



Número: **0073140-35.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção B da 27ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **14/11/2020**

Valor da causa: **R\$ 7.762,50**

Assuntos: **Acidente de Trânsito, Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
MARIA ANTONIA DA SILVA SANTOS (AUTOR)	ANA CRISTINA ALEIXO PEREIRA SANTOS (ADVOGADO) ALESSANDRA MARIA BRITO ALENCAR (ADVOGADO)
MAPFRE VERA CRUZ SEGURADORA S/A (REU)	
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (REU)	

Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
72383 385	11/12/2020 11:12	<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, 26 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190654701 Vítima: MARIA ANTONIA DA SILVA SANTOS

Data do Acidente: 16/05/2019 Cobertura: INVALIDEZ

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

**Senhor(a). MARIA ANTONIA DA SILVA SANTOS**

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo para análise do pedido de indenização é de até 30 (trinta) dias, 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° 15148226



230 00961/00962 - Carta 01 - INVAI IDEZ



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 11/12/2020 11:12:53  
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20121111125345500000070959603>  
Número do documento: 20121111125345500000070959603

Num. 72383385 Pág. 1



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

Rio de Janeiro, 09 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190654701 Vítima: MARIA ANTONIA DA SILVA SANTOS

**Data do Acidente: 16/05/2019 Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: NOVA TENTATIVA DE PAGAMENTO**

**Senhor(a), MARIA ANTONIA DA SILVA SANTOS**

Comunicamos que o banco indicado para recebimento do Seguro DPVAT rejeitou o depósito por problemas nos dados informados e, com isso, não foi possível concluir o seu pagamento.

Para nova tentativa de depósito, será necessário o envio de novo formulário de Autorização de Pagamento com os dados bancários atualizados e devidamente assinado.

O formulário está disponível no nosso site e deverá ser entregue na SEGURADORA LIDER DPVAT - REGUIAÇÃO, ponto de atendimento onde o pedido do Seguro DPVAT foi feito.

O prazo de 30 (trinta) dias para pagamento do Seguro PVAT foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber o documento solicitado. Caso não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 01945/01946 - carta 25 - INVALIDEZ

00030973



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 11/12/2020 11:12:53  
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20121111125345500000070959603>  
Número do documento: 20121111125345500000070959603

Núm. 72383385 - Pág. 2



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, 31 de Julho de 2020

Nº do Pedido do  
Seguro DPVAT: 3190654701 Vítima: MARIA ANTONIA DA SILVA SANTOS

**Data do Acidente:** 16/05/2019      **Cobertura:** INVALIDEZ

**Assunto: REANÁLISE DO PEDIDO DO SEGURO DPVAT**

**Senhor(a). MARIA ANTONIA DA SILVA SANTOS**

Após revisão da Análise Médica Documental ou perícia em 31/07/2020, verificou-se que a lesão permanente apresentada já foi adequadamente indenizada, nos termos da Lei nº 6.194, de 1974, não tendo sido identificado agravamento da invalidez permanente da vítima, ou nova lesão permanente decorrente do mesmo acidente de trânsito.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para você

Pag. 00911/00912 - carta 09 - INVALIDEZ



030456

Carta n° 15992534



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 11/12/2020 11:12:53  
<https://pjje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20121111125345500000070959603>  
Número do documento: 20121111125345500000070959603

Núm. 72383385 - Pág. 3



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, 26 de Agosto de 2020

Nº do Pedido do  
Seguro DPVAT: 3190654701 Vítima: MARIA ANTONIA DA SILVA SANTOS

**Data do Acidente:** 16/05/2019      **Cobertura:** INVALIDEZ

**Assunto: REANÁLISE DO PEDIDO DO SEGURO DPVAT**

**Senhor(a). MARIA ANTONIA DA SILVA SANTOS**

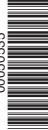
Após revisão da Análise Médica Documental ou perícia em 26/08/2020, verificou-se que a lesão permanente apresentada já foi adequadamente indenizada, nos termos da Lei nº 6.194, de 1974, não tendo sido identificado agravamento da invalidez permanente da vítima, ou nova lesão permanente decorrente do mesmo acidente de trânsito.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para você

Pag. 010669/01070 - carta 09 - INVALIDEZ



Scatta n° 16067772



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 11/12/2020 11:12:53  
<https://pjje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20121111125345500000070959603>  
Número do documento: 20121111125345500000070959603

Núm. 72383385 - Pág. 1



## PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:		
	340.501.244-91	Neriu Cintone de SIlva Santos		
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012				
Nome completo:	enderço:	Número:	Complemento:	
Profissão:		3997		
Bairro:	Cidade:	CEP:		
E-mail:			Tel. (DDD):	

DADOS CADASTRAIS

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

RENDIMENTO MENSAL:

- |   |  |  |   |
|---|--|--|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR | <input type="checkbox"/> ATÉ R\$1.000,00             | <input type="checkbox"/> R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00 |
| <input type="checkbox"/> SEM RENDA                  | <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 | <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$10.000,00        |

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

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

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Bradesco (237)        | <input type="checkbox"/> Itaú (341)                               |
| <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) | <input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104) |

CONTA CORRENTE (Todos os bancos):

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

AGÊNCIA: (051)

CONTA: (18.061)

AGÊNCIA: \_\_\_\_\_

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

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.

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

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

- Não há IML que 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.

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

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

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

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

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

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

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

Impressão digital da vítima/beneficiário não é permitida	Local e Data: <i>Volviu 25/11/2018</i>
Nome: _____	TESTEMUNHAS:
CPF: _____	1º   Nome: _____ CPF: _____

(\* Assinatura de quem assina o RG

*Maria Antônia da SIlva Santos*

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS:

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

Assinatura

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

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

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

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





## PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:	
	340.501.244-91	Neriu Cintonic de SIlva Santos	
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012			
Nome completo:	enderço:	Número:	Complemento:
Profissão:		CEP:	
Bairro:	Cidade:	Espécie:	Tel. (DDD):
E-mail:			

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

### DADOS CADASTRAIS

RECUSO INFORMAR  ATÉ R\$1.000,00  R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00  R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00  
 SEM RENDA  R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00  R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00  ACIMA DE R\$10.000,00

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

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção):  
 Bradesco (237)  Itaú (341)  
 Banco do Brasil (001)  Caixa Econômica Federal (104)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

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

AGÊNCIA: (051)  CONTA: (18.061) 6  
 (Informar o dígito se existir)  CONTA: (18.061) 6  
 (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

- Não há IML que 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.

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

### INVALIDEZ PERMANENTE

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

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

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

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

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando 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.

### MORTE

Impressão digital da vítima/beneficiário  
 Local e Data: (25.11.2018)  
 Nome: \_\_\_\_\_  
 CPF: \_\_\_\_\_

TESTEMUNHAS:

1º | Nome: \_\_\_\_\_

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

Assinatura

2º | Nome: \_\_\_\_\_

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

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

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

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



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 11/12/2020 11:12:53  
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20121111125345500000070959603>

Número do documento: 20121111125345500000070959603

Num. 72383385 - Pág. 6



## PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:	
	340.501.244-91	Neriu Cintonic de SIlva Santos	
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012			
Nome completo:	enderço:	Número:	Complemento:
Profissão:		CEP:	
Bairro:	Cidade:	Espécie:	Tel. (DDD):
E-mail:			

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

### DADOS CADASTRAIS

RECUSO INFORMAR  ATÉ R\$1.000,00  R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00  R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00  
 SEM RENDA  R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00  R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00  ACIMA DE R\$10.000,00

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

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção):  
 Bradesco (237)  Itaú (341)  
 Banco do Brasil (001)  Caixa Econômica Federal (104)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

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

AGÊNCIA: (051)  CONTA: (18.061) 6  
 (Informar o dígito se existir)  CONTA: (18.061) 6  
 (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

- Não há IML que 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.

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

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

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

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

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

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

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

Impressão digital da vítima/beneficiário  
Local e Data: 25.11.2019  
Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_

TESTEMUNHAS:

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

Assinatura

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

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

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

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



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 11/12/2020 11:12:53  
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20121111125345500000070959603>  
 Número do documento: 20121111125345500000070959603

Num. 72383385 - Pág. 7

de 2

20/11/2019 15:00



**GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO  
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 090ª CIRCUNSCRIÇÃO - CARUARU -  
DP90ªCIRC DINTER1/14ªDESEC**

**BOLETIM DE OCORRÊNCIA N°. 19E0180003238**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 20/11/2019 às 15:19

**ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado)**  
que aconteceu no dia 16/6/2019 no periodo da Manhã

Fato ocorrido no endereço: ESTRADA DE PAU SANTO-ZONA RURAL -  
CARUARU/PERNAMBUCO/BRASIL Próximo a: MUNICÍPIO DE CARUARU, 1 -  
Bairro: CENTRO - CARUARU/PERNAMBUCO/BRASIL  
Local do Fato: VIA PÚBLICA

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO ( AUTOR / AGENTE )  
LEONEIDE MARIA DOS SANTOS ( OUTRO )  
ROSEVALDO SEVERINO DA SILVA ( OUTRO )  
MARIA ANTONIA DA SILVA SANTOS ( VÍTIMA )

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava sob posse do(a) Sr(a):  
LEONEIDE MARIA DOS SANTOS

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

MARIA ANTONIA DA SILVA SANTOS (presente no plantão) - Sexo: Feminino Mãe:  
MARIA MESSIAS DA SILVA Pai: NOEL ANTONIO DA SILVA Data do Nascimento: 18/5/1954  
Naturalidade: BEZERROS / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 10000714/SDS/PE (RG).  
34880124481 (CPF) Estado Civil: VIUVO(A) Profissão: AGRICULTOR(A)  
Residencial: SITIO VEADO MAGRO- ZONA RURAL - CARUARU/PERNAMBUCO/BRASIL  
Próximo a: MUNICÍPIO DE CARUARU, 1 - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO -  
CARUARU/PERNAMBUCO/BRASIL

LEONEIDE MARIA DOS SANTOS (não presente no plantão) - Sexo: Feminino Mãe:  
MARIA ANTONIA SILVA SANTOS Pai: JOÃO LAURENTINO DOS SANTOS Data da  
Nascimento: 24/8/1978 Naturalidade: BEZERROS / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos:  
7344867/SDS/PE (RG). 03598669428 (CPF) Estado Civil: DIVORCIADO(A) Profissão:  
AGRICULTOR(A)  
Residencial: SITIO VEADO MAGRO-ZONA RURAL - CARUARU/PERNAMBUCO/BRASIL  
Próximo a: MUNICÍPIO DE CARUARU, 1 - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO -  
CARUARU/PERNAMBUCO/BRASIL

DESCONHECIDO (não presente no plantão) - Sexo: Desconhecido Naturalidade: NÃO  
INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL



de 2

20/11/2019 15:22

Boletim de Ocorrência

file:///C:/Users/Policia Civil/infopol/xml/BO EPreview.html

ROSEVALDO SEVERINO DA SILVA (não presente no plantão) - Sexo:  
Masculino Naturalidade: NÃO INFORMADA / PERNAMBUCO / BRASIL

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

MOTO (VEÍCULO) de propriedade do(a) Sr(a): ROSEVALDO SEVERINO DA SILVA, que  
estava em posse do(a) Sr(a): LEONEIDE MARIA DOS SANTOS  
Categoria/Marca/Modelo: MOTOCICLETA HONDA CBR 250R  
Cor: VERMELHA - Quantidade: (UNIDADE NÃO INFORMADA)

Placa: PGH7881 (PERNAMBUCO/CARUARU) - Emissor: 454 - 2014 Chassi:  
8CZJC4118DR183628  
Ano Fabricação/Modelo: 2012/2013 Combustível: GASOLINA



#### Complemento / Observação

INFORMA A VITIMA QUE ENCONTRAVA-SE COMO PASSAGEIRA DO VEÍCULO ACIMA DESCRIMINADO, E QUE O MESMO ERA CONDUZIDO PELA PESSOA DE LEONEIDE MARIA DOS SANTOS, QUANDO EM DADO MOMENTO OUTRO VEÍCULO A PASSAR PELA MESMA ESTA VEIO A SE ASSUSTAR PERDENDO O CONTROLE DE DIREÇÃO DO MESMO VINDO A DERAPAR CHEGANDO A TOMBAREM JUNTAMENTE COM O VEÍCULO (MOTO), VINDO A VITIMA SOFRER FRATURA EXPOSTA DE PUNHO ESQUERDO, QUE FOI SOCORRIDA PELOS FAMILIARES E CONDUZIDA PARA UPA 24 HORAS E APÓS REMOVIDA PARA O HRA-CARUARU ONDE FOI SUBMETIDA A INTERVENÇÃO CIRÚRGICA. CONFORME DOCUMENTAÇÃO APRESENTADA. NÃO TENDO NADA MAIS A INFORMAR.

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

  
MARIA ANTONIA DA SILVA SANTOS  
(VITIMA)

B.O. registrado por: DAVID LOPES DOS SANTOS JÚNIOR - Matrícula: 321926-6



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 11/12/2020 11:12:53  
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20121111125345500000070959603>  
Número do documento: 20121111125345500000070959603

Num. 72383385 - Pág. 9



## PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:	
	340.501.244-91	Nereu Cintônio da Silve Souto	
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012			
Nome completo:	Profissão:	Endereço:	Número:
Nereu Cintônio da Silve Souto	Esguia Lider. Satis Vod Negos	Av. Bezerro 27	2997
Bairro:	Cidade:	Estado:	CEP:
One Ruol	Bezerro	PE	55-660.000
E-mail:			

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

### DADOS CADASTRAIS

RENDA MENSAL:  
 RECUSO INFORMAR       ATÉ R\$1.000,00       R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00       R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00  
 SEM RENDA       R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00       R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00       ACIMA DE R\$10.000,00

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

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção):  
 Bradesco (237)       Itaú (341)  
 Banco do Brasil (001)       Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: **0051**  CONTA: **118.061**  (Informar o dígito se existir)  CONTA: **118.061**  (Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)  
Nome do BANCO: \_\_\_\_\_

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

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

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

- Não há IML que 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.

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

### INVALIDEZ PERMANENTE

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

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

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

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

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

Impressão digital da vítima/beneficiário  
Local e Data: **Volto 25/11/2018**  
Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_

TESTEMUNHAS:

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

Assinatura

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

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

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

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



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 11/12/2020 11:12:53  
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20121111125345500000070959603>

Número do documento: 20121111125345500000070959603

Num. 72383385 - Pág. 10

PA: 150 x 100 mmHg  
Temp:   °C FR:   rpm  
FC:   bpm Peso:   kg  
HGT:   mg/dl SpO<sup>2</sup>:   %  
HORA: 11 : 39 hs.

ALERGIA ( )



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
UPA RENDEIRAS  
**Ficha de Atendimento**

PEDIATRIA ( )

CLÍNICO (X)

Nº DO PRONTUÁRIO:

2119

DATA: 16/05/19

HORA: 11:39

NOME CIVIL: Maria Antonia da Silve Santos IDADE: 64a

NOME SOCIAL:   DT.NASC: 19/09/54 SEXO: F  M

GÊNERO: HOMEM  MULHER  HOMEM TRANS  MULHER TRANS  TRAVESTI  NÃO BINÁRIO

ORIENTAÇÃO AFETIVA/SEXUAL: HETEROSEXUAL  GAY  LÉSBICA  BISSEXUAL  ASSEXUAL  PANSEXUAL

MÃE: Maria Antônio da Silve

PAI: Joel Antônio da Silve

ENDERÉCOS: Rua Cláudio Negro

CIDADE: Belo

CEP

FONE: 9403 6327

BAIRRO: Zona Rural

Nº DO CARTÃO SUS: 898003722253677 Nº DO DOC: RG. 2588734

HISTÓRICO DO PACIENTE:

EXAME FÍSICO:

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:

CONDUTA:

Dr.

*PC Marques*  
CRM: 16377  
Clínica Médica

Assinatura e carimbo - Médico

CONDição DE ALTA:

TIPO DE ALTA:  DOMICÍLIO  TRANSFERÊNCIA

AMBULATÓRIO

Dr. *PC Marques*  
HORA DA LIBERAÇÃO: \_\_\_\_\_

*Antônio Cordeiro*

Receptorista

*PC Marques*

RECEPÇÃO

Assinatura e carimbo

*PC Marques*  
CRM: 18377

Assinatura e carimbo - Médico

OBS: TODOS OS DADOS SÃO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO E COM LETRAS LEGÍVEIS, ASSINATURA E CARIMBO



MEDICAÇÃO PRESCRITA	ADMINISTRAÇÃO DA MEDICAÇÃO CARIMBO/ASSINATURA/HORA
1) Voltam J.m str	12:30
2) Dzma - J.m str	Dr. F.C. - Clínica Marques CRM 18377
3) Lymn m	Júnior 723385

#### ENFERMAGEM

HORA	SINAIS VITais								Assinatura e carimbo
P.A.									
TEMPO									
F.C.									
F.R.									
HGT									
SpO <sup>2</sup>									

[REDACTED]

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



# BANCO DO BRASIL

## COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

---

DATA DA TRANSFERENCIA: 18/02/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

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

CLIENTE: MARIA ANTONIA DA SILVA SANTOS

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00051

CONTA: 000000111061-6

---

Nr. da Autenticação 77D0251A60ACBAC7



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 11/12/2020 11:12:53  
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20121111125345500000070959603>  
Número do documento: 20121111125345500000070959603

Num. 72383385 - Pág. 13



DADOS DO CLIENTE  
ISAC MANOEL DA SILVA

CPÉ: 105 349 378-96

**ENDERECO DA UNIDADE CONSUMIDORA**

RURAL BOAS NOVAS/BOAS NOVAS  
BEZERROS PE  
55660-000

CLASSIFICAÇÃO  
BY RESIDENCIAL

卷之三

Nº DA NOTA FISCAL: 080646190 | SÉRIE: UNI. A | EMISSÃO: 11/10/2019  
 APRESENTAÇÃO: 11/10/2019 | Nº DO CLIENTE: 200793663 | Nº DA INSTALAÇÃO: 358455

CONTA CONTRATO 4009861292	MÊS ANO 10/2019
DATA DE VENCIMENTO 18/10/2019	DATA PAGAMENTO PRIMEIRA LURADA 12/11/2019
TOTAL A PAGAR (R\$)	69,53

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Água(M3)	73,0000009	0,815000002	59,18
Acréscimo Bandeira AMARELA			0,56
Acréscimo Bandeira VERMELHA			2,77
Contribuição Pública Municipal			3,13
ICMS Suvençao-PI IE- INF 07827778 09/06/19			0,52
Multa por atraso-INF 07827778 - 10/09/19			1,18
Multa por atraso-INF 07827778 - 10/09/19			0,16
Contribuição CERAPF - (061) 3722-8900			2,00

69/62

TOTAL DA FATURA

VALOR DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

HISTÓRICO DE CONSUMO		INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS			COMPOSIÇÃO DO CONSUMO		
Mês	Ano	BASE DE CÁLCULO	% INFLAÇÃO	VALOR DO IMPOSTO	R\$ 70	R\$ 70	31/12
OUT'18	73	67,51	25,60	15,82	R\$ 2,17		3,47
SET'18	71	62,51	1,79	0,3C	R\$ -3,19		21,08
AGO'18	73	62,51	5,95	2,71	R\$ 4,15		8,64
JUL'18	84				R\$ 3,10		4,36
JUN'18	71				R\$ 20,12		32,11
MAR'18	66				R\$ 42,61		19,48
ABR'18	55						3,549,12
MAR'19	77						
FEV'18	85						
JAN'18	337						
DEZ'18	75						
NOV'18	64						
OCT'18	62						

Permito que me mande más información en el apartado de **INFORMACIÓN STANTE**.  
Por favor, no se preocupe, ya que mi dirección es: Calle 17 número 1000, Colonia Nápoles, Monterrey, Nuevo León, México. Teléfono: 813-12-22-22-22. Mi correo electrónico es: [carlos@carlosgarcia.com](mailto:carlos@carlosgarcia.com). Me dirijo a usted con el respeto que merece su cargo y le agradezco su atención.

A 1. Consultar preços de  
serviços de orientação imobiliária  
414-0010. Tais serviços  
serviços de assessoria imobiliária.  
encontram-se disponibilizados para  
consulta, em nossas unidades.

DURAÇÃO E FREQUÊNCIAS DE INTERRUPÇÕES				
CONJUNTO	MÉDIA MENSAL	LIMITE MÍNIMO	LIMITE TRIMESTRAL	LIMITE ANUAL
DIC	0,00	11,30	12,81	45,22
FIC	0,00	7,74	15,43	50,98

**NÍVEIS DE TENSÃO**

## Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Rosevaldo Severino da Silva,  
RG nº 8247090, data de expedição 10/10/2017  
Órgão SOS-PE, portador do CPF nº 110.096.154-24, com  
domicílio na cidade de Pernambuco, no Estado de  
Pernambuco, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)  
Sítio Sítio Magno, nº S/N.  
complemento \_\_\_\_\_, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo  
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a  
vítima Mania Antonia da Silva Santos cujo o condutor era  
Leonilde Mania dos Santos.

Veículo: Motocicleta  
Modelo: Honda CG 125 Fan KS  
Ano: 2012 / 2013  
Placa: PGH 4801  
Chassi: 9C2JG4310DR103026  
Data do Acidente: 16/10/2019  
Local e Data: Pernambuco 20/11/2019



Rosevaldo Severino da Silva

Assinatura do Declarante

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

**3º SERVIÇO NOTARIAL E DE PROTESTO**  
R. das Expedições, 112 - Nossa Senhora das Dores - Caruaru/PE - CEP: 55002-440 Fone: (81) 3722-4733 - Fax: (81) 3721-2118

Reconheço, por autenticidade, a firma de: ROSEVALDO SEVERINO DA SILVA. Em testemunho da verdade. Dou fé. Caruaru/PE, 20/11/2019  
- 14:03:52.

Maria Manoel dos Santos  
NEIDE MARIA DOS SANTOS (Substituta).

EMOLUMENTOS: R\$3,51, TSNR: R\$0,80, FERC: R\$0,40  
FUNSEG: R\$0,08, FERM: R\$0,04, ISS: R\$0,08.  
TOTAL: R\$4,81. Operador: 32

Selo: 0073718.LVG11201901.05657

Consumo Autenticidade em: Aline

*Cartório do 3º Ofício*



PA: 150 x 100 mmHg  
Temp: \_\_\_\_\_ °C FR: \_\_\_\_\_ rpm  
FC: \_\_\_\_\_ bpm Peso: \_\_\_\_\_ kg  
HGT: \_\_\_\_\_ mg/dl SpO<sup>2</sup>: \_\_\_\_\_ %  
HORA: 11 : 39 hs.

ALERGIA ( )



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

UPA RENDEIRAS

**Ficha de Atendimento**

PEDIATRIA ( )

CLÍNICO (X)

Nº DO PRONTUÁRIO:

2114

DATA: 16/05/19

HORA: 11:39

NOME CIVIL: Maria Antonia da Silve Santo IDADE: 64a.

NOME SOCIAL: \_\_\_\_\_ DT.NASC: 19/09/54 SEXO: F  M

GÊNERO: HOMEM  MULHER  HOMEM TRANS  MULHER TRANS  TRAVESTI  NÃO BINÁRIO

ORIENTAÇÃO AFETIVA/SEXUAL: HETEROSEXUAL  GAY  LÉSBICA  BISSEXUAL  ASSEXUAL  PANSEXUAL

MÃE: Maria Menies da Silve

PAI: Joel Alzorw do Silve

ENDERÉSCO: Silve Diogo Negre

BAIRRO: Chuif

CIDADE: Olho

CEP

FONE: 9403 6327

Nº DO CARTÃO SUS: 898003722253672 Nº DO DOC: RG. 2588714

HISTÓRICO DO PACIENTE:

h no nt an confr  
n MSE Am mra mto  
(m n)

EXAME FÍSICO:

nt mso

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:

Chufr MSE

CONDUTA:

Rn MSE fr fr MSE

Dr.

de Marques  
Clínica Médica  
CRM: 18377

Assinatura e carimbo - Médico

CONDição DE ALTA:

TIPO DE ALTA:  DOMICÍLIO  TRANSFERÊNCIA

AMBULATÓRIO

Dr. Philippe de Marques

HORA DA LIBERAÇÃO: \_\_\_\_\_  
Clínica Médica  
CRM: 18377

Antonio Yves Cordeiro de Melo Junior  
Receptorista  
RECEPÇÃO  
Assinatura e carimbo

Assinatura e carimbo - Médico

OBS: TODOS OS DADOS SÃO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO E COM LETRAS LEGÍVEIS, ASSINATURA E CARIMBO





Governo do Estado de Pernambuco  
Secretaria de Saúde

**UPA 24h**  
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO

**GESTÃO**  
**IMIP**  
HOSPITALAR

## ANAMNESE

Paciente: MARIA ANTONIA DA SILVA SANTOS

Atendimento: 01237796

Nome Social:

Data Nascimento: 19/09/1954 Idade: 64 Anos, 7 Meses e 27 Dias

Prontuário: 00177051

Sexo: Feminino

Senha N°: P0125

Data e Hora: 16/05/2019 13:49h

### CLASSIFICAÇÃO:

Queixa Principal: PACIENTE COM RELATO DE DOR EM PUNHO ESQ APOS QUEDA DE MOTO HJ

Alergia:

Observação: DOC CARTAO DO SUS

DESCONHEC ALERGIAS HAS E DM

### AFERIÇAO:

Peso:	Altura:	Temperatura:
P.A Sistólica: PAS: 138 MMHG	P.A Diastólica: PAD: 75 MMHG	Freq. Cardíaca: FC: 85 BPM
Freq. Respiratória: FR: 12 BPM	HGT:	

### QPD / HDA:

QUEDA COM TRAUMA EM PUNHO ES COM FERIMENTO

### Exame Físico:

DOR IMPOT FUN FERIMENTO LACEROCONTUSO

### Exames complementares:

VER RX

### HD:

FRATURA EXPOSTA DE PUNHO ESQ

### Conduta:

ORIENTAÇÃO GERAL CURATIVO TALA HRA

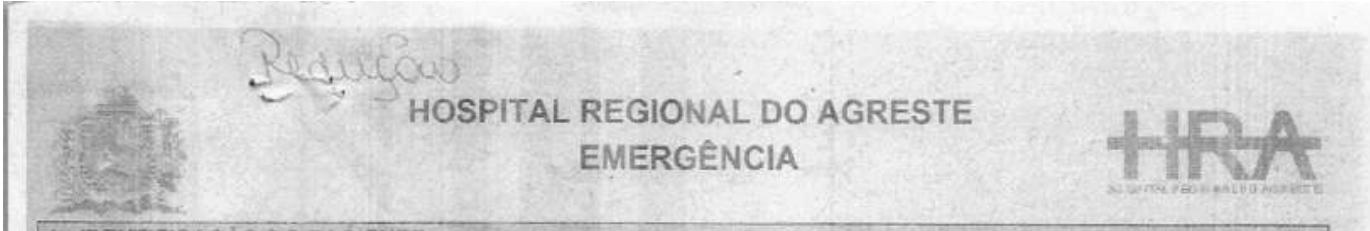
### Evolução:

Nilton Pereira de Barros  
Ortopedia  
CRM: 10660

Ass. do Médico

Dr(a): NILTON PEREIRA DE BARROS  
CRM - 10660

Av. José Marques Funes, 519  
Bairro: Indianópolis - Cidade: Garanhuns/PE - CEP.: 56260-030



## 1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Atendimento: 509667

Prontuário: 338728

Nome: MARIA ANTONIA DA SILVA SANTOS

Data Nasc : 19/09/1954 Idade : 64

Data Nasc.: 19/09/  
CBE: 34050134481

CPF: 34050124491 RG:

Endereço: SITIO VIAD

## Bairro: ZONA RURAL

CEP: 55020202 Fone: 97726327

Nome da Mãe: MARIA MESSIAS DA SILVA

**Acompanhante:**

Acompanhante:  
Márcio da Mata

## Motivo do Atendimento: Queda da Própria Altura

Clinica: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

## 2 - ATENDIMENTO

Data: 16/05/2019 16:32

Médico: MEDICO PLANTONISTA

**Queixa Principal / HDA:**

~~ROBIA ETTIGEPEI / TIDA~~  
Paisaje con recado  
de Cuerpo de Guardia al  
comisionado de la  
Gobernación

#### **Exame Físico:**

RA:                    EC:                    EB:

**Diag. Provisório:**

Próstesis de modo visto.  
en modo  
modo ~~verificado~~ e fixado  
em bloco unido.

#### **Prescrição:**

三

Data

## Horário

Jackson Joel Horins  
Ortopedista / Traumatologista  
CRM - PE 18.523



## SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO

## RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

Unidade de Saúde: HOSPITAL REGIONAL DO AGreste

Paciente:	Maria Antônia Silveira	Nº do Registro:	338728
Clínica:	Osteopatia	Nº do Leito:	
Operador:	Weserson Gomes Lima		
1º Assistente:		2º Assistente:	
Instrumentador:		Anestesiista:	
Anestesia:		Duração:	
Data da Operação:	Inicio:	Término:	
Diagnóstico Pre-Operatório:	freguezinha		
Diagnóstico Pós-Operatório:			
Operação Proposta:			
Operação Realizada:	Hc cirurgia segura pulso E + fiose adhesiva		

## DESCRIÇÃO DO ATO OPERATÓRIO

- ① Pclen DDI
- ② orque e coluna
- ③ operar de corpo estranho
- ④ auxiliar no ferir o/ ligaçao sfo, gl. amigdala
- ⑤ quimizar o/ borda cutanea
- ⑥ colarizar o/ fio de collis o/ segura
- ⑦ curativo



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO

RELATÓRIO OPERATÓRIO

Unidade de saúde: HOSPITAL REGIONAL DO AGreste

Paciente: MARIA ANTONIA DA SILVA SANTOS	Nº Registro:
Clínica: ORTOPEDIA	Nº do leito:
Operador: DR FELIPE CARVALHO	
1º Assistente: DRA SÉVILLA LORENA	2º Assistente:
Instrumentador:	Anestesista:
Anestesia: BLOQUEIO	Duração:
Data da Operação: 31/05/2019	Início: Término:

Diagnóstico Pré-operatório: FRATURA DE RÁDIO DISTAL E

Diagnóstico Pós-operatório: O MESMO

Operação Proposta: REDUÇÃO INCRUENTA + PINAGEM COM FIO K 2.0 MM

Operação Realizada: A MESMA

DESCRIÇÃO DO ATO OPERATÓRIO

1. PACIENTE EM DDH + ANESTESIA
2. ANTISEPSIA + ASSEPSIA + APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTEREIS
3. REDUÇÃO INCRUENTA + ESTABILIZAÇÃO COM FIO DE K 2.0 EM RÁDIO SÓB FLUOROSCOPIA
4. ENCAMINHO PACIENTE A SRPA

Mrs. Sevilla Lorena  
Médica Residente de  
Ortopedia / Traumatologia  
CRM: 26199



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO – SES/SUS/PE

Evolução Clínica

Unidade de saúde: HOSPITAL REGIONAL DO AGreste

Paciente: MARIA ANTONIA SILVA, 64a

Nº Registro: 338.728

DATA DE INTERNAÇÃO: 16/05/19

Clinica: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Nº do leito: 08

Evolução Médica

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA: FRATURA EXPOSTA DE RÁDIO DISTAL ESQUERDA

#MECANISMO: PACIENTE REFERE QUEDA DA MOTO (PARADA), COM O CORPO CAINDO SOBRE A MÃO, COM A REGIÃO PALMAR ESQ VOLTADA PARA O CHÃO.

#MED: VANCOMICINA 1G 12/12H EV (DO 20/05/19).

#EVOLUÇÃO: PACIENTE SEGUE CLÍNICA E HEMODINAMICAMENTE ESTÁVEL. SEM QUEIXAS ALGICAS. DIURESE PRESENTE E CONSTIPAÇÃO HÁ 6D.

#PRÉ-OP: PAR CARD 20/05: APTA P/ CIRURGIA, RISCO HABITUAL - LAB 20/05/19: HB 12 HT 36,2 // LEUCO 7110 // PLT 232000 // GJ 83 // U 44 CR 0,5 // NA 136 K 4,1 CL 105 // TAP 13,7 INR 1,03 .

CD: 1. DEIXO ÓLEO MINERAL E DIETA LAXATIVA.

DATA 22/05/2019

CARIMBO + CREMEPE:

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO – SES/SUS/PE

Evolução Clínica

Unidade de saúde: HOSPITAL REGIONAL DO AGreste

Paciente: MARIA ANTONIA SILVA, 64a

Nº Registro: 338.728

DATA DE INTERNAÇÃO: 16/05/19

Clinica: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Nº do leito: 08

Evolução Médica

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA: FRATURA EXPOSTA DE RÁDIO DISTAL ESQUERDA

#MECANISMO: PACIENTE REFERE QUEDA DA MOTO (PARADA), COM O CORPO CAINDO SOBRE A MÃO, COM A REGIÃO PALMAR ESQ VOLTADA PARA O CHÃO.

#MED: VANCOMICINA 1G 12/12H EV (DO 20/05/19).

#EVOLUÇÃO: PACIENTE SEGUE CLÍNICA E HEMODINAMICAMENTE ESTÁVEL. SEM QUEIXAS ALGICAS. DIURESE PRESENTE E CONSTIPAÇÃO HÁ 7D + FLATOS +.

#PRÉ-OP: PAR CARD 20/05: APTA P/ CIRURGIA, RISCO HABITUAL - LAB 20/05/19: HB 12 HT 36,2 // LEUCO 7110 // PLT 232000 // GJ 83 // U 44 CR 0,5 // NA 136 K 4,1 CL 105 // TAP 13,7 INR 1,03 .

CD: 1. AVALIAR POR NO MAPA

DATA 23/05/2019

CARIMBO + CREMEPE:



## SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO – SES/SUS/PE

## EVOLUÇÃO CLÍNICA

Unidade de saúde: HOSPITAL REGIONAL DO AGreste

Paciente: MARIA ANTONIA SILVA, 64a	Nº Registro: 338.728 DATA DE INTERNAÇÃO: 16/05/19
Clinica: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	Nº do leito: 08

## EVOLUÇÃO MÉDICA

**HIPÓTESE DIAGNÓSTICA: FRATURA EXPOSTA DE RÁDIO DISTAL ESQUERDA**

#HDA: PACIENTE REFERE QUEDA DA MOTO (PARADA), COM O CORPO CAINDO SOBRE A MÃO, COM A REGIÃO PALMAR ESQ VOLTADA PARA O CHÃO.

#AP: NEGA ALERGIAS, HAS OU DM.

#MED: SINTOMÁTICOS.

#EVOLUÇÃO: PACIENTE SEGUE CLÍNICA E HEMODINAMICAMENTE ESTÁVEL. COM QUEIXAS DE DOR ESPORÁDICA EM SITIO DE FX. DIURESE PRESENTE E CONSTIPAÇÃO HÁ 4D.

#PENDÊNCIAS: AGUARDA PROGRAMAÇÃO CX E FALTA PRE-OP. PACIENTE REALIZOU CIRURGIA DE FIXAÇÃO EXTERNA COM FIXADOR DE COLLES, NO DIA 16, NESTE SERVIÇO; CONTUDO NÃO ENCONTRO A RADIOGRAFIA PRÉ-OP DA LESÃO, APENAS ENCONTRO A RX CONTROLE.

CD: 1. DEIXO TRAMAL FIXO

2. SOLICITO EXAMES LAB E PARECER DA CARDIO.
3. INÍCIO ATB COM VANCOMICINA 1G EV 12/12H

DATA 20/05/2019 CARIMBO + CREMEPE: \_\_\_\_\_

## SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO – SES/SUS/PE

## EVOLUÇÃO CLÍNICA

Unidade de saúde: HOSPITAL REGIONAL DO AGreste

Paciente: MARIA ANTONIA SILVA, 64a	Nº Registro: 338.728 DATA DE INTERNAÇÃO: 16/05/19
Clinica: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	Nº do leito: 08

## EVOLUÇÃO MÉDICA

**HIPÓTESE DIAGNÓSTICA: FRATURA EXPOSTA DE RÁDIO DISTAL ESQUERDA**

#MECANISMO: PACIENTE REFERE QUEDA DA MOTO (PARADA), COM O CORPO CAINDO SOBRE A MÃO, COM A REGIÃO PALMAR ESQ VOLTADA PARA O CHÃO.

#MED: VANCOMICINA 1G 12/12H EV (DO 20/05/19).

#EVOLUÇÃO: PACIENTE SEGUE CLÍNICA E HEMODINAMICAMENTE ESTÁVEL. SEM QUEIXAS ALGICAS. DIURESE PRESENTE E CONSTIPAÇÃO HÁ 5D.

CD: 1. AGUARDA EXAMES E PARECER DA CARDIO.

DATA 21/05/2019 CARIMBO + CREMEPE: \_\_\_\_\_



# SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO

## HOSPITAL REGIONAL DO AGreste - HRA

1.08

### RESUMO DE ALTA

Nome: Maria Antônia da Silva

Prontuário: 338728 L08

Data: 16 / 05 / 19 Hora: 13:23

#### DIAGNÓSTICO:

Fratura de rádio distal esquerda

#### AMBULATÓRIO DE EGRESSO - INFORMAÇÕES ADICIONAIS:

Alta hospitalar da ortopedia sob orientação do Dr. Marcelo

capela. Zerino vai ambulatório com 15 dias.

25.06.19 às 13:00 - Dr. Jefferson Lakume às 13 horas

#### TRATAMENTO REALIZADO:

Redução ancrada + estabilização com fio K 2.0 em rádio

verb fluoroscopia

Alta Hospitalar: Data: 01 / 06 / 19

*Marcos Gonçalves  
Médico Residente  
Ortopedia / Traumatologia  
RM-PE 28760*

Ass. do Médico e CRM  
Carimbo





## RECEITUÁRIO MÉDICO

**Nome do Paciente:** MARIA ANTONIA DA SILVA SANTOS  
**Nome Social:**

USO ORAL

1- CEFALEXINA 500MG -----28 COMP  
TOMAR 01 COMPRIMIDO DE 6 EM 6 HORAS DURANTE 7 DIAS

Caruaru, 09 DE JUNHO DE 2019

*Dr. Felipe Diego Viana Pereira de Carvalho  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM-PE 30.912*

Ass. e carimbo do Médico  
Dr.(a): **FELIPE DIEGO VIANA PEREIRA DE CARVALHO**  
CRM - 25263

Av. José Marques Fontes, S/N  
Bairro: Indianópolis - Cidade: Caruaru/PE - CEP.: 55026-530



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 11/12/2020 11:12:53  
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20121111125345500000070959603>  
Número do documento: 20121111125345500000070959603

Num. 72383385 - Pág. 24

## RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL

### Identificação do Emitente

Nome Completo: FELIPE DIEGO VIANA PEREIRA DE CARVALHO

CRM - 25263 UF: PE

Endereço: Avenida José Marques Fontes, S/N, Bairro: Indianópolis - CEP: 55026-530

Cidade: Caruaru/PE

Telefone: UF: PE

**1.ª VIA FARMÁCIA**

**2.ª VIA PACIENTE**

**Paciente: MARIA ANTONIA DA SILVA SANTOS**

**Nome Social:**

Endereço: SITIO VIADO MAGRO, 1 - Bairro: AREA RURAL DE CARUARU - Cidade: CARUARU/PE - CEP.: 55099899

Prescrição: USO ORAL

1- PACO 30MG ----- 01 CX  
TOMAR 01 COMPRIMIDO DE 8 EM 8 HORAS SE DOR FORTE

Caruaru, 09 DE JUNHO DE 2019

*Felipe Diego Viana Pereira de Carvalho  
Residuário de Traumatologia  
CRM-PE 25263 / CRM-SA 30.912*  
Ass. e carimbo do Médico  
Dr.(a): **FELIPE DIEGO VIANA PEREIRA DE CARVALHO**  
CRM - 25263

### Identificação do Comprador

Nome: \_\_\_\_\_  
Ident.: \_\_\_\_\_ Or Emissor: \_\_\_\_\_  
Endereço: \_\_\_\_\_  
Cidade: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_  
Telefone: \_\_\_\_\_

### Identificação do Fornecedor

Assinatura do Farmacêutico

Data: / /



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE  
CNPJ Nº 10.572.048/0014-42  
BR. 232, Km 130 - Indianópolis - Caruaru - PE - CEP 55.000-000  
Fone: (81) 3701-1506 (ambulatório) ou (81) 3719-9400

## RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL

### IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

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

CRM Nº \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_

Endereço Completo: \_\_\_\_\_

Telefone: \_\_\_\_\_ Cidade: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_

Paciente: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

Prescrição: *D. Natales 100 mg  
x 1000 ml 8166 S da.  
D. D. natales 1000 mg  
fase 1000 ml 8166*

Data: 01/06/14

### IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

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

Ident.: \_\_\_\_\_ Órg. Emissor: \_\_\_\_\_

End. Completo: \_\_\_\_\_

Telefone: \_\_\_\_\_

Cidade: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_

Dr. Marco A. Gonçalves  
Médico Residente  
Ortopedista e Traumatologista  
Gabinete CRMPE 26.760  
Cartão de Crédito e Assinatura do Médico

### IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

#### ASSINATURA DO FARMACÊUTICO

DATA: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_



Secretaria de Saúde do estado de Pernambuco - SES/ SUS / PE  
HOSPITAL REGIONAL DO AGreste

RECEITUÁRIO

Unidade: *Hospital do Agreste*

Nome: *Antônio Yves Cordeiro de Melo Júnior*



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 11/12/2020 11:12:53  
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20121111125345500000070959603>  
Número do documento: 20121111125345500000070959603

Num. 72383385 - Pág. 27

VALIDO EM TODO O TERRITORIO NACIONAL

2.588.714 17/01/2017

<< MARIA ANTONIA DA SILVA SANTOS >>

<< NOEL ANTONIO DA SILVA >>

<< MARIA MESSIAS DA SILVA >>

DATA DE NASCIMENTO  
19/09/1954

BEZERROS - PE

<< CC 0191 LB 07 F-220 CAPT.  
SAPUCARANA, BEZERROS-PE 08/10/1978 >>

340.501.244-91 Ana Paula G.G. Alcoforado  
LEI Nº 7.116 DE 29/5/93

1017026073101103/54 7/57100 F-74 75.009 - 4313



## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

Número: 3190654701 Cidade: Caruaru Natureza: Invalidez Permanente  
Vítima: MARIA ANTONIA DA SILVA SANTOS Data do acidente: 16/05/2019 Seguradora: MAPFRE VIDA S/A

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

Data da análise: 28/11/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DE PUNHO ESQUERDO. P2.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO OSTEOSÍNTESE. ALTA MÉDICA. P4.  
P5,8.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DE PUNHO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DE PUNHO ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

### DANOS

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



RECEITUÁRIO

Unidade: H - Ambulário  
Nome: M. S. G. M. Registro N° \_\_\_\_\_  
Clinica: S. J. S. Enfermaria: \_\_\_\_\_

Anuidante: Antônio de Souza  
Data: 16/12/2019  
Enfermeira: Eleida Monteiro de Souza  
Operador: Antônio de Souza

20/11/2019

Data: 11/12/2019

Medico - CRM:

ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR  
CRM: 10660  
Ortopedia e Traumatologia

O primeiro Cigarro é uma passagem para o vício  
Eleida Monteiro de Souza

1º Lugar

2º Concurso 89

