



25/09/2020

Número: **0030421-38.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção A da 24ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **08/07/2020**

Valor da causa: **R\$ 7.087,50**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
CLAUDENIR LEOPOLDINA DE SOUZA (AUTOR)		Rodrigo Alves Dias (ADVOGADO) THIAGO FELIPE DIAS DE MELO (ADVOGADO)	
TOKIO MARINE BRASIL SEGURADORA S.A. (REU)			
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (REU)			
PAULO FERNANDO BEZERRA DE MENEZES FILHO (PERITO)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
68591203	25/09/2020 15:24	<a href="#">ANEXO 1</a>	Outros (Documento)



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

Rio de Janeiro, 20 de Maio de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190264530

Vítima: CLAUDENIR LEOPOLDINA DE SOUZA

Data do Acidente: 23/07/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: AGENOR JOSE DA SILVA

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), CLAUDENIR LEOPOLDINA DE SOUZA

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

Documentação médico-hospitalar não enviado(a), não acusamos o recebimento do documento, necessário apresentar.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

Pag. 01735/01736 - carta\_03 - INVALIDEZ

00040868



Carta nº 14332318





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

Rio de Janeiro, 16 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190264530

Vítima: CLAUDENIR LEOPOLDINA DE SOUZA

Data do Acidente: 23/07/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: AGENOR JOSE DA SILVA

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), CLAUDENIR LEOPOLDINA DE SOUZA

Informamos que não recebemos a documentação complementar solicitada necessária à análise do pedido do Seguro DPVAT.

Como o prazo de 180 (cento e oitenta) dias concedido para a entrega dos documentos terminou, o seu pedido foi cancelado.

Para a reabertura do pedido do Seguro DPVAT, retorne ao ponto de atendimento onde o seu processo foi iniciado para apresentar os documentos já solicitados.

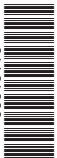
Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

Pag. 00219/00220 - carta\_16 - INVALIDEZ

00010110



Carta nº 15111153





# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:
	133770054-12	CLAUDENIR LEOPOLDINA DE SOUZA

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

Nome completo:	CPF:
CLAUDENIR LEOPOLDINA DE SOUZA	
Profissão:	Endereço:
DO LAR	RUA LOURENÇO DE SA
Bairro:	Cidade:
SOURO	SABOATÃO DOS GUARARAPES PE
E-mail:	CEP:
	81-98517-1903

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

**RENTA MENSAL:**

☒ RECLUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

## DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

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

☒ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)

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

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

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

AGÊNCIA: 6029 1 CONTA: 0020597 4

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT 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 da natureza da invalidez permanente decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia condonatória em a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO  
15 ABR 2019  
Gente Seguradora S/A  
Av. ... 15-15  
Belo Horizonte - MG

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

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: \_\_\_\_\_

Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: \_\_\_\_\_

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: \_\_\_\_\_ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Vivos: \_\_\_\_\_ Falecidos: \_\_\_\_\_

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.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data: Recife, 11 de abril de 2019

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

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

(\*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

**TESTEMUNHAS**

1ª | Nome: \_\_\_\_\_

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

Assinatura

2ª | Nome: \_\_\_\_\_

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

Assinatura

(\* A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

**NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.**

5.001 V001/2018



513228  
0119208 119

GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO  
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 006ª CIRCUNSCRIÇÃO - CORDEIRO - DP6ªCIRC DIM/2ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **19E0096000601**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **25/01/2019 às 14:33**

Complementa o BO Número: **19E0096000551**

**ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado)** que aconteceu no dia **23/7/2018 às 03:05**

Fato ocorrido no endereço: **RUA DOM CARLOS COELHO, 1 - Bairro: LOTEAMENTO 92 - JABOATÃO DOS GUARARAPES/PERNAMBUCO/BRASIL**

Local do Fato: **VIA PUBLICA / JABOATÃO DOS GUARARAPES, VILA RICA.**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR / AGENTE)  
MIKAEL ANTONIO SANTOS DA SILVA (OUTRO)  
CLAUDENIR LEOPOLDINA DE SOUZA (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): **MIKAEL ANTONIO SANTOS DA SILVA**

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

**CLAUDENIR LEOPOLDINA DE SOUZA (presente ao plantão) - Sexo: Feminino Mãe: ALDENIR CLAUDINA LEOPOLDINA DE SOUZA Pai: JOSE ALFREDO DE SOUZA Data de Nascimento: 8/8/1966 Naturalidade: JABOATÃO DOS GUARARAPES / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 8745851/SDS/PE (RG), 13377005412 (CPF) Estado Civil: SOLTEIRO(A) Profissão: DO LAR Endereço Residencial: RUA LOURENÇO DE SA, 1046 - CEP: 55000-000 - Bairro: SOCORRO - JABOATÃO DOS GUARARAPES/PERNAMBUCO/BRASIL**

**MIKAEL ANTONIO SANTOS DA SILVA (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

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

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

**MOTOCICLETA (VEICULO)** de propriedade do(a) Sr(a): **MIKAEL ANTONIO SANTOS DA SILVA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **MIKAEL ANTONIO SANTOS DA SILVA**  
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**  
Quantidade: **0 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PCF0071 (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO)**

Complemento / Observação

REGISTRO DE SINISTROS  
DPVAT  
NÃO INSCRITO

08 ABR. 2019

Sênio Seguradora S/A.  
Av. Rui Barbosa, nº 715 - Loja 5  
Recife - PE - CEP: 52011-000

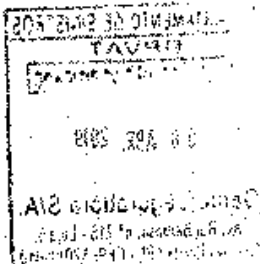
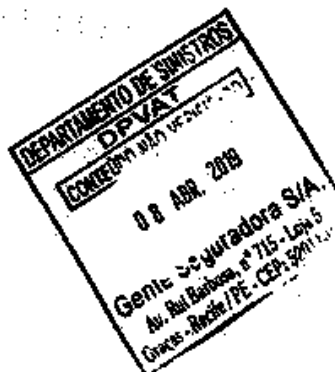
MICHAEL ANTONIO SANTOS DA SILVA, QUANDO O PILOTO O SR. MICHAEL ANTONIO SANTOS DA SILVA, PERDEU O CONTROLE DA MOTO AO DERRAPAR NA VIA, CAUSANDO A QUEDA DA VITIMA, ONDE FOI SOCORRIDO PELO SAMU GERANDO OCORRENCIA Nº 8-305191, E LEVADA AO HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS COM ATENDIMENTO DE Nº 787606, EM SEGUIDA TRANSFERIDA PARA O HOSPITAL DE MORENO ONDE SUBMETEU-SE A CIRURGIA NA TÍBIA DIREITA.

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

*Claudenir Leopoldina de Souza*

CLAUDENIR LEOPOLDINA DE SOUZA  
(VITIMA)

B.O. registrado por: GERALDO MOTA DE ARAUJO JÚNIOR - Matrícula: 3847724





# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:

☐

DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

☒

INVALIDEZ PERMANENTE

☐

MORTE

Nº do sinistro ou ASL:

CPF da vítima:

133 770 054-12

Nome completo da vítima:

CLAUDENIR LEOPOLDINA DE SOUZA

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VITÍMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSMP Nº 445/2012

Nome completo:

Profissão:

DO LAR

Endereço:

RUA LOURENÇO DE SA

CPF:

133 770 054-12

Número:

1046

Complemento:

Bairro:

SOCORRO

Cidade:

JABOATÃO

Estado:

PE

CEP:

54110-010

E-mail:

Tel.(DDD):

81-98517-1903

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

RENTA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR

☐ ATÉ R\$1.000,00

☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00

☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00

☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

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

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☐ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

CONTA:

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento da 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 ÚNICO BENEFICIÁRIO - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo

Data do óbito da vítima:

Grau de Parentesco com a vítima:

Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não

Se tinha filhos, informar quantos:

Vivos:

Falecidos:

Vítima deixou nascituro (vai nascer)?

☐ Sim ☐ Não

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 o 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.

Assinatura  
do(a) titular da  
vítima ou  
beneficiário  
não discriminado

Local e Data:

Nome:

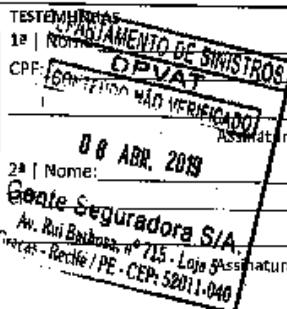
CPF:

(\*) Assinatura de quem assina A RDO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)



(\*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU RGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

FPS.001 V001/2018





Secretaria de Saúde  
Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

## DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO

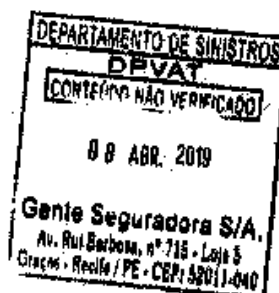
DA Nº: 2187.000  
EM: 02.10.2018

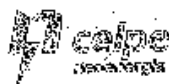
Atendendo ao requerimento da Sra. **CLAUDENIR LEOPOLDINA DE SOUZA, RG: 8745851 – SDS/PE, CPF: 133.770.054-12**, consta em nossos arquivos a ocorrência de nº **S - 505191** do dia 23 de julho de 2018, foi atendido pelo nosso Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU/JABOATÃO por volta das 03h 05 min vítima de queda de moto. O acidente aconteceu na Rua Dom Carlos Coelho enfrente ao Mercado Ponto Frio e Monza Gás - Vila Rica , Jaboatão dos Guararapes/PE, onde após os cuidados, removida para Hospital Otavio de Freitas.

Jaboatão dos Guararapes, 06 de novembro de 2018.

**Renato Ventura Guerra**  
Coord. de Atendimento - SAMU 192  
COREN-PE 139/200 ENF.  
Jaboatão dos Guararapes - PE

Coord. Geral-Samu/PMJG,  
Sec. Saúde-Jaboatão dos Guararapes.





Tanin Sachi de Trunfo Eklon: Cédula nº 10.110, de 26/04/202  
Companhia Brasileira de Participações  
Av. João de Deus, 12, Das Várzea, Pombal/PB - CEP 05017-403  
CNPJ 10.230.920/0001-00, Ins. Est. 10.137.43-55 (104430)@pb.com.br

ADENIR CILACINHA LEONILDA DE SOUZA

RUA LOURENÇO DE SA 1940

CPF: 022.877.004-66 NIS: 12525256220

SODORRO CAVALERO  
LABORATÓRIO DOS CURFOS SANTOS PE  
54170-010

81 RESIDENCIA  
CAIAFERREIRA COMINIS

2570068010 01/2019  
17/01/2019 07/02/2019  
TOTAL A RECEBER

UNICA 08/01/2019  
200211190 1147934

CONSUMO	PREÇO (R\$)	TOTAL (R\$)
Consumo Água 30 Litros	4,117300	7,23
Consumo Água 30 Litros 30 Litros	70,000000	28,18
Consumo Água 30 Litros 30 Litros	0,000000	0,00
Consumo Água 30 Litros 30 Litros		15,21
Consumo Água 30 Litros 30 Litros		2,00
Consumo Água 30 Litros 30 Litros		0,30
Consumo Água 30 Litros 30 Litros		0,74
Consumo Água 30 Litros 30 Litros		3,11

TOTAL DA FATURA

59,07

DATA	Tipo da Fatura	Valor	Valor	Valor	Valor	Valor	Valor	Valor	Valor
31/03/2019	SAF	1244204	4,0112	08/01/2019	4,0112	72	10900		57,00

CONSUMO	PREÇO (R\$)	TOTAL (R\$)
Consumo Água 30 Litros	4,117300	7,23
Consumo Água 30 Litros 30 Litros	70,000000	28,18
Consumo Água 30 Litros 30 Litros	0,000000	0,00
Consumo Água 30 Litros 30 Litros		15,21
Consumo Água 30 Litros 30 Litros		2,00
Consumo Água 30 Litros 30 Litros		0,30
Consumo Água 30 Litros 30 Litros		0,74
Consumo Água 30 Litros 30 Litros		3,11

Assinatura eletrônica de ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 25/09/2020 15:24:05

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DEPAT  
8 de ABR. 2019  
Gente Seguradora S/A.  
Av. Rui Barbosa, nº 715 - Loja 5  
Recife - PE - CEP: 52011-040





**Bradesco**

Banco Bradesco S.A.  
4160/Varejo - Prédio Vermelho - Térreo  
Cidade de Deus - Osasco - SP  
06029-900

**Mala Direta**

9912312953/2014 - DR/SPM  
**Bradesco**

Correios

## Aviso Importante!

AGENOR JOSE DA SILVA  
CALCITA, 38, CASA 02  
NOSSA SENHORA DA CON  
53429-750 - PAULISTA - PE

MD\_ALERTA\_CONQ\_PORTABILIDADE\_CONSUM\_201809\_AT / 132196

**FECHAMENTO AUTORIZADO - Pode ser aberto pela ECT**

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTÉUDO NÃO VERIFICADO

08 ABR. 2018

Gente Seguradora S/A  
Av. Rui Barbosa, nº 715 - Loja 5  
Recife/PE - CEP: 52011-040

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTÉUDO NÃO VERIFICADO  
20 DEZ 2018  
Gente Seguradora S/A  
Av. Rui Barbosa, 715 Loja 5  
Recife - Recife/PE CEP: 52011-040



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

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

**INFORMAÇÕES IMPORTANTES:**

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

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

A Circular SUSEP<sup>1</sup> 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<sup>2</sup>.

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

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

Pelo exposto, eu AGENOR JOSE DA SILVA inscrito (a) no CPF/CNPJ 311.453.704-97 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário CLAUDENIR LEOPOLDINA DE SOUZA inscrito (a) no CPF sob o Nº 133.770.054 / 12 do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima CLAUDENIR LEOPOLDINA DE SOUZA, inscrito (a) no CPF sob o Nº 133.770.054 / 12, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

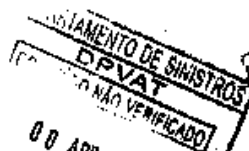
☐ Declaro Profissão: \_\_\_\_\_ Renda: \_\_\_\_\_, e apresento os documentos comprobatórios:

☒ 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		Número	Complemento
AGENOR - RUA CALÍSTA		38	
Bairro	Cidade	Estado	CEP
NSS DA CONCEIÇÃO	Paulista	Pe	53429-750
Email		Telefone comercial (DDD)	Telefone celular (DDD)
JAU AMARELO			81-98517-1903



Paulista, 29 de maio de 2019  
Local e Data

Assinatura do Declarante

DLDR-L001 V001/2017



## Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, MIKABL ANTONIO SANTOS DA SILVA

RG nº 210412979705-MEX data de expedição      /      /     

Órgão MEX, portador do CPF nº 115 406 224-44, com domicílio na cidade de JABOATÃO no Estado de PERNAMBUCO

onde resido na (Rua/Avenida/Estrada) 4ª TRAVESSA DA RUA ESPERANÇA - VILA RICA, nº 53

complemento     , declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima CLAUDENIR LEOPONINA DE SOUZA, cujo o condutor era MIKABL ANTONIO SANTOS DA SILVA

Veículo: HONDA

Modelo: CG 150 FAN

Ano: 2014/2015

Placa: PCP-0071

Chassi: 9C2KC1C80FR556858

Data do Acidente: 23.07.2018

Local e Data: JABOATÃO 18/06/2019

1º DISTRITO

Mikabl Antonio Santos da Silva  
Assinatura do Declarante

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

CARTÓRIO DO REGISTRO CIVIL E NOTAS DO 1º DISTRITO  
Jaboatão dos Guararapes - PE  
Rua Alberlu Barreto, 13 Centro - Fones 3481-3929

Reconheço por autenticidade a firma indicada de MIKABL ANTONIO SANTOS DA SILVA, lançada com minha presença. Oeu in  
Jaboatão dos Guararapes, 18 de 10 de 2019.

Fui testemunha      da verdade  
Adriana Maria de Lima Santana (Oficial)  
Valor total R\$ 4,79  
Válido somente com o selo 0075861.0K12201801.02244



DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
COMISSÃO DE VERIFICAÇÃO  
08 ABR. 2019

Sente Seguradora S/A.  
Av. Rui Barbosa, nº 715 - Lapa 5  
Recife / PE - CEP: 52050-000

# HOSPITAL OTÁVIO DE FREITAS EMERGÊNCIA



## 1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Atendimento: 787605

Prontuário: 832861

Nome: CLAUDENIR LEOPOLDINA DE SOUZA

Data Nasc.: 06/08/1996

Idade: 21

Sexo: FEMININO

Cor: PARDAS

Religião:

CPF:

RG:

CNS: 898003455020021

Nº. 0

Endereço: RUA DOUTOR LOURENÇO DE SA.

Cidade: JABOATÃO DOS GUARARAPES

Estado: PE

Bairro: SOCORRO

Fone: 558185102462

Celular:

Profissão:

CEP: 54170010

Acompanhante:

Nome da Mãe: ALDENIR CLAUDINA LEOPOLDINA DE SOUZA

Nome do Conjuge:

Clinica: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Notificação de Nêpi  
13.07.18

## 2 - ATENDIMENTO

Data: 23/07/2018 04:07

Médico: MEDICO PLANTONISTA

Queixa Principal / HDA:

Exame Físico:

PA:

FC:

FR:

Diag. Provisório:

Prescrição:

Dia:

Horário:

Data

ATENDIMENTO DE SINISTROS  
OPVAT

03. ABR. 2018

de 2

Sem

13.07.18  
mide



**HOSPITAL ARMINDO MOURA**  
**PEP - Prontuário Eletrônico do Paciente**

Emissão: 28/08/2018 16:49

Atendimento: 287137 Entrada: 23/07/2018 Hora: 18:20  
Plano: SUS - ELETIVAS  
Responsável: ALDENI CLAUDINA LEOPOLDINA DE SOUZA  
Médico Resp: ISAIAS CAVALCANTE FERNANDES

Saída: 02/08/2018 Hora: 13:05  
Matrícula:  
Identidade: 4401588  
C.N.S.: 888003455020021

Paciente: 1616037 CLAUDENIR LEOPOLDINA DE SOUZA  
Nascimento: 06/08/1996 (22 Anos)  
Endereço: RUA LOURENÇO DE SÁ  
Bairro: SOCORRO C.E.P.: 54170-010  
Cidade: 2607901 JABOATÃO DOS GUARARAPES  
Pai: JOSE ALFREDO DE SOUZA  
Mãe: ALDENI CLAUDINA LEOPOLDINA DE SOUZA  
Nacionalidade: BRASIL

Sexo: FEMININO Cor: PARDA  
Estado Civil: SOLTEIRO  
C.P.F.:  
Identidade: 8745851 - SDS - PE  
Telefone: 1983561249  
G.Instrução:  
Ocupação: DESEMPREGADA  
Naturalidade: JABOATÃO

**ORTOPEDIA / TRAUMATOLOGIA**

23/07/2018 18:20

AVALIAÇÃO (Dr. ISAIAS CAVALCANTE FERNANDES CRM 10862)

**RESUMO DE ALTA**

HOSPITAL DE ORIGEM: HOF  
DATA DA ADMISSÃO: 23/07/2018  
DATA DA ALTA: 02/08/2018

HD: TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DIAFÍSE TÍBIA DIR  
COM HASTE INTRAMEDULAR BLOQUEADA

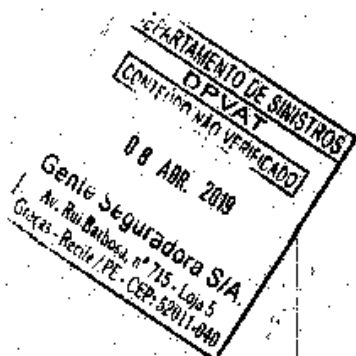
Paciente evoluindo bem no pos-operatório, sem queixas algicas.

**Ao exame:**

EGB, consciente, orientada, eupneica, BPP, edema (+/+4);  
FO sem sinais flogísticos.

CD: 1) Alta Hospitalar + Orientações.

Hospital Memorial Hospital Armindo Moura  
SAE  
Serviço de Arquivo Médico e Estatístico  
Fone: (81) 3604-2013  
Av. Odete Campelo, S/N - Jaboatão



Página 1 de 1



# HOSPITAL ARMINDO MOURA

PEP - Prontuário Eletrônico do Paciente

Emissão: 28/08/2018 16:44

Atendimento: 287137 Entrada: 23/07/2018 Hora: 16:20  
Plano: SUS - ELETIVAS  
Responsável: ALDENI CLAUDINA LEOPOLDINA DE SOUZA  
Médico Resp: ISAIAS CAVALCANTE FERNANDES

Saída: 02/08/2018 Hora: 13:08  
Matrícula:  
Identidade: 4401586  
C.N.S.: 896003455020021

Paciente: 1618037 CLAUDENIR LEOPOLDINA DE SOUZA  
Nascimento: 06/08/1996 (22 Anos)  
Endereço: RUA LOURENÇO DE SA  
Bairro: SOCORRO C.E.P.: 54170-010  
Cidade: 2607901 JABOATÃO DOS GUARARAPES  
Pa: JOSÉ ALFREDO DE SOUZA  
Mãe: ALDENI CLAUDINA LEOPOLDINA DE SOUZA  
Nacionalidade: BRASIL

Sexo: FEMININO Cor: PARDA  
Estado Civil: SOLTEIRO  
C.P.F.:  
Identidade: 8745851 - SDS - PE  
Telefone: 7983561249  
G.Instrução:  
Ocupação: DESEMPREGADA  
Naturalidade: JABOATÃO

## ORTOPEDIA / TRAUMATOLOGIA

CONSULTA NA URGENCIA (Dr. ISAIAS CAVALCANTE FERNANDES CRM.19952)

### FICHA DE ADMISSÃO

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA(S):	FRATURA DOS OSSOS DA PERNA
DOENÇAS DE BASE:	NEGA
MEDICAÇÕES DE USO DIÁRIO:	NEGA
ORIGEM:	HOF
DATA TRAUMA:	22/07/2018
TIPO DE TRAUMA:	REFE ACIDENTE MOTOCICLISTICO
CONDIÇÕES DE PELE:	ESCÓRIAS
*ALERGIAS:	NEGA
ENCAMINHAMENTO:	DR.
TIPO DE ENCAMINHAMENTO:	( X ) SES ( ) DEMANDA

#### EXAMES COM O PACIENTE:

( ) LABORATÓRIO ( ) RNM / TAC ( X ) RADIOGRAFIAS

#### CONDUTA NO INTERNAMENTO

RX: ( ) COXA ( ) JOELHO ( X ) PERNA ( ) TORNZELO ( ) ANTEBRAÇO ( ) COTOVELO ( ) PUNHO  
TALA: ( X ) COXOPODÁLICA ( ) BOTA ( ) AXILOPALMAR  
(X) LABORATÓRIO PRÉ-OPERATÓRIO;  
( ) PARECER CARDIOLÓGICO  
( X ) PROFILAXIA TVP/TEP

Hospital Memorial Armino Moura  
SAME  
Serviço de Arquivo Médico e Estatística  
Fone: (81) 3333-2013  
Av. Clete Campelo, 504 - Muroto - PE



# HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS EMERGÊNCIA



## 1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Atendimento: 787805 Prontuário: 932881  
 Nome: CLAUDENIR LEOPOLDINA DE SOUZA  
 Data Nasc.: 06/08/1996 Idade: 21 Sexo: FEMININO Cor: PARDAS Religião:  
 CPF: RG: CNH: 898003455020021 Nº: 0  
 Endereço: RUA DOUTOR LOURENÇO DE SA. Estado: PE  
 Bairro: SOCORRO Cidade: JABOATÃO DOS GUARARAPES  
 CEP: 84170010 Fone: 558186122482 Celular:  
 Acompanhante: Profissão:  
 Nome da Mãe: ALDENI CLAUDINA LEOPOLDINA DE SOUZA  
 Nome do Cônjuge:  
 Clínica: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

HOF  
 Notificação para NEST  
 13/07/18

## 2 - ATENDIMENTO Data: 23/07/2018 04:07 Médico: MEDICO PLANTONISTA

Queixa Principal / HDA:

Exame Físico:

PA: FC: FR:

Diag. Provisório:

Prescrição:

Diagn.

Horário

Data

ATENDIMENTO DE SINISTROS  
 DPVAT  
 06 ABR 2019

Seguradora S/A.  
 Av. Rui Barbosa, nº 715 - Loja 5  
 Recife / PE - CEP: 52011-040

25.07.18  
 m. de

de 2

# HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo MANCHESTER V2

23/07/2018 04:14

Nome Paciente: CLAUDENIR LEOPOLDINA DE SOUZA  
Cód. Paciente: 932861  
Data de Nascimento: 06/08/1996  
Sexo: Feminino  
Idade: 21  
Senha: FN0005  
Convênio: 2 - SUS - AMBULATORIO  
Atendimento: 787605



23/07/2018 04:14 - ANDREA CLAUDIA ALMEIDA DE MELO - COREN: 79740 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) -

Prioridade: AMARELO - URGENTE

Cor: AMARELO

Queixa Principal: TRAZIDA PELO SAMU. HISTÓRIA DE QUEDA DE MOTO. INFORMA QUE NÃO USAVA CAPACETE NO MOMENTO DE OCORRIDO. GLASGOW 15. TRAUMA EM MID. ESCORIAÇÕES EM FACE E EM MIE. NEGA HAS E/OU DM. NEGA ALERGIAS MEDICAMENTOSAS.

Observação:

Fluxograma-sintoma: PROBLEMAS EM EXTREMIDADES

Discriminador(es): DOR MODERADA?

Especialidade: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Alergia(s):

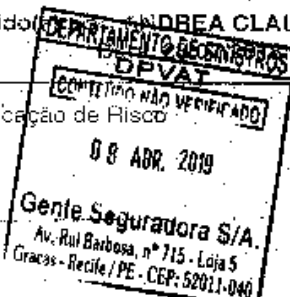
Sinais Vitais Lidos: RÉGUA DE DOR: 6

Acolhido por ANDREA CLAUDIA ALMEIDA DE MELO

04:14

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco

Página 1 de 1





## ENTREVISTA SERVIÇO SOCIAL

ROT. 13/4-01 V1

SETOR: <i>E. Dinâmica</i>	DATA: <i>23/04/2019</i>
NOME: <i>Claudia Maria Leopoldina de Souza</i>	NOME SOCIAL:
IDADE: <i>22</i>	DATA DE NASCIMENTO: <i>06/08/96</i>
FILIAÇÃO: <i>Jose Alfrido da Silva e Aldemir Claudio de Souza</i>	ESTADO CIVIL: <i>Solteira</i>
ENDEREÇO: <i>R. Vitorino de Almeida, 346, Germânia, Pombal</i>	
PONTO DE REFERÊNCIA:	
TELEFONES: <i>98356-1240 (mãe)</i>	
ENTREVISTADO: <i>Aldemir Claudio Leopoldina</i>	PARENTESCO: <i>genitor</i>
DOCUMENTOS POSSUI ( ) NÃO POSSUI ( )	APRESENTADOS: <i>CPF, RG, RST, SDS, PE</i>

1ª AVALIAÇÃO ( )	READMITIDO ( )	PROCEDÊNCIA:
ACOMPANHANTE: <i>Aldemir</i>		PARENTESCO:
TABAGISMO: SIM ( ) NÃO (X) ABANDONO ( )		ÉTICOS: SIM ( ) NÃO ( ) ABANDONO ( )
OUTRAS DROGAS: SIM ( ) NÃO (X) ABANDONO ( )		QUAIS:
POSSUI NECESSIDADE ESPECIAL: SIM ( ) NÃO (X)		QUAIS:
COBERTURA DE PSF: SIM (X) NÃO ( )		ACOMPANHAMENTO: SIM (X) NÃO ( )

PROFISSÃO: <i>Desempregada</i>	ESCOLARIDADE: <i>2ª grau incompleto</i>
VÍNCULO EMPREGATÍCIO: SIM ( ) NÃO (X)	OUTROS:
COMPOSIÇÃO FAMILIAR:	
APOIO FAMILIAR: SIM (X) NÃO ( )	BENEFÍCIO: PREVIDENCIÁRIO ( ) ASSISTENCIAL ( ) NÃO RECEBE ( )

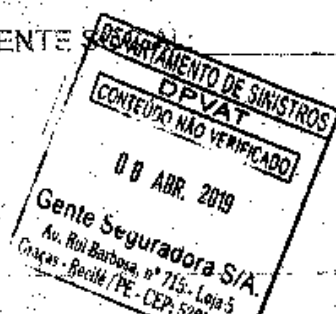
ALTA HOSPITALAR: SAIRÁ ACOMPANHADO (X) DESACOMPANHADO ( )
CONTATO C/ MUNICÍPIO ( ) RECURSOS PRÓPRIOS (X) CONTATO C/ FAMÍLIA (X)

## OBSERVAÇÕES

*Verificar se o paciente tem acesso a medicamentos, pois não possui plano de saúde, e o acesso a medicamentos é necessário para o tratamento. Verificar se o paciente tem acesso a alimentos, pois não possui recursos próprios para comprar alimentos. Verificar se o paciente tem acesso a transporte, pois não possui veículo próprio para se locomover.*

ASSISTENTE

043-HOF





HOSPITAL OTÁVIO DE FREITAS  
ENFERMARIA DE ORTOPEDIA  
RESIDÊNCIA EM ORTOPEDIA  
PRESCRIÇÃO MÉDICA



DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
OPVAT  
CONFÉRMAR NÃO VERIFICADO

08 ABR. 2018

Sente Seguradora S/A  
Av. Rui Barbosa, nº 715 - Loja 5  
Bairro / PE - CEP: 52011-900

LAUDENIR L DE SOUZA

REGISTRO: 932861

IDADE:

ADMISSÃO:

MEDICAMENTO

23/07 2018

1. Dieta LIVRE

2. DIPIRONA 01 AMP + AD, EV, 6/6H

3. TRAMAL 50MG 1AMP, 1 SF0.9% 150ML EV 8/8H (S/N)

4. FLASIL 01 AMP AD-FAZER 05 ML 1V8/8H S/N

5. SSVV+CCGG

6.

7.

# Hospital Otávio de Freitas

Local de atendimento:

Data/Hora Atendimento: 23/07/2018 04:07

Prontuário: 932861

Nº Atendimento: 787605

Serviço: ORTOPEDIA E

Enfermaria/Leito:

Médico:  
MÉDICO PLÁSTICO

Nome:  
CLAUDENIR LOPES OLIVEIRA DE SOUZA

Idade:  
21 Anos 11 Meses 17 Dias

Nasc:  
06/08/1996

Sexo:  
FEMININO

CPF:  
898003455020021

Comarcas:  
SJL 85102462-1 Celular: 81

Nome:  
CLAUDENIR LOPES OLIVEIRA DE SOUZA

Endereço:

RUA DOUTOR LOURENÇO DE SA, N.º 40 - JARDIM SOCORRO - CIDADE JABOATÃO DO  
DOS GUARARAPES - UF: PE

## Admissão

### Queixa Principal

TRAUMA EM PERNAS D.

### História Clínica

ACIDENTE DE MOTO HÁ 03H COM TRAUMA EM PERNAS D. QUEIXA-SE DE DORES EM PERNAS D.

### Exame Físico

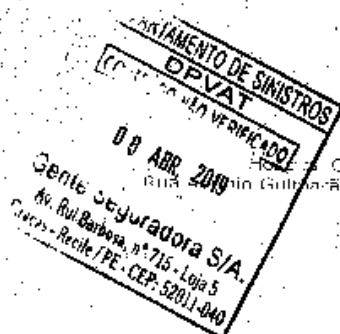
CONSCIENTE, ORIENTADA, GLASGOW 15.  
EDEMA EM PERNAS DIREITA. ESCORIAÇÕES EM TÓRAX D E ESQUERDO.  
NEUROVASCULARES PRESERVADOS.

### Observações

### Conduta

INTERNAÇÃO.

CI ENIO FERSON - JURA DA SILVA - CRM: 19.039.10.25598



HOSPITAL OTÁVIO DE FREITAS - CNES: 426 - CNPJ: 10.572.046/0004-70  
RUA MINISTRO GULBES, 5290 - TATIANA - RECIFE/PE CEP: 50.920-640 Fone: (81) 3182.3500



# HOSPITAL ARMINDO MOURA

PEP - Prontuário Eletrônico do Paciente

Emissão: 28/08/2018 16:49

Atendimento: 287137 Entrada: 23/07/2018 Hora: 18:20  
Plano: SUS - ELETIVAS  
Responsável: ALDENI CLAUDINA LEOPOLDINA DE SOUZA  
Médico Resp. ISAIAS CAVALCANTE FERNANDES

Saída: 02/08/2018 Hora: 13:06  
Matrícula:  
Identidade: 4401588  
C.N.S.: 89800345502G021

Paciente: 1616037 CLAUDENIR LEOPOLDINA DE SOUZA  
Nascimento: 06/08/1996 (22 Anos)  
Endereço: RUA LOURENÇO DE SA  
Bairro: SOCORRO C.E.P.: 54170-010  
Cidade: 2607901 JABOATÃO DOS GUARARAPES  
Pai: JOSE ALFREDO DE SOUZA  
Mãe: ALDENI CLAUDINA LEOPOLDINA DE SOUZA  
Nacionalidade: BRASIL

Sexo: FEMININO Cor: PARDA  
Estado Civil: SOLTEIRO  
C.P.F.:  
Identidade: 8745851 - SDS - PE  
Telefone: / 983561249  
G. Instrução:  
Ocupação: DESEMPREGADA  
Naturalidade: JARQUATAD

## ORTOPEDIA / TRAUMATOLOGIA

Dr. ISAIAS CAVALCANTE FERNANDES CRM 134520

AValiação (Dr. ISAIAS CAVALCANTE FERNANDES CRM 134520)

### RESUMO DE ALTA

HOSPITAL DE ORIGEM: HOF  
DATA DA ADMISSÃO: 23/07/2018  
DATA DA ALTA: 02/08/2018

HD: TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DIAFISE TIBIA DIR  
COM HASTE INTRAMEDULAR BLOQUEADA

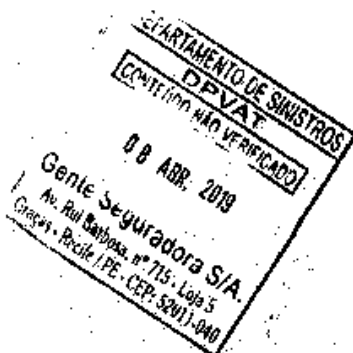
Paciente evoluindo bem no pos-operatório, sem queixas algicas.

#### Ao exame:

EGB, consciente, orientada, eupneica, BPP, edema (+/+4);  
FO sem sinais flogísticos.

CD: 1) Alta Hospitalar + Orientações.

Hospital Memorial Arminho Moura  
SADE  
Serviço de Arquivo Médico e Estatístico  
Fone: (81) 3546-2013  
Av. Gato Campesino, 500 - J. J. Costa



Página 1 de 1



**HOSPITAL ARMINDO MOURA**  
**PEP - Prontuário Eletrônico do Paciente**

Emissão: 28/08/2018 16:44

Atendimento: 287137 Entrada: 23/07/2018 Hora: 16:20  
 Plano: SIJS - ELETIVAS  
 Responsável: ALDENI CLAUDINA LEOPOLDINA DE SOUZA  
 Médico Resp: ISAIAS CAVALCANTE FERNANDES

Saída: 02/08/2018 Hora: 13:06  
 Matrícula:  
 Identidade: 4401586  
 C.N.S.: 898003465020021

Paciente: 1616037 CLAUDENIR LEOPOLDINA DE SOUZA  
 Nascimento: 06/08/1996 (22 Anos)  
 Endereço: RUA LOURENÇO DE SÁ  
 Bairro: SOCORRO C.E.P.: 54170-010  
 Cidade: 2607901 JABOATÃO DOS GUARARAPES  
 Pai: JOSE ALFREDO DE SOUZA  
 Mãe: ALDENI CLAUDINA LEOPOLDINA DE SOUZA  
 Nacionalidade: BRASIL

Sexo: FEMININO Cor: PARDA  
 Estado Civil: SOLTEIRO  
 C.P.F.:  
 Identidade: 8745851 - SDS - PE  
 Telefone: 7983561249  
 G.Instrução:  
 Ocupação: DESEMPREGADA  
 Naturalidade: JABOATÃO

**ORTOPEDIA / TRAUMATOLOGIA**

28/08/2018 16:44

CONSULTA NA URGENCIA (Dr. ISAIAS CAVALCANTE FERNANDES CRM 19952)

**FICHA DE ADMISSÃO**

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA (S):	FRATURA DOS OSSOS DA PERNA
DOENÇAS DE BASE:	NEGA
MEDICAÇÕES DE USO DIÁRIO:	NEGA
ORIGEM:	HOF
DATA TRAUMA:	22/07/2018
TIPO DE TRAUMA:	REFEFE ACIENTE MOTOCICLISTICO
CONDIÇÕES DE PELE:	ESCORIAÇÕES
*ALERGIAS:	NEGA
ENCAMINHAMENTO:	DR.
TIPO DE ENCAMINHAMENTO:	( X ) SES ( ) DEMANDA
EXAMES COM O PACIENTE:	
( ) LABORATÓRIO ( ) RNM / TAC ( X ) RADIOGRAFIAS	
CONDUTA NO INTERNAMENTO:	
RX: ( ) COXA ( ) JOELHO ( X ) PERNA ( ) TORNOZELO ( ) ANTEBRAÇO ( ) COTOVELO ( ) PUNHO	
TALA: ( X ) COXOPODÁLICA ( ) BOTA ( ) AXILOPALMAR	
(X) LABORATÓRIO PRÉ-OPERATÓRIO:	
( ) PARÊCER CARDIOLÓGICO	
( X ) PROFILAXIA TVP/TEP	

Hospital Armindo Moura  
 SAME  
 Serviço de Arquivo Médico e Estatística  
 Fone: (81) 3535-2013  
 Av. Cláudio Campos, São-Bernardo-PE

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
 DPVAT  
 CONTEÚDO NÃO VERIFICADO!

08 ABR. 2019

Gente Seguradora S/A  
 Av. Rui Barbosa, n.º 715 - Loja 5  
 Recife - PE - CEP: 52011-040

Página 1 de 2



# HOSPITAL ARMINDO MOURA

PEP - Prontuário Eletrônico do Paciente

Emissão: 28/08/2018 16:45

Atendimento: 287137 Entrada: 23/07/2018 Hora: 16:20  
Plano: SUS - ELETIVAS  
Responsável: ALDENI CLAUDINA LEOPOLDINA DE SOUZA  
Médico Resp: ISAIAS CAVALCANTE FERNANDES

Saída: 02/08/2018 Hora: 13:06  
Matrícula:  
Identidade: 4401586  
C.N.S.: 898003455020021

Paciente: 1616037 CLAUDENIR LEOPOLDINA DE SOUZA  
Nascimento: 06/08/1996 (22 Anos)  
Endereço: RUA LOURENÇO DE SA  
Bairro: SOCORRO C.E.P.: 54170-010  
Cidade: 2607901 JABOATÃO DOS GUARARAPES  
Pai: JOSE ALFREDO DE SOUZA  
Mãe: ALDENI CLAUDINA LEOPOLDINA DE SOUZA  
Nacionalidade: BRASIL

Sexo: FEMININO Cor: PARDA  
Estado Civil: SOLTEIRO  
C.P.F.:  
Identidade: 8745851 - SDS - PE  
Telefone: / 983561249  
G.Instrução:  
Ocupação: DESEMPREGADA  
Naturalidade: JABOATÃO

## ORTOPEDIA / TRAUMATOLOGIA

### DESCRIÇÃO CIRÚRGICA

Equipe:

Intervenção: JUAREZ SEBASTIAN LIMA E LIMA - CRM: 15595

Anestesiado: ANESTESIA

Anestesiado: ANESTESIA (X) DURA RÁPIDA ( ) LOMBAR ( ) TORÁCICA ( ) GERAL

Instrumentação: ALVARO

Diagnóstico: FRATURA DIAFÍSE TIBIA

(X) DIREITA - ( ) ESQUERDA

Procedimento: TITO CIR FRATURA TIBIA

ARTROSCÓPIA DO JOELHO

TENOPLASTIA PATELAR

ARTROSCÓPIA DO JOELHO

TENOPLASTIA PATELAR

ARTROSCÓPIA DO JOELHO

TENOPLASTIA PATELAR

ARTROSCÓPIA DO JOELHO

TENOPLASTIA PATELAR

ARTROSCÓPIA DO JOELHO

TENOPLASTIA PATELAR

ARTROSCÓPIA DO JOELHO

TENOPLASTIA PATELAR

ARTROSCÓPIA DO JOELHO

TENOPLASTIA PATELAR

ARTROSCÓPIA DO JOELHO

TENOPLASTIA PATELAR

ARTROSCÓPIA DO JOELHO

TENOPLASTIA PATELAR

ARTROSCÓPIA DO JOELHO

TENOPLASTIA PATELAR

ARTROSCÓPIA DO JOELHO

TENOPLASTIA PATELAR

ARTROSCÓPIA DO JOELHO

TENOPLASTIA PATELAR

ARTROSCÓPIA DO JOELHO

TENOPLASTIA PATELAR

ARTROSCÓPIA DO JOELHO

TENOPLASTIA PATELAR

ARTROSCÓPIA DO JOELHO

TENOPLASTIA PATELAR

ARTROSCÓPIA DO JOELHO

TENOPLASTIA PATELAR

ARTROSCÓPIA DO JOELHO

TENOPLASTIA PATELAR

ARTROSCÓPIA DO JOELHO

TENOPLASTIA PATELAR

ARTROSCÓPIA DO JOELHO

TENOPLASTIA PATELAR

ARTROSCÓPIA DO JOELHO

TENOPLASTIA PATELAR

ARTROSCÓPIA DO JOELHO

TENOPLASTIA PATELAR

ARTROSCÓPIA DO JOELHO

TENOPLASTIA PATELAR

ARTROSCÓPIA DO JOELHO

TENOPLASTIA PATELAR

ARTROSCÓPIA DO JOELHO

TENOPLASTIA PATELAR

ARTROSCÓPIA DO JOELHO

TENOPLASTIA PATELAR

ARTROSCÓPIA DO JOELHO

TENOPLASTIA PATELAR

ARTROSCÓPIA DO JOELHO

TENOPLASTIA PATELAR

DEPARTAMENTO DE SAUDES  
DPVAT  
COM DDO NÃO VERIFICADO  
08 ABR 2019  
Gente Seguradora S.A.  
Av. Rui Barbosa, nº 111  
Rio de Janeiro, RJ



# HOSPITAL ARMINDO MOURA

PEP - Prontuário Eletrônico do Paciente

Emissão: 28/08/2018 16:46

Atendimento: 287137 Entrada: 23/07/2018 Hora: 16:20  
Plano: SUS - ELETIVAS  
Responsável: ALDENI CLAUDINA LEOPOLDINA DE SOUZA  
Médico Resp: ISAIAS CAVALCANTE FERNANDES

Saída: 02/08/2018 Hora: 13:06  
Matrícula:  
Identidade: 4401588  
C.N.S.: 898003455020021

Paciente: 1616037 CLAUDENIR LEOPOLDINA DE SOUZA  
Nascimento: 06/08/1996 (22 Anos)  
Endereço: RUA LOURENÇO DE SÁ  
Bairro: SOCORRO C.E.P.: 54170-010  
Cidade: 2607901 JABOATÃO DOS GUARARAPES  
Pai: JOSE ALFREDO DE SOUZA  
Mãe: ALDENI CLAUDINA LEOPOLDINA DE SOUZA  
Nacionalidade: BRASIL

Sexo: FEMININO Cor: PARDA  
Estado Civil: SOLTEIRO  
C.P.F.:  
Identidade: 8745851 - SDS - PE  
Telefone: / 983561249  
G. Instrução:  
Ocupação: DESEMPREGADA  
Naturalidade: JABOATÃO

## ORTOPEDIA / TRAUMATOLOGIA

08/08/2018 17:24

AVALIAÇÃO (Dr. ISAIAS CAVALCANTE FERNANDES CRM 19352)

### DESCRIÇÃO CIRÚRGICA

#### Equipe:

Cirurgião: TARCISIO LYRA DE BRITO - CRM : 10591  
Aux 1: SILVIO JOHNSON  
Anestesista: ADRINA SIMOES  
Instrumentador:

#### Diagnóstico Pré-Operatório

FERIDAS INFECTADAS EM JOELHO DIR. E COXA ESQ

#### Cirurgia Realizada

DESBRIDAMENTO DE TECIDO DESVITALIZADO EM MID E MIE

#### Diagnóstico Pós-Operatório

O mesmo

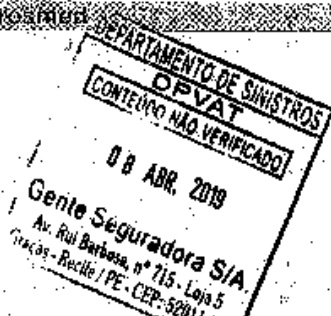
#### Acidentes

Não houve

#### Desfecho

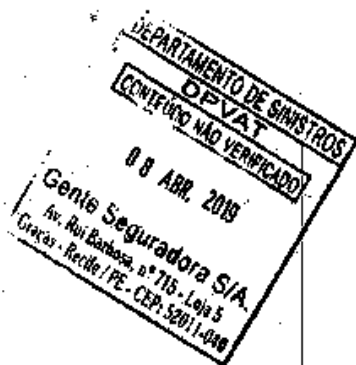
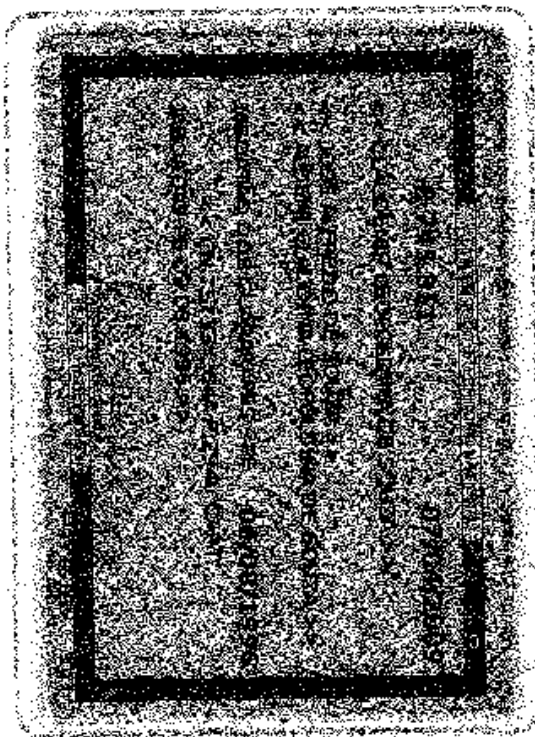
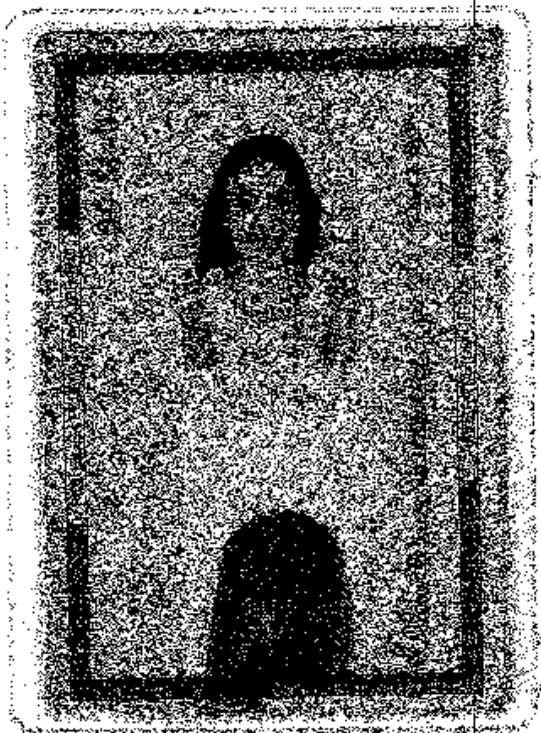
1. ASSEPSIA E ANTISSEPSIA DE MIE E MID  
2. REALIZADO DESBRIDAMENTO DE TECIDO DESVITALIZADO ELAVAGEM EXAUSTIVA COM SF  
3. CURATIVO

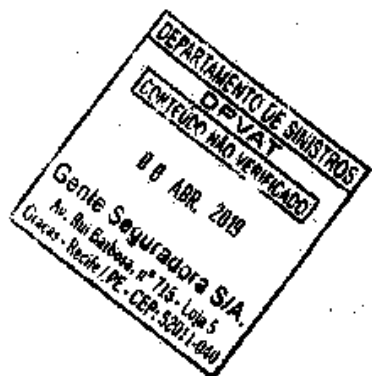
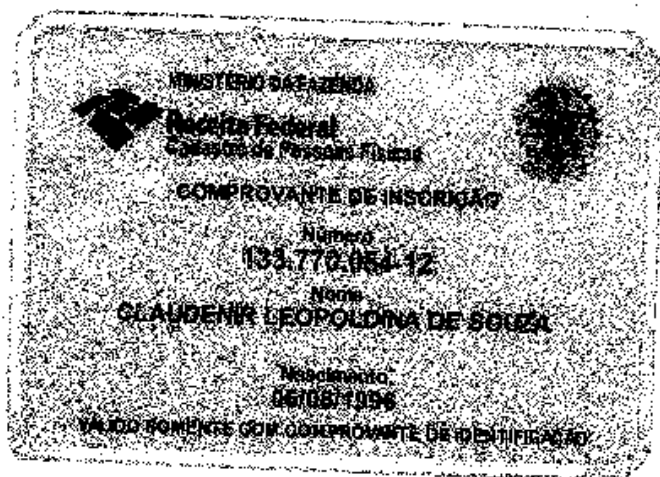
#### Materiais Procedidos



Página 1 de 2

Hospital Memorial Armino Moura  
SAÚDE  
Serviço de Arquivo Médico e Estatística  
Fone: (81) 3536-2013  
Av. Cícero Campelo, 818 - Jaboatão - PE

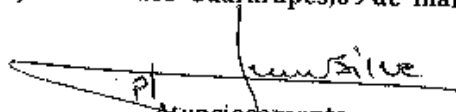




0119208719

Ilmº Sr. Diretor da Seguradora Líder, eu CLAUDENIR LEOPOLDINA DE SOUZA, portadora do CPF de nº 133.770.054-12, venho mui respeitosamente diante de V.Sª, para SOLICITAR PERÍCIA PRESENCIAL, referente ao sinistro de nº 3190264530, pelo fato da Seguradora ter efetuado o pagamento no valor de R\$ 2.362,50,00 (dois mil trezentos e sessenta e dois reais e cinquenta centavos) valor este referente a 25%, do dano corporal sofrido, sem realização de perícia, porém SOLICITO perícia para que um médico possa dar o percentual justo.

Jaboatão dos Guararapes, 09 de maio de 2019.

  
Atenciosamente,

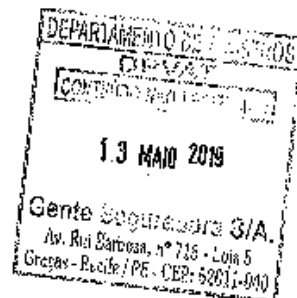
CLAUDENIR LEOPOLDINA DE SOUZA

Ao

Ilmº Sr.

Diretor da Seguradora Líder

NESTA



## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190264530 **Cidade:** Jaboatão dos Guararapes **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** CLAUDENIR LEOPOLDINA DE SOUZA **Data do acidente:** 23/07/2018 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

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

**Data da análise:** 26/04/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DIAFISÁRIA DA TÍBIA DIREITA.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSSÍNTESE COM HASTE INTRAMEDULAR + 2 PARAFUSOS.  
ALTA.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

**Sequelas:** Com sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

**Documentos complementares:**

**Observações:** BOLETIM OPERATÓRIO NA PÁGINA 11.

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 funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50



## PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

CLAUDENIR LEOPOLDINA DE SOUZA

brasileiro(a), estado civil SOLTEIRA, RG nº 8.745.851, CPF/MF sob

nº 133.770.054-12, residente e domiciliado à rua

RUA LOURENÇO DE SA, nº

1046 bairro SOCORRO, na cidade de

JABOATÃO, estado PERNAMBUCO, INVALENTE

PERMANENTE, OCORRIDA NO DIA 23.07.2018.  
OUTORGADO: AGENOR JOSÉ DA SILVA, brasileira, inscrito(a) no CPF/MF sob nº 311.453.704-97, com endereço profissional à rua Calcita, 38-Pau Amarelo, na cidade do Paulista, estado de Pernambuco.

PODERES: Concede poderes especiais do outorgado para: Enviar documentos, receber correspondências, solicitar informações por escrito ou por telefone, ter acesso ao número do sinistro, acompanhar o andamento do sinistro e apresentar documentos referentes ao sinistro, junto a Seguradora Líder, Seguradoras conveniadas a Líder DPVAT e a Susep, bem como tratar, requerer, assinar, receber papéis e documentos, concordar ou não com se faça necessário junto aos órgãos de Saúde (hospitais) Policlínicas, Upas, Samú e Corpo de Bombeiros.

Obs.: É de responsabilidade do outorgante a veracidade das informações e documentos apresentados e disponibilizados ao outorgado.

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT  
CC-HELDADO NÃO VERIFICADO

08 ABR. 2019

Sente Seguradora S/A.  
Av. Rui Barbosa, nº 715 - Loja 5  
Recife - PE - CEP: 52011-040

Jabotão 10 de Setembro de 2018.

Claudenir Leopoldina de Souza  
OUTORGANTE

Reconhecer firma por autenticidade

Lei 10406/2002, § 1º e 2º do Código Civil Brasileiro, "TODAS PESSOAS SÃO CAPAZES, SÃO APTAS PARA DAR PROTEÇÃO MEDIANTE INSTRUMENTO PARTICULAR, QUE DEVERÁ DESDE QUE TENHA ASSINATURA DO OUTORGANTE, § 1º A QUALIFICACÃO DO OUTORGADO, A DATA E O OBJETIVO DA OUTORGA COM DESIGNAÇÃO E A EXTINÇÃO DOS PODERES CONFERIDOS, § 2º O TERCEIRO COM QUEM O MANDATÁRIO TRATAR PODERÁ EXIGIR QUE A PROCURAÇÃO TRAGA PRIMA RECONHECIDA."

CARTÃO DE REGISTRO CIVIL E NOTAS DO 1º DISTrito DO JABOATÃO DOS GUARAPES - PE  
Rua Alameda Barros, 15 - Centro - Jaboatão dos Guarapés - PE - Fone: (011) 341.3331 / 3461.5238  
CNPJ: 06.908.000/0001-01 - E-mail: cartao@jgpc.org.br



## PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0119208/19

Número do Sinistro: 3190264530

Vítima: CLAUDENIR LEOPOLDINA DE SOUZA

CPF: 133.770.054-12

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

Data do acidente: 23/07/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: CLAUDENIR LEOPOLDINA DE SOUZA

### DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Outros

### ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue 0800-0221204.

- 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.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

#### Portador da documentação entregue

Data da entrega: 13/05/2019  
Nome: AGENOR JOSE DA SILVA  
CPF: 311.453.704-97

\_\_\_\_\_  
AGENOR JOSE DA SILVA

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 13/05/2019  
Nome: Isabelly Antonia dos Santos Ursulino  
CPF: 106.719.384-79

\_\_\_\_\_  
Isabelly Antonia dos Santos Ursulino





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

Rio de Janeiro, 09 de Abril de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190264530

Vítima: CLAUDENIR LEOPOLDINA DE SOUZA

Data do Acidente: 23/07/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: AGENOR JOSE DA SILVA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), CLAUDENIR LEOPOLDINA 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

Carta nº 14164276

Pag. 01095/01096 - carta\_01 - INVALIDEZ

00020548







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

Rio de Janeiro, 09 de Abril de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190264530

Vítima: CLAUDENIR LEOPOLDINA DE SOUZA

Data do Acidente: 23/07/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: AGENOR JOSE DA SILVA

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), CLAUDENIR LEOPOLDINA DE SOUZA

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

Autorização de pagamento incompleto(a), necessário apresentar o documento completo sem rasuras ou abreviações.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

Pag. 00347/00348 - carta\_03 - INVALIDEZ

00060174



Carta nº 14166504





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

**Rio de Janeiro, 10 de Maio de 2019**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190264530**

**Vítima: CLAUDENIR LEOPOLDINA DE SOUZA**

**Data do Acidente: 23/07/2018**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: AGENOR JOSE DA SILVA**

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a), CLAUDENIR LEOPOLDINA DE SOUZA**

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 2.362,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros inferiores 70%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 = R\$ 2.362,50

Recebedor: **CLAUDENIR LEOPOLDINA DE SOUZA**

Valor: **R\$ 2.362,50**

Banco: **237**

Agência: **000006029-1**

Conta: **000000020597-4**

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

