24/09/2020 17:03:01
https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20092417030109700000067210575
Número do documento: 20092417030109700000067210575

SES/FUSAM
HOSPITAL GERAL OTÁVIO DE FREITAS | Nº REGISTRO: 923823

EVOLUÇÃO CLÍNICA

NOME: Lindemberg Faustino de Souza

CLÍNICA: | ENF.: | LEITO:

DATA	HORA	EVOLUÇÃO
	18/12/18	Enfermagem - Área Azul Sul
	22:45h	Evolui com EGR, consciente, orientado, lúcido, eupnéico, afebril, acianótico, hidratado por via periférica em MSE; tala gessada em MSD com tipoia; tala gessada em MSE; refere dor em MSD. Segue em observação.
		Dra. Andréa Cavalcante A. Mello Enfermeira COREN-PE 79740
	19/12/18	Pleito Reduca incluenta c/ Atenção focal. 80% de curativo
		A' cirurgia eletiva
		Dra. Andréa Cavalcante A. Mello Enfermeira COREN-PE 79740
20/12/18	11:40h	Enfermagem - Área Azul Sul
		Evolui com EGR, consciente, orientado, afebril ao toque, eupnéico, hidratado; tala gessada em MSD com tipoia. Aguarda cirurgia eletiva. Aguarda vaga na traumatologia. Segue em observação.
		Dra. Andréa Cavalcante A. Mello Enfermeira COREN-PE 79740
		RESINTRAN 02 ABR. 2014
20/12/18	21:13	Paciente evolui em EGR, consciente orientado, hipocorado, contro de dor 9°C, eupnéico, acianótico, anictérico, integridade cutânea: íntegra, tala gessada MSD + MIE, abdômen semigloboso, eliminações fisiológicas. Obs: Aq. cirurgia eletiva e transferência p/ o posto 4 406

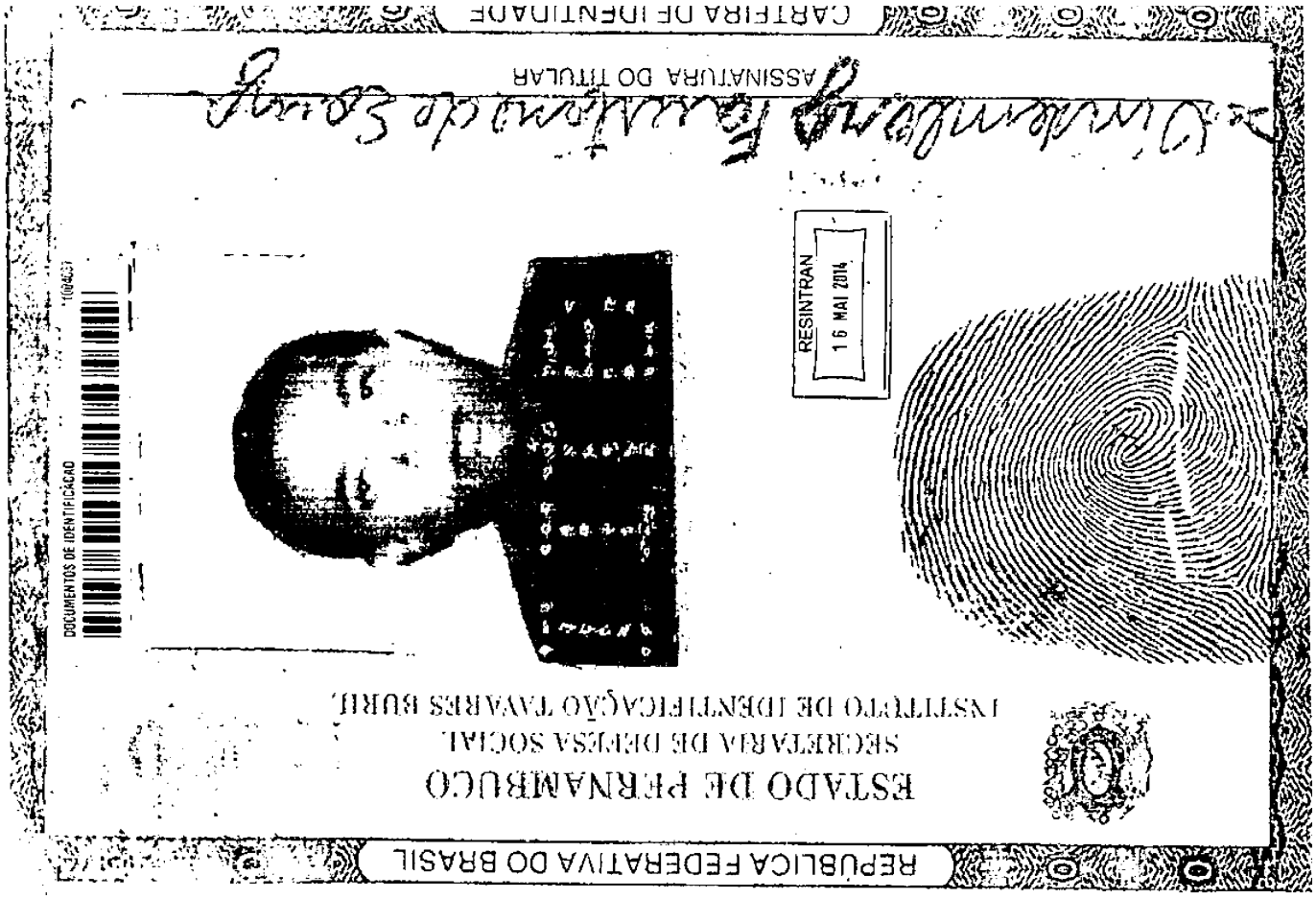
M3-RC/07

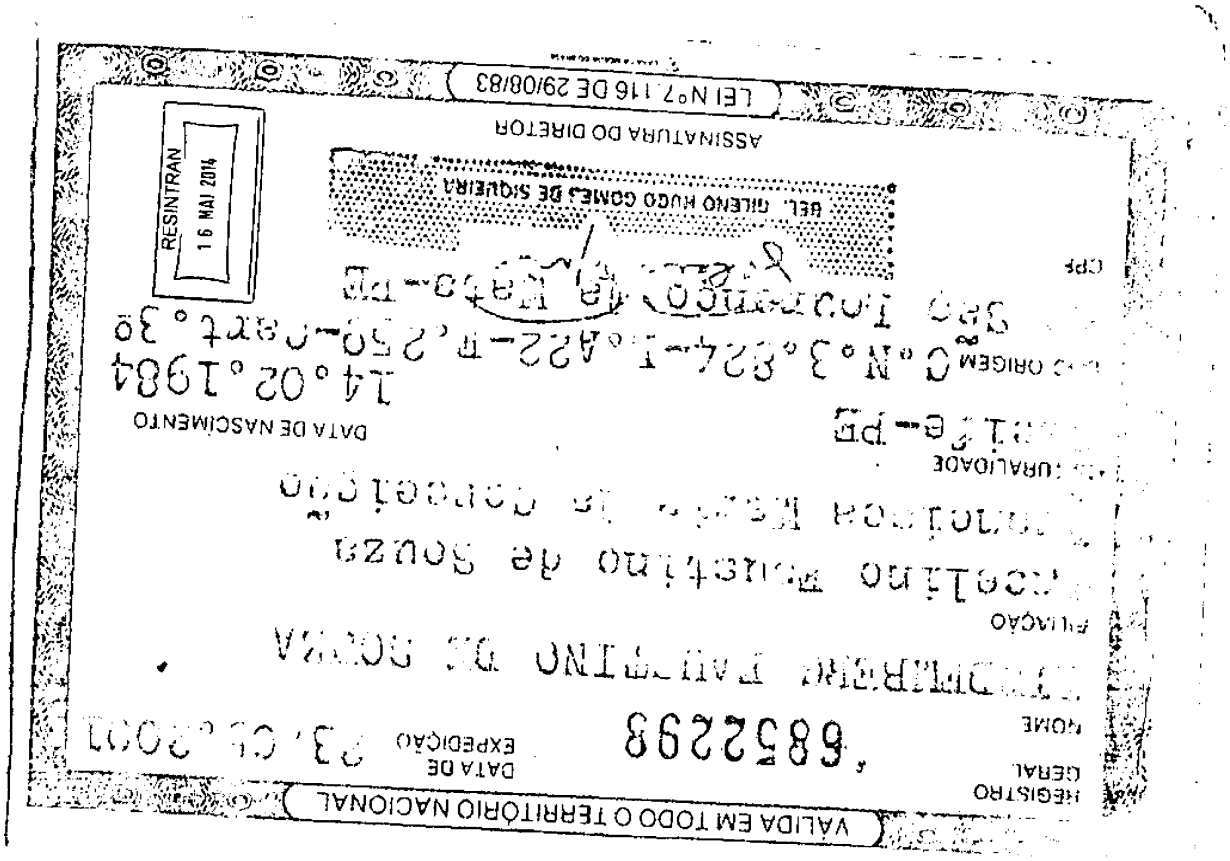
Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 24/09/2020 17:03:01
https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20092417030109700000067210575
Número do documento: 20092417030109700000067210575

DATA	HORA	EVOLUÇÃO
	20/12	Paciente ADM procedente de emergência com, orientado, afebril, eupnéico, normotenso. VP. mantendo SVE MSE + MSD. Segue repouso no leito. Dieta DM + HAS. Cuidados gerais e Drogas medicamentosas
	20/12	HD. Fx de radio distal Fx de demo esquerdo sem queixas estável aguardando exames
21/12/13		Pct EGP e/o DIVO a Acentos/palavra NVP Tolerando MSD + MSE, Ho/cuidados
	22/12	EGP, consciente, orientado, sem delírios. mantendo SVE MSD e MSE, segue repouso no leito. Aguardando cirurgia
23/12/13	21 h	Evolução Paciente EGP consciente orientado, afebril, eupnéico, Subjetivo, sem queixas, MSD e MSE imobilizados, aguardando ato cirúrgico

RESINTRAN
02 ABR. 2014

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 24/09/2020 17:03:01
https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20092417030109700000067210575
Número do documento: 20092417030109700000067210575


CARTEIRA DE IDENTIDADE
ASSINATURA DO TITULAR
RESINTRAN
16 MAI 2014
DOCUMENTOS DE IDENTIFICAÇÃO
ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO TAVARES BURIL
REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL



VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 6852298

DATA DE EXPEDIÇÃO 23.06.2003

NOME
GUILHERME FAUSTINO DE SOUZA

FILIAÇÃO
Nicolino Bustelino de Souza
Antonia Maria de Conceição

NATURALIDADE
Itabaiana-PB

DATA DE NASCIMENTO
14.02.1984

LOCAL DE ORIGEM
Nº 3.824-1.422-B.250-Cert.39
São Domingos de Baixo-PB

CPF

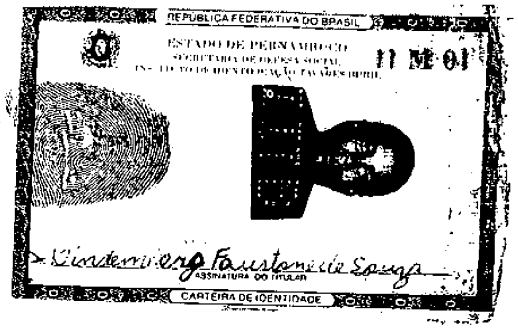
GEL. GILENO HUGO GOMES DE SIQUEIRA

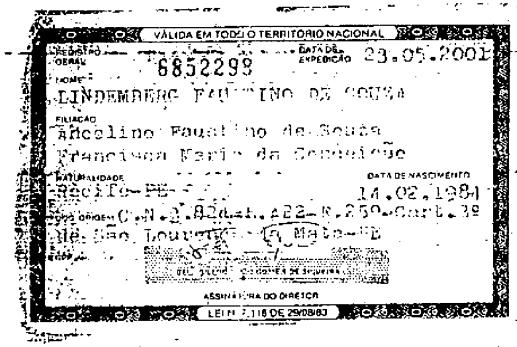
ASSINATURA DO DIRETOR

RESINTRAN
16 MAI 2014

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 24/09/2020 17:03:01
https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20092417030109700000067210575
Número do documento: 20092417030109700000067210575





RESINTRAN
02 ABR. 2014

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 24/09/2020 17:03:01
https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20092417030109700000067210575
Número do documento: 20092417030109700000067210575

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, LINDEMBERG FAUSTINO DE SOUZA, portador da carteira de identidade nº 6852298 e inscrito no CPF/MF sob o nº 058.836.704-40 residente e domiciliado na RUA ERCILIA LARENDA, 105-A, MATRIZ DA LUZ Cidade SÃO LOURENÇO, Estado PE, 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:

(X) Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou

( ) O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou

( ) O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido 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 a 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 impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.

OUTROS *1004054*

São Lourenço 26/03/14

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

RESINTRAN
02 ABR. 2014

Lindemberg Faustino de Souza

Local e data

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 24/09/2020 17:03:01
https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20092417030109700000067210575
Número do documento: 20092417030109700000067210575

uradora Líder - DPVAT

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

Nº DO SINISTRO _____ CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com **dados do beneficiário** da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, LINDEMBERG FAUSTINO DE SOUZA,
PORTADOR(A) DO RG Nº 68528974 EXPEDIDO POR _____ EM ___/___/___ E
CPF 058.836.704-40 /CNPJ ☐☐☐☐☐☐☐☐-☐☐☐☐-☐☐, PROFISSÃO AUTONOMO
E RENDA MENSAL DE R$ 600,00 (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA LINDEMBERG FAUSTINO DE SOUZA, AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(*) A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

Para evitar a reprogramação de um pagamento, lembre-se:

RESINTRAN
02 ABR. 2014

1) Os seguintes documentos não devem, de forma nenhuma, ser apresentados:

- **Conta salário e/ou benefício;**
- **Conta pessoa jurídica;**
- **Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for o titular;**
- **Conta tipo FÁCIL: atenção para o limite de movimentação financeira mensal;**
- **Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);**
- **Conta-POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidades Lotéricas com limite de movimentação financeira mensal de até R$2000,00;**
- **Conta bloqueada, inativa ou em proposta (não será aceita proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);**

2) O CPF do beneficiário/vítima não pode estar inválido, pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL - www.receita.fazenda.gov.br);

3) O CPF da conta informada para depósito não pode ser diferente do CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistro.

☐ **CRÉDITO EM CONTA-CORRENTE (ACEITAS CONTAS DE TODOS OS BANCOS)**
BANCO_____ AGÊNCIA_____ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-CORRENTE_____

☐ **CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO BRADESCO**
BANCO 237 • AGÊNCIA _____ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA _____

☐ **CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO DO BRASIL**
BANCO 001 • AGÊNCIA _____ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA_____

☐ **CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO ITAÚ**
BANCO 341 • AGÊNCIA _____ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA _____

☒ **CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DA CAIXA ECONÔMICA FEDERAL**
BANCO 104 • AGÊNCIA 0876 (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA 97145-1

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ACIMA DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO *1604029*

LOCAL São Lourenço DATA 26/03/14

ASSINATURA DO(A) BENEFICIÁRIO (A) Lindemberg Faustino de Souza

ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de **R$13.500,00** em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de **até R$13.500,00 em caso de invalidez permanente** (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de **até R$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares.**
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatsegurodotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 24/09/2020 17:03:01
https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20092417030109700000067210575
Número do documento: 20092417030109700000067210575

CAIXA

AUTO-ATENDIMENTO - AG ENCRUZILHADA
DATA: 27/03/2014 HORA: 14:17:10
TERMINAL: 00481049 CONTROLE: 004810490161

COMPROVANTE PROVISORIO DE
DEPOSITO EM DINHEIRO

CONTA CREDITADA: 0876.013.00097145-1
NOME: LINDEMBERG FAUSTINO DE SOUZA

VALOR TOTAL EM DINHEIRO: 50,00

NUMERO DO ENVELOPE: 0634611062
NUMERO DE CONTROLE: 086186874

A confirmação do depósito se dará pelo lançamento do valor na conta do favorecido após a abertura do envelope e a verificação dos valores contidos.

Informações, reclamações, sugestões e elogios
SAC CAIXA: 0800-726 0101
Ouvidoria da CAIXA: 0800-725 7474
www.caixa.gov.br

RESINTRAN
02 ABR. 2014

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 24/09/2020 17:03:01
https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20092417030109700000067210575
Número do documento: 20092417030109700000067210575

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 24/09/2020 17:03:01
https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20092417030109700000067210575
Número do documento: 20092417030109700000067210575

GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLICIA DA 025A. CIRCUNSCRICAO - PEIXINHOS

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 14E0115002427

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **19/03/2014** às **13:44**

ACIDENTE DE TRANSITO COM VITIMA NAO FATAL - Culposo (Consumado) que aconteceu no dia **18/12/2013** às **13:30**

Fato ocorrido no endereço: **AVENIDA DOUTOR BELMINIO CORREIA, 1** - Bairro: **CAPIBARIBE** - Município: **SAO LOURENCO DA MATA** - Estado: **PERNAMBUCO** - País: **BRASIL**
Local do Fato: **VIA PUBLICA** - Próximo: **NAO INFORMADO**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:
LINDEMBERG FAUSTINO DE SOUZA (VITIMA)

BOLETIM DE OCORRENCIA *1004026*

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

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

(VITIMA) - LINDEMBERG FAUSTINO DE SOUZA (presente no plantão) - Sexo: **Masculino**
Mãe: **FRANCISCA MARIA DA CONCEIÇÃO**; Pai: **ANCELINO FAUSTINO DE SOUZA** Data de Nascimento: **14/2/1984**;
Naturalidade: **RECIFE / PERNAMBUCO / BRASIL**
Documentos: **6852288/SDS/PE (RG)**, **05883670440 (CPF)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)**; Escolaridade: **NAO INFORMADO**;
Profissão: **AUTONOMO(A)**; Telefone de Contato: **NÃO INFORMADO**; Telefone Celular: **96742210**
Endereço Residencial: **BAIRRO DE CENTRO (bairro), 105, RUA ERCINA LAPENDA, CASA A, 55000-000, CENTRO, SAO LOURENCO DA MATA, PERNAMBUCO, BRASIL**
Endereço Comercial: **NÃO INFORMADO**
Dados Comerciais: **NÃO INFORMADO**

RESINTRAN
02 ABR. 2014

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

Complemento / Observação

A VÍTIMA SEGUIA PILOTANDO UMA MOTO HONDA/NXR 150 BROS, PLACA PEQ-3306/PE, D EPROPRIEDADE DE FLÁVIO SEVERINO DOS SANTOS QUANDO FOI TRANCADO POR UM VEÍCULO D EPLACA E CONDUTOR NÃO IDENTIFICADOS FAZENDO COM QUE O MESMO PERDESSE O CONTROLE DA MOTO E CAISSE EM SOLO EM SEGUIDA SOCORRIDO POR POPULARES E LEVADO PARA O HOSPITAL OTÁVIO DE FREITAS.

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

Num. 68528974 - Pág. 23

Lindembergh Faustino de Souza

LINDEMBERG FAUSTINO DE SOUZA
(VITIMA)

B.O. registrado pelo policial: **TITO FLAVIO DE ALMEIDA PIRES FALCAO MAT. 220.926-8** - Matrícula: **220.926-8**

RESINTRAN
02 ABR. 2014

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 24/09/2020 17:03:01
https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20092417030109700000067210575
Número do documento: 20092417030109700000067210575

COMPROVANTE DE RESIDENCIA "1004040"

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, LINDEMBERG FAUSTINO DE SOUZA

RG nº 6852298, data de expedição __/__/__, Órgão _____,

CPF nº 058.836.704-40, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	RUA ERCINA LAPENDA
Número	305-A
Apto / Complemento	
Bairro	MATRIZ DA LUZ
Cidade	SÃO LOURENÇO DA MATA
Estado	PE
CEP	54700-000
Telefone de Contato	81-82521743
E-mail	

RESINTRAN 02 ABR. 2014

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: SÃO LOURENÇO DA MATA, 26 DE MARÇO DE 2014

Assinatura do Declarante: Lindemberg Faustino de Souza

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 24/09/2020 17:03:01
https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20092417030109700000067210575
Número do documento: 20092417030109700000067210575

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

NOTA FISCAL - FATURA - CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

celpe
Grupo Neoenergia

www.celpe.com.br
Companhia Energética de Pernambuco
Av. João de Barros, 111, Boa Vista
Recife, Pernambuco - CEP 50050-902
CNPJ | Inscrição Estadual: 10.835.932/0001-08 | Insc. Est. 0300943-05

Comercial: 0800 81 0120 | Prestação: 0800 081 0196
Atendimento ao deficiente auditivo ou de fala: 0800 281 0142
Ouvidoria Celpe: 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 tarifada na origem para telefones celulares

Data de Vencimento
05/09/2012

Total a Pagar (R$)
24,95

Conta Contrato 7001304768

CLASSIFICAÇÃO
B1 RESIDENCIAL
BAIXA RENDA COM NIS
Monofásico

DADOS DO CLIENTE
LIRONALVA PEREIRA DA SILVA
CPF: 039.983.724-02 NIS: 16370215709

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
RUA ERCINA LAPENDA 105 -A
MATRIZ DA LUZ/VILA N SA DA LUZ
54700-000 SAO LOURENCO DA MATA PE

NÚMERO DA NOTA FISCAL	DATA DA EMISSÃO DA NOTA FISCAL	DATA DA APRESENTAÇÃO
001903256	15/08/2012	29/08/2012

SÉRIE DA NOTA FISCAL	NÚMERO DO CLIENTE	NÚMERO DA INSTALAÇÃO
SÉRIE ÚNICA	201025662	5077266

Reservado ao Fisco
672B 5ADF 200E 46D4 76BD D84F 677F 534A

75 CANAIS gerais de atendimento (RESOLUÇÃO ANEEL 414/2010), tarifas, produtos, serviços prestados se encontram à disposição, para consulta, em nossas unidades de atendimento e no site www.celpe.com.br

ATENÇÃO!
A CELPE INFORMA QUE VOCÊ POSSUI CONTAS EM ABERTO

Comunicamos o não pagamento da(s) conta(s) de energia citada:

Vencto	Dt reaviso	Valor	Vencto	Dt reaviso	Valor
04/07/12	27/07/12	15,51			

Em caso de não pagamento do débito, o fornecimento de energia poderá ser suspenso, bem como poderá ocorrer sua inclusão nos registros de 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.

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

	Quantidade	Preço (R$)	Valor (R$)
Consumo Ativo até 30 kWh	30,0000000	0,1278[illegible]263	3,83
Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh	27,0000000	0,219[illegible]727	5,91
Contribuição Iluminação Pública			5,30
Parcela 17/37 Plano 4000001[illegible]008			9,71

229[illegible]256765101082012[illegible]24,95001[illegible]114106

HISTÓRICO DO CONSUMO

AGO 12	57
JUL 12	66
JUN 12	70
MAI 12	49
ABR 12	54
MAR 12	66
FEV 12	53
JAN 12	61
DEZ 11	61
NOV 11	58
OUT 11	67
SET 11	57
AGO 11	70

TARIFAS APLICADAS
Consumo Ativo até 30 kWh 0,1278000
Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh 0,2190000

RESINTRAN
02 ABR. 2014

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 24/09/2020 17:03:01
https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20092417030109700000067210575
Número do documento: 20092417030109700000067210575

PARECER DE ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL

DADOS DO SINISTRO

Número: 2014254198 **Cidade:** São Lourenço da Mata **Natureza:** Invalidez

Vítima: LINDEMBERG FAUSTINO DE SOUZA **Data do acidente:** 18/12/2013 **Emissor do parecer:** Greciele Batista Lima

Seguradora: ARUANA SEGUROS S/A **Prestadora:** Visão Médica Ltda **CRM do médico:** 377300

PARECER

Data da análise: 26/05/2014

Valoração do IML: 0,00

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE PUNHO DIREITO E TORNOZELO ESQUERDO

Resultados terapêuticos: COM SEQUELA

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL DO PUNHO ESQUERDO E TORNOZELO ESQUERDO

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: INVALIDEZ PARCIAL / PUNHO DIREITO: 50% DE 25% / TORNOZELO ESQUERDO: 50% DE 25% / TOTAL: 25%

Documentos complementares:

Observações:

Valor pleiteado: 13.500,00

Médico avaliador: JORGE CAMPOS

UF do CRM do médico: RJ

DANOS

Dano	%	Dimensão	Graduação
Perda completa da mobilidade de um tornozelo	25	1	50
Perda completa da mobilidade de um dos punhos	25	1	50

Valor avaliado: 3.375,00

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 24/09/2020 17:03:01
https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20092417030109700000067210575
Número do documento: 20092417030109700000067210575

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número:	2014254198	**Cidade:**	São Lourenço da Mata	**Natureza:**	Invalidez
Vítima:	LINDEMBERG FAUSTINO DE SOUZA	**Data do acidente:**	18/12/2013	**Emissor do parecer:**	GABRIEL JOÃO LOURENÇA DA SILVA
Seguradora:	ARUANA SEGUROS S/A	**Prestadora:**	CNIS - Cadastro Nacional Informações e Serviços	**CRM do médico:**	52495155

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DE RÁDIO DISTAL PUNHO DIR E MALEOLO LATERAL TORNOZELO ESQ.

Descrição do exame médico pericial: LIMITAÇÃO ACENTUADA DA FLEXO EXTENSÃO E SUPINAÇÃO PUNHO DIR. LIMITAÇÃO DA FLEXÃO E EVERSÃO TORNOZELO ESQ.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO DE PUNHO E GESSO EM TORNOZELO.

Sequelas permanentes: APRESENTA LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DO PUNHO DIREITO. APRESENTA LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DO TORNOZELO ESQUERDO.

Sequelas : Com sequela

Data da perícia: 05/06/2014

Conduta mantida:

Observações:

Valor pleiteado: 6.750,00

Médico avaliador: MARIA DE FATIMA FURTADO VELOSO DE MELO

UF do CRM do médico: RJ

DANOS

Dano	%	Dimensão	Graduação
Perda completa da mobilidade de um dos punhos	25	1	75
Perda completa da mobilidade de um tornozelo	25	1	75

Valor avaliado: 5.062,50

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 24/09/2020 17:03:01
https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20092417030109700000067210575
Número do documento: 20092417030109700000067210575

Tribunal de Justiça de Pernambuco
PJe - Processo Judicial Eletrônico

24/09/2020

Número: **0039534-16.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**
Órgão julgador: **Seção B da 9ª Vara Cível da Capital**
Última distribuição : **19/08/2020**
Valor da causa: **R$ 7.762,50**
Assuntos: **Acidente de Trânsito, Acidente de Trânsito**
Segredo de justiça? **NÃO**
Justiça gratuita? **SIM**
Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
LINDEMBERG FAUSTINO DE SOUZA (AUTOR)	**CAMILLA ALMEIDA LOPES TAVARES (ADVOGADO)**
TOKIO MARINE BRASIL SEGURADORA S.A. (REU)	

Documentos			
Id.	**Data da Assinatura**	**Documento**	**Tipo**
68528975	24/09/2020 17:03	ANEXO 2	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, 02 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190659979 **Vítima: LINDEMBERG FAUSTINO DE SOUZA**

Data do Acidente: 04/08/2019 **Cobertura: INVALIDEZ**

Procurador: MYZRAENE THAYSMA ALVES

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), LINDEMBERG FAUSTINO DE SOUZA

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. 00483/00484 - carta_01 - INVALIDEZ

00020242

Carta nº 15177550

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 24/09/2020 17:03:01
https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20092417030122900000067210576
Número do documento: 20092417030122900000067210576

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, 15 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190659979 **Vítima: LINDEMBERG FAUSTINO DE SOUZA**

Data do Acidente: 04/08/2019 **Cobertura: INVALIDEZ**

Procurador: MYZRAENE THAYSMA ALVES

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), LINDEMBERG FAUSTINO DE SOUZA

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 dos cotovelos
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: **LINDEMBERG FAUSTINO DE SOUZA**
Valor: **R$ 1.687,50**
Banco: **104**
Agência: **000000876**
Conta: **0000097145-1**
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. 01147/01148 - carta_30 - INVALIDEZ

00030574

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 24/09/2020 17:03:01
https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20092417030122900000067210576
Número do documento: 20092417030122900000067210576

Seguradora LÍDER

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima: 058.836.704-40

4 - Nome completo da vítima: LINDEMBERG FAUSTINO DE SOUZA

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

DADOS CADASTRAIS

5 - Nome completo: LINDEMBERG FAUSTINO DE SOUZA

6 - CPF: 058.836.704-40

7 - Profissão: DESEMPREGADO

8 - Endereço: RUA CALCEDONIA

9 - Número: 209

10 - Complemento: CASA

11 - Bairro: CENTRO

12 - Cidade: SÃO LOURENÇO DA MATA

13 - Estado: PE

14 - CEP: 54735-095

15 - E-mail: THAMYRES_TAS@HOTMAIL.COM

16 - Tel.(DDD): 81 9 7913-5873

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ R$1.00 A R$1.000,00 ☐ R$2.501,00 ATÉ R$5.000,00

☐ SEM RENDA ☐ R$1.001,00 ATÉ R$2.500,00 ☐ ACIMA DE R$5.000,00

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

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)

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

AGÊNCIA: 0576 (Informar o dígito se existir) **CONTA:** 00097145-1 (Informar o dígito se existir)

☐ **CONTA CORRENTE** (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: (Informar o dígito se existir) **CONTA:** (Informar o dígito se existir)

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

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

INVALIDEZ PERMANENTE

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

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

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

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

MORTE

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

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não

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

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não

29 - Se tinha filhos, Informar Vivos: Falecidos:

30 - Vítima deixou nascituro(vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não

31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:

33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

NÃO ALFABETIZADO

34 Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

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

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

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

TESTEMUNHAS

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Jaboatão 3 de Setembro de 2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

002/2019

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 24/09/2020 17:03:01
https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20092417030122900000067210576
Número do documento: 20092417030122900000067210576

GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 038ª CIRCUNSCRIÇÃO - SÃO LOURENÇO DA MATA - DP38ªCIRC DIM/9ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 19E0128003266

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **22/10/2019** às **15:20**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado) que aconteceu no dia **4/8/2019** às **15:00**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICIPIO DE SAO LOURENCO DA MATA, 01, CENTRO DE MATRIZ DA LUZ** - Bairro: **CENTRO - SAO LOURENCO DA MATA/PERNAMBUCO/BRASIL** - Ponto de Referência: **PROXIMO AO COLEGIO JAIR PEREIRA**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

LOMBADA (AUTOR \ AGENTE)
LINDEMBERG FAUSTINO DE SOUZA (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): LINDEMBERG FAUSTINO DE SOUZA

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

LINDEMBERG FAUSTINO DE SOUZA (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **FRANCISCA MARIA DA CONCEIÇÃO** Pai: **ANGELINO FAUSTINO DE SOUZA** Data de Nascimento: **14/2/1984** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **6852298/SDS/PE (RG)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **1°. GRAU INCOMPLETO** Profissão: **PEDREIRO(A)** Telefones Celulares:
- **81826514**

Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE SAO LOURENCO DA MATA, 97, RUA SANTUARIO, MATRIZ DA LUZ - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - SAO LOURENCO DA MATA/PERNAMBUCO/BRASIL**

LOMBADA - Ramo de Atividade: **OUTROS**

Nome do Representante: - Cargo do Representante: - Pessoa de Contato no estabelecimento comercial: - Telefone de Contato: -

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

MOTO (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **LINDEMBERG FAUSTINO DE SOUZA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **LINDEMBERG FAUSTINO DE SOUZA**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**
Quantidade: **01 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 24/09/2020 17:03:01
https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20092417030122900000067210576
Número do documento: 20092417030122900000067210576

Placa: **PGY8036** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Chassi: **9C2KC2500KR103775**
Ano Fabricação/Modelo: **2018/2019**
Descrição: **MOTO DE PROPRIEDADE DO SENHOR, WELLINTON DE FREITAS MELO JUNIOR**

Complemento / Observação

RELATA A VITIMA, QUE CONDUZIA A MOTO ACIMA MECIONADA, NO CENTRO DE MATRIZ DA LUZ, QUANDO UMA LOMBADA NÃO SINALIZADA PROXIMO AO COLEGIO DERRAPOU LEVANDO A VITIMA AO CHÃO, CAUSANDO, ESCORIAÇOES NO BRAÇO DIREITO,SENDO SOCORRIDO POR POPULARES PARA UPA DE SÃO LOURENÇO ,E DEPOIS TRANSFERIDO PAR SANTA CASA. CITA A VITIMA QUE NÃO POSSUI A CARTEIRA DE HABILATAÇÃO,(CNH). ENCERRO A PRESENTE OCORRENCIA.

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

LINDEMBERG FAUSTINO DE SOUZA
(VITIMA)

B.O. registrado por: **MARCOS ANTONIO MARQUES DA SILVA** - Matrícula: **3848345**

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 24/09/2020 17:03:01
https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20092417030122900000067210576
Número do documento: 20092417030122900000067210576

Seguradora LÍDER

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima: 058.836.704-40

4 - Nome completo da vítima: LINDEMBERG FAUSTINO DE SOUZA

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

DADOS CADASTRAIS

5 - Nome completo: LINDEMBERG FAUSTINO DE SOUZA

6 - CPF: 058.836.704-40

7 - Profissão: DESEMPREGADO

8 - Endereço: RUA CALCEDONIA

9 - Número: 209

10 - Complemento: CASA

11 - Bairro: CENTRO

12 - Cidade: SÃO LOURENÇO DA MATA

13 - Estado: PE

14 - CEP: 54735-095

15 - E-mail: THAMYRES_TAS@HOTMAIL.COM

16 - Tel.(DDD): 81 9 7913-5873

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ R$1.00 A R$1.000,00 ☐ R$2.501,00 ATÉ R$5.000,00

☐ SEM RENDA ☐ R$1.001,00 ATÉ R$2.500,00 ☐ ACIMA DE R$5.000,00

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

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)

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

AGÊNCIA: 0576 (Informar o dígito se existir) **CONTA:** 00097145-1 (Informar o dígito se existir)

☐ **CONTA CORRENTE** (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: (Informar o dígito se existir) **CONTA:** (Informar o dígito se existir)

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

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

INVALIDEZ PERMANENTE

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

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

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

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

MORTE

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

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não

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

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não

29 - Se tinha filhos, Informar Vivos: Falecidos:

30 - Vítima deixou nascituro(vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não

31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:

33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

NÃO ALFABETIZADO

34 Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

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

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

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

TESTEMUNHAS

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Jaboatão 3 de Setembro de 2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

002/2019

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 24/09/2020 17:03:01
https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20092417030122900000067210576
Número do documento: 20092417030122900000067210576

HOSPITAL E MATERNIDADE PETRONILA CAMPOS

SUS

PREFEITURA DE São Lourenço da Mata

PRONTUÁRIO DE ATENDIMENTO DA EMERGÊNCIA

Data:			Nº Registro:
Nome:			
Data de Nascimento:	Idade:	Hora Atendimento:	
Sexo: M ( ) F ( )	Reg.	SUS:	
Nome Mãe:			
Responsável:		Telefone:	
Endereço:			Número:
Bairro:		Município:	
PSF de:		Origem:	

Queixa Principal: Acidente automobilístico c/ trauma e amputação, mais importante em

PDA: MSD

Exame Físico:

Assinatura Médico

PA: mmhg	FR: ipm	Pulso: bpm	Temperatura:
Massa:	Kg:	HGT mg/dl	

Simone V. da Silva
COREN-PE: 131987 - TE

PRESCRIÇÃO:
1) Lavagem da amputação c/ água corrente + clorexidina + SF 0,9%
2) Voltaren 100mg - 01 amp, IM, lento, agora 17:55
3) Dipirona 500mg/mL - Aplicar 04mL, IM, lento, agora
4) Rx de membro após avaliação ortopedia
5) Em tempo: Anotar a orientação de procurar UPA c/ Rx do membro (17:50).

OBSERVAÇÕES:

Obs.: Após voltar o sistema, passar a ficha para o programa do Lavite.

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 24/09/2020 17:03:01
https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20092417030122900000067210576
Número do documento: 20092417030122900000067210576

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: 10/12/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*******TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: LINDEMBERG FAUSTINO DE SOUZA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00876

CONTA: 000000097145-1

Nr. da Autenticação 88A8BC145DE6C3C5

Todos os marcados de rosa acabam esti mês.

Itaucard 2.0

Itaú

CICERONE PE PLS

LINDEMBERG F DE SOUZA
R CALCEDONIA 269
CENTRO
54735-095 SAO LOURENCO DA - PE

Postagem: 12/06/2019
Vencimento: 01/07/2019
Emissão: 12/06/2019
Fechamento próxima fatura: 14/07/2019

Titular: LINDEMBERG F DE SOUZA
Cartão: 5487.XXXX.XXXX.0065

Resumo da fatura em R$

Total da fatura anterior	1.730,[illegible]
Pagamentos efetuados	1.95[illegible]
Saldo financiado	680,[illegible]
Encargos (financiamento + financeiro)	[illegible]
Lançamentos atuais	+458,[illegible]
Total desta fatura	**2.213,8[illegible]**

Atenção: em caso de pagamento inferior ao valor total, o financiado deve arcar com as taxas e encargos apontados nesta fatura, incidentes sobre a diferença entre o valor total e o valor pago.

Vencimento	Ao pagamento total R$	ou ao pagamento mínimo R$	ou
01/07/2019	[illegible]	664,20 +6 x 353,78	Veja outras opções de parcelamento na 2ª folha dessa fatura.

Você pode pagar qualquer valor acima de R$ 664,20. O que restar para o valor total será parcelado em 6 X, com encargos.

Limites de crédito R$

Limite total de crédito	1.950,00
Limite utilizado no mês	1.647,98
Reserva de recursos (saque)	520,00
Reserva de recursos (saque)	1.050,00

Pagamentos efetuados

DATA		VALOR EM R$
03/06	PAGAMENTO EFETUADO 3568	-1.000,00
03/06	PAGAMENTO EFETUADO 3568	-50,00
Total dos pagamentos		**-1.050,00**

Lançamentos: compras e saques
LINDEMBERG F SOUZA (final 0065)

DATA	ESTABELECIMENTO	VALOR EM R$
13/10	LOJAS AMERICANAS 409/10 SAO LOURENCO	89,90
20/12	JUNIOR MAGAZINE 06/07 VESTUARIO SAO LOURENCO	105,53
27/02	[illegible]	[illegible]
22/03	PAG*BartiraAngela 03/07 VESTUARIO NOSSA SENHORAD	138,56

Caso você não pague a fatura integralmente, haverá cobrança de juros sobre as novas compras a partir da data de sua realização até o pagamento total da fatura, inclusive as compras realizadas após o pagamento integral da fatura não terão incidência de juros.

Continua

341-7 34191.75530 02087.152525 50451.830003 4 000

Nosso Número
Valor do Documento
recibo do pagador
R$ 2.213,88

Scanned by CamScanner

Pedido de serviço para Via para Pagamento Grupo B nº **1406862107**

NOTA FISCAL | FATURA | CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

COMPANHIA ENERGÉTICA DE PERNAMBUCO
AV. JOÃO DE BARROS 111 BOA VISTA
RECIFE PERNAMBUCO
CEP: 50050-902
CNPJ: 10.835.932/0001-08
INSCRIÇÃO ESTADUAL 0005949-97

CELPE

Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de 26.04.02
COMERCIAL 115 | FRONTIDÃO 116
Atendimento ao deficiente auditivo ou de fala 0800 281 0142
Ouvidoria 0800 282 5959
Agência de Regulação dos Serviços Públicos Delegados do Estado de Pernambuco-ARPE 0800 727 3067
Ligação Gratuita de Telefones Fixos
Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL 167-
Ligação Gratuita de telefones fixos e tarifada na origem para telefones celulares

DADOS DO CLIENTE	DATA DE VENCIMENTO	DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL	CONTA CONTRATO
ROSEANE SOARES DE JESUS SILVA-PROX AO BLOCO 150	25/10/2019	18/10/2019	4010707647
	TOTAL A PAGAR	DATA DA APRESENTAÇÃO	CLASSIFICAÇÃO
	R$ 89,80	18/10/2019	RESIDENCIAL Monofásico B1
		NÚMERO DA NOTA FISCAL	
		081702666	

ENDEREÇO
PROX AO BLOCO 150 -AV JOAO FERNANDES VIEIRA 4 C -MARCOS FREIRE/PRAZERES -54360-020 JABOATAO DOS GUARARAPES PE -

PERÍODO CONSUMO	CONSUMO
17/09/2019 a 18/10/2019	97

ICMS - BASE DE CÁLCULO R$ 0,00 Alíquota 25,00 valor do imposto R$ 20,54

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

VIA PARA PAGAMENTO

Destaque aqui

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO	TOTAL A PAGAR	VENCIMENTO
4010707647	10/2019	R$ 89,80	25/10/2019

TALÃO DE PAGAMENTO
Evite dobrar e perfurar ou rasurar.
Este canhoto será usado em leitora ótica.

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

83800000009 898000110045 010707647107 142772063135

Seguradora LÍDER

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

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

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

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

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=79636

A Circular SUSEP[1] 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 Nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Maria Thayane Reis

inscrito (a) no CPF/CNPJ 000.088.844 / 30, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Lenilenizy Ferreira inscrito (a) no CPF sob o Nº 058.536.404 / 40,

do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da vítima Lenilenizy Ferreira,

inscrito (a) no CPF sob o Nº 058 836 404 / 40, 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: Av São Fernandes Vieira		Número: 40	Complemento: CASA
Bairro: Morro Branco	Cidade: Paratibe dos Guararapes	Estado: PE	CEP: 54360-000
E-mail: Thayane-reis@hotmail.com			Tel.(DDD): 81 9 7115 5873

Local e Data: Recife 28/ago/2020

Maria Thayane Reis

Assinatura do Declarante

DLDRL.001 V001/2017

Seguradora LÍDER

DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

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

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)
Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04
SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

Eu, WALLIVÉRON DE FREITAS MELO JUNIOR,

RG nº 4.591.682 SDS PE, data de expedição 09/06/2015,

Órgão SDS PE, portador do CPF nº 026937794-37,

com domicílio na cidade de RECIFE, no Estado de PERNAMBUCO, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada) DEP. JOAQUIM CONTINHO, nº 126,

complemento CASA, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima **LINDEMBERG FAUSTINO DE SOUZA**, cujo o condutor era **LINDEMBERG FAUSTINO DE SOUZA.**

Veículo: MOTOCICLETA HONDA Modelo: CG 160 START Ano: 2018/2019
Placa: PGY8036 Chassi: 9C2KC2500KR103775

Data do Acidente: 04/08/2019

Local e Data: JABOATÃO, 30 DE SETEMBRO DE 2019

3º Ofício Jaboatão

Assinatura do Declarante

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

3º CARTÓRIO DE NOTAS DO JABOATÃO
RUA ARÃO LINS DE ANDRADE, 380 - PIEDADE
JABOATÃO DOS GUARARAPES - PE - CEP: 54400-200
TEL.: (81) 3481-0997

Reconheci Por Autenticidade a firma: WALLINGTON DE FREITAS MELO JUNIOR. 31.09.2019 10:03:23 e dou fé. Em testemunho da verdade. MILENA B. VERA (PRE) - ESCREVENTE AUTORIZADO. Emol. R$3,[illegible] TFJ R$0,[illegible] FERC R$0,40, TSC R$[illegible], FERM R$[illegible] Total R$[illegible]
Selo: 01576[illegible]

HOSPITAL E MATERNIDADE PETRONILA CAMPOS

SUS

PREFEITURA DE São Lourenço da Mata

PRONTUÁRIO DE ATENDIMENTO DA EMERGÊNCIA

Data:			Nº Registro:
Nome:			
Data de Nascimento:	Idade:		Hora Atendimento:
Sexo: M ( ) F ( )	Reg.		SUS:
Nome Mãe:			
Responsável:			Telefone:
Endereço:			Número:
Bairro:		Município:	
PSF de:		Origem:	

Queixa Principal: Acidente automobilístico c/ traumas e escoriações, mais importante

PDA: MSD

Exame Físico:

Assinatura Médico

PA: mmhg	FR: ipm	Pulso:	bpm	Temperatura:
Massa:	Kg:	HGT	mg/dl	

Simone da Silva
COREN-PE

PRESCRIÇÃO:
1) Lavagem das escoriações c/ água corrente + clorexidina + SF 0,9%
2) Voltaren 100mg - 01 amp, IM, lento, agora
3) Dipirona 500mg/mL - 1ml, IM, lento, agora
4) Pó de gelo após cuidado e medicação.
5) Em tempo: Iniciar a cicatrização de pequenas ulcerações c/ Pó do ombro (17:50).

OBSERVAÇÕES:

Obs.: Após voltar o sistema, passar a ficha para o programa do Lavite.

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 24/09/2020 17:03:01
https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20092417030122900000067210576
Número do documento: 20092417030122900000067210576

URGENTE!

PREFEITURA DE São Lourenço da Mata
Um novo tempo para nossa cidade

SUS

Secretaria de Saúde

CENTRAL DE REGULAÇÃO
FICHA DE ENCAMINHAMENTO AO ESPECIALISTA

Unidade de saúde:		Município: São Lourenço da mata:
Telefone:		
Nome do usuário: Uirdemberg Faustino de Souza	Cartão SUS nº: 898004102936116	
Prontuário nº:	Sexo: M	Raça/cor:
Data de nascimento: 14/02/1984		
Nome da mãe: Francisca Mª da Conceição		
Endereço: Rua do Santuário, nº 97		Tel: 984817303
Bairro: Matriz da Luz	Referencia:	
CID ou Diagnóstico inicial: Pós-op em MSD (CID10: S52) 981826614		
Especialidade: Ortopedia Motora - 20 sessões		
Justificativa do Encaminhamento:		
Resultados de exame realizados:		
Carimbo e assinatura do Profissional de saúde		Assinatura do responsável Pelo encaminhamento

UNIDADE ENCAMINHADORA: SECRETARIA DE SAÚDE

Unidade Executante:		Código de atendimento:
	Data / /	Hora inicial:
Médico:		
Endereço	Fone:	
Bairro		
Ponto de Referência		

OBS: COMPARECER A UNIDADE EXECUTANTE UMA HORA ANTES DA HORA INICIAL DE ATENDIMENTO

CONTRA-REFERÊNCIA

DIAGNÓSTICO E/OU CONDUTA ADOTADA NA UNIDADE EXECUTANTE

Carimbo e assinatura do profissional de saúde

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 24/09/2020 17:03:01
https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20092417030122900000067210576
Número do documento: 20092417030122900000067210576

PREFEITURA DE São Lourenço da Mata
Um novo tempo para nossa cidade

SUS

HOSPITAL E MATERNIDADE PETRONILA CAMPOS

FICHA DE ACOLHIMENTO EMERGÊNCIA

PACIENTE: Lindemberg Faustino

IDADE: 34 ALERGIAS:(X)NÃO ( ) SIM :A

MEDICAÇÕES EM USO:

PESO:_____KG TEMPERATURA: _____° C PA:_____X_____MMHG F.C:_____BPM

F.R:_____IRPM SATURAÇÃO DE OXIGÊNIO:_____% GLICEMIA:_____MG/DL

ANTECEDENTES PESSOAIS	SIM	NÃO
USO DE ÁLCOOL/ DROGAS		
TABAGISMO		
HIPERTENSÃO		
DIABETES		
INFECÇÃO ESPECIFICA		
OUTRAS PATOLOGIAS		

QUEIXAS: escoriações em MMII e MMSS após acidente automobilístico.

HISTÓRIA CLÍNICA:

Andreza Alves
Enfermeira Auditora
COREN - [illegible]

ASSINATURA DO PROFISSIONAL

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 24/09/2020 17:03:01
https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20092417030122900000067210576
Número do documento: 20092417030122900000067210576

HOSPITAL E MATERNIDADE PETRONILA CAMPOS

SUS

PREFEITURA DE São Lourenço da Mata

Receituário

Lindemberg Faustino de Souza

Rx

Uso oral

1) Cataflam 50mg ——— 15cp

Tomar 01cp, VO, 8/8h., após 5d

Dr. Caio Farias
Médico
CRM-PE 28.197

04/08/19

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 24/09/2020 17:03:01
https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20092417030122900000067210576
Número do documento: 20092417030122900000067210576

UPA SÃO LOURENÇO - SÃO LOUTERIO

Prontuário: 1045485 Senha de Classificação: 0053

Especialidade:

Nome: LINDEMBERG FAUSTINO DE SOUSA Sexo: MASCULINO

Nascimento: 10.1984 Idade: 36 anos Convênio: SUS - PACIENTE CONDIÇÃO

Nome da Mãe: CRM:

Usuário Atendimento:

Data de Emissão: 22/04/2016

12:10

Paciente com queixa de tontura há 6 dias piora de dia

Alergia Ø

Hoje cefe
ACV
AN } nega febre

Trauma MSD

Queda MSD

Negação Mórbida

) cefaleia leve em [illegible]

Validade de 24 horas
Tal. de Substituição
[illegible]

Referência e Contra-Referência

ATENDIMENTO
SIM
NÃO
DIAS

DIGITADO

[illegible] - 24 HORAS - SAC LOUREIRO

[illegible] Risco - Pre [illegible] PROTOCOLO CLASSIFICAÇÃO RISCO

[illegible]

Nome Paciente: [illegible]
Cod. Paciente: [illegible]
Data de Nascimento: [illegible]
Sexo: [illegible]
Idade: [illegible]
Senha: [illegible]
Convênio:
Acompanhante:
SAME

Entrada: [illegible] 19:44

[illegible] - COREN [illegible] FUNÇÃO ENFERMEIRO(A) - Classificação

[illegible] - VERDE

[illegible]

REFERE [illegible] E COURE [illegible]

[illegible]

[illegible]

[illegible]

[illegible] TRAUMA

[illegible]

[illegible]

[illegible] FREQUENCIA CARDIACA [illegible]
[illegible] SISTOLICA [illegible]
[illegible]

[illegible] COREN [illegible] FUNÇÃO ENFERMEIRO(A)

Data [illegible] 19:44

[illegible]

UPA SÃO [illegible]

Atendimento: [illegible]

Paciente: 100903 LINDEMBERG FAUSTINO DE SOUZA Sexo: [illegible]

Nome Social:

Data Atendimento: [illegible] Idade: [illegible] anos Convênio: [illegible] [illegible]

Nome do Médico: [illegible] Nom. do Pai:

Nome do Médico: [illegible] CRM: [illegible]

[illegible]

Queixa Principal

[illegible]

Exame Físico

[illegible]

Prescrição Médica

[illegible]

[illegible]

Validação de Alta Médica

[illegible]

[illegible] - SÃO LOURENÇO

[illegible]

Data de Nascimento: [illegible]
Sexo: [illegible]
Idade: [illegible]
Raça: [illegible]
Convênio: [illegible]
Atendimento:
SAME:

Período: 10/08/2019 14:07 - 10/08/2019 14:07
TATIANE SOARES TORRES BEZERRA - COREN: 842387 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) Classificação

Prioridade: NÃO URGENTE - VERDE

[illegible] VERDE

[illegible]

[illegible]

[illegible]
FERIMENTO PERFURANTE

[illegible]

Assinado(a) por: TATIANE SOARES TORRES BEZERRA - COREN: 842387 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data/Hora: 10/08/2019 14:07

[illegible] Página 1 de 1

UPA SÃO LOURENÇO - SÃO LOURENÇO

Atendimento: 9045426 Senha da Classificação: [illegible]

Data/Hora: [illegible] Especialidade

Paciente: [illegible] LINDEMBERG FAUSTINO DE SOUZA Sexo: [illegible]

Data de Nascimento: [illegible] Idade: [illegible] anos Convênio: [illegible]

Nome do Pai:

Nome do Medico: [illegible] CRM: 4639

Cap: [illegible] Usuário: [illegible]

Data de Emissão: [illegible]

Data de Nascimento: [illegible]

REGISTRO DE ATENDIMENTO

12:10

Queixa Principal:

Paciente com lesão na cabeça há 6 dias com piora do dia

Alergia: Ø

Triagem Física

TOR COTE
AR } sem obs

Prescrição Medicamentosa

Tramal MSD

Prescrição Terapêutica

Acnox MSD

Prescrição Médica

) Cetoprofeno 1 ampola IM agora

Destino: Alta em Atendimento Ambulatorial Prontuário:

Parecer Especialista

Carimbo/Médico

Retorno cuela 40

ATESTADO
( ) SIM
( ) NÃO ( ) DIAS

DIGITADO

UPA 24 HORAS - SAO LOURENCO

Resumo de Classificação de Risco - Protocolo [illegible]

Data e hora senha: 10/08/2019 [illegible]

Nome Paciente:	[illegible]
Cód. Paciente:	
Data de Nascimento:	14/02/1981
Sexo:	MASCULINO
Idade:	38
Senha:	0053
Convênio:	-
Atendimento:	
SAME:	

Período: 10/08/2019 11:43 - 10/08/2019 11:44

Usuário: STEPPLE DE ACUINO - COREN: 12345 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - Classificação

[illegible]	VERDE
[illegible]	
Queixa Principal	REFERE QUEDA HA 6 DIAS E DOR EM [illegible]
[illegible]	ALERGIA:
	HAS
	DM: -
Fluxograma e sintoma	TRAUMA
Classificador	EVENTO TRAUMATICO HA MENOS DE 3 H
Especialidade	CLINICA GERAL
Sinais Vitais Locais	- FREQUENCIA CARDIACA: 100.00 BPM
	- P.A. SISTOLICA: 135.00 MMHG
	- P.A. DIASTOLICA: 85.00 MMHG

Responsável: MIRANDA STEPPLE DE ACUINO - COREN: 12345 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 10/08/2019 11:44

Documento Autenticado [illegible] Página 1 de 1

GOVERNO DE Pernambuco
SECRETARIA DE SAÚDE

UPA 24h
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO
SÃO LOURENÇO

GESTÃO IMIP HOSPITALAR

GUIA DE TRANSFERÊNCIA / ENCAMINHAMENTO

NOME: _____ IDADE: _____

REGISTRO: _____ DATA: ___ / ___ / ___

HDA: _____

EX. FISICO: _____

EX COMPLEMENTARES: _____

HIPÓTESES DIAGNÓSTICAS:

1. _____
2. _____
3. _____

CONDUTA ADOTADA NO ATENDIMENTO INICIAL: _____

SENHA: _____ DESTINO: _____

COM ACOMPANHAMENTO MÉDICO: SIM( ) NÃO( )

JUSTIFICATIVA: _____

HORA DA SOLICITAÇÃO: _____ MÉDICO SOLICITANTE: _____

HORA DA SAÍDA: _____ MÉDICO DA LIBERAÇÃO: _____

ENFERMEIRO DA LIBERAÇÃO: _____

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 24/09/2020 17:03:01
https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20092417030122900000067210576
Número do documento: 20092417030122900000067210576

ANEXO II

SUS — Sistema Único de Saúde — Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE MUDANÇA DE PROCEDIMENTO E DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(IS)

Folha 1/2

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE: HSA

4 - CNES:

Identificação do Paciente

5 - Nº DO PRONTUÁRIO: 65343

6 - NOME DO PACIENTE: Lindomberg Faustino de Souza

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS):

8 - DATA DE NASCIMENTO: / /

9 - SEXO: Masc. 1 Fem. 3

10 - RAÇA/COR:

10.1 - ETNIA:

11 - NOME DA MÃE:

12 - TELEFONE DE CONTATO: DDD / Nº DO TELEFONE

13 - NOME DO RESPONSÁVEL:

14 - TELEFONE DE CONTATO: DDD / Nº TELEFONE

15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO):

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA:

17 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO:

18 - UF:

19 - CEP:

20 - NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH):

MUDANÇA DE PROCEDIMENTO

21 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - ANTERIOR:

22 - CÓD. DO PROCEDIMENTO - ANTERIOR:

23 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - MUDANÇA:

24 - CÓD. DO PROCEDIMENTO - MUDANÇA:

25 - DIAGNÓSTICO INICIAL:

26 - CID 10 PRINCIPAL:

27 - CID 10 SECUNDÁRIO:

28 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS:

SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTOS ESPECIAIS

29 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL: Trat. cirúrg. de luxação

30 - CÓD. DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL: 0408020369 / 0403020077

31 - SOLICITAÇÃO DE DIÁRIA DE UTI E/OU DIÁRIA DE ACOMPANHANTE: ☐ DIÁRIA DE ACOMPANHANTE ☐ DIÁRIA DE UTI TIPO I ☐ DIÁRIA DE UTI TIPO II ☐ DIÁRIA DE UTI TIPO III

32 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL: Placa de reconstrução 3,5mm

33 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL: 0702030929

34 - QTDE: 01

35 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL: Parafuso canulado 3,5mm

36 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL:

37 - QTDE: 02

38 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL:

39 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL:

40 - QTDE:

41 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

Paciente com fratura da ulna direita, sendo submetido a procedimento cirurgico, sem intercorrências

PROFISSIONAL SOLICITANTE

42 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE: Camila Carvalho Krause Gonçalves

43 - DATA DA SOLICITAÇÃO: 16/08/20

44 - DOCUMENTO: ( ) CNS (✓) CPF

45 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE: 03245807465

46 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO): Dra. Camila Krause Ortopedista CRM-PR 15167

AUTORIZAÇÃO

47 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR:

48 - CÓD. ÓRGÃO EMISSOR:

49 - DATA DA AUTORIZAÇÃO: / /

50 - DOCUMENTO: ( ) CNS ( ) CPF

51 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE:

52 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO):

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 24/09/2020 17:03:01
https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20092417030122900000067210576
Número do documento: 20092417030122900000067210576

SANTA CASA
DE MISERICÓRDIA DO RECIFE

DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins, que o paciente **LINDEMBERG FAUSTINO DE SOUZA, prontuário nº 1182239**, admitido neste hospital em 11/08/2019 com diagnóstico de Fratura da ulna direita, sendo submetido a tratamento cirúrgico. Recebeu alta hospitalar em 17/08/2019.

Recife, 18 de Setembro de 2019.

Roberta C. de Almeida
Diretora Técnica
Hospital Santo Amaro
CRM/PE - 13434

Drª Roberta Cavalcanti de Almeida
Diretora Técnica do Hospital Santo Amaro

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 24/09/2020 17:03:01
https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20092417030122900000067210576
Número do documento: 20092417030122900000067210576

[redacted]
Santa Casa de Misericórdia do Recife
Av. Cruz Cabugá, 1563 - Santo Amaro - Recife - PE
[redacted]

Registro:654473 Prontuário:1182239 Data de Nascimento:14/02/84 Idade:35 ANO(S)
Nome do Paciente:**LINDEMBERG FAUSTINO DE SOUZA** Sexo:Masculino
Nome da Mãe:FRANCISCA MARIA DA CONCEICAO
CPF: 05883670440

Data: 16/08/2019

BOLETIM OPERATÓRIO

Recife,16/08/2019-17:59

Diagnóstico pré-operatório: Fratura de olecraneo da ulna direita

Diagnóstico pós-operatório: O mesmo

Cirurgia: Tratamento cirúrgico de fratura da ulna DIREITA + neurolise do nervo ulnar DIREITA

Cirurgião: CAMILA KRAUSE

Anestesista: Bloqueio Plexo Braquial

Anestesia: ANDRÉ ABAGARO

Acidentes durante a cirurgia: Nenhum

DESCRIÇÃO CIRÚRGICA

1) Paciente em decúbito ventral sob anestesia
2) Garroteamento do membro superior
3) Assepsia + Antissepsia
4) Aposição de campos cirúrgicos estereis e impermeaveis
5) Realizado incisão posterior no cotovelo com dissecção por planos anatomicos e hemostasia.
6) Liberação c/ neurolise do nervo ulnar DIREITO, visualizado foco de fratura
7) Realizado limpeza da articulacao com SF0,9% e revisão da hemostasia.
8) Reducao anatomica dos fragmentos com fixação de 02 parafusos canulados e 01 placa de reconstrução.
9) Observada a manutencao da reducao e rigidez da sintese apos movimentacao passiva do cotovelo. Sem bloqueio articular.
10) Sintese por planos anatomicos
11) Curativo
12) Retirado garrote de membro superior
13) Verificada boa perfusão distal

Dr. CAMILA CARVALHO KRAUSE GONCALVES
CRM:20799

Este documento foi assinado digitalmente, conforme Medida Provisória N° 2.200-2 de 24/08/2001.

Nome do profissional: CAMILA CARVALHO KRAUSE GONCALVES. CRM: 20799. Data e Hora: 16/08/2019 18:11:02.

[redacted]
Santa Casa de Misericórdia do Recife
Av. Dom Cabral, 1565 - Santo Amaro - Recife - PE
Fone: [redacted] | Email: [redacted]
Site: [redacted]

Registro:654473 Prontuário:1182239 Data de Nascimento:14/02/84 Idade:35 ANO(S)
Nome do Paciente:**LINDEMBERG FAUSTINO DE SOUZA** Sexo:Masculino
Nome da Mãe:FRANCISCA MARIA DA CONCEICAO
CPF: 05883670440

Data: 16/08/2019

MELHORADO

Dr. CAMILA CARVALHO KRAUSE GONCALVES
CRM: 20799

Este documento foi assinado digitalmente, conforme Medida Provisória Nº 2.200-2 de 24/08/2001.
Nome do profissional: CAMILA CARVALHO KRAUSE GONCALVES. CRM: 20799. Data e Hora: 21/08/2019 13:44:32.

Santa Casa de Recife

Relatório Médico de Alta

Nome: LINDEMBERG FAUSTINO DE SOUZA
Reg.: 654473 **Pront.:** 1182239
Sexo: Masculino **Dt. Nasc.:** 14/02/1984 **Idade:** 35
Conv.: RETAGUARDA GETULIO **Admissão:** 11/08/2019 19:39 **Alta:** 17/08/2019 05:44

Admissão:

FRATURA DE OLECRANO DIREITO

Evolução / Conduta:

OPERADO.SEM INTERCORRENCIAS

Diagnóstico

Principal	S52.0	FRATURA DA EXTREMIDADE SUPERIOR DO CÚBITO [ULNA]

Internação:

Unidade	Admissão	Alta/Transferência	Tempo
ENFERMARIA SÃO LUIZ	11/08/2019 19:39	17/08/2019 05:44	6 dias

Orientação:

ALTA HOSPITALAR COM ORIENTAÇÕES
RETORNAR AO AMBULATORIO DE DRA CAMILA KRAUSE DIA 28/08/2019
ANALGESIA + ATB
TIPOIA

Condição de Alta: **Tipo de Alta:** Melhora

Victor M. C. Cardoso
Médico
CRM-PE 27429

Médico Responsável: Dr VICTOR MACHADO DE CARVALHO CARDOSO
CRM: 27429

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 24/09/2020 17:03:01
https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20092417030122900000067210576
Número do documento: 20092417030122900000067210576

Santa Casa de Recife

Solicitação de Exames

Paciente:	LINDEMBERG FAUSTINO DE SOUZA	Reg.: 654473	Pront.: 1182239
Telefone:	081984817303	Dt. Nasc.: 14/02/1984	RG: 6852298
Titular:	LINDEMBERG FAUSTINO DE SOUZA	Matric:	
Unidade:	ENFERMARIA SÃO LUIZ	Leitos: LEITO C1	
IH No.:	1 Admissão: 11/08/2019 19:39	Convênio: RETAGUARDA GETULIO	
CID:		OS: 119.217074	
Data/Hora:	16/08/2019 18:14		

Exames Solicitados:

1) RX COTOVELO DIR AP/P

Dr. CAMILA CARVALHO KRAUSE GONCALVES

CRM: 20799

Victor M. C. Carlosso
Medico
CRM-PE 27479

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 24/09/2020 17:03:01
https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20092417030122900000067210576
Número do documento: 20092417030122900000067210576

[redacted]
Santa Casa de Misericórdia do Recife
Av. Cruz Cabugá, 1563 - Santo Amaro - Recife - PE
Fone: [redacted] | E-mail: [redacted]
Site: www.santacasaderecife.org.br

Registro:654473 Prontuário:1182239 Data de Nascimento:14/02/84 Idade:35 ANO(S)
Nome do Paciente:**LINDEMBERG FAUSTINO DE SOUZA** Sexo:Masculino
Nome da Mãe:FRANCISCA MARIA DA CONCEICAO
CPF: 05883670440

Data: 16/08/2019

SÚMARIO DE ADMISSÃO E ALTA

DIAGNÓSTICO INICIAL(CONSTANTE NO LAUDO MÉDICO):
S520 - FRATURA DA EXTREMIDADE SUPERIOR DO CÚBITO [ULNA]

PROCEDIMENTO SOLICITADO:Tratamento cirúrgico de fratura da ulna DIREITA + neurolise do nervo ulnar DIREITA CÓDIGO: 0408020369
0403020077

TEMPO DE PERMANÊNCIA PREVISTO:

PROCEDIMENTO REALIZADO: Tratamento cirúrgico de fratura da ulna DIREITA + neurolise do nervo ulnar DIREITA CÓDIGO:0408020369
0403020077

COD.	EQUIPE	NOME	MATRICULA
1	CIRURGIÃO	:camila krause	20799
2	1.AUX CIRÚRGICO:		
3	2.AUX CIRÚRGICO:		
4	ANESTESIA	:BLOQUEIO DE PLEXO	
5	ANESTESISTA	:ANDRE ABAGARO	27826
6	CLÍNICA MÉDICA	:	

PROCEDIMENTOS ESPECIAIS:

RESUMO DE CASO: OPERADO SEM INTERCORRENCIAS

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL:

DIAGNÓSTICO SECUNDÁRIO:

MOTIVO DA ALTA

Este documento foi assinado digitalmente, conforme Medida Provisória Nº 2.200-2 de 24/08/2001.
Nome do profissional: CAMILA CARVALHO KRAUSE GONCALVES. CRM: 20799. Data e Hora: 21/08/2019 13:44:32.

[redacted] [redacted]

SANTA CASA
DE MISERICÓRDIA DO RECIFE
Santa Casa de Misericórdia do Recife
Av. Cruz Cabugá, 1563 - Santo Amaro - Recife - PE
Fone: PABX 3412-3800 | Email: sta-casa@santacasarecife.org.br
Site: www.santacasarecife.org.br

LAUDO MÉDICO

(AO INSS - PERÍCIA MÉDICA)

DATA: 17/08/2019
PACIENTE: LINDEMBERG FAUSTINO DE SOUZA

DECLARO PARA OS DEVIDOS FINS QUE O (A) PACIENTE ACIMA CITADO ESTEVE INTERNADO EM NOSSO SERVIÇO ONDE FOI SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRÚRGICO RECEBENDO ALTA HOSPITALAR APÓS MELHORA CLÍNICA.

ATESTO PARA OS DEVIDOS FINS QUE O (A) PACIENTE ACIMA CITADO NECESSITA AFASTAR-SE DAS ATIVIDADES LABORAIS POR UM PERÍODO DE 90 (NOVENTA) DIAS A PARTIR DESTA DATA.

RETORNO AO AMBULATÓRIO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA DO HOSPITAL SANTO AMARO / SANTA CASA DA MISERICÓDIA DO RECIFE PARA CONSULTA DE RETORNO NO DIA E HORÁRIO MARCADO ABAIXO.

CID-10: S520

DATA DE INTERNAMENTO: 11/08/2019

DATA DA CIRURGIA: 16/08/2019

DATA DE ALTA: 17/08/2019

DATA CONSULTA DE RETORNO: 28/08/2019

MEDICO ASSISTENTE: DRA. CAMILA KRAUSE

Victor M. C. Cardoso
Médico
CRM 27429

Médico: Dr. VICTOR MACHADO DE CARVALHO CARDOSO
CRM: 27429

Santa Casa de Recife

Relatório Médico de Alta

Nome: LINDEMBERG FAUSTINO DE SOUZA
Reg.: 654473 **Pront.:** 1182239
Sexo: Masculino **Dt. Nasc.:** 14/02/1984 **Idade:** 35
Conv.: RETAGUARDA GETULIO **Admissão:** 11/08/2019 19:39 **Alta:** 17/08/2019 05:44

Admissão:

FRATURA DE OLECRANO DIREITO

Evolução / Conduta:

OPERADO,SEM INTERCORRENCIAS

Diagnóstico:

Principal	S52.0	FRATURA DA EXTREMIDADE SUPERIOR DO CÚBITO [ULNA]

Internação

Unidade	Admissão	Alta/Transferência	Tempo
ENFERMARIA SÃO LUIZ	11/08/2019 19:39	17/08/2019 05:44	5 dia(s)

Orientação

ALTA HOSPITALAR COM ORIENTAÇÕES
RETORNAR AO AMBULATORIO DE DRA CAMILA KRAUSE DIA 28/08/2019
ANALGESIA + ATB
TIPOIA

Condição de Alta: **Tipo de Alta:** Medica

Victor M. C. Cardoso
Médico
CRM-PE 27429

Médico Responsável: Dr VICTOR MACHADO DE CARVALHO CARDOSO
CRM: 27429

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 24/09/2020 17:03:01
https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20092417030122900000067210576
Número do documento: 20092417030122900000067210576

SANTA CASA
DE MISERICÓRDIA DO RECIFE
Santa Casa de Misericórdia do Recife
Av. Cruz Cabugá, 1563 - Santo Amaro - Recife - PE
Fone: PABX 3412-3800 | Email: sta-casa@santacasarecife.org.br
Site: www.santacasarecife.org.br

NOME: LINDEMBERG FAUSTINO DE SOUZA
ENDEREÇO:RUA SANTUARIO ,97 ,MATRIZ DA LUZ .SAO LOURENCO DA MATA -PE
DATA: 17/08/2019

1ª VIA FARMÁCIA
2ª VIA PACIENTE

R E C E I T U Á R I O CONTROLE ESPECIAL

USO ORAL

1. PARACETAMOL + CODEÍNA (500MG / 30MG) ---------- ---------- -- 02 CAIXAS

TOMAR 01 CÁPSULA A CADA 8H EM CASO DE DOR MODERADA A FORTE.

Caixa
36 comp.
33,00

Victor M. C. Cardoso
Médico
CRM-PE 27429

Dr. VICTOR MACHADO DE CARVALHO CARDOSO
CRM: 27429

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome: ----------

IDENT:----------**Órgão Emissor**------

End:----------

Cidade :---------- **UF**----------

Telefone----------

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

_____ _____ / /__
Ass. do Farmacêutico **Data**

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 24/09/2020 17:03:01
https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20092417030122900000067210576
Número do documento: 20092417030122900000067210576

SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DO RECIFE
Santa Casa de Misericórdia do Recife
Av. Cruz Cabugá, 1563 - Santo Amaro Recife PE
Fone: PABX 3412-3800 | Email: sta-casa@santacasarecife.org.br
Site: www.santacasarecife.org.br

RECEITUARIO MÉDICO

PACIENTE: LINDEMBERG FAUSTINO DE SOUZA
DATA: 17/08/2019

USO ORAL

1. DIPIRONA 500mg ---------- 20 COMPRIMIDOS

TOMAR 01 COMPRIMIDO A CADA 6 HORAS EM CASO DE DOR [06h] [12h] [18h] [24h]

2. VITAMINA C 500mg ---------- 45 COMPRIMIDOS + 24,45

TOMAR 01 COMPRIMIDO, 1 VEZ AO DIA, POR 45 DIAS

3. CEFALEXINA 500mg ---------- 28 COMPRIMIDOS +

TOMAR 01 COMPRIMIDO 6/6 HORAS POR 7 DIAS

Cax
30 cpm
15,95

Médico: Dr. VICTOR MACHADO DE CARVALHO CARDOSO
CRM: 27429

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 7.977.704

DATA DE EXPEDIÇÃO 12/11/2014

NOME
<< MYZRAENE THAYSMA ALVES >>

FILIAÇÃO
<< >>
<< GLEIKS JULIANA ALVES >>

NATURALIDADE
JABOATÃO DOS GUARARAPES - PE

DATA DE NASCIMENTO
11/05/1994

DOC ORIGEM << 077180 01 55 1996 1 00129 224
0154482 18 JABOATÃO PE >>

CPF
100.086.844-30

Delegado Chefe do IITB

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO THAYS ALVES

EC-1

Myzraene Thaysma Alves

CARTEIRA DE IDENTIDADE

MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO

ASSINATURA DO PORTADOR

QUALIFICAÇÃO CIVIL

Nome Birdemburg Faustino de Souza

Data 14/2/84

Pai Nasc Rosa Est. PE

Filiação Wilderson Faustino de Souza
Francisca Maria da Conceição

CN 3824 F-259 L-A-22

ESTRANGEIROS

Doc. Ident. Nº

Estado

DRT São Lourenço da Mata

29/06/2000

Maria das Graças Barbosa da Silva

Mat. 0-1335-3

Assinatura do Funcionário

Ministério da Fazenda
Secretaria da Receita Federal do Brasil

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: **058.836.704-40**

Nome: **LINDEMBERG FAUSTINO DE SOUZA**

Data de Nascimento: **14/02/1984**

Situação Cadastral: **REGULAR**

Data da Inscrição: **26/03/2003**

Digito Verificador: **00**

Comprovante emitido às: **14:00:35** do dia **28/10/2019** (hora e data de Brasilia).
Código de controle do comprovante: **8196.FBD5.15A8.5F3C**

Este documento não substitui o "Comprovante de Inscrição no CPF".

(Modelo aprovado pela IN/RFB nº 1.548, de 13/02/2015.)

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 24/09/2020 17:03:01
https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20092417030122900000067210576
Número do documento: 20092417030122900000067210576

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

MINISTÉRIO DA INFRAESTRUTURA

DETRAN

DETRAN - PE

Nº 015100566322

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA | COD RENAVAM | RNTRC | PERÍODO

NOME

CPF/CNPJ | PLACA

PLACA ANT. | CHASSI

ESPÉCIE/TIPO | COR

MARCA/MODELO | ANO FAB. | ANO MOD.

COMBUSTÍVEL | CATEGORIA | CAPACIDADE PASSAGEIRO

TAXA ÚNICA | VALOR COBRANÇA | PAG. | DATA

I P V A

FAIXA TIPO | PARCELAMENTO COTAS | 1ª | 2ª | 3ª

PRÊMIO TAPAFRIO (R$) | CDF (R$) | PRÊMIO TOTAL (R$) | DATA DE PAGAMENTO

OBSERVAÇÕES

RECEBI | DATA

CONTRAN

DIRETOR TREE

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 24/09/2020 17:03:01
https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20092417030122900000067210576
Número do documento: 20092417030122900000067210576

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

Seguradora LIDER

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190659979 **Cidade:** São Lourenço da Mata **Natureza:** Invalidez Permanente

Vítima: LINDEMBERG FAUSTINO DE SOUZA **Data do acidente:** 04/08/2019 **Seguradora:** MAPFRE PREVIDENCIA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 05/12/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE OLÉCRANO DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACAS). ALTA.
P 16/28.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO COTOVELO 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 COTOVELO 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 dos cotovelos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R$ 1.687,50
		Total	**12,5 %**	**R$ 1.687,50**

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0376000/19

Vítima: LINDEMBERG FAUSTINO DE SOUZA

Data do acidente: 04/08/2019

CPF: 058.836.704-40

CPF de: Próprio

Titular do CPF: LINDEMBERG FAUSTINO DE SOUZA

Seguradora: MAPFRE PREVIDENCIA S.A.

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

MYZRAENE THAYSMA ALVES : 100.086.844-30

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

LINDEMBERG FAUSTINO DE SOUZA : 058.836.704-40

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 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: 28/10/2019
Nome: MYZRAENE THAYSMA ALVES
CPF: 100.086.844-30

MYZRAENE THAYSMA ALVES

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 28/10/2019
Nome: RAIANNE SILVA BARBOSA
CPF: 102.869.074-61

RAIANNE SILVA BARBOSA

Seguradora LÍDER

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

IDENTIFICAÇÃO DA VÍTIMA

Vítima: Rindembang Faustino de Souza

Data do Acidente: 4/08/19 CPF da vítima:

Portador da documentação:

Qualificação do Portador ☐ Vítima ☐ Representante Legal, cujo parentesco com a vítima é:

Endereço do portador

Número: Complemento: Bairro:

Cidade: UF: CEP: Telefone: ( )

E-mail:

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO APRESENTADO

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE:

- ☒ Formulário de Pedido do Seguro DPVAT
- ☒ Registro de ocorrência expedido pela autoridade policial (cópia simples 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)
- ☒ CPF da vítima (cópia simples e legível)
- ☐ Laudo do IML (cópia simples e legível)
- ☒ Declaração de Ausência de Laudo do IML, presente no Formulário de Pedido do Seguro DPVAT
- ☒ Boletim de atendimento hospitalar ou ambulatorial (cópia simples e legível)
- ☒ Comprovante de residência em nome da vítima (cópia simples e legível)

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO APRESENTADO

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)

obs: Representante Legal é quem representa a vítima menor, de 0 a 15 anos. (pais ou tutor)

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO APRESENTADA

Data: 28/10/19

Identidade

Assinatura: [illegible]

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO APRESENTADO

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS:

- ☐ Formulário de Pedido do Seguro DPVAT
- ☐ Registro de ocorrência expedido pela autoridade policial (cópia simples 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)
- ☐ CPF da vítima (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)

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO APRESENTADO

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)

obs: Representante Legal é quem representa a vítima menor, de 0 a 15 anos. (pais ou tutor)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

VALORES DE INDENIZAÇÕES:

Morte = R$ 13.500,00

Invalidez Permanente = até R$ 13.500,00

Despesas Médicas (DAMS) = até R$ 2.700,00 (Reembolso)

- 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 ao lado, nesse formulário
- Para acompanhar o pedido de indenização, acesse www.seguradoralider.com.br ou ligue para Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios): Capitais e regiões metropolitanas 4020 1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04 / Das 8h às 20h

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

Data: 28/10/19

Nome: [illegible]

Assinatura:

Num. 68528975 - Pág. 41

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 24/09/2020 17:03:01
https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20092417030122900000067210576
Número do documento: 20092417030122900000067210576

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0376000/19

Vítima: LINDEMBERG FAUSTINO DE SOUZA

Data do acidente: 04/08/2019

CPF: 058.836.704-40

CPF de: Próprio

Titular do CPF: LINDEMBERG FAUSTINO DE SOUZA

Seguradora: MAPFRE PREVIDENCIA S.A.

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

MYZRAENE THAYSMA ALVES : 100.086.844-30

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

LINDEMBERG FAUSTINO DE SOUZA : 058.836.704-40

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 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: 28/10/2019
Nome: MYZRAENE THAYSMA ALVES
CPF: 100.086.844-30

MYZRAENE THAYSMA ALVES

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 28/10/2019
Nome: RAIANNE SILVA BARBOSA
CPF: 102.869.074-61

RAIANNE SILVA BARBOSA

Num. 68528975 - Pág. 43

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 24/09/2020 17:03:01
https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20092417030122900000067210576
Número do documento: 20092417030122900000067210576

Seguradora LÍDER

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS - INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS

IDENTIFICAÇÃO DA VÍTIMA

Vítima: Rindomberg Faustino de Souza

Data do Acidente: 4/08/19 CPF da vítima:

Portador da documentação:

Qualificação do Portador ☐ Vítima ☐ Representante Legal, cujo parentesco com a vítima é:

Endereço do portador

Número: Complemento: Bairro:

Cidade: UF: CEP: Telefone: ( )

E-mail:

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO APRESENTADO

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE:

- ☒ Formulário de Pedido do Seguro DPVAT
- ☒ Registro de ocorrência expedido pela autoridade policial (cópia simples 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)
- ☒ CPF da vítima (cópia simples e legível)
- ☐ Laudo do IML (cópia simples e legível)
- ☒ Declaração de Ausência de Laudo do IML, presente no Formulário de Pedido do Seguro DPVAT
- ☒ Boletim de atendimento hospitalar ou ambulatorial (cópia simples e legível)
- ☒ Comprovante de residência em nome da vítima (cópia simples e legível)

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO APRESENTADO

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)

obs: Representante Legal é quem representa a vítima menor, de 0 a 15 anos. (pais ou tutor)

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO APRESENTADA

Data: 28/10/19

Identidade

Assinatura: [illegible]

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO APRESENTADO

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS:

- ☐ Formulário de Pedido do Seguro DPVAT
- ☐ Registro de ocorrência expedido pela autoridade policial (cópia simples 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)
- ☐ CPF da vítima (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)

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO APRESENTADO

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)

obs: Representante Legal é quem representa a vítima menor, de 0 a 15 anos. (pais ou tutor)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

VALORES DE INDENIZAÇÕES:

- **Morte = R$ 13.500,00**
- **Invalidez Permanente = até R$ 13.500,00**
- **Despesas Médicas (DAMS) = até R$ 2.700,00 (Reembolso)**

- 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 ao lado, nesse formulário
- Para acompanhar o pedido de indenização, acesse www.seguradoralider.com.br ou ligue para Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios): Capitais e regiões metropolitanas 4020 1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04 / Das 8h às 20h

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

Data: 28/10/19

Nome: [illegible]

Assinatura

PROCURAÇÃO PARTICULAR

BENEFICIARIO/VITIMA: LINDEMBERG FAUSTINO DE SOUZA	
Nome: LINDEMBERG FAUSTINO DE SOUZA	
Nacionalidade: BRASILEIRO(A)	**Est. Civil: SOLTEIRO**
Profissão: DESEMPREGADO	
Identidade: 6.852.298 SDS/PE	**CPF: 058.836.704-40**
Endereço: RUA CALCEDONIA 269 CENTRO – SÃO LOURENÇO DA MATA	

PROCURADOR: MYZRAENE THAYSMA ALVES	
Nome: MYZRAENE THAYSMA ALVES	
Nacionalidade: BRASILEIRO(A)	**Est. Civil: SOLTEIRA**
Profissão: AUXILIAR ADMINISTRATIVA	
Identidade: 7.977.704 SDS/PE	**CPF: 100.086.844-30**
Endereço: AVENIDA JOÃO FERNANDES VIEIRA 4C - JABOATÃO	

Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador acima qualificado, podendo o mesmo representar-me perante a Seguradora Líder dos Consórcios DPVAT, bem como perante qualquer Seguradora que faz parte dos consórcios DPVAT, também perante aos pontos de atendimento da Seguradora Líder (Correios, Sincores e Corretores), para fim especifico de dar entrada no meu Seguro DPVAT, podendo para tanto, assinar aviso de sinistros, prestar declarações, pegar documentos médicos em hospitais e outros documentos.

3º Ofício Jaboatão

Jaboatão 3º dia 2 setembro de 2019
Local e data

Assinatura do BENEFICIARIO/VÍTIMA
(RECONHECER FIRMA P

1º CARTÓRIO DE NOTAS DO JABOATÃO

PROCURAÇÃO PARTICULAR

BENEFICIARIO/VITIMA: LINDEMBERG FAUSTINO DE SOUZA	
Nome: LINDEMBERG FAUSTINO DE SOUZA	
Nacionalidade: BRASILEIRO(A)	**Est. Civil: SOLTEIRO**
Profissão: DESEMPREGADO	
Identidade: 6.852.298 SDS/PE	**CPF: 058.836.704-40**
Endereço: RUA CALCEDONIA 269 CENTRO – SÃO LOURENÇO DA MATA	

PROCURADOR: MYZRAENE THAYSMA ALVES	
Nome: MYZRAENE THAYSMA ALVES	
Nacionalidade: BRASILEIRO(A)	**Est. Civil: SOLTEIRA**
Profissão: AUXILIAR ADMINISTRATIVA	
Identidade: 7.977.704 SDS/PE	**CPF: 100.086.844-30**
Endereço: AVENIDA JOÃO FERNANDES VIEIRA 4C - JABOATÃO	

Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador acima qualificado, podendo o mesmo representar-me perante a Seguradora Líder dos Consórcios DPVAT, bem como perante qualquer Seguradora que faz parte dos consórcios DPVAT, também perante aos pontos de atendimento da Seguradora Líder (Correios, Sincores e Corretores), para fim especifico de dar entrada no meu Seguro DPVAT, podendo para tanto, assinar aviso de sinistros, prestar declarações, pegar documentos médicos em hospitais e outros documentos.

3º Ofício Jaboatão

Jaboatão 3º dos Afogados de 2019
Local e data

Assinatura do BENEFICIARIO/VÍTIMA
(RECONHECER FIRMA P

1º CARTÓRIO DE NOTAS DO JABOATÃO

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0417933/19

Vítima: LINDEMBERG FAUSTINO DE SOUZA

Data do acidente: 04/08/2019

CPF: 058.836.704-40

CPF de: Próprio

Titular do CPF: LINDEMBERG FAUSTINO DE SOUZA

Seguradora: MAPFRE PREVIDENCIA S.A.

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

MYZRAENE THAYSMA ALVES : 100.086.844-30

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

LINDEMBERG FAUSTINO DE SOUZA : 058.836.704-40

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 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: 26/11/2019
Nome: MYZRAENE THAYSMA ALVES
CPF: 100.086.844-30

MYZRAENE THAYSMA ALVES

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 26/11/2019
Nome: RAPHAELLA CRISTINA CAVALCANTI DA SILVA
CPF: 703.646.014-85

RAPHAELLA CRISTINA CAVALCANTI DA SILVA