



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
69499210	14/10/2020 16:30	<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, 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 JANDOUR 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, 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 15550472





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, 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 indenização do Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

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

Dano Pessoal: Perda 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 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



# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:

114.060.344-26

CARLA VANESSA MARINHO

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

5 - Nome completo: 6 - CPF: 7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento: 11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP: 15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD):

Carla Vanessa Marinho

114.060.344-26

Colidante

Rua Um

S/N

Bela Esperança

Brasão da Madre de Deus

PE

55170-000

MSEGURO.SANDR@GMAIL.COM

01 9.2216-6977

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:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.000,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

☒ CONTA POUÇANÇA (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: 1666 7 CONTA: 29.452 - 7

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: CONTA:

(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.

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:

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

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vivo)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso 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)

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

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

38 - 1ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

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

Carla Vanessa Marinho

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

001/2019





**GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO**  
**SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL**  
**POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO**  
**DELEGACIA DE POLÍCIA DA 107ª**  
**CIRCUNSCRIÇÃO - BREJO DA MADRE DE DEUS**  
**- DP107ªCIRC DINTER1/17ªDESEC**

**BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº.**  
**19E0197001219**

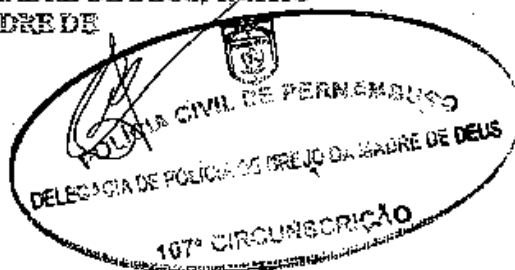
Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 19/12/2019 às 14:33

**ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Colisão (Consumado) que**  
**ocorreu no dia 17/12/2019 às 18:30**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICÍPIO DE BREJO DA MADRE DE DEUS, L. SÍTIO**

**AQUIDUÍHO - Bairro: ZONA RURAL - BREJO DA MADRE DE**  
**DEUS, PERNAMBUCO, BRASIL**

Local do Fato: **VIA PÚBLICA**



**Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:**

**DESCORRENTIDO (AUTOR / AGENTE )**  
**MARIA DAS DORES DA SILVA ( OUTRO )**  
**CARLA VANESSA MARENGO ( VÍTIMA )**

**Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:**

**VEÍCULO: (Especificar na ocorrência de ocorrência) , que estava em posse de(s) Sr(s): CARLA VANESSA**  
**MARENGO**

**Qualificação de(s) pessoa(s) envolvida(s)**

.....  
**CARLA VANESSA MARENGO (querelada/plaqué) - Sexo: Feminino - Mãe: MARIA DO CARMO**  
**MARENGO - Pai: SEVERINO PEDRO MARENGO 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: 33000-000 - Bairro: CENTRO - BREJO DA MADRE**  
**DE DEUS, PERNAMBUCO, BRASIL**





## 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: ☐ DADS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:

114.060.344-26

CARLA VANESSA MARINHO

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

5 - Nome completo: 6 - CPF: 7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento: 11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP: 15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD):

Carla Vanessa Marinho

114.060.344-26

Colidante

Rua Um

S/N

Bela Esperança

Brasão da Madre de Deus

PE

55170-000

MSEGURO.SANDR@GMAIL.COM

81 9.9216-6977

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: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.000,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

☒ CONTA POUÇANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção): ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos) ☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) ☒ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104) Nome do BANCO: AGÊNCIA: 1666 7 CONTA: 29.452 - 7

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 atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- O IML que atenda a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- O IML que atenda 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 do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: 25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: 28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vivo/não)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora 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) 36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo) 37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo) 38 - 1ª | Nome: CPF: Assinatura da testemunha 39 - 2ª | Nome: CPF: Assinatura da testemunha

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

Carla Vanessa Marinho

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

001/2019





UPA- MESTRE CAMARÃO

DATA	HORA	PRONTUÁRIO
17/11/2019	18:40	755710
CARTÃO SUS/RG	NOME	
	CARLA VANESSA MARINHO	
DATA NASCIMENTO	IDADE	SEXO
29/12/1997	21	F
EST. CIVIL		
SOLTEIRO (A)		
RESPONSÁVEL	ENDEREÇO	
A MESMA	R-01 BOA ESPERANÇA	
CIDADE	TELEFONE	
BREJO DA MADRE DE DEUS	9-8903-1886	
MÉDICO	ENFERMEIRO	
DR. ANDRE COSTA+ DR. DIEGO BEZERRA	VANESSA	
EXAME FÍSICO:		
<p>pressão arterial normal, sítio ressecado e determinado sem febre (E)</p>		
PA:	HGT:	PESO:
TEMPERATURA:		
CONDUTA:		
<p>① Ocorrência de febre (M) ② Ocorrência de febre (M) Feito 20/10/19</p>		
<p>( ) CONSULTA SIMPLES ( ) CONSULTA COM OBSERVAÇÃO ( ) TRANSFERÊNCIA ( ) ALTA APÓS MEDICAÇÃO</p>		

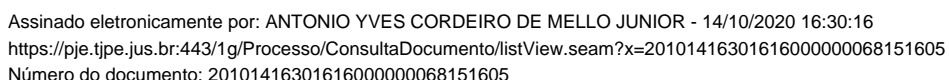
Dr. ANDRE COSTA+ DR. DIEGO BEZERRA

MÉDICO



Handwritten: *Chad 45000 100000 100000*

① variation theory no = (total) far from culture



# 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





# NOTA FISCAL - FATURA - COTA DE ENERGIA ELÉTRICA

Centrais Elétricas de Pernambuco  
Av. João de Barros, 111 - Vila Vitor, Recife - PE - CEP 50750-002  
CNPJ 10.325.930/0001-08 | Ins. Est. 0033496-03 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE  
SEVERINO PEDRO MARILHO

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA  
RUA UNA 10

CFF 085 532 304-42

611A ESPERANCA VEREJO DA MÃE 14 E E  
BREJO DA MÃE DE DEUS PE  
55170-000

CLASSIFICAÇÃO  
81 RESIDENCIAL  
RESIDENCIAL

CEP	UF	DATA
50020-000	PE	10/10/2019
DATA DE VENCIMENTO	DATA DE EMISSÃO	VALOR DA FATURA
10/10/2019	20/10/2019	423,40

NUMERO DA FATURA	DATA DE EMISSÃO
7028059700	10/2019
NUMERO DA FATURA	DATA DE EMISSÃO
17/10/2019	11/11/2019
104,15	

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo (Vat)	102,000000	0,6104992	62,34
Acrescimo Bandeira AMARELA			8,72
Acrescimo Bandeira VERMELHA			4,07
Contribuição Social Paga Municipal			5,54
ICMS Substituição - CUS-NE 072591531-05/02/19			0,70
Multa por atraso - NF 072591531 - 05/02/19			1,57
Juros por atraso - NF 072591531 - 05/02/19			0,86
PRO-CRANCA (001) 3412-1060 0800 031 8888			4,00

TOTAL DA FATURA

104,15

NUMERO DA FATURA	DATA DE EMISSÃO	VALOR DA FATURA
7028059700	10/2019	104,15

NUMERO DA FATURA	DATA DE EMISSÃO	VALOR DA FATURA
7028059700	10/2019	104,15

NUMERO DA FATURA	DATA DE EMISSÃO	VALOR DA FATURA
7028059700	10/2019	104,15

NUMERO DA FATURA	DATA DE EMISSÃO	VALOR DA FATURA
7028059700	10/2019	104,15

NUMERO DA FATURA	DATA DE EMISSÃO	VALOR DA FATURA
7028059700	10/2019	104,15







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

Para mais esclarecimentos, acesse o site [www.seguradoralider.com.br](http://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/BI6LI0TECAWEB/D3CORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP 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 Nº9.613/98.

Pelo exposto, eu MARIO ZANDON DE ARAUJO

inscrito (a) no CPF/CNPJ 386058734-175 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Carla Vanessa Marinho inscrito (a) no CPF sob o Nº 114060344-28

do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima Carla Vanessa Marinho

inscrito (a) no CPF sob o Nº 114060344-28, 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 COLUMBIA</u>	Número: <u>43</u>	Complemento: <u>CASA</u>
Bairro: <u>MAURICIO VAZ</u>	Cidade: <u>CARUARU</u>	Estado: <u>PE</u>
E-mail: _____	CEP: <u>55012-260</u>	Tel.(DDD): <u>982166977</u>

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

Mário Zandon de Araújo

Assinatura do Declarante





PREFEITURA DO BREJO DA MADRE DE DEUS  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE - SUS  
JUNTOS CONSTRUINDO O FUTURO

Carla Vanessa Gomes

Auto Declarat

Auto declaratório

Em Fratura por efeito

do Cerebro onde

com deficit total

de SENSIBILIDADE





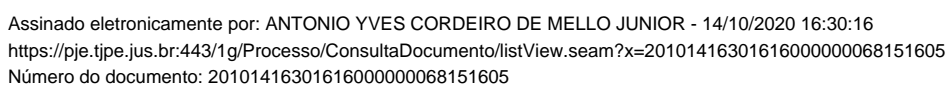
*[Handwritten signature]*

*[Circular stamp: RECEIVED OCT 10 1983 FBI NEW YORK OFFICE]*

*[Handwritten initials: BZ]*

*[Handwritten number: 13]*

5900





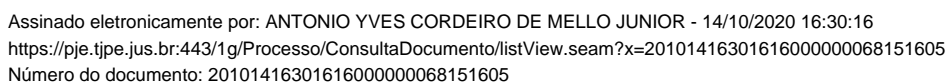
UPA- MESTRE CAMARÃO

DATA	HORA	PRONTUÁRIO	
17/11/2019	18:40	755710	
CARTÃO SUS/RG	NOME		
	CARLA VANESSA MARINHO		
DATA NASCIMENTO	IDADE	SEXO	EST.CIVIL
29/12/1997	21	F	SOLTEIRO (A)
RESPONSÁVEL	ENDEREÇO		
A MESMA	R-01 BOA ESPERANÇA		
CIDADE	TELEFONE		
BREJO DA MADRE DE DEUS	9-8903-1886		
MÉDICO	ENFERMEIRO		
DR. ANDRE COSTA+ DR.DIEGO BEZERRA	VANESSA		
EXAME FÍSICO:			
<p>pressão arterial normal. sítio ressecado e determinado sem febre (E)</p>			
PA:	HGT:	PESO:	Fátima Melo Coordenadora
TEMPERATURA:			
CONDUTA:			
<p>① Ocorrência de dor (M) ② Ocorrência de dor (M) Feito 20/10/19</p>			
<p>( ) CONSULTA SIMPLES ( ) CONSULTA COM OBSERVAÇÃO ( ) TRANSFERÊNCIA ( ) ALTA APÓS MEDICAÇÃO</p>			
<p>Dr. ANDRE COSTA+ DR.DIEGO BEZERRA MÉDICO</p>			



1700  
SSC  
1000  
1000

① Introduction (1000 words)



**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 Jaqueline Martins

foi assistido (a) em caráter de urgência nesta Unidade de saúde,  
no dia 17/11/19 tendo sofrido acidente

- Brejo da Madre de Deus 16/12/19

**Atenciosamente**

  
Lucivalva Silva  
Direção Administrativa  
Diretora

Praça Vereador Abel de Freitas 5/N

Brejo da Madre de Deus CEP:55170000





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

ENCAMINHAMENTO HOSPITALAR

DATA: \_\_\_\_\_ HORA: \_\_\_\_\_ ADMISSÃO: ( ) Emergência ( ) Enfermaria

NOME DO PACIENTE: ALLA JOLISSA MARIANO

N.º DO PRONTUÁRIO: \_\_\_\_\_ SEXO: R IDADE: 21

DESTINO: HOSPITAL ULA JOIBLUM DATA: \_\_\_\_\_ HORA: \_\_\_\_\_

DESTINO: FINAL \_\_\_\_\_ DATA: \_\_\_\_\_ HORA: \_\_\_\_\_

RESUMO DIAGNÓSTICO: DAUSCA OUTEM DE ACORDE  
MOBILIZADO - JOE ADHESIVAS PDI; EDMA  
E LEMINGES FURÇOM' DEL PE (F).

PR. COLEPACIA  
PR. FRACIA LUS 3 = EUS  
POPOBACTOS (F)

JUSTIFICATIVA: Devido a natureza da doença

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Dr. Antonio Yves Cordeiro de Mello Junior  
CRM 28.5719

DATA: 17-11-19 HORA: \_\_\_\_\_

MÉDICO ENCAMINHADOR  
ASS. E CARIMBO

DIRETOR DA UNIDADE  
ASS. E CARIMBO

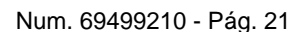




## FICHA DE ANESTESIA

**VALOR**

2019-07-25 13:25



## SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO

## RELATÓRIO OPERATÓRIO

Unidade de saúde: HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE		
Paciente: CARLA VANESSA MARINHO	Nº Registro:	
Clínica: ORTOPEdia	Nº do leito:	
Operador: DR. MAURICIO PAES		
1º Assistente: DR FELIPE CARVALHO R2	2º Assistente:	
Instrumentador:	Anestesista:	
Anestesia: BLOQUEIO + SEDACAO	Duração:	
Data da Operação: 18/11/2019	Início:	Término:
Diagnóstico Pré-operatório: FRATURA EXPOSTA DE 2º E 3º METATARSO ESQUERDO		
Diagnóstico Pós-operatório: O MESMO		
Operação Proposta: TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA EXPOSTA DE METATARSO		
Operação Realizada: A MESMA		

## DESCRIÇÃO DO ATO OPERATÓRIO

1. PACIENTE EM DECÚBITO DORSAL HORIZONTAL SOB ANESTESIA
2. ASSEPSIA + ANTISSEPSIA + 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 SFO,9%
5. VISUALIZAÇÃO DO FOCO DE FRATURA DE 2º MITÊ + REDUÇÃO DIRETA + ESTABILIZAÇÃO COM FIO K INTRAMEDULAR
6. VISUALIZAÇÃO DO FOCO DE FRATURA DE 3º MITÊ + REDUÇÃO DIRETA + ESTABILIZAÇÃO COM FIO DE K INTRAMEDULAR
7. NOVA LAVAGEM EXAUSTIVA COM SFO,9%
8. HEMOSTASIA
9. SUTURA DA PELE COM NYLON 3.0
10. CURATIVO
11. ENCAMINHO PACIENTE A SRPA

Dr. Felipe R2  
Mauricio Resende  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM-PE 26285 CRM-BA 3091  
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

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

2 - CNES

2427419

4 - CNES

## Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

Marcelo Manoel de Jesus

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

70418102-5372145 748 09/12/92

8 - DATA DE NASCIMENTO

9 - SEXO

Masc. ☒ Fem. ☐

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

349204

10 - RACIA/COR

10.1 - ETNIA

11 - NOME DA MÃE

Maria da Conceição

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

Maria da Conceição

16 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

Rua 1

18 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Brasão de Armas de São Paulo

17 - COD. IBGE MUNICÍPIO

18 - UF

19 - CEP

## JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Transtorno no PE (E) e no PE +  
Reinício da dor

0408030462

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Doença crônica

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

RX + exame físico

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL

Artrose aguda do joelho direito

CID 10 PRINCIPAL

CID 10 SECUNDÁRIO

26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

## PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Doença crônica

28 - CLÍNICA

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

31 - DOCUMENTO

( ) CNS ( ) CPF

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

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

Roberto de Oliveira

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO

35 - ASSINATURA E CARIMBO DO REGISTRO DO CONSELHO

## PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - ( ) ACIDENTE DE TRÂNSITO

37 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

38 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

39 - CNPJ DA SEGURADORA

40 - Nº DO VILHETE

41 - SÉRIE

42 - CNPJ EMPRESA

43 - CNAE DA EMPRESA

44 - CBO

45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

( ) EMPREGADO

( ) EMPREGADOR

( ) AUTÔNOMO

( ) DESEMPREGADO

( ) APOSENTADO

( ) NÃO SEGURADO

## AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - COD. ÓRGÃO EMISSOR

52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

48 - DOCUMENTO

( ) CNS ( ) CPF

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

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

51 - ASSINATURA E CARIMBO DO REGISTRO DO CONSELHO

261910412544-0







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

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

2 - CNES

2 4 2 7 4 1 9

4 - CNES

### Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

Luiza Vanessa Mamede

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

9 - SEXO

Masc. 1

Fem. 3

10 - RAÇA/COR

10.1 - ETNIA

11 - NOME DA MÃE

DDD

12 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

DDD

14 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE

15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

15 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

17 - Cód. IBGE MUNICÍPIO

18 - UF

19 - CEP

### JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Trauma no fêmur CI grau 1  
Revisão da lesão

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Fratura exposta

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

RX + exame físico

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL

24 - CID 10 PRINCIPAL

25 - CID 10 SECUNDÁRIO

26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

Fratura exposta do fêmur direito

### PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Fratura exposta

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

29 - CLÍNICA

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

31 - DOCUMENTO

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

( ) CNS ( ) CPF

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO

35 - ASSINATURA E CARIMBO Nº DO REGISTRO DO CONSELHO

Antonio Carlos Lima

### PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - ( ) ACIDENTE DE TRÂNSITO

37 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

38 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

39 - CNPJ DA SEGURADORA

40 - Nº DO FILHETE

41 - SÉRIE

42 - CNPJ EMPRESA

43 - CNAE DA EMPRESA

44 - OBOR

45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

( ) EMPREGADO

( ) EMPREGADOR

( ) AUTÔNOMO

( ) DESEMPREGADO

( ) APOSENTADO

( ) NÃO SEGURADO

### AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR

52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

48 - DOCUMENTO

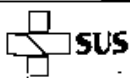
49 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

( ) CNS ( ) CPF

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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





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

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

2 - CNES

2 4 2 7 4 1 9

4 - CNES

### Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

Carla Varosa Moura

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

9 - SEXO

Masc. ☐ 1 Fem. ☒ 3

10 - RAÇA/COR

10.1 - ETNIA

11 - NOME DA MÃE

DDD

12 - TELEFONE DE CONTATO

Nº DO TELEFONE

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

DDD

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

Fora exames a 2º e 3º trimestre

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

NUS/1002 no Curran

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

Análise de urina + 08 + 12

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL

24 - CID 10 PRINCIPAL

25 - CID 10 SECUNDÁRIO

26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

Fora exames a 2º e 3º trimestre

### PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Caráter de urgência

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

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 CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

Dr. Felipe Diego V. P. de Oliveira

Dr. Felipe Diego V. P. de Oliveira

### PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - ( ) ACIDENTE DE TRÂNSITO

37 - CNPJ DA SEGURADORA

38 - CNPJ EMPRESA

41 - SÉRIE

37 - ( ) ACIDENTE TRABALHO

42 - CNPJ EMPRESA

43 - CNPJ EMPRESA

44 - CBOR

38 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

44 - CNPJ EMPRESA

45 - CNPJ EMPRESA

46 - CNPJ EMPRESA

45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

( ) EMPREGADO

( ) EMPREGADOR

( ) AUTÔNOMO

( ) DESEMPREGADO

( ) APOSENTADO

( ) NÃO SEGURADO

### AUTORIZAÇÃO

48 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR

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 CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)





HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE  
EMERGÊNCIA



1. IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Atendimento: 562833 Prontuário: 349204  
Nome: CARLA VANESSA MARINHO  
Data Nasc.: 29/12/1997 Idade: 21 Sexo: FEMININO Cor: PARDA Religião:  
CPF: RG: CNS: 704802537275748  
Endereço: RUA 1 Cidade: BREJO DA MADRE DE DEUS Nº: 107  
Bairro: LOT Profissão: ESTUDANTE  
CEP: 55170000 Fone: 996006668  
Nome da Mãe: MARIA DO CARMO MARINHO  
Acompanhante:  
Motivo do Atendimento: QUEDA DE MOTO  
Clínica: ORTOPÉDIA/TRAUMATOLOGIA

2. ATENDIMENTO

Data: 15/11/2019 14:01

Médico: MEDICO PLANTONISTA

Queixa Principal / HDA:

Exame Físico:

Diag. Provisório:

Prescrição:

Data

Horário

Dr. Leonardo Cordeiro  
Ortopedia - Traumatologia  
CRM 14782





## 2. Evolução / Exames

[illegible]

**Termo de Responsabilidade de Alta a Pedido**

☐ Paciente    ☒ Familiar

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

**Nome:**

RG:

**Endereço:**

**Tel.:**

**Data:**

**Assinatura**

### Autorização de Procedimento

☐ Paciente ☐ Familiar

**Nome:**

RG:

**Endereço:**

**Tel:**

**Procedimento:**

Ass|natura

**Diag. Definitivo:**

Destino do Paciente
---------------------

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

### Condição de Alta

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

**Data:**

**Hora:**

**Médico:**

**CRM:**

18/11/2019 14:02:03  
2 de 2

**Usuário do Atendimento**  
DENISELO



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: PU0007  
Convênio:  
Atendimento:  
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 PDE 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

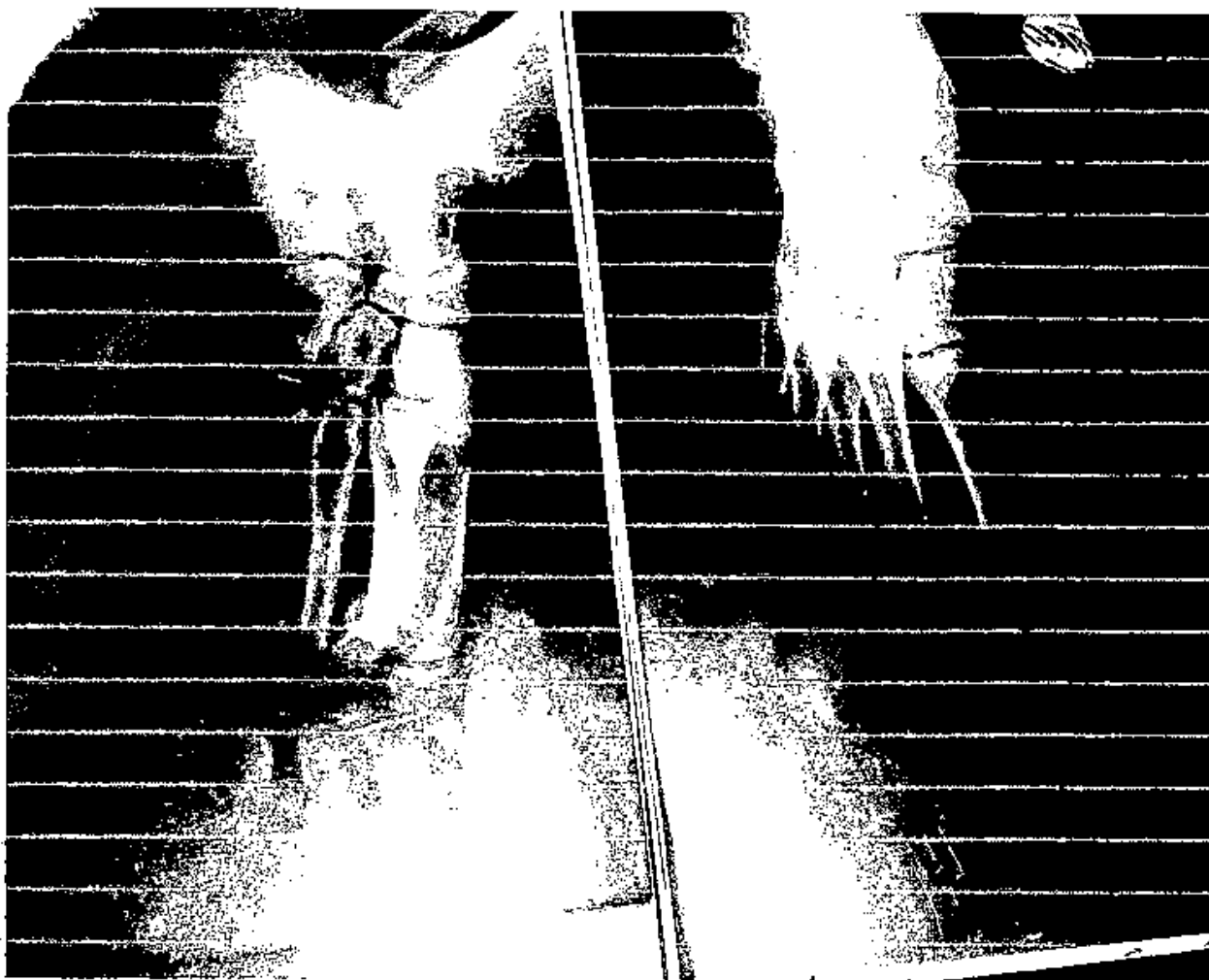
Página 1 de 1

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco



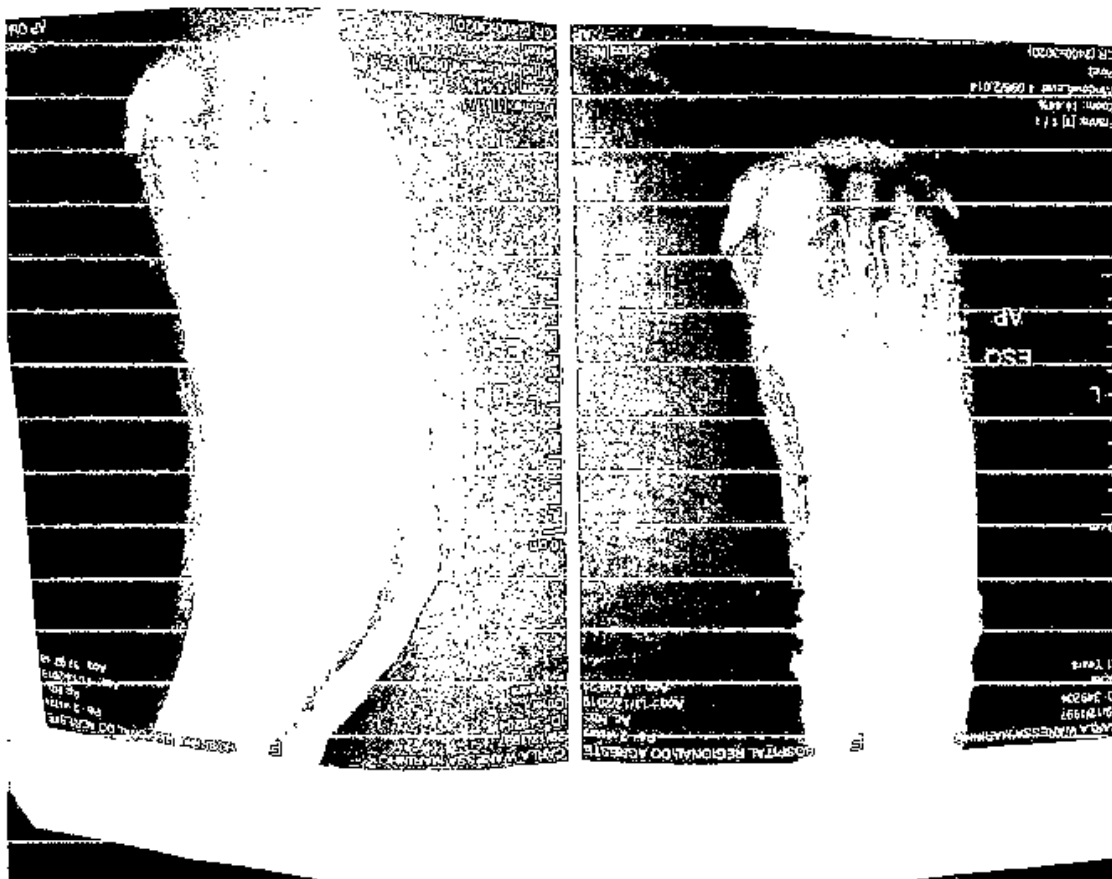
SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO RESUMO DE ALTA (AMBULATÓRIO DE EGRESSOS)	
Unidade de saúde: HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE	
Paciente: CARLA VANESSA MARINHO	Nº Registro:
Clinica: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	Nº do leito:
DIAGNÓSTICO: FRATURA DO 3.4 MTE	
AMBULATÓRIO DE EGRESSOS – INFORMAÇÕES ADICIONAIS: O RETORNO REGULAR DO PACIENTE APÓS A ALTA DO HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE É NO AMBULATÓRIO DE EGRESSOS. 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 46.29819 // TEOT 14909
← SE NECESSÁRIO, DESTACAR AQUI →	
SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO RESUMO DE ALTA (AMBULATÓRIO DE EGRESSOS)	
Unidade de saúde: HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE	
Paciente: CARLA VANESSA MARINHO	
Clinica: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	
DIAGNÓSTICO: FRATURA DO 3.4 MTE	
AMBULATÓRIO DE EGRESSOS – INFORMAÇÕES ADICIONAIS: O RETORNO REGULAR DO PACIENTE APÓS A ALTA DO HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE É NO AMBULATÓRIO DE EGRESSOS. 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 46.29819 // TEOT 14909

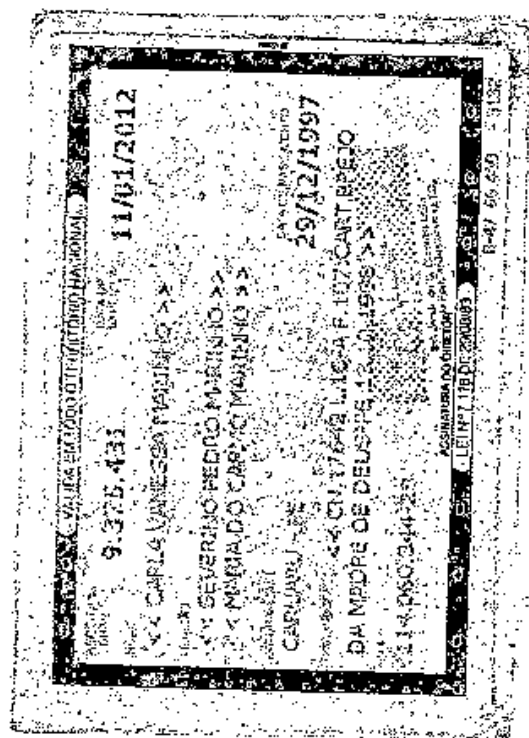
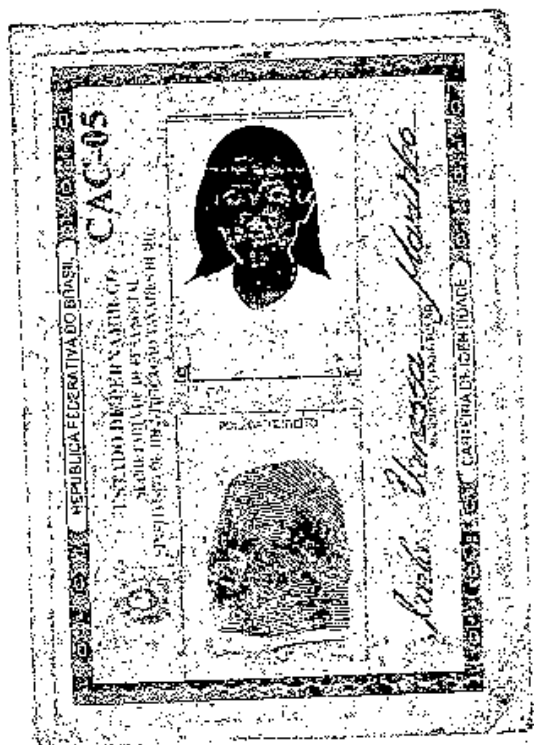












07/01/2020

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**

Digito 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



07/01/2020

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

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.)

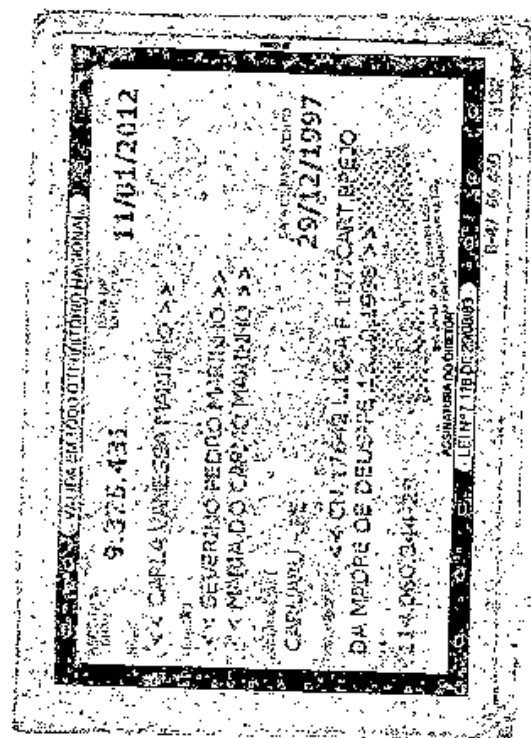
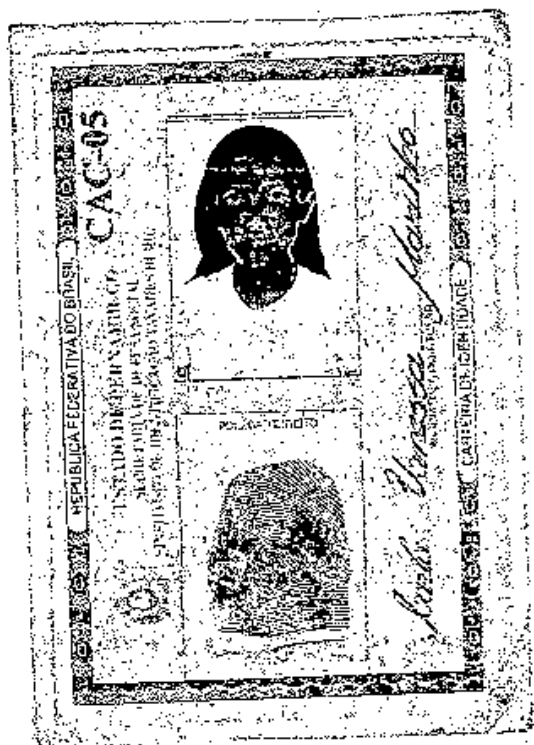
<https://servicos.receita.fazenda.gov.br/Servicos/CPF/ConsultaSituacao/ConsultaPublica/Exibir.asp>

2/2



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. 35



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**

Digito 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



07/01/2020

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

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.)

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

2/2



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. 38

**REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL**  
MINISTÉRIO DAS CIDADES

**DETRAN - PE**  
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

Nº 012031682425

EXERCÍCIO 2015

PLACA KFW3154

VEÍCULO: 2009 LEXUS LX 570

COMBUSTÍVEL: GASOLINA

DATA DE EMISSÃO: 20/02/15

ASSINADO POR: Charles Dantas de Sousa Ribeiro

**SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS A TERCEIROS**  
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE OU AQUÁTICA

**PE Nº 012031682425 - BILHETE DE SEGURO DPVAT**  
MÁRIA DAS DORES DA SILVA  
POSTO MEDICO 393  
CELTIC T. LEAR VIT. STO. ANTOLO PE

35618-000

**ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT**  
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO  
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

[www.dpvatsegurodotransito.com.br](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br)  
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO 2015 DATA EMISSÃO 20/02/15

PLACA KFW3154

VEÍCULO: 2009 LEXUS LX 570

COMBUSTÍVEL: GASOLINA

DATA DE EMISSÃO: 20/02/15

ASSINADO POR: Charles Dantas de Sousa Ribeiro





**REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL**  
MINISTÉRIO DAS CIDADES

**DETRAN - PE**  
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

Nº 012031682425

EXERCÍCIO 2015

PLACA KFW3154

VEÍCULO: 2009 LEXUS LX 570

COMBUSTÍVEL: GASOLINA

ANEXO: 2010

PREÇO: 12400

DATA: 20/02/15

Charles Dondos de Sousa Ribeiro

**SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS A TERCEIROS**  
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE OU AQUÁTICA

**PE Nº 012031682425 - BILHETE DE SEGURO DPVAT**  
MÁRIA DAS DORES DA SILVA  
POSTO MEDICO 303  
CEALT - LEXUS VIT. 570 ARTIGO PE

35618-000

**ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT**  
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO  
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

[www.dpvatsegurodotransito.com.br](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br)  
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO 2015 DATA EMISSÃO 20/02/15

PLACA KFW3154

VEÍCULO: 2009 LEXUS LX 570

COMBUSTÍVEL: GASOLINA

ANEXO: 2010


PREÇO: 12400

DATA: 20/02/15

Charles Dondos de Sousa Ribeiro



## RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos  
Consórcios do Seguro DPVAT

### 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](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24h por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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

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

#### Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 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: 9325 937 CPF: 774 060 344-28  
EST.CIVIL: SOLTEIRA PROFISSÃO: ESTUDANTE  
ENDEREÇO: RUA UM  
BAIRRO: BOA 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 COLOMBIA N°43, BAIRRO: MAURICIO DE NASSAU, CIDADE: CARUARU, UF: PE.

Feito 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 VÍTIMA: CARLA VANESSA MARINHO  
CPF: 774 060 344-28 COBERTURA: INVALIDAÇÃO

Data do acidente: 78/12/2019

Carla Vanessa Marinho

ASSINATURA DO OUTORGANTE (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO)

Reconhecer firma por autenticidade

BREJO DA M DEUS, 78 de DEZEMBRO de 2019

Local e data:

CARTÓRIO ÚNICO (TABELIONATO, REGISTRO DE IMÓVEIS, PROTESTO E TÍTULOS)  
Av. Glória Campos, nº 277 - Centro - Brejo da Madre de Deus - PE - Tel: (081) 3747-1213

Reconheço por Autenticidade a firma de CARLA VANESSA MARINHO  
Dou Fe. 18/12/2019 11:39:24 - TABELIA CARLA LIRA  
VÍTIMA DE OLIVEIRA - TABELIA CARLA LIRA - Emol. R\$  
3,39 TSMR R\$ 0,80 FERC R\$ 0,40 TSMR R\$ 0,04 FUNSDG  
R\$ 0,08 ISS R\$ 0,20 - Total R\$ 4,81  
Selo: 0073437.NDR122019C1.00196

Cartório Único Ofício  
Brejo da Madre de Deus - PE  
(81) 3747-1213



## 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

**CPF de:** Próprio

### 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](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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

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

#### Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 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



## 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

**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](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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

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

#### Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 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

