



Número: **0000263-50.2020.8.17.2340**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Vara Única da Comarca de Brejo da Madre de Deus**

Última distribuição : **13/07/2020**

Valor da causa: **R\$ 1.000,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
CARLA VANESSA MARINHO (AUTOR)	KELLY JULLIANNY SANTOS FERREIRA (ADVOGADO)
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (REU)	

Documentos

Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
69499 210	14/10/2020 16:30	<u>ANEXO 1</u>	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, 21 de Fevereiro de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200085899 Vítima: CARLA VANESSA MARINHO

Data do Acidente: 17/11/2019 **Cobertura:** INVALIDEZ

Procurador: MARIO JANDOIR DE ARAUJO

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), CARLA VANESSA MARINHO

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, contados 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 n° 15550472



Pág 01725/01726 - Carta 01 - INVAI IDE7



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 14/10/2020 16:30:16
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2010141630161600000068151605>
Número do documento: 2010141630161600000068151605

Núm. 69499210 - Pág. 1



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, 12 de Março de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200085899 Vítima: CARLA VANESSA MARINHO

Data do Acidente: 17/11/2019 Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: MARIO JANDOIR DE ARAUJO

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a). CARLA VANESSA MARINHO

Informamos que o pagamento da inscrição

informações abaixo:

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

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos pés 50%
Graduação: Em grau leve 25%
% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 50%) 12,50%
Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

Recebedor: CARLA VANESSA MARINHO

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 001

Agência: 000001666-7

Conta: 000010029452-9

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

NOTA: O percentual final indicado equivale a perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorno ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 14/10/2020 16:30:16
<https://pjje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2010141630161600000068151605>
Número do documento: 2010141630161600000068151605

Núm. 69499210 - Pág. 2



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: **114.060.344-26** 3 - CPF da vítima: **114.060.344-26** 4 - Nome completo da vítima: **CARLA VANESSA MARINHO**

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

5 - Nome completo:	Carla Vanessa Marinho	6 - CPF:	114.060.344-26
7 - Profissão:	Estudante	8 - Endereço:	Rua Um
9 - Número:	S/N	10 - Complemento:	
11 - Bairro:	Boca Esperança	12 - Cidade:	Brasília da Madre de Deus
13 - Estado:	PE	14 - CEP:	55130-000
15 - E-mail:	MSESEGURU.SANDOVAL@GMAIL.COM		
16 - Tel.(DDD):	(81) 9.8216-6977		

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:

<input checked="" type="checkbox"/> RECUZO INFORMAR	<input type="checkbox"/> R\$1.000 A R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> 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: **1666** CONTA: **29.452-7** (Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

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

(Informar o dígito se existir)

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

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO 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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: Solteiro Casado (ao Civil) Divorciado Separado Judicialmente Vôivo 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 Sim Não teve filhos? 29 - Setinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou Sim Não falecido (adotante)? 31 - Vítima Sim Não teve irmãos? 32 - Se tiver irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou Sim Não pais/avós vivos?

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

34 - Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

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

38 - 1^a | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2^a | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, **Brasília da Madre de Deus - PE** **06/01/2020**

Carla Vanessa Marinho

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante legal (se houver)

0002/2019

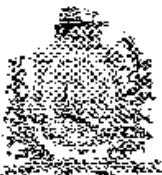
TESTEMUNHAS





Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 14/10/2020 16:30:16
<https://pje.tje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20101416301616000000068151605>
Número do documento: 20101416301616000000068151605

Num. 69499210 - Pág. 4



**GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 107^ª
CIRCUNSCRIÇÃO - BREJO DA MADRE DE DEUS
- DPI07CIR01INTER1/17/DESEC**

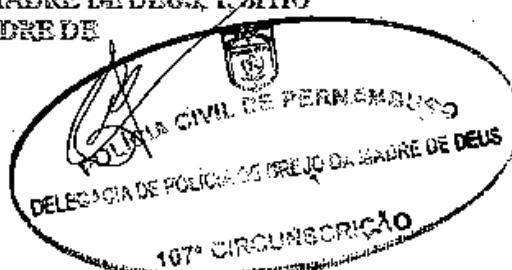
**BOLETIM DE OCORRÊNCIA N°.
1956197001219**

Ocorrência registrada nessa unidade policial no dia 19/12/2019 às 14:33

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Colisão (Colisão) que
ocorreu no dia 18/12/2019 às 18:30

Fato ocorrido no endereço: MUNICÍPIO DE BREJO DA MADRE DE DEUS, Lote 107
ÁGUASICHO - Bairro: ZONA RURAL - BREJO DA MADRE DE
DEUS/PERNAMBUCO/BRASIL

Local do Fato: VIA PÚBLICA



Pessoas(s) envolvida(s) na ocorrência:

**DESCONHECIDO (AUTOR / AGENTE)
MARIA DAS DORES DA SILVA (OUTRO)
CARLA VANESSA MARINHO (VÍTIMA)**

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

**VEICULO: (Uso(s) na ocorrência da ocorrência), que estava em posse de(s): Sra(s): CARLA VANESSA
MARINHO**

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

**CARLA VANESSA MARINHO (furto de placa) - Sexo: Feminino - MARIA DO CARMO
MARINHO Ppa: SEVERINO PEDRO MARINHO Data de Nascimento: 29/12/1997
Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL
Endereço Residencial: MUNICÍPIO DE BREJO DA MADRE DE DEUS, 107, BOA
ESPERANÇA RUA 01 - CEP: 33960-000 - Bairro: CENTRO - BREJO DA MADRE
DE DEUS/PERNAMBUCO/BRASIL**



2.04
DEOCOMBOLO (que gerou no placa) - Sexo: Feminino; Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

MARIA DOS DOIS DA SILVA (que gerou no placa) - Sexo: Feminino; Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL.

Qualificação(s) do(s) objeto(s) apreendido(s)

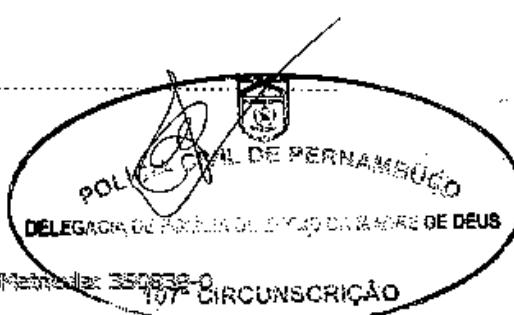
VEHICULO (VEÍCULO) de propriedade da(s) Sr(a) MARIA DAS DOIS DA SILVA, que estava em posse da(s) Sr(a) CARLA VANEZA MARINHO
Categoria/Modelo: MOTOCICLETA/HONDA/PCX 150 Objeto apreendido:
Nº
Cor: PRETA - Quantidade (UNIDADE NÃO INFORMADA)
Placa: KFW8134 (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Renavam: 223917249
Chassi: SCVJ11H04RSE00000
Ano Fabricação/Modelo: 2018/2018

Completo(a) / Ocorreção

A VÍTIMA INFORMA QUE ESTAVA EM SUA MOTOCICLETA indo do Sítio AQUENTINHO SENTINDO BREJO DA MADRE DE DEUS, QUANDO UMA OUTRA PESSOA EM UMA MOTOCICLETA INVADIU A FAIXA EM QUE A VÍTIMA ESTAVA, E COLIDIU COM A MESMA. A VÍTIMA NO MOMENTO DA COLISÃO CAIU DO VEÍCULO EM QUE PILOTAVA E QUEBROU DODS DEDOS DO SEU MÉDIO ESQUERDO. A VÍTIMA FOI SOCORRIDA POR POPULARES QUE PASSAVAM NO LOCAL PARA O HOSPITAL DE BREJO DA MADRE DE DEUS E POSTERIORMENTE FOI TRANSFERIDA PARA O HOSPITAL REGIONAL DE BREJO DA MADRE DE DEUS. PORTANTO COMPARECEU A ESTA DELEGACIA PARA INFORMAR O FATO OCORRIDO.

Assinatura do(s) parente(s) presente nessa Delegacia policial
Carla Vanesa Marinho

CARLA VANEZA MARINHO
(Mãe)



S.O. registrado por: JOSE WILSON DE BARROS CORREIA - Matrícula: 357032-0



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200085899 Cidade: Brejo da Madre de Deus Natureza: Invalidez Permanente
Vítima: CARLA VANESSA MARINHO Data do acidente: 17/11/2019 Seguradora: Investprev Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 28/02/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DO 2º E 3º METATARSO DO PÉ ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (FIO DE K.) P.04/

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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





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: **114.060.344-26** 3 - CPF da vítima: **114.060.344-26** 4 - Nome completo da vítima: **CARLA VANESSA MARINHO**

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

5 - Nome completo:	Carla Vanessa Marinho	6 - CPF:	114.060.344-26
7 - Profissão:	Estudante	8 - Endereço:	Rua Um
9 - Número:	S/N	10 - Complemento:	
11 - Bairro:	Boca Esperança	12 - Cidade:	Brasília da Madre de Deus
13 - Estado:	PE	14 - CEP:	55130-000
15 - E-mail:	MSESEGURU.SANDOVAL@GMAIL.COM		
16 - Tel.(DDD):	(81) 9.8216-6977		

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:

<input checked="" type="checkbox"/> RECUZO INFORMAR	<input type="checkbox"/> R\$1.000 A R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> 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: **1666** CONTA: **29.452-7** (Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

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

(Informar o dígito se existir)

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

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO 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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: Solteiro Casado (ao Civil) Divorciado Separado Judicialmente Vôvo 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 Sim Não teve filhos? 29 - Setinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou Sim Não falecido (adotante)? 31 - Vítima Sim Não teve irmãos? 32 - Se tiver irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou Sim Não pais/avós vivos?

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

34 - Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

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

38 - 1^a | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2^a | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, **Brasília da Madre de Deus - PE** **06/01/2020**

Carla Vanessa Marinho

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante legal (se houver)

0002/2019

TESTEMUNHAS





HRAº 5818142 UPA - MESTRE CAMARÃO

DATA 17/11/2019	HORA 18:40	PRONTUÁRIO 755710
CARTAO SUS/RG _____	NOME CARLA VANESSA MARINHO	
DATA NASCIMENTO 29/12/1997	IDADE 21	SEXO F
RESPONSÁVEL A MESMA	EST.CIVIL SOLTEIRO (A)	
ENDERECO R-01 BOA ESPERANÇA		CIDADE BREJO DA MADRE DE DEUS
		TELEFONE 9-8903-1886
MÉDICO DR. ANDRE COSTA + DR. DIEGO BEZERRA	ENFERMEIRO VANESSA	
EXAME FÍSICO: <i>Olhos: fundo de olho: ok peito: base: abd: tórax: normal cor: pe: E</i>		
PA: _____	HGT: _____	PESO: _____
CORTEZA: <i>1) fundo de olho: ok 2) peito: base: abd: tórax: normal cor: pe: E</i>		
CONDUTA: <i>1) fundo de olho: ok 2) peito: base: abd: tórax: normal cor: pe: E</i>		
<input type="checkbox"/> CONSULTA SIMPLES <input type="checkbox"/> CONSULTA COM OBSERVAÇÃO <input type="checkbox"/> TRANSFERÊNCIA <input type="checkbox"/> ALTA APÓS MEDICAÇÃO		
Dr. Andre Costa 755719 DR. ANDRE COSTA + DR. DIEGO BEZERRA MÉDICO		



Dr. André Costa
Médico
CRM-PB 6718

medicamento
fazendo uso de
fazer uso

① autorização de uso



BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 05/03/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: CARLA VANESSA MARINHO

BANCO: 001

AGÊNCIA: 01666-7

CONTA: 000010029452-9

Nr. da Autenticação CE40A99F15031D99



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 14/10/2020 16:30:16
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20101416301616000000068151605>
Número do documento: 20101416301616000000068151605

Num. 69499210 - Pág. 11



Tarifa Social de Energia Eléctrica (Graça nº 5110438, de 26/04/2012)

REVISTA DE ESTUDOS SOBRE A CULTURA ECONÔMICA BRASILEIRA

Companhia Energética de Pernambuco
Av. João de Barros, 111 - Jardim Vista, Recife - PE - CEP 50.050-902
(81) 3155-9311/001-84-11-0000 - E-mail: comercio@cenae.com.br

DADOS DO CLIENTE

EXERCÍCIO DA PROPRIADE CONSUMOGRAMA RUA UNI 10

CPF 086 532 304-32

BRAZIL-ESPERANÇA/CARREJO DA MULHER LT EIRE
CARREJO DA MÃE DE DEUS ME
55176-000

CLASSIFICAÇÃO
B1 REVISADA
RESUMIDA

33170-000

SEARCHED INDEXED SERIALIZED FILED
NOV 10 2015 USCA

2019-2020
7029059700 10/2019
17/10/2019 11/11/2019
104 15

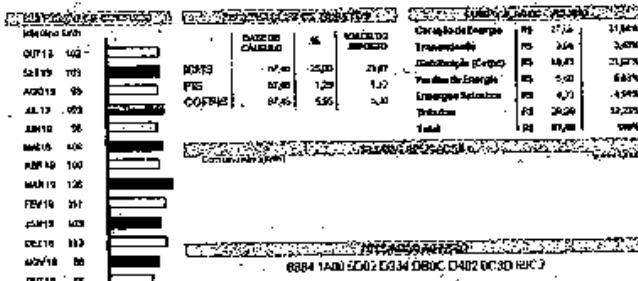
Consumo Ativado [WRI]
AcreSustão Banco de AMARELA
AcreSustão Banco de VERMELHA
Centro Bum Pública Municipal
ICMS Sustentável-SCUE-UFSC 0725951521-00000010
Multa para excesso UF 0725951 - 00000010
Junta por ICMS-UF 0725951521-00000010
PRO-CERCA-UFSC 0101412-0160 00000010

卷之三十一

TOTAL DA FATURA 104,1

Digitized by srujanika@gmail.com

Nº DO MOVIMENTO	TIPO DA MOVIMENTAÇÃO	JUNTO/DE		REGISTRO		Nº DE MOVIMENTO	CONTA/ANEXO	ARQUISTO	Data de para- mento
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA				
EF 19976	CAD	04/07/2012	13.224,60	14/07/2012	13.224,60	70	9.000,00		10/07/2012



ATENÇÃO: SE UMA PESSOA QUE VOCÊ POSSUI CONTAS ESTIVER

1996-1997 年度全国普通高等学校毕业生就业情况统计表

1990-1991: The first year of the new program.

RESUMO DA PRODUÇÃO INDUSTRIAL					VALORES DE REFERÊNCIA	
PERÍODO	PRODUÇÃO INDUSTRIAL	VALOR MENSAL	VALOR TRIMESTRAL	VALOR ANUAL	TÉRMINO MENSAL (N)	VALORES DE REFERÊNCIA (%)
FEV.	0,00	1,79	11,23	23,16	220	202
FEB.	0,00	2,30	4,70	12,20		
ABR.	0,04	1,27	9,00	0,00		





CNPJ 09.769.035/0001-64
INSC.EST. N° 18.1.001.0014398-2

ATENDIMENTO: RUA DE CADECA - NÚM. 0012 - MAURICIO DE NASS
AO CARGUARI PE 55401-2500

DETALHAMENTO		MATRÍCULA: 1046900000 / Agm. 017		
DATA DE EMISSÃO:	DATA DE VENCIMENTO:	TIPO DE CONSUMO (A):		
05/02/2020	05/03/2020	MÉDIA HD		
ALEMAN, 191	05/03/2020			
AGUA:				
LEIT ANT.: 171	CORPOUS, 17			
LEIT ATR:	HD DIF. ACI. 5			
LEIT FATE: 168				
HISTÓRICO DE CONSUMO				
REFERÊNCIA CONSUMO				
		NUMBER DE ANÚSTAS		
	PARÂMETRO'S	TEST. PORT. ANALISES REALIZ.	ATENDIMENTO LEGISLATIVO	
07/2017	15	100	169	0
06/2017	14	100	169	0
05/2017	16	100	169	0
04/2017	18	100	169	164
03/2017	16	100	169	164
02/2017	18	100	169	169
MÉDIA:	17	Quilômetro de Água:	www.compea.com.br	
085.: (TODOS OS PARÂMETROS) TOTAL AVULSA 95% DAS ÁGUAS RESIDUAIS EXAMINADAS				
C2005: PARÂMETROS COEFICIENTES TOTAIS, ESCHERICHIA COLI E CLORO RESIDUAL SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES SANITÁRIAS DA ÁGUA				
C3005: PARÂMETROS COR E TURBIDEZ SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES ASSOCIADAS AO ASPECTO VISUAL DA ÁGUA				
DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS		CONSUMO	TOTAL(R\$)	
ÁGUA				
CONSUMO TOTAL UNIDADE:				
ATE 10 M3: R\$ 11,11 POR UNIDADE	10 M3	59,11		
ACIMA DE 10 M3: R\$ 11,11 POR M3	/ M3	82,04		
TOTAL: R\$ 141,15		2,35		

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETIVA
DE SEGUROS LTDA

08 FEV. 2019
Rua da Aurora, N° 175, SL 902 BL C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE



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=29636>

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da falta 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 COAF².

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELA 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 Mauricio Jandoik de Araujo
inscrito (a) no CPF/CNPJ 386 058 731-175 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário
Carla Vanessa Marinho inscrito (a) no CPF sob o Nº 114 060 344-28
do sinistro de DPVAT cobertura VALIDEZ da Vítima Carla Vanessa Marinho
inscrito (a) no CPF sob o Nº 114 060 344-28, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço:	<u>RUA COLOMBIA</u>	Número:	<u>43</u>	Complemento:	<u>CASA</u>
Bairro:	<u>MAURICIO JANDOIK</u>	Cidade:	<u>CARuaru</u>	Estado:	<u>PE</u>
E-mail:				CEP:	<u>55012-260</u>

Local e Data: Recife - PE, 08 de Janeiro de 2020

Mauricio Jandoik de Araujo
Assinatura do Declarante





PREFEITURA DO RIO DE JANEIRO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE - SUS
JUNTOS CONSTRUINDO O FUTURO

Cash Whales Vazio

lado de volta

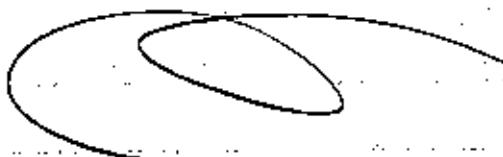
Auxílio mobiliário

Em férias pôr efeito

No círculo azul

Com desconto

← Sua satisfação →



*Trabalho de Ofício
Comunicação
Antônio Yves Cordeiro de Mello Júnior*

Cd-5900





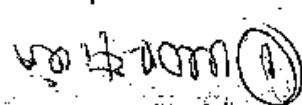
HRAº 5818142 UPA - MESTRE CAMARÃO

DATA 17/11/2019	HORA 18:40	PRONTUÁRIO 755710
CARTAO SUS/RG [redacted]	NOME CARLA VANESSA MARINHO	
DATA NASCIMENTO 29/12/1997	IDADE 21	SEXO F
EST.CIVIL SOLTEIRO (A)		
RESPONSÁVEL A MESMA	ENDEREÇO R-01 BOA ESPERANÇA	
CIDADE BREJO DA MADRE DE DEUS	TELEFONE 9-8903-1886	
MÉDICO DR. ANDRE COSTA + DR. DIEGO BEZERRA	ENFERMEIRO VANESSA	
EXAME FÍSICO: <i>Orientes cefálico e cervical. S/ dor. Percussão diafragmática s/ alterações. Pé: E</i>		
PA: TEMPERATURA:	HGT:	PESO: <i>Família Melo</i> <i>Cordeiro de Melo</i>
CONDUTA: <i>1) Vocaliza fcl des mn 2) Movimento eyes mn 3) Pupila ligeira e regular</i>		
<input type="checkbox"/> CONSULTA SIMPLES <input type="checkbox"/> CONSULTA COM OBSERVAÇÃO <input type="checkbox"/> TRANSFERÊNCIA <input type="checkbox"/> ALTA APÓS MEDICAÇÃO		
<i>Dr. A. Costa 755719</i> DR. ANDRE COSTA + DR. DIEGO BEZERRA MÉDICO		



Dr. André Costa
Médico
CRM-PB 6718

medida - 06:00
fase 2 sub fase 2
fase 3 sub fase 3

① 



PREFEITURA MUNICIPAL DE BREJO DA MADRE DE DEUS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
UPA – MESTRE CAMARÃO

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins, que o (a) paciente:
Carla Janessa Marinho
foi assistido (a) em caráter de urgência nesta Unidade de saúde,
no dia 17/11/16 tendo sofrido acidente

Brejo da Madre de Deus 16/10/19

Atenciosamente

Lucinávia Silva
Direção Administrativa
Dir. 272

Praça Vereador Abel de Freitas S/N

Brejo da Madre de Deus CEP:55170000





PREFEITURA MUNICIPAL DE BREJO DA MADRE DE DEUS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE - SUS
HOSPITAL JOSÉ CARLOS RANTANA

ENCAMINHAMENTO HOSPITALAR

DATA: _____ HORA: _____ ADMISSÃO: Emergência Enfermaria

NOME DO PACIENTE: CARLA JANESSA MARTELLI

N.º DO PRONTUÁRIO: _____ SEXO: R IDADE: 21

DESTINO: HOSPITAL HILÁ JOSEPHINA DATA: _____ HORA: _____

DESTINO: FINAL DATA: _____ HORA: _____

RESUMO DIAGNÓSTICO: Doença aguda de acometimento
multicêntrico - Vise a hospitalização por edema
e lemniscos fáscicos nel PE (F)
PR: Confusa.

Sintomas que são F: E Y E
porobacterios (F)

JUSTIFICATIVA: Declarado óbito S/ informe

DATA: 17-11-19

HORA: _____

MÉDICO ENCAMINHADOR
ASS. E CARIMBO

DIRETOR DA UNIDADE
ASS. E CARIMBO





COOPERATIVA DOS MÉDICOS
ANESTESIOLOGISTAS DO INTERIOR DE PE

Nº 10407

FICHA DE ANESTESIA

VALOR

SEXO <input checked="" type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	COR <input type="checkbox"/> Branca <input checked="" type="checkbox"/> Preta <input type="checkbox"/> Negra	IDADE <input type="checkbox"/> N <input checked="" type="checkbox"/> 21	HORÁRIO <input type="checkbox"/> 17h	PESO 55 Kg	PA 120 x 80	EC 38 BPM	RESPIRAÇÃO ASA 74 RPM	CATEGORIA SOS	DATA 18/11/19
DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO 0 min				CÓDIGO CIRURGIA		PORTE %			
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO Fratura Exposta de 2º e 3º metatarso Esquerdo									
OPERAÇÃO PROPOSTA Tratamento cirúrgico da Fratura Exposta de 2º e 3º metatarso Esquerdo									
OPERAÇÃO REALIZADA Ca proposta									
<p>17h 17:30</p> <p>HORÁRIO: 02</p> <p>O₂</p> <p>Spirof 100 100 100 100 100</p> <p>EICO₂</p> <p>LÉGUDOS: SPL 100 ml</p> <p>200 180 160 140 120 100 80 60 40 20 0</p> <p>ANOTADORES:</p>									

AGENTES	CONC.	QUANTIDADE
Fentanil	100 mcg	
Midazolam	4 mg	
Citanesina	25 mg	
Ropivacaína	0,5% 10 ml	
Lidocaína 1% 1 l.	30 ml	
Clinanestina	100 mcg	
Diprone	2 g	
Clorpromacina	50 mg	

TÉCNICA ANESTÉSICA: Bloqueio da rama femoral e estípite
guicaros por USG / agulha A-50.

DURAÇÃO DA OPERAÇÃO: 65 min	DURAÇÃO DA ANESTESIA: 90 min	
<input checked="" type="checkbox"/> CARDIOSCÓPIO <input type="checkbox"/> OXÍMETRO <input type="checkbox"/> NPNI	<input type="checkbox"/> CARNOGRAFO <input type="checkbox"/> S. VESICAL <input type="checkbox"/> LINHA ARTERIAL	<input type="checkbox"/> PVC <input type="checkbox"/> TEMPERATURA <input type="checkbox"/> MONITOR DO ESTADO CÉREBRAL
<input checked="" type="checkbox"/> ACORDADO <input checked="" type="checkbox"/> ADORMECIDO <input checked="" type="checkbox"/> SONOLENTO <input checked="" type="checkbox"/> INTUBADO		
ENCAMINHADO:		DESTINO:
<input checked="" type="checkbox"/> UNI <input checked="" type="checkbox"/> UMA <input checked="" type="checkbox"/> QUARTO		

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO		
RELATÓRIO OPERATÓRIO		
Unidade de saúde: HOSPITAL REGIONAL DO AGreste		
Paciente: CARLA VANESSA MARINHO	Nº Registro:	
Clinica: ORTOPEDIA	Nº dô leito:	
Operador: DR. MAURÍCIO PAES		
1º Assistente: DR FELIPE CARVALHO R2	2º Assistente:	
Instrumentador:	Anestesista:	
Anestesia: BLOQUEIO + SEDAÇÃO	Duração:	
Data da Operação: 18/11/2019	Inicio:	Término:
Diagnóstico Pré-operatório: FRATURA EXPOSTA DE 2º E 3º METATARSO ESQUERDO		
Diagnóstico Pós-operatório: O MESMO		
Operação Proposta: TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA EXPOSTA DE METATARSO		
Operação Realizada: A MESMA		
DESCRÍÇÃO DO ATO OPERATÓRIO		
<ol style="list-style-type: none"> 1. PACIENTE EM DECÚBITO DORSAL HORIZONTAL SOB ANESTESIA 2. ASSEPSIA + ANTISEPSIA + APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTÉREIS 3. VISUALIZADO FERIMENTO PONTINO EM DORSO DE PÉ ESQUERDO COM CONTIGUIDADE COM FOCO FRATURÁRIO 4. AMPLIAÇÃO DE FERIMENTO + LAVAGEM EXAUSTIVA COM SF0,9% 5. VISUALIZAÇÃO DO FOCO DE FRATURA DE 2º MTTÉ + REDUÇÃO DIRETA + ESTABILIZAÇÃO COM FIO K INTRAMEDULAR 6. VISUALIZAÇÃO DO FOCO DE FRATURA DE 3º MTTÉ + REDUÇÃO DIRETA + ESTABILIZAÇÃO COM FIO DE K INTRAMEDULAR 7. NOVA LAVAGEM EXAUSTIVA COM SF0,9% 8. HEMOSTASIA 9. SUTURA DA PELE COM NYLON 3.0 10. CURATIVO 11. ENCAMINHO PACIENTE A SRPA 		

Da Fase 3
 Melhor resultado
 Ortopedia e Traumatologia
 CRM-PE 252687/CRM-BA-303

18 NOV. 2019





Sistema
Único de
Saúde
Ministério
da
Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

HOSPITAL REGIONAL DO AGreste WALDEMIRO FERREIRA

2 - CNES

2 4 2 7 4 1 9

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

José Francisco Menezes Melo Júnior

6 - N° DO PRONTUÁRIO

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

XXXXXXXXXXXXXX

8 - DATA DE NASCIMENTO

01/01/1990

9 - SEXO

Masc. Fem.

10 - RAC/COR

3

10.1 - ETNIA

11 - NOME DA MÃE

12 - TELEFONE DE CONTATO

DDD 11

N° DO TELEFONE

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

14 - TELEFONE DE CONTATO

DDD 11

N° DO TELEFONE

15 - ENDEREÇO (RUA, N°, BAIRRO)

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

17 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO

18 - UF

19 - CEP

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - PRINCIPAIS SÍNOS E SINTOMAS CLÍNICOS

Trauma na face com corte e hiperemia no local.

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Itº exame clínico

22 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

Foto-união exposta ao Sol e esterco

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL

24 - CID 10 PRINCIPAL

25 - CID 10 SECUNDÁRIO

26 - CID 10 CALHAS ASSOCIADAS

Itº exame clínico

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

Itº exame clínico

29 - CLÍNICA

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

31 - DOCUMENTO

32 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

() CNS () CPF

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO

35 - ASSINATURA E CARMBO N° DO REGISTRO DO CONSELHO

Antônio Yves Cordeiro de Mello Junior

36 - ACIDENTE DE TRÂNSITO

37 - ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

38 - ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

39 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO () EMPREGADOR

40 - N° DO PIS/INSS

41 - SÉRIE

42 - CNPJ EMPRESA

43 - CNAE DA EMPRESA

44 - CGR

45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO () EMPREGADOR

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - CÓD. ÓRGÃO EMISOR

48 - DOCUMENTO

() CNS () CPF

49 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

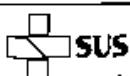
() CNS () CPF

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

51 - ASSINATURA E CARMBO N° DO REGISTRO DO CONSELHO

11/10/2020





Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

HOSPITAL REGIONAL DO AGreste WALDEMIRO FERREIRA

2 - CNES

2 4 2 7 4 1 9

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

Laura Vanessa Souza

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

9 - SEXO

Masc. Fem.

10 - RACA/COR

10.1 - ETNIA

11 - NOME DA MÃE

12 - TELEFONE DE CONTATO

Nº DO TELEFONE

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

14 - TELEFONE DE CONTATO

Nº DO TELEFONE

15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

17 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO

18 - UF

19 - CEP

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Foxamento a 20 dias - 3º mês gestação

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Neurólise na corona

22 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

anamnese e exame

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL

24 - CID 10 PRINCIPAL

25 - CID 10 SECUNDÁRIO

26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

Foxamento a 3º mês - gestante

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

Cortador de dentes

29 - CLÍNICA

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

31 - DOCUMENTO

32 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO

35 - ASSINATURA E CARMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

Dr. Felipe Diego V. P. Braga Neto

11/11/20

Dr. Felipe Diego V. P. Braga Neto

36 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

37 - () ACIDENTE TRABALHO TIPO C

38 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

39 - CNPJ DA SEGURADORA

40 - CRM-PE: 25263 / CRM-BR: 39860 BILHETE

41 - SÉRIE

42 - CNPJ EMPRESA

43 - CRM-PE: 25263 / CRM-BR: 39860 BILHETE

44 - CBOR

45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESMILHREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - CÓD. ÓRGÃO EMISOR

52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

48 - DOCUMENTO

49 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

() CNS () CPF

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

51 - ASSINATURA E CARMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

/ /



HOSPITAL REGIONAL DO AGreste
EMERGÊNCIA



1- IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome: CARLA VANESSA MARINHO

Data Nasc.: 29/12/1997 Idade: 21

Atendimento: 562833

Prontuario: 349204

Sexo: FEMININO

Cor: Parda Religião:

CNS: 704802537275748

Nº: 107

CPF:

RG:

Endereço: RUA 1

Bairro: LOT

CEP: 56170000 Fone: 996006668

Cidade: BREJO DA MADRE DE DEUS

Estado: PE

Nome da Mãe: MARIA DO CARMO MARINHO

Profissão: ESTUDANTE

Acompanhante:

Motivo do Atendimento: QUEDA DE MOTO

Clinica: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

2- ATENDIMENTO Data: 13/11/2019 14:01

Médico: MEDICO PLANTONISTA

Queixa Principal / HDA:

Exame Físico:

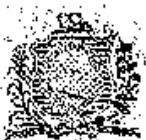
PA: _____ EG: _____ FR: _____

Diag. Provisório:

Prescrição:

Horário

Data



HOSPITAL REGIONAL DO AGreste EMERGÊNCIA

3. Evolução / Exames

Termo de Responsabilidade de Alta à Pedido

Paciente Familiar

Responsabilizo-me pela imediata retirada do paciente desse nosocomio, bem como tenho absoluto conhecimento sobre todas as consequencias que esse ato possa acarretar.

Name: _____ **RG:** _____

Endereço: _____ **Tel.:** _____

Data: [View](#) [Edit](#) [Delete](#) [Import](#) [Export](#) [Print](#) [Help](#)

scrittura

Autorização de Procedimento

Paciente Familiar

Name: _____ RG: _____

Nome: _____ **Endereço:** _____ **Tel.:** _____

Procedimento: _____

Aeslnatura

Diagn. Definitiv:

Destino do Paciente

Alta Clurgia Óbito Evadiu-se Termo de Alta a Pedido

Alta Orla Cais Internamento

Credicão de Alta

() Curado () Malherido () Inalterado () Óbito

Horario: **Médico:** CRM:

18/11/2019 14:02:03

Usuário do Atendimento



Data e hora retirada da senha: 18/11/2019 13:50

	Nome Paciente:	CARLA VANESSA MARINHO
	Cód. Paciente:	
	Data de Nascimento:	29/12/1987
	Sexo:	Feminino
	Idade:	21
	Senha:	P00007
	Convênio:	
	Atendimento:	
	SAME:	SAME

Período: 18/11/2019 13:53 - 18/11/2019 13:55

IRAM BARBOSA DA SILVA - COREN: SEN/NUME/ - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - CLASSIFICAÇÃO

Prioridade: MUITO URGENTE

Cor: LARANJA

Queixa Principal: PACIENTE ORIUNDO DE BREJO DA MADRE DE DEUS VITIMA DE COLISÃO MOTO/MOTO APRESENTANDO FRATURA EM 3º E 4º PÓE COM DOR E EDEMA (FRATURA EXPOSTAS)

Medicamento(s): HAS

DM

Observação: PACIENTE COM MACA E SENHA 5818142

Fluxograma sintoma: QUEDAS

Discriminador(es): - MECANISMO DE LESÃO?
- GRANDE HEMORRAGIA INCONTROLÁVEL?

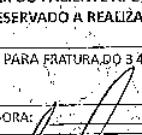
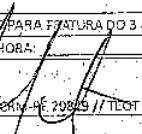
Especialidade: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Acolhido(a) por: IRAM BARBOSA DA SILVA - COREN: SEN/NUME/ - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

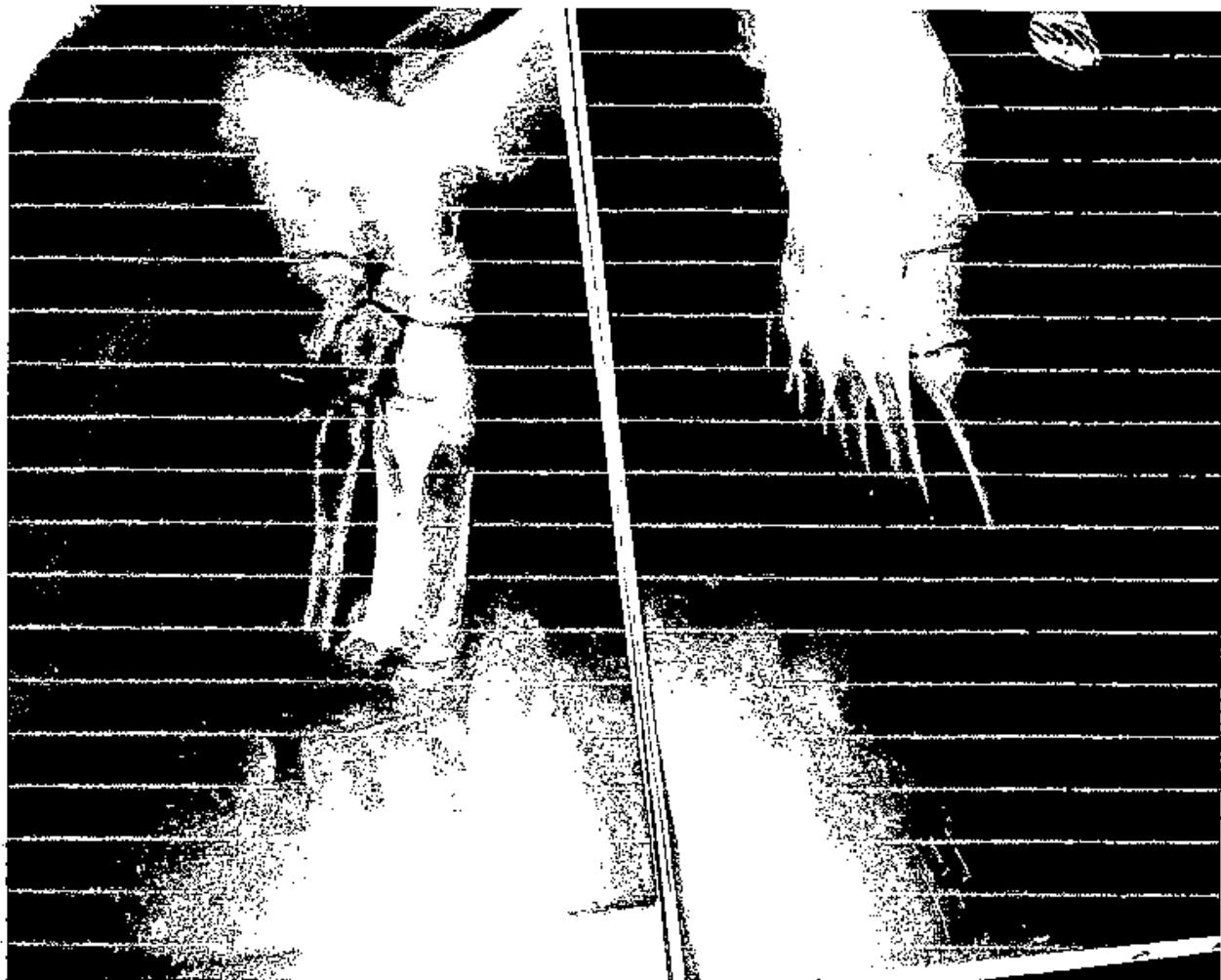
Data Impressão: 18/11/2019 13:56

Página 1 de 1

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco

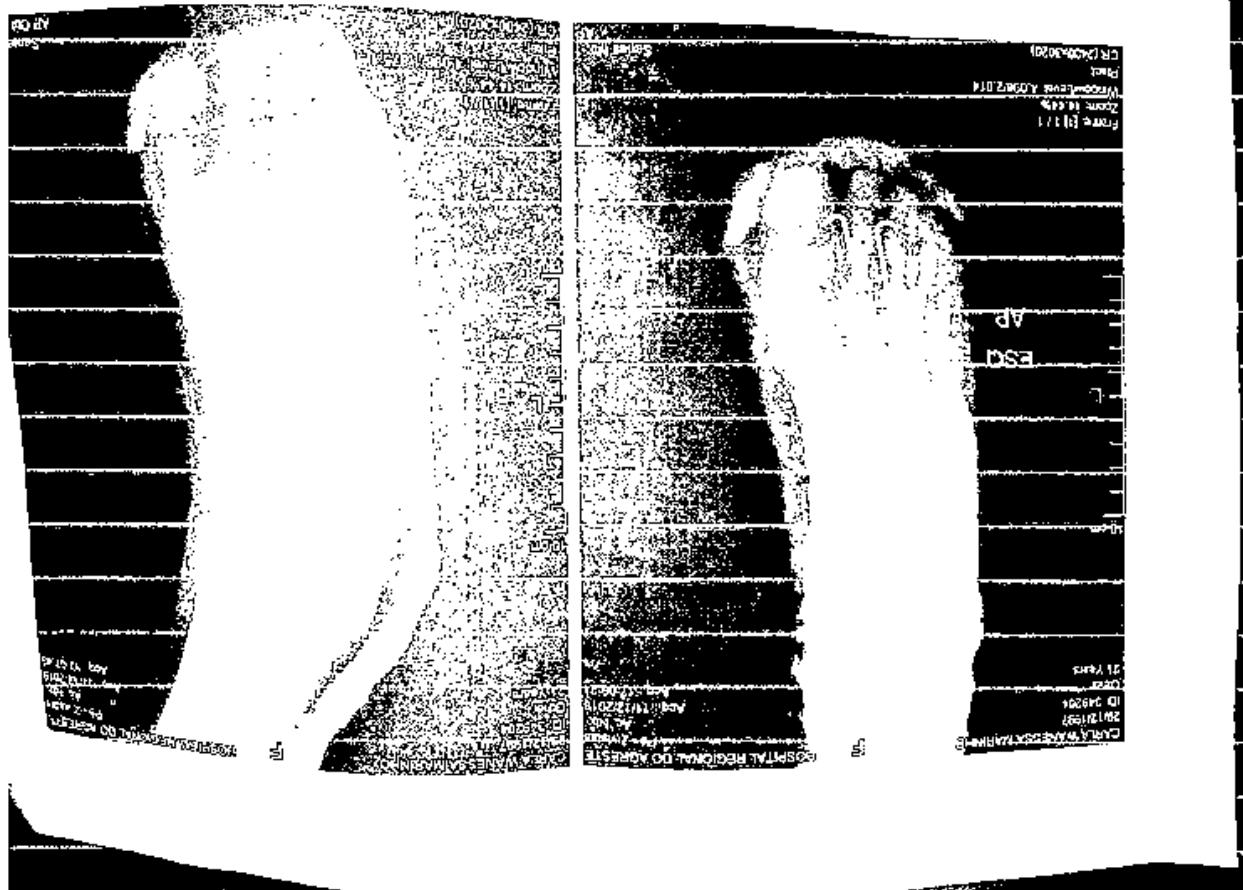
I SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO	
RESUMO DE ALTA (AMBULATÓRIO DE EGRESOS)	
Unidade de saúde: HOSPITAL REGIONAL DO AGreste	Nº Registro:
Paciente: CARLA VANESSA MARINHO	
Clinica: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	Nº do leito:
DIAGNÓSTICO: FRATURA DO 3-4 MTE	
AMBULATÓRIO DE EGRESOS – INFORMAÇÕES ADICIONAIS: O RETORNO REGULAR DO PACIENTE APÓS A ALTA DO HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE É NO AMBULATÓRIO DE EGRESOS, O PLANTÃO FICA RESERVADO A REALIZAR REAVALIAÇÕES APENAS EM CASO DE EMERGÊNCIA OU URGÊNCIA	
TRATAMENTO REALIZADO: ALTA APÓS AVALIAÇÃO DE RADIOGRAFIAS CONTROLE PARA FRATURA DO 3-4 MTE	
DATA DA ALTA HOSPITALAR: seg, 18 de novembro de 2019 HORA: 	
DATA seg, 18 de novembro de 2019 ASSINATURA: DR ALEXANDRE RÉGO FILHO CRM-PE 20819 // TEOF 14909	
SE NECESSÁRIO, DESTAQUE AQUI 	
SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO	
RESUMO DE ALTA (AMBULATÓRIO DE EGRESOS)	
Unidade de saúde: HOSPITAL REGIONAL DO AGreste	
Paciente: CARLA VANESSA MARINHO	
Clinica: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	
DIAGNÓSTICO: FRATURA DO 3-4 MTE	
AMBULATÓRIO DE EGRESOS – INFORMAÇÕES ADICIONAIS: O RETORNO REGULAR DO PACIENTE APÓS A ALTA DO HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE É NO AMBULATÓRIO DE EGRESOS, O PLANTÃO FICA RESERVADO A REALIZAR REAVALIAÇÕES APENAS EM CASO DE EMERGÊNCIA OU URGÊNCIA	
TRATAMENTO REALIZADO: ALTA APÓS AVALIAÇÃO DE RADIOGRAFIAS CONTROLE PARA FRATURA DO 3-4 MTE	
DATA DA ALTA HOSPITALAR: seg, 18 de novembro de 2019 HORA: 	
DATA seg, 18 de novembro de 2019 ASSINATURA: DR ALEXANDRE RÉGO FILHO CRM-PE 20819 // TEOF 14909	





Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 14/10/2020 16:30:16
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20101416301616000000068151605>
Número do documento: 20101416301616000000068151605

Num. 69499210 - Pág. 30



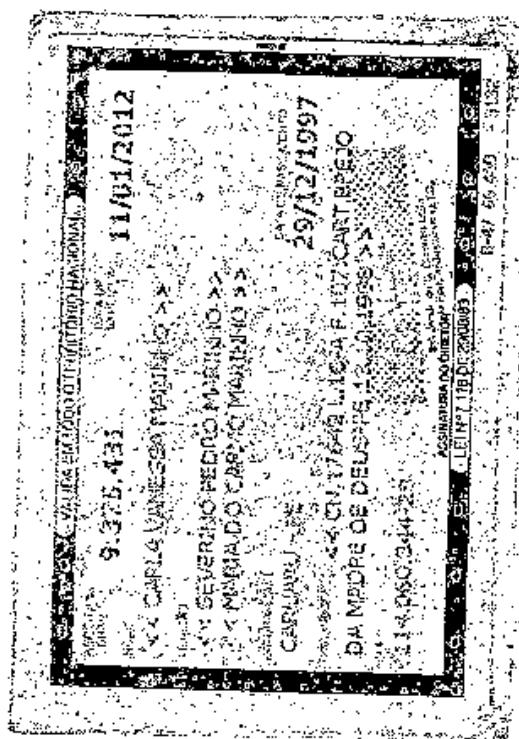
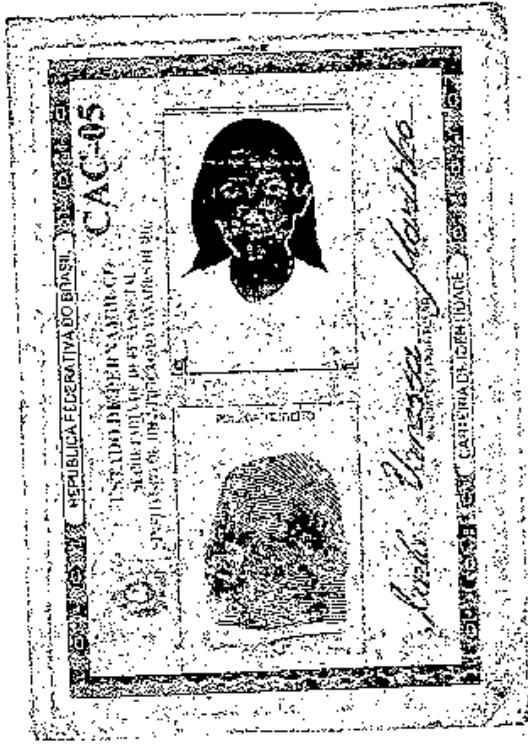
Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 14/10/2020 16:30:16
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20101416301616000000068151605>
Número do documento: 20101416301616000000068151605

Num. 69499210 - Pág. 31



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 14/10/2020 16:30:16
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20101416301616000000068151605>
Número do documento: 20101416301616000000068151605

Num. 69499210 - Pág. 32



07/01/2020

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

BRASIL

(HTTPS://GOV.BR)



Ministério da Fazenda

Secretaria da Receita Federal do Brasil

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: **114.060.344-28**

Nome: **CARLA VANESSA MARINHO**

Data de Nascimento: **29/12/1997**

Situação Cadastral: **REGULAR**

Data da Inscrição: **08/11/2011**

Dígito Verificador: **00**

Comprovante emitido às: **13:48:04** do dia **07/01/2020** (hora e data de Brasília).

Código de controle do comprovante: **5BDB.7ECC.08F6.5D93**



<https://servicos.receita.fazenda.gov.br/Servicos/CPF/ConsultaSituacao/ConsultaPublicaExibir.asp>

1/2



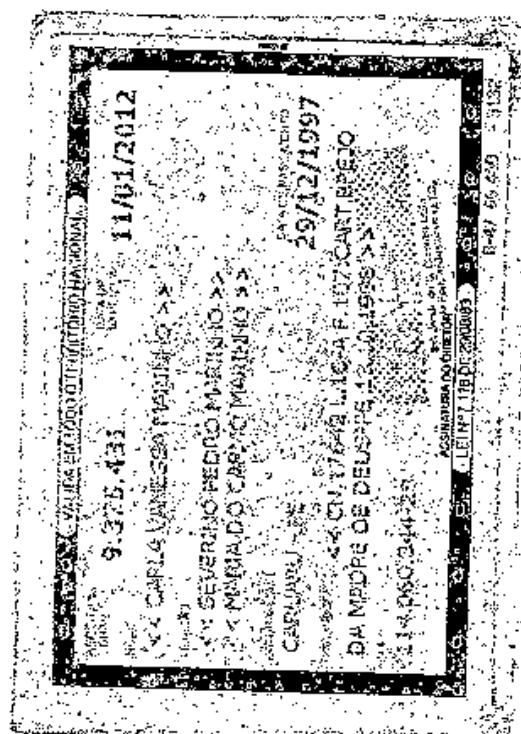
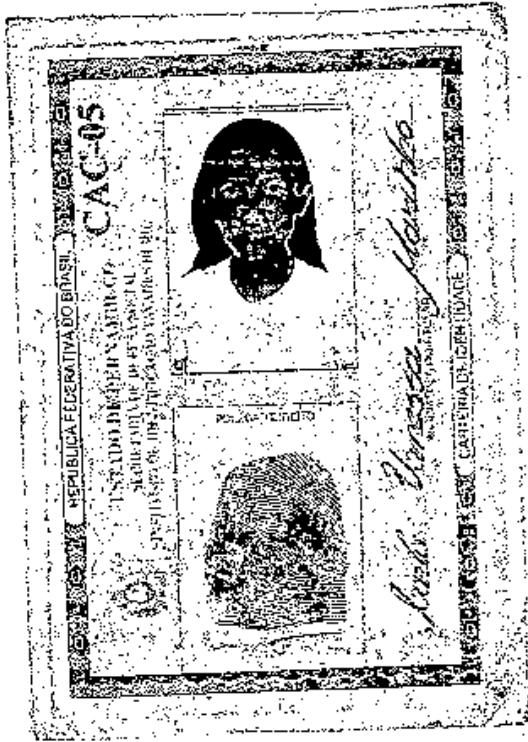
Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 14/10/2020 16:30:16
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20101416301616000000068151605>
Número do documento: 20101416301616000000068151605

Num. 69499210 - Pág. 34

Este documento não substitui o "Comprovante de Inscrição no CPF"
(/Servicos/CPF/ImpressaoComprovante/ConsultaImpressao.asp).

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





07/01/2020

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

BRASIL

(HTTPS://GOV.BR)



Ministério da Fazenda

Secretaria da Receita Federal do Brasil

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: **114.060.344-28**

Nome: **CARLA VANESSA MARINHO**

Data de Nascimento: **29/12/1997**

Situação Cadastral: **REGULAR**

Data da Inscrição: **08/11/2011**

Dígito Verificador: **00**

Comprovante emitido às: **13:48:04** do dia **07/01/2020** (hora e data de Brasília).

Código de controle do comprovante: **5BDB.7ECC.08F6.5D93**



<https://servicos.receita.fazenda.gov.br/Servicos/CPF/ConsultaSituacao/ConsultaPublicaExibir.asp>

1/2



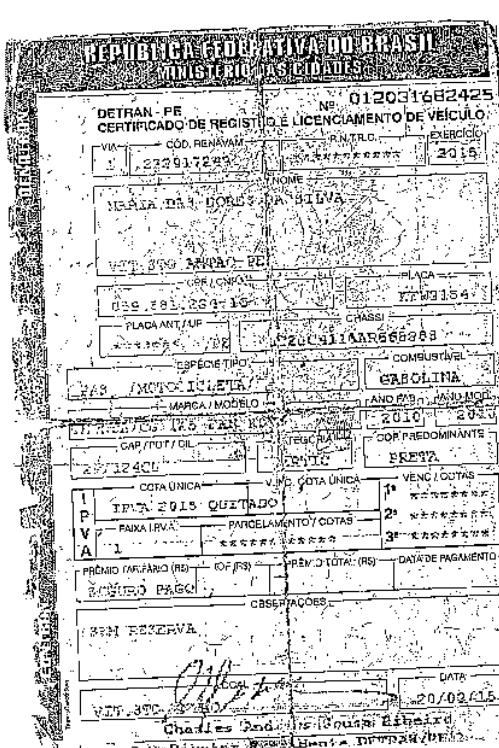
Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 14/10/2020 16:30:16
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20101416301616000000068151605>
Número do documento: 20101416301616000000068151605

Num. 69499210 - Pág. 37

Este documento não substitui o "Comprovante de Inscrição no CPF"
(/Servicos/CPF/ImpressaoComprovante/ConsultaImpressao.asp).

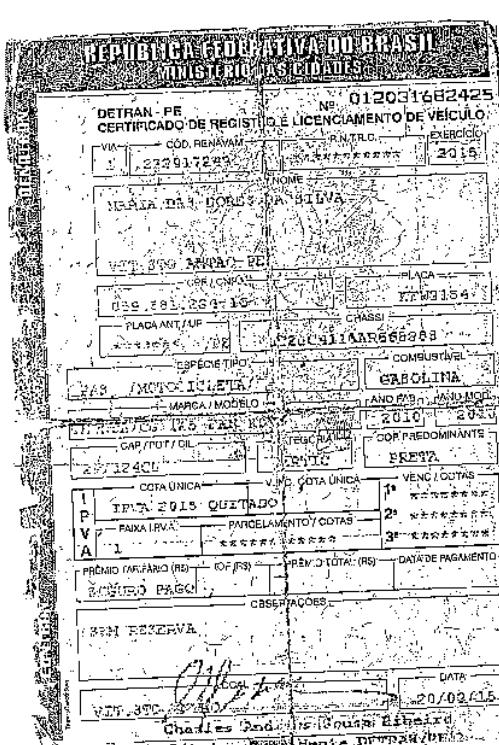
(Modelo aprovado pela IN/RFB nº 1.548, de 13/02/2015.)





SEGURO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR MEIO DE VÍCULOS AUTOMOTORES DE VIAGEM PESSOAL E DE CARGA A PESO SEGURO TRANSPORTADA OU NÃO, SEGURO DPVAT	
PE N° 012031682425 - BILHETE DE SEGURO DPVAT MARIA DAS LOURAS - DA SILVA POSTO MEDICO 335 B3618-000 CEP 10.100-000 LEIA VIT. 3º ANTO. PE.	
ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA www.dpvatsegurodotransito.com.br SAC DPVAT 6000 022 1204	
EXERCÍCIO DATA EMISSÃO 2015 20/03/15	
VIA:	PLACA:
1	KFW3184
CONF. CNPJ:	MARCA / MODELO:
033.511.234-15	HONDA CG 125 PAN KS
RENAVAM:	Nº CHASSI:
25.212.123-0	9220411100000000000
ANO FAB.:	DATA FAB.:
2010	06/10
PREMIO TARIFÁRIO	
FHS 180	CUSTO DO SEGURO IRPF
CUSTO DO BILHETE IRPF	
SEGURADO PAGO	Q. IRSI
PARCERIA IRPF	
PARCELADO	
DATA DE QUITAÇÃO	
COTA UNIDA	
SEGURADORA LÍDER - DPVAT	
www.seguradoralider.com.br	
0800-10-0001-01-04	
DESENHO E GUARDE O BILHETE DEVOLVENDO	
DPVAT - DESCONTO 10% NO PREÇO DA POLÍTICA DE RENEGOCIAÇÃO	

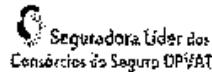




PE N° 0120316B2425		BILHETE DE SEGURO DPVAT	
MARIA DAS GRACIAS DA SILVA		35618-000	
POSTO MEDICO 305		CE-ALT. TI-LEIAV VIT. STO. ANTA BE	
<p>ESTE É SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA</p> <p>www.dpvatseguradostransito.com.br</p> <p>SAC DPVAT 0800 022 1204</p>			
		EXERCÍCIO	DATA EMISSÃO
		2015	20/03/15
VAT	CPF/CNPJ	PLACA	
1	033.561.234-15	REW5154	
FABRICA / MODELO		ANO FAB.	
FIAT UNO MONTANA CG 125 FAN KS		2010	
CHASSI		Nº CHASSI	
9C2T14110AR56938		9C2T14110AR56938	
PRÉMIO TARIFÁRIO			
FREIOS	DIRIGIBIL (P)	CUSTO DO SEGURO (R\$)	
100%	100%	100,00	
SEGURADO PAGO		DATA DE QUITAÇÃO	
PARCELADO			
TOTALÍCIA			
<p>SEGURADORA LÍDER - DPVAT</p> <p>CNPJ 04.491.600/0001-04 www.seguradoralider.com.br</p> <p>DESENQUELARME O BILHETE DE DPVAT EM CASO DE ACIDENTE COM FERIMENTO</p>			



RECEBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0007038/20

Vítima: CARLA VANESSA MARINHO

CPF: 114.060.344-28

Seguradora: Investprev Seguradora S/A

Data do acidente: 17/11/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: CARLA VANESSA MARINHO

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

MARIO JANDOIR DE ARAUJO : 386.058.134-15

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

CARLA VANESSA MARINHO : 114.060.344-28

- Autorização de pagamento
- Comprovante de residência

ATENÇÃO

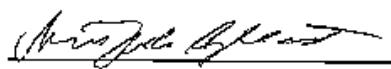
O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 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 8199.

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.

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

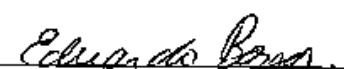
Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 07/01/2020
Nome: MARIO JANDOIR DE ARAUJO
CPF: 386.058.134-15


MARIO JANDOIR DE ARAUJO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 07/01/2020
Nome: Eduardo Rodrigo de Sousa Borges
CPF: 077.643.254-06


Eduardo Rodrigo de Sousa Borges



PROCURAÇÃO

OUTORGANTE (Vítima/beneficiária)

NOME: CARLA VANESSA MARINHO
IDENTIDADE: 01325 937 , CPF: 774 060 344-28
EST.CIVIL: SOLTEIRA PROFISSÃO: ESTUDANTE
ENDERECO: RUA UM
BAIRRO: BOR ESPERANÇA
CIDADE: BREJO DA M DEUS , UF: PE

OUTORGADO (Procurador)

NOME: MARIO JANDOIR DE ARAUJO
RG: 2.923.963 SDS/PE , CPF: 386.058.134-15 , EST.CIVIL: SOLTEIRO
PROFISSÃO: AUTONOMO.
END: RUA COLOMÉIA N°43, BAIRRO: MAURICIO DE NASSAU, CIDADE:
CARUARU , UF:PE.

Fico presente instrumento particular de procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador e outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me a seguradora líder dos consorcio do seguro DPVAT, a fim de dar entrada no pedido de indenização referente ao seguro obrigatório DPVAT da VITIMA: CARLA VANESSA MARINHO
CPF: 774 060 344-28 COBERTURA: INVALIDEZ

Data do acidente: 18/12/2019

Carla Vanessa Marinho

ASSINATURA DO OUTORGANTE (VITIMA/BENEFICIÁRIO)

Reconhecer firma por autenticidade

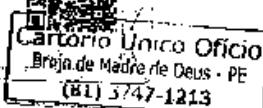
BREJO DA M DEUS, 18 de DEZEMBRO de 2019

Local e data:

CARTÓRIO ÚNICO (TABELIONATO, REGISTRO DE IMÓVEIS, PROTESTO E TÍTULOS)
Av. Getúlio Vargas, nº 277 - Centro - Brejo da Madre de Deus - PE - Tel.: (81) 3747-1213

Reconheço Por Autenticidade a firma de CARLA VANESSA MARINHO
Data: 18/12/2019 11:39:24 - ROGÉRIA MARIA LIMA
VIEIRA DE OLIVEIRA - TABELIA DE NOTARIA - Email: RS
3,39 TSMR RS 0,80 FERG RS 0,40 FERF RS 0,04 FUNSEG
RS 0,08 ISS RS 0,20 - Total RS 4,81

Selo: 0073437-NDR122015C1-BG196



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0007038/20

Vítima: CARLA VANESSA MARINHO

CPF: 114.060.344-28

Seguradora: Investprev Seguradora S/A

Data do acidente: 17/11/2019

Titular do CPF: CARLA VANESSA MARINHO

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

MARIO JANDOIR DE ARAUJO : 386.058.134-15

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

CARLA VANESSA MARINHO : 114.060.344-28

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: 07/01/2020
Nome: MARIO JANDOIR DE ARAUJO
CPF: 386.058.134-15

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 07/01/2020
Nome: Eduardo Rodrigo de Sousa Borges
CPF: 077.643.254-06

MARIO JANDOIR DE ARAUJO

Eduardo Rodrigo de Sousa Borges



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 14/10/2020 16:30:16
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20101416301616000000068151605>
Número do documento: 20101416301616000000068151605

Num. 69499210 - Pág. 43

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0069143/20

Vítima: CARLA VANESSA MARINHO

CPF: 114.060.344-28

Seguradora: Investprev Seguradora S/A

Data do acidente: 17/11/2019

Titular do CPF: CARLA VANESSA MARINHO

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

MARIO JANDOIR DE ARAUJO : 386.058.134-15

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

CARLA VANESSA MARINHO : 114.060.344-28

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: 20/02/2020
Nome: MARIO JANDOIR DE ARAUJO
CPF: 386.058.134-15

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 20/02/2020
Nome: ABENILDA MARIA BARBOSA
CPF: 028.384.474-40

MARIO JANDOIR DE ARAUJO

ABENILDA MARIA BARBOSA



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 14/10/2020 16:30:16
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20101416301616000000068151605>
Número do documento: 20101416301616000000068151605

Num. 69499210 - Pág. 44