



Número: **0066579-92.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção A da 31ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **16/10/2020**

Valor da causa: **R\$ 13.500,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
JOSE ADEVANIO ALMEIDA CAVALCANTE (AUTOR)	ANA CRISTINA ALEIXO PEREIRA SANTOS (ADVOGADO) CARLA ROCHA LEMOS (ADVOGADO)
TOKIO MARINE SEGURADORA S.A. (REU)	
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (REU)	
PAULO FERNANDO BEZERRA DE MENEZES FILHO (PERITO)	

Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
72475 738	14/12/2020 13:50	<u>ANEXO 1</u>	Outros (Documento)



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

Rio de Janeiro, 26 de Maio de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200182246

Vítima: JOSE ADEVANIO ALMEIDA CAVALCANTE

Data do Acidente: 28/01/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JOSE ADEVANIO ALMEIDA CAVALCANTE

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 (trinta) dias, contatos a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 01969/01970 - carta_01 - INVALIDEZ



00010985

Carta nº 15810523





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

Rio de Janeiro, 06 de Julho de 2020

Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3200182246

Vítima: JOSE ADEVANIO ALMEIDA CAVALCANTE

Data do Acidente: 28/01/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), JOSE ADEVANIO ALMEIDA CAVALCANTE

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

Boletim de ocorrência	Apresentar o Registro de Ocorrência Policial, em cópia simples, com o nome completo e sem abreviações do proprietário e os dados do veículo em que a vítima estava no acidente, pois o entregue está faltando páginas.
Documentação médico-hospitalar	Apresentar a cópia simples dos relatórios e demais documentos de todo tratamento médico realizado em internação/ambulatorial, inclusive cirúrgico, se houver, com a alta médica definitiva, pois não foram entregues. A documentação médica deverá indicar os procedimentos adotados, a identificação da vítima e do médico responsável, com data, assinatura e CRM legíveis.
Autorização de pagamento	Apresentar o formulário Pedido do Seguro DPVAT, disponível em nosso site, com preenchimento completo/correto de todos os campos dos Dados Cadastrais, sem abreviações e/ou rasuras, confirmando as informações bancárias de titularidade da própria vítima/beneficiário, pois o banco recusou a realização do depósito da indenização/reembolso na conta bancária inicialmente informada.

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

Os documentos pendentes podem ser recebidos através do site <https://documentospendentes.seguradoralider.com.br>

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 15916348

Pag: 0155/0156 - carta_03 - INVALIDEZ
00050578



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 14/12/2020 13:50:04
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20121413500383200000071050986>
Número do documento: 20121413500383200000071050986

Num. 72475738 - Pág. 2



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

Rio de Janeiro, 23 de Julho de 2020

Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3200182246 Vítima: JOSE ADEVANIO ALMEIDA CAVALCANTE

Data do Acidente: 28/01/2020 Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), JOSE ADEVANIO ALMEIDA CAVALCANTE

Após a análise dos documentos apresentados do pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

Os documentos médicos apresentados não evidenciam a presença de sequelas permanentes, que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica, não sendo caracterizada invalidez permanente coberta pelo Seguro DPVAT.

Realizado tratamento conservador, conforme documento médico, datado de 28/01/2020, emitido pelo Dr. RAFAEL CARVALHO CRM nº 27705 - PE, da Instituição HOSPITAL MUNICIPAL MARIA TEREZA MENDONÇA, que informa evolução sem sequela permanente e não sendo comprovada a existência de invalidez permanente.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00829/00830 - carta_31 - INVALIDEZ



00080415

Carta nº 15967040



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 14/12/2020 13:50:04
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20121413500383200000071050986>
Número do documento: 20121413500383200000071050986

Num. 72475738 - Pág. 3



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3200182246	3 - CPF da vítima: 820.517.714-72	4 - Nome completo da vítima: JOSE ADEVANIO ALMEIDA CAVALCANTE
--	--------------------------------------	--

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

5 - Nome completo: JOSE ADEVANIO ALMEIDA CAVALCANTE	6 - CPF: 820.517.714-72		
7 - Profissão: Recusa informar	8 - Endereço: Lo Almas Benditas	9 - Número: 107	10 - Complemento:
11 - Bairro: Centro	12 - Cidade: São bento do Una	13 - Estado: PE	14 - CEP: 55370-000
15 - E-mail:	16 - Tel.(DDD):		

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

17 - Nome completo do Representante Legal:	18 - CPF do Representante Legal:	19 - Profissão do Representante Legal:
--	----------------------------------	--

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:	<input type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00	
	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00	
21 - DADOS BANCÁRIOS:	<input type="checkbox"/> BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO	<input type="checkbox"/> REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)		
<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)	<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos)			
<input type="checkbox"/> Bradesco (237)	<input type="checkbox"/> Itaú (341)	Nome do BANCO: _____		
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001)	<input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)			
AGÊNCIA: 0773	CONTA: 98386972	2	AGÊNCIA: _____	CONTA: _____
(Informar o dígito se existir)	(Informar o dígito se existir)		(Informar o dígito se existir)	(Informar o dígito se existir)

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

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:	<input type="checkbox"/> Solteiro	<input type="checkbox"/> Casado (no Civil)	<input type="checkbox"/> Divorciado	<input type="checkbox"/> Separado Judicialmente	<input type="checkbox"/> Viúvo	24 - Data do óbito da vítima:					
25 - Grau de Parentesco com a vítima:	26 - Vítima deixou companheiro(a):			<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:					
28 - Vítima teve filhos?	<input type="checkbox"/> Sim	29 - Se tinha filhos, informar Vivos:	30 - Vítima deixou nasцturo (valente)?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	31 - Vítima teve irmãos?	<input type="checkbox"/> Sim	32 - Se tinha irmãos, informar Vivos:	33 - Vítima deixou pais/avós vivos?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte áqueles 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 - 1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

Jose Adevanio Almeida
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019

TESTEMUNHAS





Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 14/12/2020 13:50:04
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20121413500383200000071050986>
Número do documento: 20121413500383200000071050986

Num. 72475738 - Pág. 5



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

DADOS CADASTRAIS Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: <input type="checkbox"/> DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) <input checked="" type="checkbox"/> INVALIDEZ PERMANENTE <input type="checkbox"/> MORTE 2 - Nº do sinistro ou ASI: <input type="text" value="820.517.714-72"/> 3 - CPF da vítima: <input type="text" value="820.517.714-72"/> 4 - Nome completo da vítima: <input type="text" value="Jose Adervanio Almeida Cavalcante"/> REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012	5 - Nome completo: <input type="text" value="Jose adervanio almeida Cavalcante"/> 6 - CPF: <input type="text" value="820.517.714-72"/> 7 - Profissão: <input type="text" value="Mecanico"/> 8 - Endereço: <input type="text" value="100 Almor Benditas"/> 9 - Número: <input type="text" value="107"/> 10 - Complemento: 11 - Bairro: <input type="text" value="Centro"/> 12 - Cidade: <input type="text" value="Sao Bento do Una"/> 13 - Estado: <input type="text" value="PE"/> 14 - CEP: <input type="text" value="55370-000"/> 15 - E-mail: <input type="text" value=""/> 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: <input type="text"/> 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: <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR <input type="checkbox"/> R\$1,00 A R\$1.000,00 <input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 <input type="checkbox"/> SEM RENDA <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00 </div>
INVALIDEZ PERMANENTE 21 - DADOS BANCÁRIOS: <input checked="" type="checkbox"/> BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO <input type="checkbox"/> REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR) <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;"> <input checked="" type="checkbox"/> 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) </div> <div style="width: 45%;"> <input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos) Nome do BANCO: _____ </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 10px;"> <div style="width: 30%;"> AGÊNCIA: <input type="text" value="0773"/> CONTA: <input type="text" value="983869722"/> <div style="display: flex; justify-content: space-between; width: 100%;"> <div style="width: 45%;">(Informar o dígito se existir)</div> <div style="width: 45%;">(Informar o dígito se existir)</div> </div> </div> <div style="width: 30%;"> (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) </div> </div> <p>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.</p>	22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE <input checked="" type="checkbox"/> 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: <ul style="list-style-type: none"> • 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. <p>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.</p> <p>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.</p>
MORTE 23 - Estado civil da vítima: <input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (no Civil) <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado Judicialmente <input type="checkbox"/> Viúvo <input type="checkbox"/> Data do óbito da vítima: 24 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: 25 - Grau de Parentesco com a vítima: <input type="checkbox"/> Filho(a) <input type="checkbox"/> Neto(a) <input type="checkbox"/> Irmão(a) <input type="checkbox"/> Neta(a) <input type="checkbox"/> Parente de 3º grau ou mais <input type="checkbox"/> Parente consanguíneo <input type="checkbox"/> Parente afim 26 - Vítima deixou companheiro(a): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: 27 - Se a vítima deixou filhos, informar Vivos: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Se a vítima deixou irmãos, informar Vivos: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não 28 - Vítima teve filhos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Se tinha irmãos, informar Vivos: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Se tinha irmãos, informar Vivos: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: <input type="checkbox"/> Falecidos: <input type="checkbox"/> Nasceu <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Se tinha irmãos, informar Vivos: <input type="checkbox"/> Falecidos: <input type="checkbox"/> Nasceu <input type="checkbox"/> Não 30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Se tinha irmãos, informar Vivos: <input type="checkbox"/> Falecidos: <input type="checkbox"/> Nasceu <input type="checkbox"/> Não 31 - Vítima teve irmãos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Se tinha irmãos, informar Vivos: <input type="checkbox"/> Falecidos: <input type="checkbox"/> Nasceu <input type="checkbox"/> Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Se tinha irmãos, informar Vivos: <input type="checkbox"/> Falecidos: <input type="checkbox"/> Nasceu <input type="checkbox"/> Não 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <p>Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte aqueles 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.</p>	DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE 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 - 1º Nome: <input type="text"/> CPF: <input type="text"/> 39 - 2º Nome: <input type="text"/> CPF: <input type="text"/> 40 - Local e Data, <input type="text" value="Sao Bento do Una 06/07/2020"/> 41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante) 42 - Assinatura do Representante Legal (se houver) 43 - Assinatura do Procurador (se houver) <p style="text-align: right;">PREV / COOPERATIVA DE PREVIDÊNCIA SIA Assinatura da testemunha 20 JUL 2020 OLÓ RECIFE Assinatura da testemunha</p>
NÃO ALFABETIZADO 42 - Assinatura do Representante Legal (se houver) FP5.001 V002/2019	TESTEMUNHAS



**GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 106ª CIRCUNSCRIÇÃO - SÃO BENTO DO UNA - DP106ªCIRC DINTER1/15ªDESEC**

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N.º 20E0196000202

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 14/02/2020 às 10:02

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado)
que aconteceu no dia 28/1/2020 no período da Manhã

Fato ocorrido no endereço: **MUNICIPIO DE SAO BENTO DO UNA, 81, PROXIMO AO COLEGIO IVETE.** - Bairro: **CENTRO - SAO BENTO DO UNA/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR / AGENTE)
MARIA DO SOCORRO CAVALCANTE ALMEIDA (OUTRO)
JOSE ADEVANIO ALMEIDA CAVALCANTE (VITIMA)

REV
VIDÊNCIA S/A
CC
15 MAI 2021
F. JOCOLO
AGENCIAS RECIFE

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

**VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a):
JOSE ADEVANIO ALMEIDA CAVALCANTE**

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

JOSE ADEVANIO ALMEIDA CAVALCANTE (presente ao plantão) - Sexo: Masculino
Mae: IVONISA DE ALMEIDA CAVALCANTE Pai: LUIZ DE ALMEIDA CAVALCANTE Data de Nascimento: 28/6/1964 Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

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

MARIA DO SOCORRO CAVALCANTE ALMEIDA (presente ao plantão) - Sexo: Feminino
Mae: MARIA APARECIDA CAVALCANTE DE MACEDO Pai: REGIVALDO CAVALCANTE DE MACEDO Data de Nascimento: 23/1/1973 Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**
Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE SAO BENTO DO UNA, 167, LOTEAMENTO ALMAS BENDITAS, RUA 06 - CEP: 56880-000 - Bairro: CENTRO - SAO BENTO DO UNA/PERNAMBUCO/BRASIL**





Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 14/12/2020 13:50:04
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20121413500383200000071050986>
Número do documento: 20121413500383200000071050986

Num. 72475738 - Pág. 8



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 106ª CIRCUNSCRIÇÃO - SÃO BENTO DO UNA - DP106ª CIRC DINTER1/15º DESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 20E0196000202

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 14/02/2020 às 10:02

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado)
que aconteceu no dia 28/1/2020 no período da Manhã

Fato ocorrido no endereço: MUNICIPIO DE SAO BENTO DO UNA, 81,
PROXIMO AO COLEGIO IVETE. - Bairro: CENTRO - SAO BENTO DO UNA/PERNAMBUCO/BRASIL
Local do Fato: VIA PÚBLICA

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR / AGENTE)
MARIA DO SOCORRO CAVALCANTE ALMEIDA (OUTRO)
JOSE ADEVANIO ALMEIDA CAVALCANTE (VITIMA)



Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a):
JOSE ADEVANIO ALMEIDA CAVALCANTE

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

JOSE ADEVANIO ALMEIDA CAVALCANTE (presente no plantão) - Sexo:
Masculino Mae: IVONISA DE ALMEIDA CAVALCANTE Pat: LUIZ DE ALMEIDA
CAVALCANTE Data de Nascimento: 20/8/1964 Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

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

MARIA DO SOCORRO CAVALCANTE ALMEIDA (presente no plantão) - Sexo:
Feminino Mae: MARIA APARECIDA CAVALCANTE DE MACEÐO Pat: REGIVALDO
CAVALCANTE DE MACEÐO Data de Nascimento: 23/1/1973 Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL
Endereço Residencial: MUNICIPIO DE SAO BENTO DO UNA, 107, LOTEAMENTO ALMAS BENDITAS, RUA 06 - CEP: 56000-000 - Bairro: CENTRO - SAO BENTO DO UNA/PERNAMBUCO/BRASIL



Boletim de Ocorrência

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

MOTOCICLETA (VEÍCULO) de propriedade do(a) Sr(a): JOSE ADEVANIO ALMEIDA CAVALCANTE, que estava em posse do(a) Sr(a): JOSE ADEVANIO ALMEIDA CAVALCANTE
Categoria/Marca/Modelo: MOTOCICLETA/HONDA/CG 150 Objeto apreendido: NÃO COR VERMELHA - Quantidade: (UNIDADE NÃO INFORMADA)

Placa: KKN1849 (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO)
Ano Fabricação/Modelo: 2000/2010

Complemento / Observação

COMPLEMENTO / OBSERVAÇÃO

COMPARECERAM AS PESSOAS DE MARIA DO SOCORRO CAVALCANTE ALMEIDA E O SR. JOSÉ ADEVANIO ALMEIDA CAVALCANTE, RELATANDO QUE NA REFERIDA DATA, A VITIMA AO DESVIAR DE OUTRO VEÍCULO, VEIO A COLIDIR EM UM POSTE DE ILUMINAÇÃO PÚBLICA, VENDO A SER SOCORRIDO PELO SAMU, PARA O HOSPITAL LOCAL.

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

**JOSE ADEVANIO ALMEIDA CAVALCANTE
(VITIMA)
Maria do Socorro Cavalcante Almeida
MARIA DO SOCORRO CAVALCANTE ALMEIDA
(OUTRO)**

B.O. registrado por: ALEXANDRE JUIZ SANTOS CAVALCANTE - Matrícula:
2214388





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3200182246	3 - CPF da vítima: 820.517.714-72	4 - Nome completo da vítima: JOSE ADEVANIO ALMEIDA CAVALCANTE
--	--------------------------------------	--

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

5 - Nome completo: JOSE ADEVANIO ALMEIDA CAVALCANTE	6 - CPF: 820.517.714-72		
7 - Profissão: Recusa informar	8 - Endereço: Lo Almas Benditas	9 - Número: 107	10 - Complemento:
11 - Bairro: Centro	12 - Cidade: São bento do Una	13 - Estado: PE	14 - CEP: 55370-000
15 - E-mail:	16 - Tel.(DDD):		

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

17 - Nome completo do Representante Legal:	18 - CPF do Representante Legal:	19 - Profissão do Representante Legal:
--	----------------------------------	--

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:	<input type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00

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

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

Bradesco (237) Itaú (341)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: **0773** CONTA: **98386972** 2 (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:	<input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (no Civil) <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado Judicialmente <input type="checkbox"/> Viúvo	24 - Data do óbito da vítima:			
25 - Grau de Parentesco com a vítima:	26 - Vítima deixou companheiro(a): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:			
28 - Vítima teve filhos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	30 - Vítima deixou nascituro (valéscer)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	31 - Vítima teve irmãos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	33 - Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte áqueles 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 - 1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

Jose Adevanio Almeida
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019

TESTEMUNHAS





SAMU
192

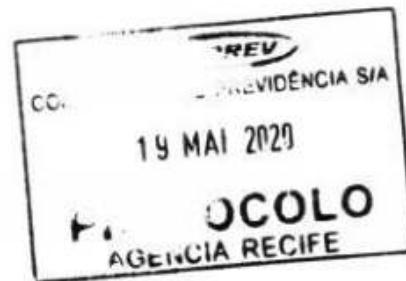
SERVÍCIO DE
ATENDIMENTO MÓVEL
DE URGÊNCIA



São Bento do Una, 13 de fevereiro de 2020.

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins de comprovação que o Sr: **JOSÉ ADEVANIO ALMEIDA CAVALCANTE**, CPF: 820.517.714-72, nascido em: 20/06/1964 foi atendido pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), Unidade de Suporte Básico de São Bento do Una, no dia 28/01/2020, vítima de colisão, sendo encaminhado ao hospital local. Sem mais a acrescentar.



Atenciosamente,

Deisyane Farias
Enfermeira
CNPJ 249.313

Deisyane Farias

Coordenação SAMU de São Bento do Una

Secretaria Municipal de Saúde de São Bento do Una – PE.
Rua Joaquim Nabuco S/N, São Bento do Una - PE.
Telefone: 81 3735-0720



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 14/12/2020 13:50:04
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20121413500383200000071050986>
Número do documento: 20121413500383200000071050986

Num. 72475738 - Pág. 12

NOTA FISCAL | FATURA | CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA 2a VIA

COMPANHIA ENERGÉTICA
DE PERNAMBUCO
AV. JOSÉ DE BARROS, 111, BOA VISTA,
RECIFE, PERNAMBUCO
CEP 50050-902
CNPJ 10.835.932/0001-08
INSCRIÇÃO ESTADUAL 0005943-93



Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de 26/04/2002
COMERCIAL 116 | PRONTIDÃO 116

Atendimento ao deficiente auditivo ou de fala: 0800 281 0142
Ouvíndia 0800 282 5599

Agência de Regulação dos Serviços Públicos Delegados do Estado
de Pernambuco-ARPE: 0800-727-0167-Ligação Gratuita de Telefones Fixos
Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL
167-Ligação Gratuita de telefones fixos e móveis

DADOS DO CLIENTE

MARIA DO SOCORRO CAVALCANTE ALMEIDA
CPF: 909.358.704-82 NIS: 19002495539

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

LO ALMAS BENDITAS 107

CENTRO/SAO BENTO DO UNA
55370-000 SAO BENTO DO UNA PE

As condições gerais de fornecimento (Resolução ANEEL 414/2010),
tarifas, produtos, serviços prestados e tributos se encontram à
disposição, para consulta em nossas unidades de atendimento e no
site www.celpe.com.br

DATA DE VENCIMENTO
24/03/2020

TOTAL A PAGAR (R\$)
124,14

DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL
17/03/2020

DATA DA APRESENTAÇÃO
17/03/2020

NÚMERO DA NOTA FISCAL
100938739

CONTA CONTRATO
001087265028

Nº DO CLIENTE
2002684051

Nº DA INSTALAÇÃO
0003493852

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL - BAIXA RENDA COM NIS
Monofásico

RESERVADO AO FISCO

74E1.75EB.D410.C5DE.8082.E2A7.ED16.92D2

DESCRÍPCAO DA NOTA FISCAL

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)
Consumo-TUSD até 30 kWh	30,00	0,13799824	4,13
Consumo-TUSD superior a 30 até 100 kWh	70,00	0,23656498	16,55
Consumo-TUSD superior a 100 até 220 kWh	98,00	0,35484747	34,77
Consumo-TE até 30 kWh	30,00	0,12698062	3,80
Consumo-TE superior a 30 até 100 kWh	70,00	0,21768107	15,23
Consumo-TE superior a 100 até 220 kWh	98,00	0,32652161	31,99
Contrib. Ilum. Pública Municipal			14,44
ICMS_Subvenção Baixa Renda			1,38
Multa por atraso-NF 097016321 - 14/02/20			1,72
Juros por atraso-NF 097016321 - 14/02/20			0,13
TOTAL DA FATURA			124,14

INFORMAÇOES DE TRIBUTOS

ICMS	PIS	COFINS
BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
106,47	25,00	26,61
BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
106,47	1,04	1,10
BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPPOSTO
106,47	4,79	5,09

REV
EVIDÊNCIA S/A
CC.
19 MAI 2020
SCOL
AGÊNCIA RECIFE

Tarifas Aplicadas		HISTÓRICO DO CONSUMO	
Consumo-TUSD até 30 kWh	0,09545200	MAIO 20	198
Consumo-TUSD superior a 30 até 100 kWh	0,23656498	JUN	166
Consumo-TUSD superior a 100 até 220 kWh	0,35484747	DEZ	174
Consumo-TE até 30 kWh	0,12698062	NOV	136
Consumo-TE superior a 30 até 100 kWh	0,21768107	OUT	170
Consumo-TE superior a 100 até 220 kWh	0,32652161	SET	152
		AGO	173
		JUL	173
		JUN	174
		MAIO	190
		ABR	166
		MAR	193
COMPOSIÇÃO DO CONSUMO			
R\$	%		
Generação de Energia	34,73	32,62	
Transmissão	4,57	3,32	
Distribuição (Celpa)	24,69	23,19	
Encargos Setoriais	2,41	2,26	
Tríbuto	52,98	50,81	
Perdas de Energia	7,77	7,58	
TOTAL	106,47	98	

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

NÚMERO DO MÉDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR	ATUAL	Nº DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO kWh
000000003011208708	CAT	14/03/2020 10.274,00	17/03/2020 10.473,00	32	1.000000	0,00	198,00

DATA PREVISTA PARA A PRÓXIMA LEITURA: 17/04/2020

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES

DESCRÍPCAO	CONJUNTO	VALOR APURADO	META MENSAL	META TRIM	META ANUAL
		jan/2020			
DIG-No de horas sem Energia - SAO BENTO DO UNA	0,00	6,67	11,34	22,69	
FIC-No de vezes sem Energia - UNA	0,00	3,39	6,60	13,20	
DMIC-Duração máxima de interrupção contínua	0,00	3,29	0,00	0,00	
DICRI-Duração de interrupção em dia crítico			Límite DICRI: 12,22		
EUSD-Valor da Encargo de Uso = R\$ 38,36					
Tudo Consumidor pode solicitar e solicitar mais Indicadores DIG, FIC, DMIC e DICRI a qualquer tempo.					

INFORMAÇOES IMPORTANTES

Pague no ponto mais perto de você! farmacia pacheco: pc osvaldo celso maciel 103 espirito santo / valdinalva
farol de: pc 18 de copacabana 132 centro/lista completa em www.celpe.com.br.
Na data da leitura a bandeira em vigor é a Verde. Mais informações em www.aneel.gov.br.
O cliente é compensado quando houver violação na continuidade individual ou do nível de tensão de fornecimento.
Pagto. em atraso gerá multa 2% (Res.414/ANEEL); Juros 1% a.m.(Lei 10.438/02) e atualização monetária no próx. mês.
Desconto pela aplicação da Tarifa Social de Energia Elétrica criada pela Lei Nº 10.438 de 26/04/02 - R\$ 50,74.
O Cliente é compensado quando há descumprimento do prazo definido para os padrões de atendimento comercial.

NIVEIS DE TENSÃO

TENSÃO NOMINAL(V)	LIMITE DE VARIAÇÃO(V)	
	MÍNIMO	MÁXIMO
220	202	231

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

DESTAKE ADI

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO	TOTAL A PAGAR(R\$)	VENCIMENTO
001087265028	03/2020	124,14	24/03/2020

TALÃO DE PAGAMENTO

Evite dobrar, perfurar ou rasurar.
Este canhoto será usado em leitora ótica.

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

8389000000013 241400110016 087265028103 144849781335



AUTENTICAÇÃO MECÂNICA



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 14/12/2020 13:50:04
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20121413500383200000071050986>

Num. 72475738 - Pág. 13



SÃO BENTO DO UNA

MELHOR A CADA DIA
Secretaria de Saúde



HOSPITAL MUNICIPAL
MARIA TERESA MENDONÇA

FICHA DE ATENDIMENTO

Número de Registro: 340.029	Data e Hora do Atendimento 28/01/2020 09:41	Emergência Geral: 53		
Informações Prestadas pelo: Cliente ou Acompanhante:				
Cliente: Jose Adevanio Almeida Cavalcante		Fone: 8959-8818		
Nome Social:				
Data de Nascimento: 20/06/1964	Idade: 55	Sexo: Masculino		
Estado Civil: Casado (a)	Profissão: Agricultor	Naturalidade: São Bento do Una		
Nacionalidade: Brasileira	Documento de Identidade:	CNS: 708.5033.3677.7971		
Filiação: Ivonisa de Almeida Cavalcante				
Ocorrência:	Acidente de Trabalho: SIM: <input type="checkbox"/> Não: <input type="checkbox"/>			
Procedência:	Meio de Transporte:			
Endereço: Rua 05	Nº 107	Bairro: Almas Benditas	Cidade: São Bento do Una	UF: PE
Medico(a): Dr Rafael Carvalho/ Dr Rafael	Enfermeiro(a): Loriley / Tuane		<i>Nego Alves</i>	
Técnicos de Enfermagens: Gorete / Givanildo / Maria				
Queixa Principal: <i>Piora da dor abdominal, febre, cefaleia, náuseas, vômitos, constipação.</i>				
HD: <i>TCG lev 2</i>	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;"> CO. VIDÊNCIA SIA 19 MAI 2020 F. OCOLO AGENCIAS RECIFE </div>			
Historia do Trauma:				
Perda da Consciência: SIM: <input type="checkbox"/> Não: <input type="checkbox"/> Episodio Emético: SIM: <input type="checkbox"/> Não: <input type="checkbox"/> TIPO: AGENCIAS RECIFE				
Acidente de Transito: SIM: <input type="checkbox"/> Não: <input type="checkbox"/> Colisão: SIM: <input type="checkbox"/> Não: <input type="checkbox"/> Motorista: SIM: <input type="checkbox"/> Não: <input type="checkbox"/>				
Atropelamento: SIM: <input type="checkbox"/> Não: <input type="checkbox"/> Vítima de Ferimento: SIM: <input type="checkbox"/> Não: <input type="checkbox"/> Tipo:				
Sofreu Queda: SIM: <input type="checkbox"/> Não: <input type="checkbox"/> Altura: m				
Queimadura: SIM: <input type="checkbox"/> Não: <input type="checkbox"/> Por:	Grau:			
Condições de Imobilização: SIM: <input type="checkbox"/> Não: <input type="checkbox"/> Porque:				



Exame Físico	
A: Gerais Vias aéreas estão pélvias: SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input checked="" type="checkbox"/> O cliente fala: SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input checked="" type="checkbox"/> Temperatura:	37.96. HGT 1002.
B: Respiratório;	
C: Circulatório	PA: 140 X 90 mmHg Pulso: 80 bpm 36
D: Exame Neurológico Deficiência motora: MSD <input type="checkbox"/> MSE <input type="checkbox"/> MID <input type="checkbox"/> MIE <input type="checkbox"/> Pupilas: Isocôricas <input type="checkbox"/> Anisocôricas <input type="checkbox"/> Glasgow: Abertura Ocular Escore: Hora: Glasgow: Resposta Verbal Escore: Hora: Glasgow: Resposta Motora Escore: Hora:	
E: Abdômen	
Diagnóstico Inicial:	
Exames Solicitados	
Resultado dos Exames:	
Tratamento / Procedimentos	<p>① Sulf. Rx de Diodul, ampol e fimx</p> <p>② Decodion 4g - up, tm</p> <p>Grosfino pratinha no catad de coto p/ UNA, serie - 5870374</p>
Indicação Cirúrgica: SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> Motivo:	
Evolução de Enfermagem:	
Diagnóstico Definitivo:	
Definição do Caso: Condição de Alta: Curado <input type="checkbox"/> Melhorado: <input type="checkbox"/> Inalterado <input type="checkbox"/> Piorado: <input type="checkbox"/> Internamento: <input type="checkbox"/> Cirurgia <input type="checkbox"/> Óbito: <input type="checkbox"/> Hora: Termo de Alta Pedido: <input type="checkbox"/> Evadiu-se <input type="checkbox"/>	
Transferido para:	Internado na Clínica:
Autorização para Alta / Internamento / Transferência:	
Médico:	CRM: Data:





HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE
EMERGÊNCIA

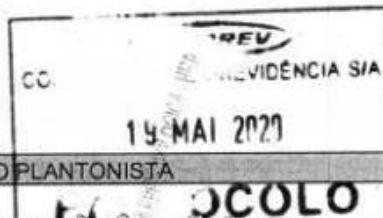


1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Atendimento: 582914 Prontuário: 353472
Nome: JOSE ADEVANIO ALMEIDA CAVALCANTI
Data Nasc.: 20/06/1964 Idade: 55 Sexo: MASCULINO Cor: PARDA Religião:
CPF: RG: CNS: 708503336777971

Endereço: LOTEAMENTO ALMAS BENDITA
Bairro: CENTRO Cidade: SAO BENTO DO UNA
CEP: 55370000 Fone: 991558832 Profissão:

Nome da Mãe: IVONISA DE ALMEIDA CAVALCANTE
Acompanhante:
Motivo do Atendimento: QUEDA DE MOTO
Clínica: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA



2 - ATENDIMENTO Data: 28/01/2020 13:35 Médico: MEDICO PLANTONISTA

Queixa Principal / HDA:

Paciente sofreu acidente de moto perdeu consciente.

Exame Físico:

EGR.

Consciente desorientada

Verificar PA:

PA: _____
Pulso: _____

HG: 24h 102 mmHg

Diag. Provisório:

Fratura de ORN?

Cring - Poct - fones mobil, estab consciente, orientado.

Possível abalo óptico, n/infarto. - lhe

Prescrição:

Comprovante

Dieta:

Data

Horário

Solicito: 24h PA 160x90

FC 91

SD 98%

DR ORN

HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE

RAIO-X

DRX Walter.

DATA 08/01/2020

Re sugerindo ordem de ORN
análiseos da cring - sepef

Parecer do Cirúrgico
(DR).

Doutor M. do Amaral
Cirurgia Bucal
CRM 2882-PE

Solicito TC de crânio

Doutor M. do Amaral
Cirurgia Bucal
CRM 2882-PE

enviamos ao ambulatório
n/ reavaliação da fratura de ORN

1 de 2





HOSPITAL REGIONAL DO AGreste EMERGÊNCIA

HRA
HOSPITAL REGIONAL DO AGreste

3 - Evolução / Exames

Dr. Geral

Paciente com relato de queda de moto ontem (28/01/20) por volta das 18:00 horas da noite. PEG em face.

As escoriações são moderadas, sem exsanguine.

TCC: 75

SC de escoriações, RX de tórax e pelvis: sem alterações.

CD: Ditta hospitalar

para consulta visual de óbito

Termo de Responsabilidade de Alta a Pedido

*Dr. Thiago César Gonçalves
CRM 18008*

Paciente Familiar

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

Nome: _____ RG: _____

Endereço: _____ Tel.: _____

Data: ____ / ____ / ____

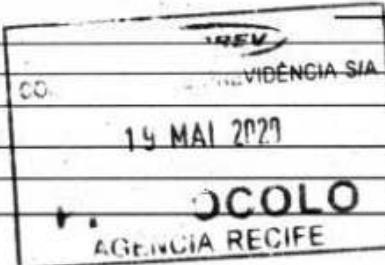
Assinatura

Autorização de Procedimento

Nome: _____ RG: _____

Endereço: _____ Tel.: _____

Procedimento: _____



Assinatura

Diag. Definitivo:

BOLHOSA DE TRAVESSA

Assinatura

Destino do Paciente

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

Condição de Alta

Curado Melhorado Inalterado Óbito

Data: 29/01/2020 Hora: _____ Médico: _____ CRM: _____

28/01/2020 13:37:52

2 de 2

*Dr. Thiago César Gonçalves
Cirurgia Geral
CRM 18008*

Usuario do Atendimento

MARIAST





SÃO BENTO DO UNA



HOSPITAL MUNICIPAL
MARIA TEREZA MENDONÇA

FICHA PARA ENCAMINHAMENTO E RETORNO

Unidade de Saúde:	Hospital Regional de Agreste	Destino do Paciente
Município:	Conceição - PE	
Especialidade:	Bucorriofaringeal	Senha: 5870374

Dados do Paciente	
Nome: José Adelmo Oliveira Cordeiro	
Data de Nascimento: 20/06/1964	
Idade:	55a
Sexo:	feminino
Endereço:	
Bairro:	
Município:	
História Clínica:	
<p>Presente um entorso agudo recente retroesternal com quadro de sintomas leves, pescoço congestivo e disfagia. O humor está alterado, no momento outros sintomas.</p>	
CC	REV
VIDÊNCIA S/A	
14 MAI 2020	
R. JOCOLO	
AGENCIAS RECIFE	
Hipótese Diagnóstica:	
<p>1) Fratura em região da base? 2) TCE leve.</p>	

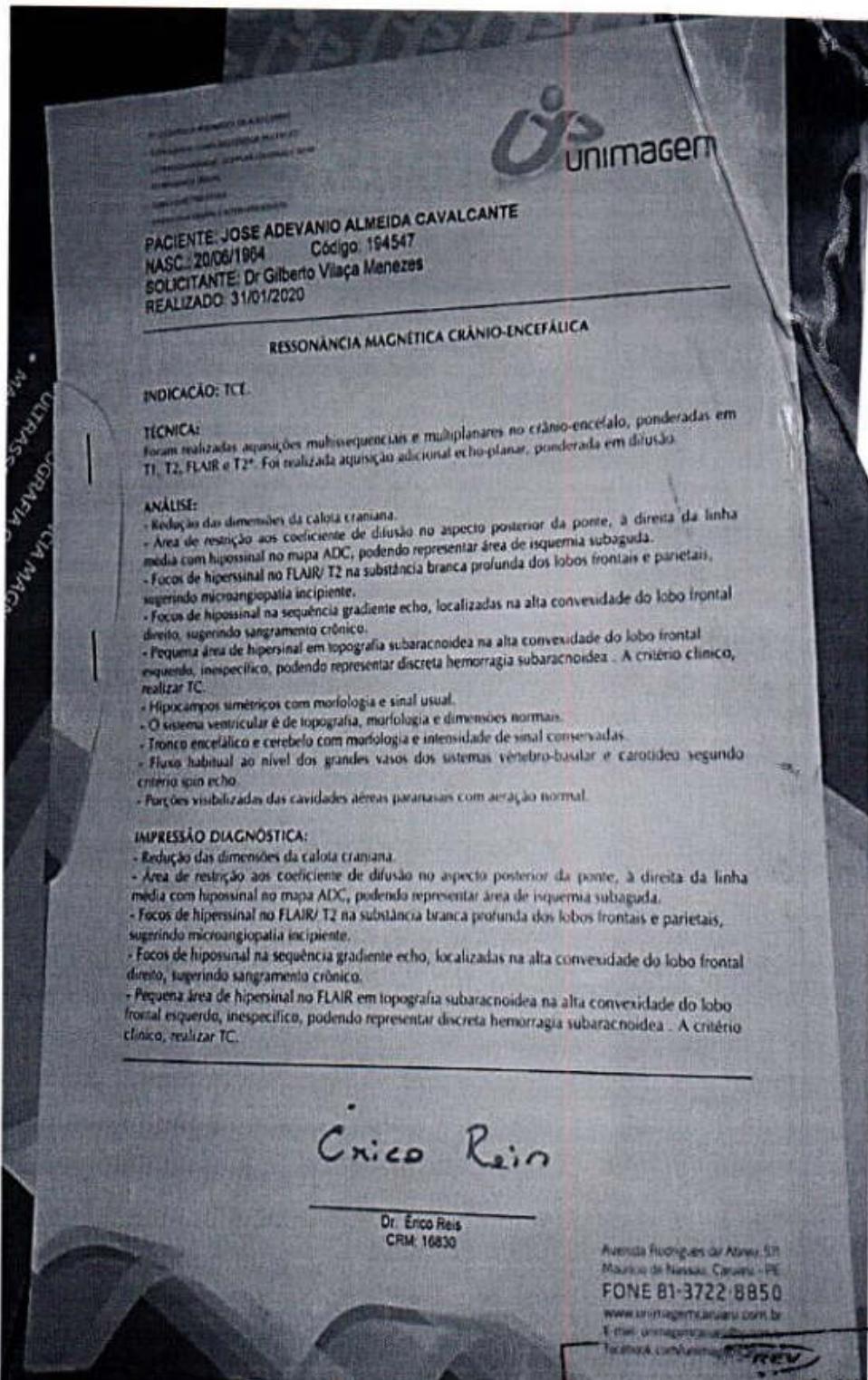
Exames Realizados:	
Tratamento:	
Médico:	Dr. Rafael Cavalcante CRMPE: 27749
Data:	28/01/2020

Avenida Manoel Cândido, S/N – Centro-CEP 55370-000 – São Bento do Una – PE. Fone: (81) 3735 0714.
E-mail: hmsbu@yahoo.com.br, CNPJ. 10.091577/0007-00.



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 14/12/2020 13:50:04
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20121413500383200000071050986>
Número do documento: 20121413500383200000071050986

Num. 72475738 - Pág. 18





PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200182246 **Cidade:** São Bento do Una **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE ADEVANIO ALMEIDA CAVALCANTE **Data do acidente:** 28/01/2020 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 20/07/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMATISMO CRANIO-ENCEFÁLICO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Documento/Motivo: Recusa – Sem Sequelas (Evolução Sem Sequela Permanente)

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: ANEXO 1: PÁG. 01 05 //

EM TODOS OS DOCUMENTOS MÉDICOS ACOSTADOS NÃO SE EVIDENCIA PRESENÇA DE SEQUELAS PERMANENTES QUE NÃO SEJAM SUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO PROPORCIONADA POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA.

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
			Total	0 %
				R\$ 0,00



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0142195/20

Número do Sinistro: 3200182246

Vítima: JOSE ADEVANIO ALMEIDA CAVALCANTE

CPF: 820.517.714-72

CPF de: Próprio

Data do acidente: 28/01/2020

Titular do CPF: JOSE ADEVANIO ALMEIDA CAVALCANTE

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência

JOSE ADEVANIO ALMEIDA CAVALCANTE : 820.517.714-72

Autorização de pagamento

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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

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



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 14/12/2020 13:50:04
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20121413500383200000071050986>
Número do documento: 20121413500383200000071050986

Num. 72475738 - Pág. 22