



Número: **0000583-40.2020.8.17.3330**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Vara Única da Comarca de São José do Belmonte**

Última distribuição : **21/12/2020**

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

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
<b>LUIS ALVES DA SILVA (AUTOR)</b>	<b>HAROLDO MAGALHAES DE CARVALHO (ADVOGADO)</b>
<b>SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (REU)</b>	

**Documentos**

Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
74097 371	26/01/2021 11:04	<a href="#"><u>ANEXO 1</u></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, 03 de Maio de 2019

**Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190302351** Vítima: LUIS ALVES DA SILVA

Data do Acidente: 28/12/2018 Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ROSANA DE MENEZES SILVA CAVALCANTE

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

**Senhor(a), LUIS ALVES DA SILVA**

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° 14258327



Pao 01013/01014 - Carta 01 : INVAI IDEZ



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 26/01/2021 11:04:50  
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21012611044993400000072627193>  
Número do documento: 21012611044993400000072627193

Núm. 74097371 - 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, 03 de Maio de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190302351

Vítima: LUIS ALVES DA SILVA

Data do Acidente: 28/12/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ROSANA DE MENEZES SILVA CAVALCANTE

**Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS**

**Senhor(a), LUIS ALVES DA SILVA**

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

Comprovante de residência incorreto(a), necessário verificar as informações e apresentar o documento com os dados corretos.

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

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

Pag. 00431/00432 - carta\_03 - INVALIDEZ



Carta nº 14258541





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 Junho de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190302351 Vítima: LUIS ALVES DA SILVA

**Data do Acidente: 28/12/2018 Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: ROSANA DE MENEZES SILVA CAVALCANTE**

## **Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a). LUIS ALVES DA SILVA**

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

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

Recebedor: LUIS ALVES DA SILVA

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000000914

Conta: 0000063785-9

Tipo: CONTA POUUPANCA

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

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

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

Atenciosamente

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você





Rio de Janeiro, 13 de Junho de 2019

Aos Cuidados de: LUIS ALVES DA SILVA

Nº Sinistro: 3190302351  
LUIS ALVES DA SILVA

Data do Acidente: 28/12/2018  
Cobertura: INVALIDEZ  
Procurador: ROSANA DE MENEZES SILVA CAVALCANTE

Assunto: REANÁLISE DE PROCESSO - CONDUTA MANTIDA

Senhor(a),

Em atendimento à sua solicitação, foi feita a reanálise médica do seu pedido de indenização por invalidez permanente, cadastrado sob o número de sinistro **3190302351**.

Como a documentação apresentada não indica a existência de novas lesões permanentes ou de agravamento daquelas já indenizadas em decorrência do acidente sofrido, o seu pedido de reanálise foi encerrado e o valor indenizado mantido, conforme legislação vigente.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br) ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 14447906

Pag. 01919/01920 - carta\_09 - INVALIDEZ





## 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:	
	212.415.464-87	2015 Alves da Silva	
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012			
Nome completo:	dinis Alves da Silva		
Profissão:	Agricultor	Endereço:	At Boa Vista
Bairro:	Alto Boa Vista	Cidade:	São José do Belmonte PE
E-mail:			
CPF:	212.415.464-87		
Número:	89	Complemento:	Casa
CEP:	56950-600		
Tel.(DDD):	87-9634-4907		

**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 OPÇÃO DE CONTA

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

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

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

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

AGÊNCIA: 0914 CONTA: 63785 (9)

AGÊNCIA: \_\_\_\_\_ CONTA: \_\_\_\_\_ (9)

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

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

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

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

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

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 39, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

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

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

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

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

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

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado	Local e Data: <i>Perre Galhada 26/04/2019</i> Nome: _____ CPF: _____	TESTEMUNHAS 1º   Nome: _____ CPF: _____
		Assinatura _____
		2º   Nome: _____ CPF: _____

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante) <i>x Serei Al da Silva</i>	Assinatura do Representante Legal (se houver) <i>Rosa de M. S. Cavalcante</i>	Assinatura do Procurador (se houver)
(*) Assinatura de quem assina A ROGO		
Assinatura _____ EXCELSIOR-SEGUROS Assinatura _____ 02 MAIO 2019 Assinatura _____ SEGURADO PVAT		

(\*) 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.





EXCELSIOR SEGUROS  
02 MAIO 2019  
SEGURÓ DPVAT

**GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO  
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 178ª CIRCUNSCRIÇÃO - SÃO JOSÉ DO  
BELMONTE - DP178°CIRC DINTER2/21°DESEC**

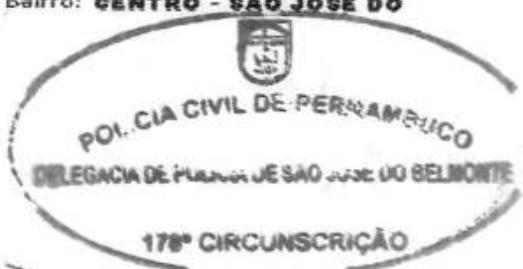
**BOLETIM DE OCORRÊNCIA N°. 19E0268000209**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **22/03/2019** às **08:52**

**ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado)**  
que aconfeceu no dia **28/12/2018** no período da Manhã

Fato ocorrido no endereço: **MUNICÍPIO DE SAO JOSE DO BELMONTE, 1,  
BR-232 - DISTRITO DO BOM NOME** - Bairro: **CENTRO - SAO JOSE DO  
BELMONTE/PERNAMBUCO/BRASIL**  
Local do Fato: **RODOVIA FEDERAL**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:  
**NÃO SE APLICA ( AUTOR \ AGENTE )**  
**LUIS ALVES DA SILVA ( VITIMA )**



Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

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

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

**LUIS ALVES DA SILVA** (presente ao plantão) - Sexo: **MASCULINO** Mãe: **MARIA APOLINÁRIA DA SILVA** Pai: **CÍCERO ALVES DA SILVA** Data de Nascimento: **26/12/1985**  
Naturalidade: **SERRA TALHADA / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **0242364/SDS/PE (RG), 21241546427 (GPF)** Estado Civil: **CASADO(A)** Escolaridade: **1º. GRAU INCOMPLETO**  
Profissão: **AGRICULTOR(A)** Telefones Celulares:  
- **87988448462**

Endereço Residencial: **MUNICÍPIO DE SAO JOSE DO BELMONTE, 1, ASSENTAMENTO BOA VISTA - DISTRITO DO BOM NOME - CEP: 56668-888 - Bairro: CENTRO - SAO JOSE DO BELMONTE/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

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

**MOTOCICLETA (VEICULO)**, que estava em posse do(a) Sr(a): **LUIS ALVES DA SILVA**  
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 160 START** Objeto apreendido: **Não**  
Cor: **PRETA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**



Placa: PCE4883 (PERNAMBUCO/SERRA TALHADA) Chassi SC2KC2500JR101893  
Ano Fabricação/Modelo: 2017/2018 Combustível: GASOLINA  
Descrição: NA DATA DO SINISTRO O VEÍCULO ENCONTRAVA-SE EM NOME DE  
PÂMELA SABRINA ALVES DA SILVA RENAVAM: 1132368428

Complemento / Observação

**COMPARECEU NESTA UNIDADE POLICIAL A PESSOA DE LUIS ALVES DA SILVA, COMUNICANDO QUE POR VOLTA DAS 11H DO DIA 28/12/2018, O MESMO CONDUZIA A MOTOCICLETA ACIMA DESCRITA, PELA BR-232 NO SENTIDO DO ASSENTAMENTO BOA VISTA(SUA RESIDÊNCIA) COM DESTINO AO DISTRITO DO BOM NOME. QUE A VÍTIMA SE DISTRAIU E AO OLHAR PARA TRÁS, PERDEU O CONTROLE E SAIU DA RODOVIA, VINDO A CAIR NO CHÃO. A VÍTIMA FOI SOCORRIDA PARA O HOSPITAL LEÔNIDAS PEREIRA DE MENESSES, ONDE EM SEGUIDA FOI TRANSFERIDO PARA O HOSPITAL MESTRE VITALINO, EM CARUARU. QUE A VÍTIMA FRATUROU A Perna ESQUERDA E DEVIDO A CIRURGIA A QUAL FOI SUBMETIDO, O MESMO APRESENTOU TRANBOSE PROFUNDO NO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO, CONFORMA LAUDO MÉDICO. NADA MAIS A ACRESCENTAR, ENCERRO PRÉSENTE BOE.**

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

LUIS ALVES DA SILVA + Luis Alves Silva  
(VITIMA)

B.O. registrado por: VIVALDO JOSE GUIMARAES XAVIER DO CARMO -  
Matrícula: 228973-9





## 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:	
	212.415.464-87	2015 Alves da Silva	
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012			
Nome completo:	dinis Alves da Silva		
Profissão:	Agricultor	Endereço:	At Boa Vista
Bairro:	Alto Boa Vista	Cidade:	São José do Belmonte PE
E-mail:			
CPF:	212.415.464-87		
Número:	89	Complemento:	Casa
CEP:	56950-600		
Tel.(DDD):	87-9634-4907		

**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 OPÇÃO DE CONTA

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

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

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

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

AGÊNCIA: 0914 CONTA: 63785 (9)

AGÊNCIA: \_\_\_\_\_ CONTA: \_\_\_\_\_ (9)

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

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

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 39, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

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

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

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

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

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.

**MORTE** Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado  
Local e Data: 20/04/2019  
Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_

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

Assinatura  
2º | Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_  
Assinatura  
EXCELSIOR-SEGUROS  
02 MAIO 2019  
Assinatura  
SEGURADO DPVAT

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)  
x Sóis Al da Silva

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.





*Hábito* *Município*  
Secretaria Municipal de Saúde  
Unidade Mista Leonidas Pereira de Menezes

Nº do Registro: 00015841 Data: 28/12/2018 Hora: 12:48  
Nome: LUIZ ALVES SILVA Sexo: MASCULINO  
Idade: 63 Anos Data Nascimento: 20/12/1955 Estado Civil: CASADO(A)  
Mãe: MARIA APOLINARIA DA SILVA Pai: CICERO ALVS DA SILVA  
Cartão SUS: 127136955640000 RG: IDENTIDADE  
Logradouro: BOM MONE Nº Bairro:  
Cidade: SAO JOSE DO BELMONTE Estado: PE Profissão: APOSENTADO  
Tipo do Atendimento: 12 Alergias: NÃO [ ] SIM [ ] QUAL:  
Tax.:  °C FR:  bpm FC:  bpm HGT:  mg/dl PA: **120** X **120** mmhg Peso:  kg  
Classificação de Risco: VERMELHO  AMARELO  VERDE  AZUL

Pré - Consulta:

História da Doença Atual:

*Alívio sintoma de dor*  
*de dor intermitente*  
*de dor intermitente*  
*de dor intermitente*  
*de dor intermitente*

Hipótese Diagnóstica:

*doença pulmão* *doença pulmão*

Conduta Terapêutica:

*Apresentar* *100%* *100%*



Observação  Internação  Transferência  Recusa Medicação  Evadiu-se  Alta  Óbito

*Yves Cordeiro de Mello Junior*  
Médico

*Isambe*  
Enfermeiro  
S1712

Téc./Aux. Enfermagem

Assistente Social

Paciente é ou. Responsável

*Maria do Socorro Alves Carvalho*  
COREN: 385054



# 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: 31/05/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

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

CLIENTE: LUIS ALVES DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00914

CONTA: 000000063785-9

---

Nr. da Autenticação AB7DE5B6E52288DF



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 26/01/2021 11:04:50  
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21012611044993400000072627193>  
Número do documento: 21012611044993400000072627193

Num. 74097371 - Pág. 10



Tarifa Social de Energia Elétrica: Criada pela Lei 10.438, de 26/04/02  
**KOTA FISCAL • FATURA • CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA**  
Companhia Energética de Pernambuco  
Av. João de Barros, 111 - Boa Vista, Recife - Pernambuco - CEP 50047-902  
CMU 10.035.902/0001-88 | E-mail: [conta@cenpe.com.br](mailto:conta@cenpe.com.br) | Telefone: 71-3212-1000

**DADOS DO CLIENTE**

—  
—

**COMPANHIA ENERGÉTICA DE PERNAMBUCO**  
Av. João de Barros, 111 - Boa Vista, Recife - Pernambuco - CEP 50051-901  
CNPJ 13.835.902/0001-91 | Fone: (81) 3222-1000 | Fax: (81) 3222-1001

DADOS DO CLIENTE

JULIA MARTA ALVES DA SILVA

**ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA**

CPE 029 016 454 02

SÍTOS DO LAMBEZAL - 2000

## **CLASSIFICAÇÃO**

56950-000

MATERIAL	UNIDADE	QUANT.
036732699	UNICA	24/10/2018
APRESENTAÇÃO	Nº DO CLIENTE	MESA INSTALADA
24/10/2018	30102018-1	

**CÓDIGO CONTRATO:** 7006041226      **MÊS/ANO:** 10/2018  
**DIA DE VENCIMENTO:** 31/10/2018      **DIA PRAZO PAGAMENTO:** 24/11/2018  
**TOTAL A PAGAR FISI:** 88,51

**DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL**

	QUANTIDADE	FRECO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo(kWh)	151.000000	0,51147380	77,22
Acréscimo Bandeira VERMELHA			10,61
ICMS Subvenção CDE-NF 02/008111-2408/18			0,21

第23章 算法设计

185

Demonstrativo de consumo desta nota fiscal

Nº DO DOCUMENTO	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR		ATUAL		Nº DE OAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (NMV)
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA				
3104436000	LAT	24/05/2018	146.00	24/05/2018	146.00	30	1.00000		151.00

— 10 —

*Journal of Health Politics, Policy and Law*, Vol. 27, No. 4, December 2002  
Copyright © 2002 by The University of Chicago

**ATENÇÃO AOS CREDITOS DA FIRMA, CHEQUE POSSUI CONTA EM ABERTO.**  
EM ANTES DE SAIR, DESFRUTE DA SABOROSA COFE

o comunicado só substitui áreas de risco entre 0 e 100% de tempo de detenção de risco. Caso o sistema do fornecedor não tenha essa opção de utilização, deve ser feito o cálculo do tempo de detenção de risco para cada uma das suas instâncias detinhas no Art. 39 da MP 2200/2006. Pode ocorrer excesso de cobertura de risco.

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS Interrupções				
GRANDEZA	VALOR MÉDIO	LIMITE MÍNIMO	LIMITE MÁXIMO	LIMITE ARBITRÁRIO
C	6,25	11,94	33,98	47,76
S	3,99	7,62	15,94	31,28
SC	0,10	0,38	0,90	0,90
LIMITE CÍRCULO 10,00	0,00			

**NÍVEIS DE TENSÃO**

EXCELSIOR SEGUROS  
02 MAIO 2019  
SEGURO DPVAT



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 26/01/2021 11:04:50  
<https://pje.tjpe.jus.br:443/Ig/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2101261104499340000072627193>

Num. 74007371 Pág. 11



Tarifa Social de Energia Elétrica Criada pela Lei 10.418, de 26/04/02  
NOTA FISCAL • FATURA • CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA  
Companhia Energética de Pernambuco  
Av. João de Barros, 111, Boa Vista - Recife - Pernambuco - CEP 50150-902  
CNPJ 12.935.532/0001-58 | Ins. Est. (03)3043-63 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE

MARISARIEVA ALVES CAVALCANTE

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

RUA FRANCISCO OLAVO 110

CPF 366 710 364-15

IPSEP/SERRA TALHADA

CLASSIFICAÇÃO  
B1 RESIDENCIAL  
RESIDENCIAL

SERRA TALHADA PE  
56912-130

Nº DA NOTA FISCAL	SÉRIE	EMISSÃO
055959501	UNICA	26/03/2019
26/03/2019	2000138268	3672821

CONTA CONTRATO	MÉS ANO
2278076019	03/2019
DATA DE VENCIMENTO	DATAPREVISTA PRÓXIMA LEITURA
02/04/2019	25/04/2019
TOTAL A PAGAR (R\$)	64,50

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo (kWh)	60,500000	0,7595374	45,20
Contro. Ilum. Pública Municipal			2,56
ICMS Sujeição CIDE-MF 048313568-2501/19			0,78
PRO-CRMANÇA (081)3412-8980 0800 031 8988			0,98

TOTAL DA FATURA

64,50

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL						
Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	DATA ANTERIOR LEITURA	DATA ATUAL LEITURA	Nº DE DAS	CONSTANTE	AJUSTE
3010218219	CAT	23/03/2019	16.473,00	24/03/2019	16.553,00	17 1.00000

HISTÓRICO DE CONSUMO

Mês/ano	MM	LEITURA
MAR18	03	
FEV18	02	
JAN18	12	
DEZ18	11	
NOV18	10	
OUT18	09	
SET18	08	
AGO18	07	
Jul18	06	
JUN18	05	
MAR18	04	
FEV18	03	

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS

ICMS	BASE DE CALCULO	%	VALOR DO IMPÔSTO
	60,20	25,00	15,00
PIS	52,20	1,01	0,53
COFINS	50,20	4,38	2,18

COMPRISSÃO DO CONSUMO

Geração de Energia	R\$ 18,50	31,21%
Transporte	R\$ 2,74	4,38%
Distribuição (celpe)	R\$ 12,82	21,45%
Perda de Energia	R\$ 4,97	8,59%
Itinerário Sócio-Econômico	R\$ 3,33	5,57%
Impostos	R\$ 18,46	30,85%
Total	R\$ 62,29	100%

TARIFAS APLICADAS

Consumo Ativo (kWh) 0,5215620

RESERVADO AO FISCO  
BSF 9 9923 4158 8442 CAD0 2615 TA26 70BC

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Pequeno valor para maior tempo de uso da rede econômica, maior custo de fornecimento de bens ou serviços de consumo e fornecimento de energia elétrica. O cliente deve pagar o valor da tarifa de leitura e tributos em dia. Verifique se a data da leitura e tributos em dia. Caso contrário, haverá retenção de consumo na data de vencimento da fatura. Pode haver retenção para multas e taxas de manutenção de rede. O cliente deve pagar o valor das tarifas de consumo e fornecimento de energia elétrica. O cliente pode cancelar a sua conta de serviços de fornecimento.

As concessionárias de fornecimento de energia elétrica (ANEEL, 4140023), fornecedor, prestador, serviço prestado e/ou bens adquiridos, bem como os fornecedores de serviços de fornecimento de energia elétrica, podem consultar as suas unidades de atendimento e no site [www.celpe.com.br](http://www.celpe.com.br).

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES			
PERÍODO	VALOR APENAS	LIMITES MENSAL	LIMITES TRIMESTRAL
BIC	0,05	1,43	16,00
FIC	1,00	3,30	38,00
DMC	0,05	3,11	38,00

NÍVEIS DE TENSÃO		
TENSÃO NOMINAL (V)	LIMITE DE VARIAÇÃO (%)	MINIMO / MAXIMO (%)
220	± 2%	-231 / +211

EXCELSIOR SEGUROS  
02 MAIO 2019  
SEGURO DPVAT



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

COMPANHIA ENERGÉTICA  
DE PERNAMBUCO  
AV.JOÃO 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 26/04/02

COMERCIAL 116 | PRONTIDÃO 116

Atendimento ao deficiente auditivo ou de fala: 0800 281 0142

Ouvidoria 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
JULIA MARTA ALVES DA SILVA
CPF: 029.016.454-02

DATA DE VENCIMENTO	DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL	CONTA CONTRATO
02/05/2019	24/04/2019	007006041226
TOTAL A PAGAR (R\$)	DATA DA APRESENTAÇÃO	Nº DO CLIENTE
56,86	24/04/2019	201224811

ENDERECO DA UNIDADE CONSUMIDORA
AT BOA VISTA 89
ALTO BOA VISTA/SAO JOSE DO BELMONTE 56950-000 SAO JOSE DO BELMONTE PE

CLASSIFICAÇÃO
B2 RURAL - RESIDÊNCIA DE TRABALHADOR RURAL
Monofásico

RESERVADO AO FISCO
28BE.8A69.8029.C4C7.87A4.5808.E746.E620

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](http://www.celpe.com.br)

## DESCRÍPCAO DA NOTA FISCAL

DESCRÍPCAO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)
Consumo Ativo(kWh)	97,00	0,54135527	52,51
ICMS Subvenção-CDE-NF 051898279-21/02/19			0,57
Multa por atraso-NF 048038646 - 24/01/19			1,48
Juros por atraso-NF 048038646 - 24/01/19			1,23
Atualização IGPM-NF 048038646 - 24/01/19			1,07
<b>TOTAL DA FATURA</b>			<b>56,86</b>

## INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS

ICMS	PIS	COFINS						
BASE DE CÁLCULO %	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO %	VALOR DO IMPPOSTO	BASE DE CÁLCULO %	VALOR DO IMPPOSTO			
52,51	25,00	13,12	52,51	1,35	0,70	52,51	6,21	3,26

EM ATÉ 15 DIAS, DÉBITOS EXISTENTES CAUSARÃO CORTE.					
Vencido	Dt Reav	Valor	Vencido	Dt Reav	Valor
01/04/19	24/04/19	69,43	01/03/18	23/03/18	45,60
28/02/19	25/03/19	74,42	04/10/18	26/10/18	39,09

Este comunicado NÃO substitui aviso de débitos anteriores e NÃO contempla débitos em discussão judicial. Caso a suspensão do fornecimento persista por dois ciclos de faturamento, poderá ocorrer o encerramento do contrato, podendo também existir cobrança conforme os critérios definidos no Art. 93 REN 414/ANEEL. Podem ocorrer ações de cobrança, bem como inclusão nos registros de restrições de crédito SPC e SERASA.

Tarifas Aplicadas	HISTÓRICO DO CONSUMO	
	kWh	
Consumo Ativo(kWh)	0,36509000	
ABR	19	97
MAR	19	125
FEV	19	137
JAN	19	147
DEZ	18	117
NOV	18	164
OUT	18	151
SET	18	173
AGO	18	149
JUL	18	144
JUN	18	153
MAR	16	74
ABR	16	78

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES					
DESCRÍPCAO	CONJUNTO	VALOR APURADO	META MENSAL	META TRIM.	META ANUAL
DIC-No.de horas sem Energia		1,35	11,94	23,89	47,79
FIC-No.vezes sem Energia		1,00	7,74	15,49	30,98
DMIC-Duração máxima de interrupção contínua		1,35	8,58	0,00	0,00
DICRI-Duração de interrupção em dia crítico			Limite DICRI: 16,60		
EUSD-Valor do Encargo de Uso = R\$ 18,69					

Todos Consumidores podem solicitar a apuração dos indicadores DIC, FIC, DMIC e DICRI a qualquer tempo.

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL						
NÚMERO DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR DATA	ATUAL LEITURA	Nº DIAS	CONSTANTE	AJUSTE
00000003154438970	CAT	25/03/2019 1.629,00	24/04/2019 1.726,00	30	1,000000	0,00

DATA PREVISTA PARA A PRÓXIMA LEITURA: 24/05/2019

**INFORMAÇÕES IMPORTANTES**

Pague no ponto mais perto de você! Posto de medicamentos Vieira I: rua capitão rufino barbosa leal 13 bnm nome / posto ferraz; r. capitão rufino barbosa leal 13 bnm nome lista completa em [www.celpe.com.br](http://www.celpe.com.br). Na data da leitura a bandeira em vigor é a Verde. Mais informações em [www.aneel.gov.br](http://www.aneel.gov.br). Cobrança ICMS sobre subvenção CDE, conforme Decreto Estadual 39.459/13. O cliente é compensado quando há violação na continuidade individual ou do nível de tensão de fornecimento. Pagto. em atraso gera multa 2% (Res414/ANEEL), Juros 15a.m (Lei 10.438/02) e atualização monetária no próx. mês Desconto Incondicional pela Aplicação da Tarifa B2 RURAL = R\$ 22,50. O Cliente é compensado quando há descumprimento do prazo definido para os padrões de atendimento comercial. Em caso de suspensão de fornecimento, o encerramento do contrato poderá ocorrer após 2 ciclos de faturamento, podendo também ser cobrado o custo de disponibilidade no ciclo em que ocorrer a suspensão.

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

## AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

DESTAQUE AQUI				
CONTA CONTRATO	MÊS/ANO	TOTAL A PAGAR(R\$)	VENCIMENTO	TALÃO DE PAGAMENTO
007006041226	04/2019	56,86	02/05/2019	Evite dobrar, perfurar ou rasurar. <a href="http://celpe.com.br/autodatendimento.cfm?autodatendimento.celpe.com.br/NDP_DCSRUCES_D-home-neologw-sap.com/servlet/login">http://celpe.com.br/autodatendimento.cfm?autodatendimento.celpe.com.br/NDP_DCSRUCES_D-home-neologw-sap.com/servlet/login</a>





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

Para mais esclarecimentos, acesse o site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br) ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)

Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

### INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

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

A Circular SUSEP<sup>1</sup> nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA, ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. <sup>2</sup> CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APPLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Rosana de Menezes Silva Cavalcante

inscrito (a) no CPF/CNPJ 051.394.444 / 25, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Luis Alves da Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 212.415.464 / 87

do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Luis Alves da Silva

inscrito (a) no CPF sob o Nº 212.415.464 / 87, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

Recuso informar

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

Endereço:	<u>Francisco Olavo</u>	Número:	<u>110</u>	Complemento:	<u>Casa</u>
Bairro:	<u>IPSEP</u>	Cidade:	<u>Jericoá</u>	Estado:	<u>PE</u>
E-mail:				CEP:	<u>56912-130</u>

Tel.(DDD): 87-9634-4907

Local e Data: Jericoá 26/04/2019

Assinatura do Declarante

EXCELSIOR SEGUROS

02 MAIO 2019

SEGURO DPVAT

DLDRL.001 V001/2017



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 26/01/2021 11:04:50  
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21012611044993400000072627193>  
Número do documento: 21012611044993400000072627193

Num. 74097371 - Pág. 14



## DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

Para mais esclarecimentos, acesse o site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br) ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)

Capitais e regiões metropolitanas: 04020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

Eu, Romana Sabrina Alves da Silva,  
RG nº 10.137.393, data de expedição 06/04/2017  
Órgão SDS - PE, portador do CPF nº 086.736.964-70,  
com domicílio na cidade de Jerico Talhada, no Estado de  
Pernambuco, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)  
Rua 9, nº 100 A,  
complemento Apartamento, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo  
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima  
Leus Alves da Silva, cujo o condutor era  
Leus Alves da Silva.

Veículo: Motocicleta Modelo: Honda/CG 160 start Ano: 2014/2018  
Placa: PC-E 48 53 Chassi: 9C2KC2500J R 101893  
Data do Acidente: 23/12/2018

Local e Data: Jerico Talhada 29/03/2019



Romana Sabrina Alves da Silva

Assinatura do Declarante

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

CARTÓRIO DO 2º OFICIAL DE JUSTIÇA MUNICIPAL DE  
Titular: NEUZELDO ANTONIO DA SILVA OF. do Prosteste  
Telefone: (87) 38311-924

Reconheço a Firma por Autenticação de ROMANA SABRINA  
ALVES DA SILVA. De Faz. Serraria Bela Vista, N.E. E. Teste ( )  
da verdade. I J. Rodriguez, Presidente da Fazenda -  
Titular. ( ) Maria Lúcia da Rocha. Substituto. -  
R\$ 3,39. TSNE - R\$ 0,00. PIRE - R\$ 0,00. ISTE - R\$ 0,00  
Selos: 0074872.FITRA201901\_81243\_09-04-2019 06:15:08  
Consulte a autenticidade em: [www.tjpe.jus.br](http://www.tjpe.jus.br)

EXCELSIOR SEGUROS  
02 MAIO 2019  
SEGURO DPVAT



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 26/01/2021 11:04:50  
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21012611044993400000072627193>  
Número do documento: 21012611044993400000072627193

Num. 74097371 - Pág. 15



*Fávero Menezes*  
Secretaria Municipal de Saúde  
Unidade Mista Leonidas Pereira de Menezes

Nº do Registro: 00015841 Data: 28/12/2018 Hora: 12:48

Nome: LUIZ ALVES SILVA Sexo: MASCULINO

Idade: 63 Anos Data Nascimento: 20/12/1955 Estado Civil: CASADO(A)

Mãe: MARIA APOLINARIA DA SILVA Pai: CICERO ALVS DA SILVA

Cartão SUS: 127136955640000 RG: IDENTIDADE

Logradouro: BOM MONE Nº Bairro:

Cidade: SAO JOSE DO BELMONTE Estado: PE Profissão: APOSENTADO

Tipo do Atendimento: 12 Alergias: NÃO [ ] SIM [ ] QUAL:

Tax: [ ] °C FR: [ ] bpm FC: [ ] bpm HGT: [ ] mg/dl PA: **190** X **190** mmHg Peso: [ ] kg

Classificação de Risco: VERMELHO [ ] AMARELO [ ] VERDE [ ] AZUL [ ]

Pré - Consulta:

[Redacted]

História da Doença Atual:

*Alívio ao frio de acidente  
de vento expelido da rede  
de pulmão (c) Vermelha (P)*

Hipótese Diagnóstica:

*Pt no pulmão (c) suspeito de pulmão (c)*

Conduta Terapêutica:

*Afogamento óptico-faríngeo (P)*



Observação  Internação  Transferência  Recusa Medicação  Evadiu-se  Alta  Óbito

*R. Cordeiro de Melo Júnior*

*Lambe*  
Médico  
Enfermeiro  
SILVIA

Téc./Aux./Enfermagem

Assistente Social

Paciente e/or Responsável

*Maria do Socorro Alves Carvalho*  
COREN: 385054





Paciente:	Dc. Nascl.:		Dados do Atendimento	
LUIS ALVES DA SILVA	20/12/1955		Data/Hora Atend.:	24/01/2019 13:45
Sexo: MASCULINO	Cartão SUS: 700804970138580	Contatos:	Idade:	
Mãe: MARIA APOLINARIO DA SILVA			53 Anos 1 Mês 21	
Endereço: SITIO FAZENDA BOA VISTA, Bairro: ZONA RURAL Cep: 56909485 Cidade: SERRA ESTA CONTA DEVERÁ SER PAGA POR RECURSOS PÚBLICOS			Prontuário: 65387	Leito: CLIMED_ENF
		Nº Atend.:	00193126	
		Serviço:		
		Professional:	LEONARDO FUSCO RIEGERT	

## **RESUMO DE ALTA**

**MOTIVO DO ATENDIMENTO**

MOTIVO DO ATENDIMENTO  
PACIENTE COM RELATO DE ACIDENTE DE MOTOCICLETA HA CERCA DE 11 DIAS COM FRATURA DE MIE E CIRURGIA ORTOPEDICA PARA CORREÇÃO, RELATA QUADRO DE DOR ABDOMINAL, TOSSE COM EXPECTORAÇÃO SANGUINOLENTA E FEBRE - PRINCIPALMENTE A TARDE - 3 DIAS APÓS A CIRURGIA, AO SER QUESTIONADO, REFERIU TAMBÉM EPISÓDIOS DE VOMITOS SANGUINOLENTOS, ESCURECIDOS, DE ODORE FETIDO, NESTE PERÍODO. NEGA DISPNEIA.

NEGA CONCORSO/DSES E USO DE MEDICAÇÕES DOMICILIARES  
CIRURGIA PREVIA: "ORTOPEDICA (FRATURA DE FEMUR HA 2 ANOS)  
NEGA HTA, DIABETES, ALERGIAS.  
TABAGISTA: HA 50 ANOS, FUNDO DE ROLO (CERCA DE 2/CIA)  
EX-ETILISTA: POR 10 ANOS, PAROU HA 5 ANOS, NAO SABE QUANTIFICAR  
EPIDEMIOLOGIA POSITIVA PARA ESquistosomose, NEGATIVA PARA CHAGAS, RELATA CONTATO COM ANIMAIS (VACINADOS)

CIR 10.001(1)(b) : 125

CID SECUNDÁRIO: 315

#### **PROCEDIMENTO REALIZADO**

#### ANTIMIOTICOTERAPIA

**RESUMO CLÍNICO**

#### **RESUMO CLÍNICO**

PACIENTE COM HISTÓRIA DE FRATURA EM MIE, APÓS ACIDENTE DE MOTOCICLETA, HÁ CERCA DE 40 DIAS, REALIZOU CURURGIA PARA CORREÇÃO DA FRATURA, EM SERRA TALHADA, RECEBENDO ALTA 5 DÍAS APÓS ADMISSÃO, COM BOM QUADRO CLÍNICO, TRES DÍAS APÓS ALTA, EVOLUIU COM EDEMA EM MEMBRO INFERIOR ESQUERDO, QUE DOR NO LOCAL, DOIS DÍAS APÓS O INÍCIO DO EDEMA, APRESENTOU TOSSIR COM EXPECTORATORIA HEMOPTÔICA, SEM RUTINAMENTE COM PRESENÇA DE SANGUE COAGULADO EM ALGUNS MOMENTOS, ASSOCIADO COM FEBRE, QUE SE AFERIDA ACIMA DE 38°C, DOR EM HEMITORAX DIREITO, EM FURADURA/GRASGADO, QUE IRADIADA PARA HEPICO/CONDÍDIO DIREITO E PIORADA DIREITO E PIORADA AO TOSSE E EFORÇO INSPIRATÓRIO, NEM VONTADE ADSTITO NESTA OCASIÃO, APROXIMADAMENTE 01/2019, COM TOMOGRAFIA DE TORAX QUE EVIDENCIAVA HEMORragia AO PULMÃO, NEBULIZADORA E RADIOGRAFIA DE TORAX ONDE SE VIU OPACIDADE EM TERCIOS MEDIOS DE AMBOS HEMITORAX DIREITO, OPTADO CEFTAZIDIMA (D7) E AMICACINA (D5) SOA A HIPÓTESE DIAGNÔSTICA DE INFECÇÃO TRATO RESPIRATÓRIO E SOLICITADO TOMOGRAFIA DE TORAX SEM CONTRASTE NA SERVICO-UNIVERSITÁRIA ELEIÇÃO DO QUADRO. PACIENTE EVOLUIU COM PIORA CLÍNICA, COM LEUCOCITÓGRAMA EM ASCENSÃO, ELEVADA TABELA DE PON, SENDO ROTADO ESQUEMA DE ANTIBIÓTICO PARA CEPEPINE (D10) - METRIDRONÁZOL (D6), REALIZADO NOVA TAC DE TORAX COM CONTRASTE ONDE FOI EVIDENCIADO SINUS DE TROMBOEMBOLISMO PULMONAR, ASSOCIADO ANTICOAGULAGEM PLÉRIA COM CLEXANE, EVOLUIU COM MELHORIA CLÍNICA, USG DOPPLER DE VASOS SANGUÍNEOS ESQUERDO EVIDENCIOU TUP EM VEIA FEMORAL CONUM ESQUERDA E PORTEJA. APRESENTOU BOA EVOLUÇÃO CLÍNICA E LABORATORIAL, RECEBENDO ALTA EM TODAS CONDIÇÕES CLÍNICAS, PRESCRIÇÃO DE BOMA VACINA COM ACOMPANHAMENTO AMBULATORIAL NO SERVIÇO.

#### **Coadicções de alta / Transferência**

Contato  Multirreduzido  Inalterado  Óbito

卷之三十一

123

**DIAGNÓSTICO PRINCIPAL DE ALTA:**

## DIAGNÓS

**DESTINO**

Residência  Atendimento domiciliar  Transf.

Outros

*Dr. Dilip K. Jha*  
S.D.T.C.  
24-PE-22 419

CRM - 2000 AND BEYOND

SARAH BURKE 10/03/2018

*Atta Social*  
18/05/2019  
*AV. AV.*

www - Hospital Mestre Vitalino

HMV - Hospital Mestre Vizinho  
Av. Amazônias, nº 175 Bairro: Luiz Gonzaga - Rodovia BR 104  
CEP: 550.164 - 30

EXCELSIOR SEGUROS  
02 MAIO 2019  
SEGURO DPVAT



*Luiz Alves da Silva*



Promtufário:	65387	Data do Pedido:	06 de Fevereiro de 2019
Nome:	LUIS ALVES DA SILVA	Data do Exame:	06 de Fevereiro de 2019
Pedido:	114283	Médico Solicitante:	DILANE CRISTINA FERREIRA TAVARES
Detor:	CLINICA MEDICA	Exame:	US DOPPLER DE UM MEMBRO INFERIOR OU SUPERIOR
Idade:	63a 1m 22d		

**ULTRASSONOGRAFIA DOPPLER DE MEMBRO INFERIOR ESQUERDO**

**PESQUISA DE TVP**

**Indicação:**

Estudo realizado em caráter de urgência para pesquisa/avaliação de trombose venosa profunda em membro inferior, segundo requisição médica.

**Análise:**

Percebo trombo levemente ecogênico que preenche parcialmente as veias femoral comum e poplítea, inferindo trombose venosa profunda. O trombo não preenche totalmente o vasos supracitados (occlusão cerca de 80% do calibre do vaso), havendo fluxo parcialmente periférico nesses segmentos ao estudo Doppler.

*[Handwritten signature]*  
Dr. Filipe Aragão Felix  
CRM PE 16785

**FIUPE ARAGÃO FELIX**  
CRM: 16785

HMV - Hospital Mestre Vitalino  
Av. Amazonas, 175 - Bairro: Luiz Gonzaga - Rodovia BR 104  
CEP: 55.015-430



Paciente: LUIS ALVES DA SILVA	Dt. Nasc.: 20/12/1955	Dados do Atendimento	
Sexo: MASCULINO Cartão SUS: 700804970138580	Contatos: 63 Anos 1 Mês 10	Data/Hora Atend.: 24/01/2019 10:39	Prontuário: 65387 Leito: OBSOME_EM
Mãe: MARIA APOLINARIO DA SILVA		Nº Atend.: 00193126	Serviço:
Endereço: SITIO FAZENDA BOA VISTA, Bairro: ZONA RURAL Cap: 56909485 Cidade: SERRA		Profissional: LEONARDO FUSCO RIEGERT	ESTA CONTA DEVERÁ SER PAGA POR RECURSOS PÚBLICOS

COMISSÃO DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR  
FICHA DE SOLICITAÇÃO DE ANTIMICROBIANOS

INFECÇÃO COMUNITÁRIA: É A INFECÇÃO CONSTATADA OU EM INCUBAÇÃO NOATO DE ADESSAO DO PACIENTE, DESDE QUE NAO RELACIONADA COM INTERNACAO ANTERIOR NO MESMO HOSPITAL.  
INFECÇÃO HOSPITALAR: É QUALQUER INFECÇÃO ADQUIRIDA APÓS A INTERNACAO DO PACIENTE (72 HORAS) E QUE SE MANIFESTA DURANTE A INTERNACAO OU MEMSO APÓS A ALTA, QUANDO PUDER SER RELACIONADA COM A INTERNACAO OU PROCEDIMENTOS HOSPITALARES.

DIAGNÓSTICO(S) DE BASE (POR EXTERNO):

- 1- ITR
- 2-
- 3-

SE A INFECÇÃO É COMUNITÁRIA MARQUE AQUI:  QUAO O PROVÁVEL SÍTIO? PULMONAR

SE A INFECÇÃO É HOSPITALAR MARQUE AQUI:

MARQUE ABAIXO O PROVÁVEL DIAGNÓSTICO PROVÁVEL DA INFECÇÃO HOSPITALAR:

INFECÇÃO PRIMÁRIA CORRENTE SANGUÍNEA:	É PNEUMONIA NOSOCOMIAL:	INFECÇÃO DO TRATO URINÁRIO:
<input type="radio"/> ICS NÃO ASSOCIADA À CATETER CENTRAL	<input type="radio"/> NÃO ASSOCIADA À VENTILAÇÃO	<input type="radio"/> NÃO ASSOCIADA À SVD
<input type="radio"/> ICS ASSOCIADA À CATETER CENTRAL	<input type="radio"/> ASSOCIADA À VENTILAÇÃO (PAV)	<input type="radio"/> ASSOCIADA À SVD (ITU-AC)
<input type="radio"/> INFECÇÃO SECUNDÁRIA DE CORRENTE SANGUÍNEA - SEPSE	<input type="radio"/> INFECÇÃO DO SÍTIO CIRÚRGICO	<input type="radio"/> GASTROINTESTINAL
<input type="radio"/> SISTEMA NERVOSO CENTRAL	<input type="radio"/> PELE E TECIDOS MOLES	<input type="radio"/> OUTROS: -

OBSERVAÇÕES:

PACIENTE EM D7 DE CEFTAZIDIMA + AMICACINA COM PIORA DO LEUCO + PCR + PIORA CLÍNICA

ANTIBIOTICOTERAPIA:	<input type="checkbox"/> PROFILÁTICA	<input checked="" type="checkbox"/> TERAPÉUTICA	
COM O OBJETIVO DE:			
<input type="checkbox"/> INÍCIO DE TRATAMENTO	<input type="checkbox"/> ADIÇÃO DE DRUGA	<input checked="" type="checkbox"/> TROCA DE TRATAMENTO	<input type="checkbox"/> AUMENTO DA DOSE
<input type="checkbox"/> DIMINUIÇÃO DA DOSE	<input type="checkbox"/> MUDANÇA DA VIA DE ADMINISTRAÇÃO	<input type="checkbox"/> AUMENTO DO TEMPO DE USO	
<input type="checkbox"/> OUTRO:			
ANTIMICROBIANO SOLICITADO	POSILOGIA	DATA DE INÍCIO	PREVISÃO DE DIAS DE TRATAMENTO
CEPEPIMA	1G 8/8H	30/01/2019	30 D
METRONIDAZOL	500 MG 8/8H	30/01/2019	30 D
TEM CULTURA DE OUTRA INSTITUIÇÃO?	<input type="checkbox"/> RESULTADO:		
SOLICITOU CULTURAS?	<input type="checkbox"/> QUAIS?	HEMOC / UROC	

Atenção

- A PRESCRIÇÃO DE UM ANTIBIÓTICO É UM ATO MÉDICO QUE IMPLICA EM UMA JUSTIFICATIVA PERTINENTE. COLABORE PREENCHENDO OS DADOS DE MANEIRA RESPONSÁVEL.
- O Serviço de Farmácia somente poderá liberar o medicamento mediante apresentação da ficha de solicitação de antimicrobiano devidamente preenchida.

CARUARU, 30/01/2019

ANTONIO ROMAO LEAO DE DEUS - CRM: Nº.18690

*D. Antonio Romao Leao de Deus*  
Endocrinologia e Clínica Médica  
CRM 18690

HMV - Hospital Mestre Vitalino  
Av. Amazonas, nº 175 Bairro: Luiz Gonzaga - Rodovia BR 104  
CEP: 550.164 - 30



Sistema Único de  
Ministério da  
Saúde

## LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

**Identificação do Estabelecimento de Saúde**

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

HOSPITAL SÃO VICENTE

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

HOSPITAL SÃO VICENTE

2 - CNES

2	3	5	1	6	3	3
---	---	---	---	---	---	---

4 - CNES

2	3	5	1	6	3	3
---	---	---	---	---	---	---

**Identificação do Paciente**

5 - NOME DO PACIENTE

Leiz Alves Soá

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

127136915156400000

8 - DATA DE NASCIMENTO  
20/12/1955

9 - SEXO

Masc.  Fem.

10 - RACA/COR

Parda

11 - NOME DA MÃE

Maria Apolinária da Soá

12 - TELEFONE DE CONTATO  
Nº DO TELEFONE

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

Avenida Presidente Vargas  
Serra Talhada

14 - TELEFONE DE CONTATO  
Nº DO TELEFONE

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

17 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO

18 - UF

PE

19 - CEP  
26139091 P G 569100000

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

### JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Dores pós-operatório MIE, calcanhar + dor e círculo hialino recorrente febre + desidratação excessiva MIE

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

Necessidade trat. emerg.  
exame e Rx

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL

24 - CID 10 PRINCIPAL

25 - CID 10 SECUNDARIO

26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

### PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Fratura Plata Tibial e.

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

0408050505

29 - CLÍNICA

30 - CARTERIA DA INTERNACAO

31 - DOCUMENTO

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

33 - NOME DO PROFISSIONAL/ASSISTENTE/CONSELHEIRO/ASSISTENTE

Antônio Roselino de Melo Jr

( ) CNS

( ) CPF

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO

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

10/01/19

36 - 1) ACIDENTE DE TRÂNSITO

39 - CNPJ DA SEGURADORA

40 - Nº DO BILHETE

41 - SÉRIE

37 - 1) ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

42 - CNPJ EMPRESA

43 - CNAE DA EMPRESA

44 - CBOR

38 - 1) ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

( ) EMPREGADO

( ) AUTÔNOMO

( ) DESEMPREGADO

( ) APOSENTADO

( ) NÃO SEGURADO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

### AUTORIZAÇÃO

47 - CÓD. ÓRGÃO EMISOR

52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

1690495993-0

48 - DOCUMENTO

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

( ) CNS

( ) CPF

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

Ilo Pereira de Andrade Melo

CNPJ: 153-277-214-15 CRM: BAP3

Médico Autorizado  
M. G. G. D. P. D. P. S.

10.01.19 a 15.01.19





## ESPELHO DA SOLICITAÇÃO

### IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE:

HOSPITAL REGIONAL PROFESSOR AGAMENON MAGALHÃES - S. TALHADA

DATA DA SOLICITAÇÃO:

02/01/2019 11:07

MÉDICO SOLICITANTE

ENIO KLEBER DE CARVALHO FERREIRA

ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO):

CRM - 015926

### IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME DO PACIENTE:

LUIZ ALVES DA SILVA

Nº DO PRONTUÁRIO:

524289

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS):

DATA DE NASCIMENTO:

20/12/1955

SEXO:

Masculino

NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL:

MARIA APOLINARIA DA SILVA

TELEFONE DE CONTATO:

ENDERECO (RUA, Nº, BARRA):  
ASSENTAMENTO BOA VISTA, ZONA RURALMUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA:  
SERRA TALHADA

CÓD. IBGE MUNICÍPIO:

2613909

UF:

PE

CEP:

### JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS:

PACT. FRATURA PLATOR TIBIAL ESQUERDA

CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO:

PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADO DE EXAMES REALIZADOS):

RAIO X

DIAGNÓSTICO INICIAL:

FRATURA PLATOR TIBIAL ESQUERDA

CID 10 PRINCIPAL:

CID 10 SECUNDÁRIO:

CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS:

### SINAIS VITAIS

### PROCEDIMENTO SOLICITADO

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO:

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO:

CLÍNICA:

CARÁTER DA INTERNAÇÃO:  
URGÊNCIADOCUMENTO:  
(X) CNS ( ) CPF

Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE:

### EXECUTANTE

NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE:

DATA DE AUTORIZAÇÃO:

TIPO DE LEITO:

ESPECIALIDADE:

MÉDICO AUTORIZADOR:

### AUTORIZAÇÃO

NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR:

DATA DA SOLICITAÇÃO:

DOCUMENTO:

(X) CNS ( ) CPF

Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR:

CÓD. ÓRGÃO EMISOR:

### ESCLARECIMENTOS





## ESPELHO DA SOLICITAÇÃO

### Evolução

Data/Hora Profissional Evolução  
02/01/19 11:07 ENIO KLEBER DE CARVALHO FERREIRA  
Descrição  
Solicitação Leito

### TEMPO DE ATENDIMENTO

Data / Hora	Status	Tempo utilizado	Usuário/Estabelecimento	Observação
02/01/19 11:07	Em digitação	0h:0m:8s	ANACS/HOSPITAL REGIONAL PROFESSOR AGAMENON MAGALHAES - S. TALHADA	Solicitação armazenada.
02/01/19 11:07	Aguardando Regulacao		ANACS/HOSPITAL REGIONAL PROFESSOR AGAMENON MAGALHAES - S. TALHADA	Alterada situação da solicitação de EM DIGITAÇÃO para AGUARDANDO REGULAÇÃO.

### DADOS CANCELAMENTO

### DADOS ALTA

### ASSISTIDO

Data / Hora Paciente Assistido Usuário

### DADOS REJEIÇÃO

### COMUNICAÇÃO ATIVA

### OBSERVAÇÕES DA GUIA DE TRANSFERÊNCIA





# Hospital São Vicente





# Hospital São Vicente

Data Atend: 10/01/2019	Atendimeto: 0007793	Quarto/leito: 202 / 1
<b>Paciente: 00063797 - LUIZ ALVES DA SILVA</b>		
Cirugia Realizado: <i>abcesso tibial</i>	N. do Procedimento: <i>0408050551</i>	
Data: <i>14.08.19</i>	Inicio:	Término
Cirurgião: <i>Rodrigo</i>		
1º Auxiliar: <i>Rodrigo</i>		
2º Auxiliar:		
Anestesista: <i>Clóvis</i>		
<b>DESCRIÇÃO CIRURGICA:</b> <i>Sobre paciente assentado alto e sem vestimenta lateral feito e com electrocautério placas de absorção foco fechado. Reduziu-se o abcesso utilizando de pinça 4.5 em 1x1 e 2x2. 01 Precaudo, 02 - 03 Fios Kirschner. Endoscópio - sobre por placa + Creavivo</i>		
 Assinatura do Cirurgião		





### ATENÇÃO !

Unidade conveniada ao SUS, toda cobrança é proibida.  
Denúncias: (87) 3929.3571

NOME: LUIS ALVES DA SILVA  
DATA: 27/03/2019

### RECEITUÁRIO

PARA A SECRETARIA DE SAÚDE DE SÃO JOSÉ BELMONTE

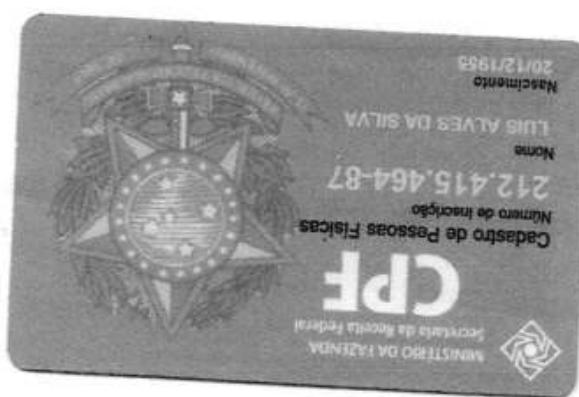
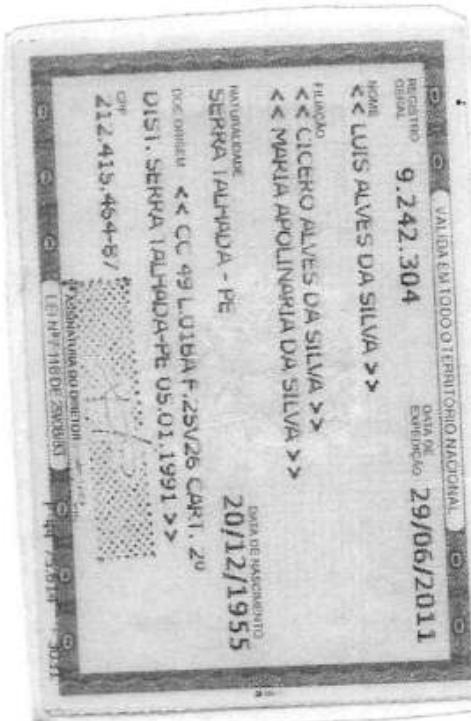
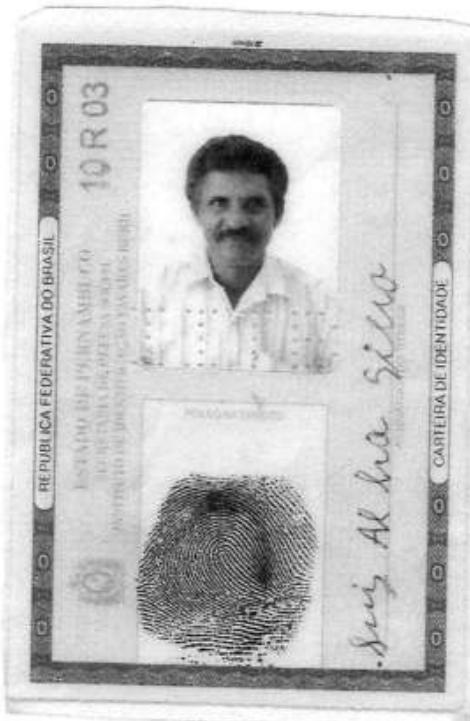
PACIENTE PORTADOR DE SÍNDROME PÓS FLEBÍTICA, SECUNDARIA, A  
UMA TROMBOSE VENOSA PROFUNDA QUE OCORreu APÓS UM  
ACIDENTE DE MOTO.  
TEVE NA OCASIÃO TAMBÉM UMA EMBOLIA PULMONAR.  
NECESSITA MANTER-SE SOB O ANTICOAGULANTE XARELTO 20 POR  
MAIS 5 MESES PELO MENOS.  
ESSE LAUDO É PARA VER SE ELE CONSEGUR O TRATAMENTO  
MEDICAMENTOSO PELO SUS

Dr. ROSA ELIZABETH MENEZES MAGALHAES CRM:

CRM/RN 1291205  
Endocrinologista e Cir. Maxicab  
CREMEPE 5912

7820





EXCELSIOR SEGUROS  
02 MAIO 2019  
SEGURO DPVAT



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 26/01/2021 11:04:50  
<https://pje.tje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21012611044993400000072627193>  
Número do documento: 21012611044993400000072627193

Núm. 74097371 - Pág. 26



EXCELSIOR SEGUROS  
02 MAIO 2019  
SEGURADO DPVAT



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 26/01/2021 11:04:50  
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21012611044993400000072627193>  
Número do documento: 21012611044993400000072627193

Num. 74097371 - Pág. 27

## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190302351      **Cidade:** São José do Belmonte      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** LUIS ALVES DA SILVA      **Data do acidente:** 28/12/2018      **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

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

**Data da análise:** 27/05/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DE PLATÔ TIBIAL ESQUERDO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE COM PLACA E PARAFUSOS).  
ALTA.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO JOELHO ESQUERDO.

**Sequelas:** Com sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEFICIT FUNCIONAL MODERADO DO JOELHO ESQUERDO.

**Documentos complementares:**

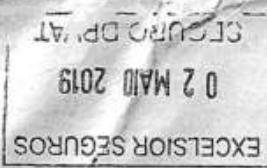
**Observações:** 9

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

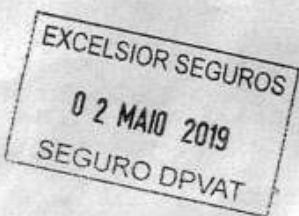
### DANOS

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 joelho	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
<b>Total</b>		<b>12,5 %</b>	<b>R\$ 1.687,50</b>	





DE: ROSANA MENÉZES  
RUA: JOCA MAGALHÃES  
661 A  
CENTRO  
SERRA TALHADA - PE  
CEP:56.903.480



EXCELSIOR SEGUROS  
02 MAIO 2019  
SEGURÓ DPVAT



PARA: EXCELSIOR SEGUROS (MATRIZ) SEGURÓPVAT

AVENIDA: MARQUES DE OLINDA, 175

RECIFE ANTIGO

RECIFE-PE

50.030.000



## DECLARAÇÃO

DECLARO PARA OS DEVIDO FINS QUE MINHA CONTA BANCÁRIA NÃO POSSUI LIMITE E ESTÁ ATIVA CONFORME DOCUMENTO BANCÁRIO.

SERRA TALHADA, 25 de 04 de 2019

x ~~Antônio Alvaro Silla~~



## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190302351      **Cidade:** São José do Belmonte      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** LUIS ALVES DA SILVA      **Data do acidente:** 28/12/2018      **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

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

**Data da análise:** 28/05/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DE PLATÔ TIBIAL ESQUERDO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE COM PLACA E PARAFUSOS).  
ALTA.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO JOELHO ESQUERDO.

**Sequelas:** Com sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEFICIT FUNCIONAL MODERADO DO JOELHO 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 joelho	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
<b>Total</b>			<b>12,5 %</b>	<b>R\$ 1.687,50</b>



## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190302351      **Cidade:** São José do Belmonte      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** LUIS ALVES DA SILVA      **Data do acidente:** 28/12/2018      **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

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

**Data da análise:** 10/06/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DE PLATÔ TIBIAL ESQUERDO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE COM PLACA E PARAFUSOS).  
ALTA.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO JOELHO ESQUERDO.

**Sequelas:** Com sequela

**Conduta mantida:** Sim

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEFICIT FUNCIONAL MODERADO DO JOELHO ESQUERDO.

**Documentos complementares:**

**Observações:** REANÁLISE CONCLUÍDA E NÃO VISUALIZADO DOCUMENTAÇÃO MÉDICA-HOSPITALAR NOVA QUE EVIDENCIE AGRAVAMENTO DE SEQUELA JÁ INDENIZADA ANTERIORMENTE SEGUNDO LEI VIGENTE. CONDUTA MANTIDA.

**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



## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190302351      **Cidade:** São José do Belmonte      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** LUIS ALVES DA SILVA      **Data do acidente:** 28/12/2018      **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

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

**Data da análise:** 13/06/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DE PLATÔ TIBIAL ESQUERDO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE COM PLACA E PARAFUSOS).  
ALTA.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO JOELHO ESQUERDO.

**Sequelas:** Com sequela

**Conduta mantida:** Sim

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEFICIT FUNCIONAL MODERADO DO JOELHO ESQUERDO.

**Documentos complementares:**

**Observações:** REANÁLISE CONCLUÍDA E NÃO VISUALIZADO DOCUMENTAÇÃO MÉDICA-HOSPITALAR NOVA QUE EVIDENCIE AGRAVAMENTO DE SEQUELA JÁ INDENIZADA ANTERIORMENTE SEGUNDO LEI VIGENTE. CONDUTA MANTIDA.

**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



## Procuração

Pelo presente instrumento particular de procuração, o outorgante abaixo qualificado confere ao outorgado, também qualificado, os poderes abaixo transcritos:

1. Outorgante Luis Alves da Silva

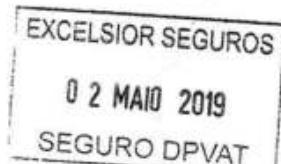
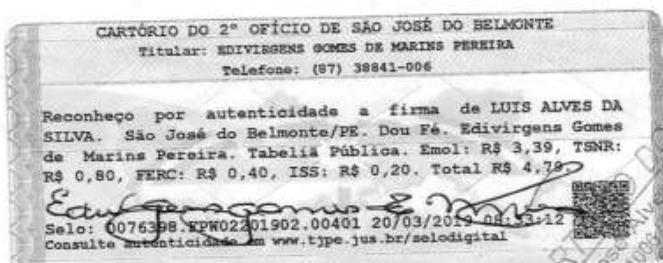
portador(a) do documento de identidade nº 9.242.304, expedido por SDS-PE, em  
29/06/2011, inscrito no CPF sob o nº 212.415.464-87, residente na  
At Boa Vista, nº 89  
complemento Vasca, Bairro Alto Boa Vista, cidade  
São José do Belm Monte, Estado PE.

2. Outorgado Rosana de Menezes Silva Cavalcante

portador(a) do documento de identidade nº 6.870.802, expedido por SDS-PE, em  
29/05/2001, inscrito no CPF sob o nº 051.394.744-25, residente na  
Rua Francisco Olavo, nº 110  
complemento Casa, Bairro IPSEP, cidade  
Serra Talhada, Estado PE.

Amplos poderes para praticar todos os atos administrativos e judiciais que se fizerem necessários na movimentação e conclusão dos processos novos e complementares do Seguro Obrigatório - DPVAT, e especialmente para preenchimento e assinatura do FORMULÁRIO DE AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO.

Outorgante X Luis Alves Silva



Jurídico 12/2019



## PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0147072/19

Número do Sinistro: 3190302351

Vítima: LUIS ALVES DA SILVA

Data do acidente: 28/12/2018

CPF: 212.415.464-87

CPF de: Próprio

Titular do CPF: LUIS ALVES DA SILVA

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

### DOCUMENTOS ENTREGUES

LUIS ALVES DA SILVA : 212.415.464-87

Comprovante de residência

### ATENÇÃO

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

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

Documentação recebida sem conferência.

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

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

#### Portador da documentação entregue

Data da entrega: 13/05/2019

Nome: ROSANA DE MENEZES SILVA CAVALCANTE

CPF: 051.394.744-25

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 13/05/2019

Nome: RAIANNE SILVA BARBOSA

CPF: 102.869.074-61

\_\_\_\_\_  
ROSANA DE MENEZES SILVA CAVALCANTE

\_\_\_\_\_  
RAIANNE SILVA BARBOSA



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 26/01/2021 11:04:50  
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21012611044993400000072627193>  
Número do documento: 21012611044993400000072627193

Num. 74097371 - Pág. 36