



Número: **0037788-11.2023.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção A da 30ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **04/04/2023**

Valor da causa: **R\$ 11.137,50**

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

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
MARIA DAS NEVES ALBUQUERQUE (AUTOR)		BRUNO DE ARAUJO SENA (ADVOGADO(A)) MAYARA CRISTINA BARRETO (ADVOGADO(A))	
COMPANHIA EXCELSIOR DE SEGUROS (RÉU)		ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR (ADVOGADO(A))	
PAULO FERNANDO BEZERRA DE MENEZES FILHO (PERITO)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
133110083	16/05/2023 09:19	anexo 1	Ações processuais\Documento de Comprovação

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3210098601 **Cidade:** Belo Jardim **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARIA DAS NEVES ALBUQUERQUE **Data do acidente:** 05/04/2020 **Seguradora:** COMPANHIA DE SEGUROS ALIANÇA DA BAHIA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 14/04/2021

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DIAFISÁRIA DE FÊMUR DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO COM PLACA E PARAFUSOS, ALTA MÉDICA.
P1 / P2 / P7

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DE MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DE MEMBRO INFERIOR DIREITO.

**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 funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50



PROCURAÇÃO

Outorgante MARIA DAS NEVES ALBUQUERQUE, brasileiro (a), **ESTADO CIVIL SOLTEIRA**, profissão **AGRICULTORA**, residente e domiciliado RUA ANTONIO TOME DE COUTO, nº 50, Município **BELO JARDIM** Estado **PE** CEP: 55160-000, portador(a) do RG nº 7.668.366, SDS-PE e CPF nº 072.798.464-08.

Outorgado: CARLA MARIA FIRMINO MELO, brasileiro (a), estado civil **SOLTEIRA**, profissão **RECUSOU**, residente e domiciliado(a) à Rua **NUMERIANO ALVES BEZERRA**, nº 37, bairro: **CENTRO**. Município de **BELO JARDIM**, Estado de (o) **PERNAMBUCO** CEP: 55150-020, portador (a) do RG nº 9.179.608. SDS/ PE. e CPF nº 076.723.044-29.

Por este instrumento particular de procuração, o (a) outorgante nomeia e constitui o(a) outorgado(a) seu bastante procurador(a), para o fim especial de requerer junto à qualquer seguradora integrante do Consórcio Seguro DPVAT para atuar no processo de natureza INVALIDEZ, o pagamento do sinistro, que vitimou em acidente de trânsito o(a) Sr.(a) **MARIA DAS NEVES ALBUQUERQUE**, CPF: 072.798.464-08 ocorrido em 05/04/2020, conforme registrado pelo B.O anexo ao processo.

Podendo dito(a) procurador(a), representar o(a) outorgante como se o(a) próprio(a) fosse, podendo requerer, assinar recibos, assinar Declarações de endereço, assinar Autorização de Pagamento/Crédito de Indenização de Sinistro DPVAT, para o pagamento de quitação da Indenização de Sinistro DPVAT, enfim requerer e assinar todos os papéis e documentos que forem precisos e praticar todos os demais atos necessários para o mais amplo e fiel cumprimento do presente mandato.

BELO JARDIM 07 de MARÇO 2021.

Maria das Neves Albuquerque

Outorgante

CPF Nº: 072.798.464-08.



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0083225/21

Vítima: MARIA DAS NEVES ALBUQUERQUE

CPF: 072.798.464-08

CPF de: Próprio

Data do acidente: 05/04/2020

Titular do CPF: MARIA DAS NEVES
ALBUQUERQUE

Seguradora: COMPANHIA DE SEGUROS ALIANÇA DA BAHIA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
Outros

CARLA MARIA FIRMINO MELO : 076.723.044-29

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

MARIA DAS NEVES ALBUQUERQUE : 072.798.464-08

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 22/03/2021
Nome: CARLA MARIA FIRMINO MELO
CPF: 076.723.044-29

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 22/03/2021
Nome: RAPHAELLA CRISTINA CAVALCANTI DA SILVA
CPF: 703.646.014-85

CARLA MARIA FIRMINO MELO

RAPHAELLA CRISTINA CAVALCANTI DA SILVA





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, 28 de Abril de 2021

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3210098601

Vítima: MARIA DAS NEVES ALBUQUERQUE

Data do Acidente: 05/04/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), MARIA DAS NEVES ALBUQUERQUE

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 2.362,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros inferiores 70%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 = R\$ 2.362,50

Recebedor: MARIA DAS NEVES ALBUQUERQUE

Valor: R\$ 2.362,50

Banco: 260

Agência: 000000001

Conta: 000017491949-9

Tipo: CONTA CORRENTE

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

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

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

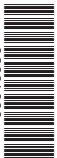
Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 01959/01960 - carta_15R - INVALIDEZ

00010980





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:

3 - CPF da vítima:

072.798.464-08

4 - Nome completo da vítima:

MARIA DAS NEVES ALBUQUERQUE

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

5 - Nome completo:

MARIA DAS NEVES ALBUQUERQUE

6 - CPF:

072.798.464-08

7 - Profissão:

AGRICULTORA

8 - Endereço:

RUA ANTONIO TOME DE COUTO

9 - Número:

50

10 - Complemento:

11 - Bairro:

SERRA DOS VENTOS

12 - Cidade:

BELO JARDIM

13 - Estado:

PE

14 - CEP:

55160-000

15 - E-mail:

16 - Tel. (DDD):

81 991686771

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☐ RECUSO INFORMAR

☐ R\$1.00 A R\$1.000,00

☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ SEM RENDA

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

☐ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☐ CONTA 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: NU PAGAMENTOS S.A.

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: 0001

CONTA: 17491949

9

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

☒ Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

☐ Solteiro

☐ Casado (no Civil)

☐ Divorciado

☐ Separado judicialmente

☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

☐ Sim

☐ Não

27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos?

☐ Sim

☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos:

Falecidos:

30 - Vítima deixou nascituro (em nascença)?

☐ Sim

☐ Não

31 - Vítima teve irmãos?

☐ Sim

☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos:

Falecidos:

33 - Vítima deixou pais/avós vivos?

☐ Sim

☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso 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.

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário autorizado

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

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

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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Belo Jardim 17/03/21

Maria das Neves Albuquerque

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

ENC 001 11/02/2019



COMPARECEU A ESTA DELEGACIA A SRA MARIA DAS NEVES PARA REGISTRAR QUE FOI VÍTIMA DE UM ATROPELAMENTO NO DIA 05/04/2020, QUE A MESMA APRESENTOU TODOS OS DOCUMENTOS DOS HOSPITAIS E DO RESGATE EFETUADO PELO SAMU. A VÍTIMA SOLICITA O BOLETIM PARA QUE POSSA DAR ENTRADA NO SEGURO DPVAT

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

Maria das Neves Albuquerque
MARIA DAS NEVES ALBUQUERQUE
(VITIMA)

B.O. registrado por: **THIAGO ANDRADE CHAVES** - Matrícula: **3998991**
(Liberado em **17/03/2021** às **09:49**)



17/03/2021 09:48





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 104ª CIRCUNSCRIÇÃO - BELO JARDIM - DP104ªCIRC
DINTER1/15ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **21E0194000608**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **17/03/2021** às **09:36**

ACIDENTE DE TRÂNSITO SEM VÍTIMA - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia **5/4/2020** às **19:48**

Natureza Jurídica: **ACIDENTE DE MOTO**

Fato ocorrido no endereço: **RUA SAO JOAO,, 00, PROX. DO CEMITERIO** - Bairro: **CENTRO - BELO JARDIM/PERNAMBUCO/BRASIL** - CEP: **000**

Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR \ AGENTE)

MARIA DAS NEVES ALBUQUERQUE (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**

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

DESCONHECIDO - Ramo de Atividade: **NAO INFORMADO**

Nome do Representante: - Cargo do Representante: - Pessoa de Contato no estabelecimento comercial: - Telefone de Contato: -

MARIA DAS NEVES ALBUQUERQUE (presente ao plantão) - Nome Social: MARIA Sexo: Masculino Mãe: MARIA DA PAZ ALBUQUERQUE Pai: DURVAL JOSE DE ALBUQUERQUE Data de Nascimento: 17/3/2021 Naturalidade: BELO JARDIM / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 7668366/SDS/PE (RG) Estado Civil: SOLTEIRO(A) Escolaridade: ANALFABETO Profissão: AGRICULTOR(A) Telefones Celulares: - 81981448502

Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE BELO JARDIM, 00, RUA ANTONIO TOMERIO PORTO, SERRA DOS VENTOS - CEP: 00000 - Bairro: - BELO JARDIM/PERNAMBUCO/BRASIL, RUA DO COMERCIO**

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

VEICULO (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**, que estava em posse do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**

Categoria/Marca/Modelo: **DESCONHECIDO/DESCONHECIDO/NAO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**
Quantidade: **1,000 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **0000000** (PERNAMBUCO/BELO JARDIM) Renavam: **000000000** Chassi: **000000000000000000**
Ano Fabricação/Modelo: **2020/2020** Combustível: **ALCO/GASOL**

Complemento / Observação

17/03/2021 09:48





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:

3 - CPF da vítima:

072.798.464-08

4 - Nome completo da vítima:

MARIA DAS NEVES ALBUQUERQUE

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

5 - Nome completo:

MARIA DAS NEVES ALBUQUERQUE

6 - CPF:

072.798.464-08

7 - Profissão:

AGRICULTORA

8 - Endereço:

RUA ANTONIO TOME DE COUTO

9 - Número:

50

10 - Complemento:

11 - Bairro:

SERRA DOS VENTOS

12 - Cidade:

BELO JARDIM

13 - Estado:

PE

14 - CEP:

55160-000

15 - E-mail:

16 - Tel. (DDD):

81 991686771

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☐ RECUSO INFORMAR

☐ R\$1.00 A R\$1.000,00

☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ SEM RENDA

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

☐ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☐ CONTA 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: NU PAGAMENTOS S.A.

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: 0001

(Informar o dígito se existir)

CONTA: 17491949

(Informar o dígito se existir)

9

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

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

☒ Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

☐ Solteiro

☐ Casado (no Civil)

☐ Divorciado

☐ Separado judicialmente

☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

☐ Sim

☐ Não

27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos?

☐ Sim

☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos:

Falecidos:

30 - Vítima deixou nascituro (a) (se houver)?

☐ Sim

☐ Não

31 - Vítima teve irmãos?

☐ Sim

☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos:

Falecidos:

33 - Vítima deixou pais/avós vivos?

☐ Sim

☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso 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.

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário ou representante legal

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

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

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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

Bele Jardim 17/03/21

Maria das Neves Albuquerque

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

ENC 001 11/02/2019



BANCO DO BRASIL S.A.

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: Doc - Transferencia para conta em outro banco

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

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1234 CONTA: 12345

DATA DA TRANSFERENCIA:	19/04/2021
NUMERO DO DOCUMENTO:	321009860101
VALOR TOTAL:	2.362,50

TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: MARIA DAS NEVES ALBUQUERQUE

BANCO: 260
AGÊNCIA: 00001
CONTA: 000017491949

Número da Autenticação

7A28B6DACF23436B



**NOTA FISCAL**

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

JANETE BARROS SILVA

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
RUA ANTONIO TOME DE COU TO 50

CPF 104 610 394-34

SERRA DOS VENTOS/SERRA DOS VENTOS
GELÔ JARDIM PE
55160-000

B1 RESIDENCIAL
RESIDENCIAL
Módulo 1

Nº DA NOTA FISCAL	MODELO	PERÍODO
134240833	1.884	03/12/2020
APRESENTAÇÃO	Nº DO CLIENTE	Nº DA FÉRMILA
02/12/2020	2000387673	315666

CONTA CONTRATO	MEXICANO
7015501329	12/2020
DATA DE VENCIMENTO	DATA RECEBIMENTO (Mês/Ano)
10/12/2020	04/01/2021
TOTAL A PAGAR (R\$)	9.67

	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Abaixo/Mhy-TUSD	30,00000000	0,34696158	10,40
Consumo Abaixo/Mhy-TE	30,00000000	0,26869075	8,09
Acrescimo Bandeira VERMELHA			0,08
Multa por atraso-IF 126471787 - 02/10/20			0,35
Multa por atraso-IF 122505834 - 02/09/20			0,36
Multa por atraso-IF 114565182 - 02/07/20			0,36
Multa por atraso-IF 118384661 - 04/08/20			0,33
Juros por atraso-IF 122505834 - 02/09/20			0,32
Juros por atraso-IF 114565182 - 02/07/20			0,30
Juros por atraso-IF 126471787 - 02/10/20			0,76
Juros por atraso-IF 118384661 - 04/08/20			0,18
Atualização ICPM-IF 122505834 - 02/09/20			0,55
Atualização ICPM-IF 114565182 - 02/07/20			1,30
Atualização ICPM-IF 126471787 - 02/10/20			2,31
Atualização ICPM-IF 118384661 - 04/08/20			0,55
Devolução Pagamento em Duplicata			1,95
			-16,20

TOTAL DA FATURA

9.67

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL									
Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR		ATUAL		Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (KWH)
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA				
04745	CKT	03/11/2020	17 000,00	03/12/2020	17 011,00	29	1,00000		11,00

RESUMO DO CANCELAMENTO

Mês/ano

	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
DEZ 20 20	ICMS	19,37	1,23
NOV 20 20	PIS	18,57	1,04
OUT 20 20	COPFINS		
SET 20 20			
AGO 20 20			
JUL 20 20			
JUN 20 20			
MAY 20 20			
APR 20 20			
MAR 20 20			
FEB 20 20			
JAN 20 20			
DEZ 19 19			

Faturado por período de 12 meses - Cópia da Disponibilidade Anterior, Resolução ANEEL 414/2008

TABELAS APLICADAS

Consumo (aproximado) 10000
Consumo (aproximado) 10000

0,12318000
0,25118000

RESUMO DO CANCELAMENTO

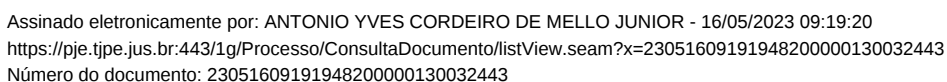
4F74 4C67 7893 5486 80CC 2698 9487 656F

INFORMACIÓES IMPORTANTES

[illegible]

As conexões gerais de
formatação (Planilha Análise,
4140012) serão produzidas
em uma planilha e anexadas ao
arquivo de diagnóstico, para
consulta, em nossas unidades de
atendimento e no site
www.falpa.com.br

DURAÇÃO E FASE TENDÊNCIA DAS INTERFERÊNCIAS					NÍVEL DE TENSÃO		
	CONJUNTO	SEÇÃO APLICADA (m/dm/100)	LIMITE NOMINAL	LIMITE TENDENCIAL	LIMITE ANUAL	TENSÃO NOMINAL (V)	LIMITE DE VARIAÇÃO (V)
						mínimo	máximo
DIG	SEÇÃO JARACÁ	0,00	5,87	11,34	22,69	220	202 231
FAC		0,00	3,30	6,60	13,20		
OMEG		0,00	3,24	0,00	0,00		



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 CARLA MARIA FIRMINO MELO CPF: 076.723.044-29	DATA DE VENCIMENTO 18/12/2020 TOTAL A PAGAR (R\$) 43,15	DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL 11/12/2020 DATA DA APRESENTAÇÃO 11/12/2020 NÚMERO DA NOTA FISCAL 135505782	CONTA CONTRATO 007009352010 Nº DO CLIENTE 2010366692 Nº DA INSTALAÇÃO 0000294362
ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA RUA NUMERIANO A BEZERRA 37 . GARAGEM BOA VISTA/BELO JARDIM 55150-020 BELO JARDIM PE		CLASSIFICAÇÃO B3 COMERCIAL - COMERCIAL Monofásico	
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		RESERVADO AO FISCO F590.8888.CC7C.F7B8.F16F.B7AC.BAD1.15F0	

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL				
DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)	
Consumo Ativo(kWh)-TUSD	30,00	0,47425887	14,22	
Consumo Ativo(kWh)-TE	30,00	0,36862342	11,05	
Acrescimo Bandeira VERMELHA			0,99	
Contrib. Ilum. Pública Municipal			3,53	
ICMS Subvenção-CDE-NF 127709202-13/10/20			0,16	
Multa por atraso-NF 127709202 - 13/10/20			0,48	
Juros por atraso-NF 127709202 - 13/10/20			0,17	
Atualização IGPM-NF 127709202 - 13/10/20			0,55	
Doação APAE - 0800 722 2723			7,00	
Doação LBV - 0800 055 5099			5,00	
TOTAL DA FATURA			43,15	
INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS				
ICMS		PIS		COFINS
BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%
26,26	25,00	6,56	26,26	1,23
				0,32
			26,26	5,63
				1,47

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL									
NÚMERO DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR		ATUAL		Nº DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO kWh
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA				
000000000081026939	CAT	11/11/2020	8.036,00	11/12/2020	8.036,00	30	1,00000	0,00	0,00
DATA PREVISTA PARA A PRÓXIMA LEITURA: 12/01/2021									

INFORMAÇÕES IMPORTANTES Pague no ponto mais perto de você! ag correios bento fernandes: praça dom luiz sao pedro / farmacia caxias: rua pedro firmiano sao pedro. Lista completa em www.celpe.com.br . Na data da leitura a bandeira em vigor é a Vermelha. Mais informações em 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 1%a.m(Lei 10.438/02) e atualização monetária no próx. mês. 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. O consumidor pode cancelar a cobrança de serviços de terceiros na fatura a qualquer tempo - Art 7º REN 581/13. Acesse www.celpe.com.br e confira nosso Aviso de Privacidade.	NÍVEIS DE TENSÃO <table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <th>TENSÃO NOMINAL(V)</th> <th colspan="2">LIMITE DE VARIAÇÃO(V)</th> </tr> <tr> <td></td> <th>MÍNIMO</th> <th>MÁXIMO</th> </tr> <tr> <td>220</td> <td>202</td> <td>231</td> </tr> </table> AUTENTICAÇÃO MECÂNICA	TENSÃO NOMINAL(V)	LIMITE DE VARIAÇÃO(V)			MÍNIMO	MÁXIMO	220	202	231
TENSÃO NOMINAL(V)	LIMITE DE VARIAÇÃO(V)									
	MÍNIMO	MÁXIMO								
220	202	231								

DESTAQUE AQUI

NTA CONTRATO	MÊS/ANO	TOTAL A PAGAR(R\$)	VENCIMENTO	TALÃO DE PAGAMENTO
7009352010	12/2020	43,15	18/12/2020	

1/2



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 16/05/2023 09:19:20
<https://pje.tje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=23051609191948200000130032443>
 Número do documento: 23051609191948200000130032443

15/01/2021

2a Via de Fatura

838900000005 431500110072 009352010103 172202711130



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



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

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da 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**².

¹ Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº9.613/98.

Pelo exposto, eu CARLA MARIA FIRMINO MELO inscrito (a) no CPF/CNPJ 076.723.044-29 / _____
na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário MARIA DAS NEVES ALBUQUERQUE inscrito
(a) no CPF sob o Nº 072.798.464-08 / _____, do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima
MARIA DAS NEVES ALBUQUERQUE inscrito (a) no CPF sob o Nº 072.798.464-08 / _____, 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.

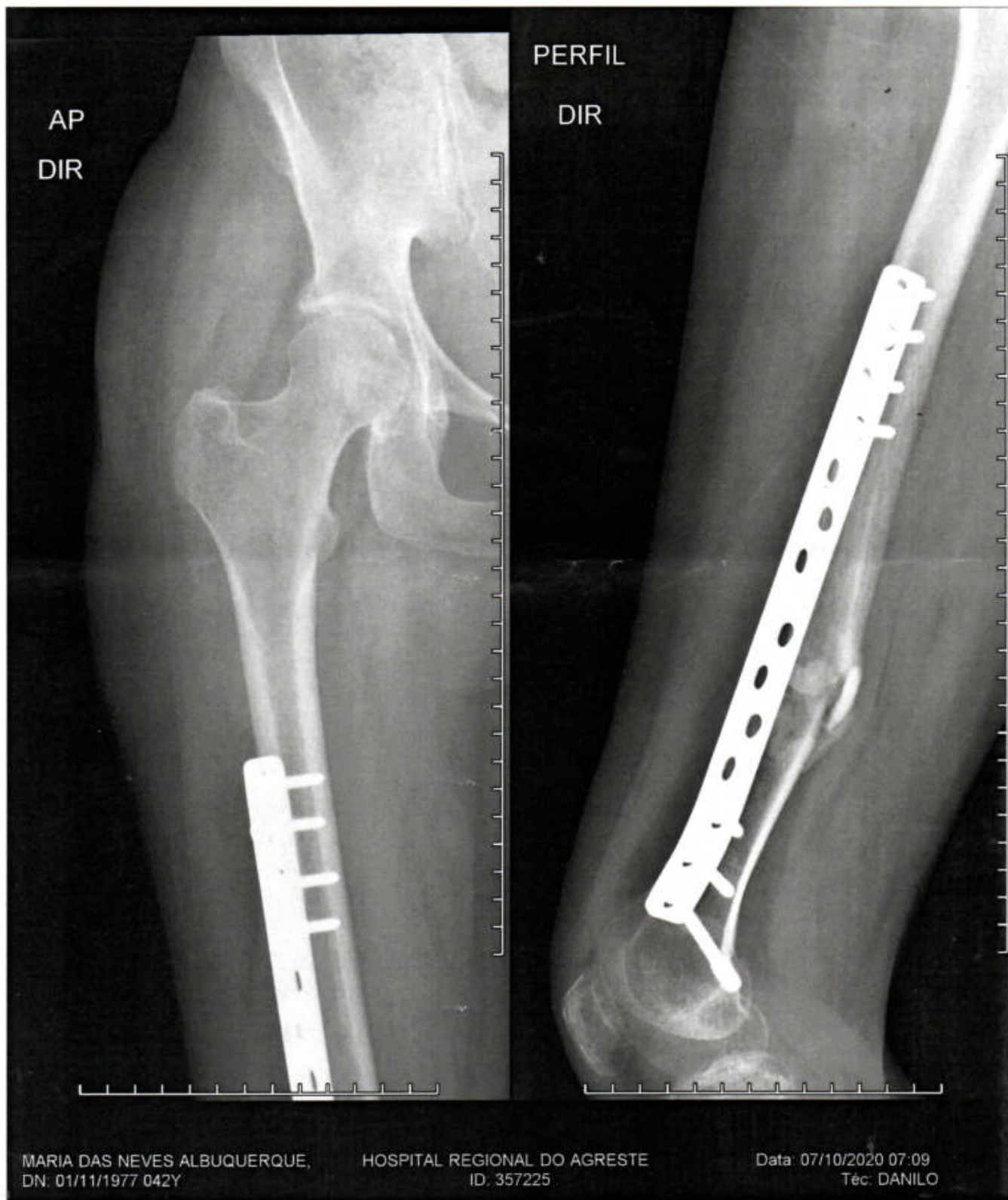
Endereço RUA NUMERIANO ALVES BEZERRA		Número 37	Complemento
Bairro BOA VISTA	Cidade BELO JARDIM	Estado PE	CEP 55150-020
Email carlafirminomelo@hotmail.com		Telefone comercial(DDD) (81) 9.9569-0261	Telefone celular (DDD) (81) 9.9168-6771

BELO JARDIM, 18 de MARÇO de 2021
Local e Data

Carla Maria Firmino Melo
Assinatura do Declarante

DLDR.001 V001/2017







109

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE
PERNAMBUCO

HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE – HRA

RESUMO DE ALTA

NOME: MARIA DAS NEVES ALBUQUERQUE

PRONTUÁRIO: 357225

DATA DE ENTRADA: 06/04/2020

DIAGNÓSTICO: FX DIAFISÁRIA FÊMUR D

AMBULATÓRIO DE EGRESSO – INFORMAÇÕES ADICIONAIS:

PACIENTE DE ALTA DA ORTOPEDIA, SOB ORIENTAÇÕES DOS COORDENADORES DO SERVIÇO. RETORNAR AO AMBULATÓRIO DE DR. ANDERSON ARY EM 30 DIAS. ORIENTAÇÕES ADICIONAIS DADA AO PACIENTE E ACOMPANHANTES.

TRATAMENTO REALIZADO: RAFI

ORIENTAÇÕES:

1. LAVAR A FERIDA OPERATÓRIA DIARIAMENTE COM ÁGUA E SABÃO NEUTRO;
2. CURATIVO DIÁRIO; APÓS 48H, SE NÃO HOUVER SECREÇÃO, DEIXAR SEM CURATIVO.
3. FAZER USO DAS MEDICAÇÕES PRESCRITAS NA ALTA (ATB:CEFADROXILA POR 10 DIAS)
4. RETIRAR PONTOS NA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA MAIS PRÓXIMA DE CASA EM 10 A 14 DIAS;
5. MOBILIZAR PACIENTE AO DECORRER DO DIA. OPTANDO SEMPRE POR MANTER SENTADO ASSIM EVITANDO ESCARAS DE DECÚBITO E OUTRAS COMORBIDADES.
6. ANALGESIA QUANDO NECESSÁRIO (VIDE RECEITUÁRIO).
7. NÃO COLOCAR "PESO DO CORPO" NO MEMBRO CIRURGIADO (QUANDO O PACIENTE TIVER SEGURANÇA PARA ANDAR, UTILIZAR MULETAS OU ANDADOR).
8. ALIMENTAÇÃO ADEQUADA E CONTROLE DE COMORBIDADES ASSOCIADAS

ALTA HOSPITALAR: 13/04/2020

TELEFONE P/ CONTATO: (81) 3719-9389

Dr. Raphael Alchôa
Médico Residente
Ortopedia/Traumatologia
CRM-PE 29.118

ASS: DO MÉDICO RESIDENTE

12-05-20
6:00

Dr. Nilton



MARIA DAS NEVES ALBUQUERQUE
01/11/1977
ID: 357225
Female
42 Years

H

HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE

Fêmur - 2 vistas
Ac. Nb: 338314
Acq.: 09/04/2020
Acq.: 20:57:58

20 cm

AP

D

R

Frame: [1] 1 / 1
Zoom: 22,03%
Window/Level: 4.096/2.048
Pixel:
CR (2048x2500)

Series Nb: 1
AP



MARIA DAS NEVES ALBUQUERQUE
01/11/1977
ID: 357225
Female
42 Years

H

HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE

Fémur - 2 vistas

Ac. Nb: 338314

Acq: 09/04/2020

Acq: 21:00:32

20 cm

PERFIL

D

Frame: [1] 1 / 1
Zoom: 22,03%
Window/Level: 4.096/2.048
Pixel:
CR (2048x2500)

Series Nb: 2
Lateral



MARIA DAS NEVES ALBUQUERQUE
01/11/1977
ID: 357225
Female
42 Years

H

HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE

Fémur - 2 vistas
Ac. Nb: 338314
Acq.: 09/04/2020
Acq.: 21:03:32

10 cm

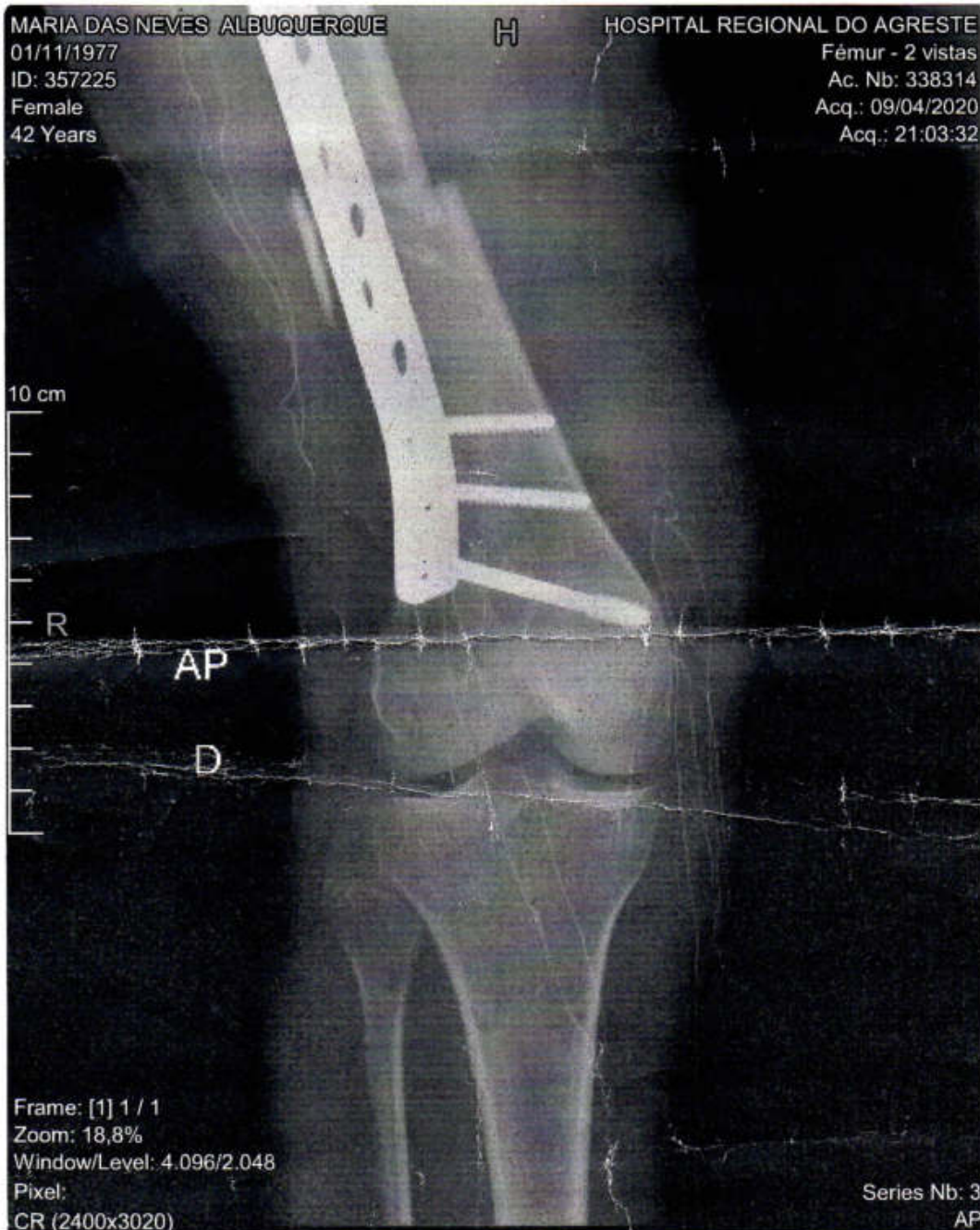
R

AP

D

Frame: [1] 1 / 1
Zoom: 18,8%
Window/Level: 4.096/2.048
Pixel:
CR (2400x3020)

Series Nb: 3
AP





HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE
EMERGÊNCIA



1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome: MARIA DAS NEVES ALBUQUERQUE
Data Nasc.: 01/11/1977 Idade: 42 Sexo: FEMININO Cor: PARDA Religião:
CPF: RG: CNS: 898004042437267
Endereço: RUA ANTONIO TOME DE PORTO Nº: 14
Bairro: SERRA DOS VENTOS Cidade: BELO JARDIM Estado: PE
CEP: 55153395 Fone: 82197983 Profissão:
Nome da Mãe: MARIA DA PAZ ALBUQUERQUE
Acompanhante:
Motivo do Atendimento: VITIMA DE ATROPELAMENTO
Clínica: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

2 - ATENDIMENTO Data: 05/04/2020 23:52 Médico: MEDICO PLANTONISTA

Queixa Principal / HDA:

Vítima de atropelamento
chipa deprimida, confusão
e incontinência

Exame Físico:

hemidome peno. lateral
direita + edema anaceto 2+/4+
edema + deformidade na lateral D

Diag. Provisório:

TCE + fratura fechada de fêmur D

① Parar da e geral

② manter imobilização p/ traço q. posterior

Prescrição:

Data

③ band. ^{Dieta:} ~~rodop. tipo D~~ ^{Horário} 18h-9h (Falso)



06/04/20

Ex. Cereb.

Solicitado, parâmetros de parâmetros vítima de trauma
estando alcoolizado, no consumo de drogas de
questas por causa disto. Desconhece o nome e não
se lembra o nome

Dr. Diego Tavares
Cirurgião Geral
CRM/PE: 23314

ECR, mostrando a/c e pupila reagente e simétrica
ACU-RIN, ET, S/S, BNF AN-MU+EL AHT+JRA Su
impressão de fratura de fêmur, com dor e BL
AVC. Flacidez, depressão, com TAC cran. Pos, abd



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO

RELATÓRIO OPERATÓRIO

Unidade de saúde: HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE		
Paciente: MARIA DAS NEVES ALBUQUERQUE	Nº Registro: 357225	
Clínica: ORTOPEDIA	Nº do leito:	
Operador: DR. ANDERSON ARY DIAS		
1º Assistente: DR. MARCOS IRAN R2	2º Assistente:	
Instrumentador: JOSÉ	Anestesista:	
Anestesia: RAQUIANESTESIA	Duração:	
Data da Operação: 09/04/2020	Início:	Término:
Diagnóstico Pré-operatório: FRATURA DIAFISÁRIA DO FÊMUR DIREITO		

gnóstico Pós-operatório: O MESMO

Operação Proposta: OSTEOSÍNTESE COM HIM

Operação Realizada: OSTEOSÍNTESE COM PLACA E PARAFUSO

DESCRIÇÃO DO ATO OPERATÓRIO

1. PACIENTE EM DECÚBITO VENTRAL HORIZONTAL SOB ANESTESIA
2. ASSEPSIA + ANTISSEPSIA + APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTÉREIS
3. INCISÃO MEDIAL E JOELHO
4. PUNÇÃO INICIAL
5. REDUÇÃO E PASSAGEM DE FIO GUIA
6. FRESAGEM DO CANAL MEDULAR
7. FOI OBSERVADO CANAL MEDULAR MUITO ESTREITO, PELO QUAL OPTOU-SE POR FIXAÇÃO COM PLACA E PARAFUSO
8. INCISÃO LATERAL EM COXA
9. APOSIÇÃO DE PLACA DCP 4,5MM USANDO-SE MÉTODO EM PONTE
10. FIXAÇÃO POR PARAFUSOS CORTICAIS E ESPONJOSO
11. CONTROLE RADIOSCÓPICO
12. SUTURA E CURATIVO

Anderson Ary Dias
Ortopedista e Traumatologista
CRM 21731



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO REALTÓRIO DE OPERAÇÃO (DESCRIÇÃO CIRÚRGICA)	
Unidade de saúde: HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE	
Paciente: MARIA DAS NEVES ALBUQUERQUE	Nº Registro:
Clínica: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	Nº do leito:
OPERADOR: DR ALEXANDRE RÊGO FILHO CRM-PE 20819 // TEOT 14909	
PRIMEIRO ASSISTENTE: INSTRUMENTADOR: ANESTESIA: SEDAÇÃO + LOCAL	SEGUNDO ASSISTENTE: ANESTESISTA:
DURAÇÃO: DATA DA OPERAÇÃO: seg, 6 de abril de 2020	
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: FRATURA DO FEMUR DIREITO DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO: FRATURA DO FEMUR DIREITO OPERAÇÃO PROPOSTA: INSTALAÇÃO DE TRACÃO ESQUELÉTICA TIBIAL PARA FRATURA DO FEMUR DIREITO OPERAÇÃO REALIZADA: INSTALAÇÃO DE TRACÃO ESQUELÉTICA TIBIAL PARA FRATURA DO FEMUR DIREITO	
DESCRIÇÃO DO ATO OPERATÓRIO: PACIENTE EM DDH; ASSEPSIA E ANTISSEPISIA; APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTEREIS; INSTALAÇÃO DE TRACÃO ESQUELÉTICA TRANSTIBIAL	
DATA seg, 6 de abril de 2020	ASSINATURA: DR ALEXANDRE RÊGO FILHO CRM-PE 20819 // TEOT 14909



DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins que Janina dos Anjos
Albuquerque residente Antônio T. de Sousa
Serra do vento esteve internado
neste Hospital no período de 05-04-2020 à
_____ com diagnóstico de CID:
Doença da Perna D. prontuário nº _____.

OBS: O original se encontra disponível ao INSS para averiguação neste arquivo.

OBS: Por motivo de danificação dos prontuários os mesmos estão sendo refeitos.

Belo Jardim 28 / 05 / 2020

Jeová A. Ferreira
Coordenador Executivo
HJAL / UPA

Responsável



Unidade de Saúde: **HOSPITAL JÚLIO ALVES DE LIRA**

PACIENTE	NÚMERO DO CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS): <u>89181004042437267</u>		DOCUMENTO IDENTIDADE / CPF: _____	
	Nome: <u>Maria dos Naves Albuquerque</u>		Idade: <u>42</u>	
RESPONSÁVEL	Data de Nascimento: <u>01/11/77</u>		Sexo: <u>F</u>	
	Cor: <u>P</u>		Estado Civil: <u>solteira</u>	
	Naturalidade: <u>Belo Jardim</u>		Profissão: <u>agricultor</u>	
	Endereço: <u>R. Antônio T. de Jesus Sena do Mello</u>		Telefone: _____	
	Procedência: <u>Belo Jardim</u>		_____	
OCORRÊNCIA	Responsável: _____		Parentesco: _____	
	Endereço: _____		Fone: _____	
	Trazido por: <u>Sonu</u>		_____	
	Endereço: _____		Fone: _____	
ATENÇÃO MÉDICA	Local do Acidente: _____		Data: ____/____/____	
	Hora: _____		_____	
	NATUREZA DO ACIDENTE		☐ Casual ☒ Acid. do Trânsito ☐ Tentativa de Suicídio ☐ Queda ☐ Intoxicação ☐ Outras Causas ☐ Acid. do Trabalho ☐ Agressão	
	Atendimento: ☒ Clínico ☐ Cirúrgico		_____	
	História da Doença Atual: <u>Acidente de trânsito de carro (atropelamento). Apresenta lesão em punho D</u>		_____	
	_____		_____	
	EXAME - FÍSICO		_____	
	Pressão Arterial: _____		Pulso: _____	
	Temperatura: _____		Peso: _____	
	_____		_____	
Diagnóstico Provisório: _____		_____		
<u>Adm. Práup</u> RECEPCIONISTA		<u>Dr. Pedro Staqueira</u> Médico CRM - PE: <u>24.802</u> MÉDICO CREMEPE		





ENCAMINHAMENTO PARA ESPECIALISTA

PACIENTE: Marta dos Reis Albuquerque, 42a

REGISTRO:

DADOS CLÍNICOS: Paciente vítima de esmagamento e fratura
em fêmur direito.

EXAMES COMPLEMENTARES / RESULTADO: Rolo - 8

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA: Fratura fêmur D

CONDUTA ADOTADA: Analgesia e imobilização

JUSTIFICATIVA DO ENCAMINHAMENTO:

ENCAMINHADO PARA: HRA 5417581

05/04/2020

DATA

Dr. Pedro Siqueira
Médico
CRM - PE: 26.802
NOME

Dr. Pedro Siqueira
Médico
CRM - PE: 26.802
CRM

UNIDADE ESPECIALISTA:

EXAMES CLÍNICOS:

EXAMES COMPLEMENTARES:

PARECER DO ESPECIALISTA:

TRATAMENTO PROPOSTO:

LOCAL: NA UNIDADE DE ORIGEM ☐
NA UNIDADE DE REFERÊNCIA ☐
OUTRO SERVIÇO ☐

NOME

CRM

DATA



DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins, em atenção ao pedido da (a) Sr. (a) BENEDITO MANOEL DE LIMA CPF 077.568.374-44. Que consta em nossos registros de ocorrência do SAMU REGIONAL DO AGRESTE, atendimento realizado por este serviço ao mesmo com ID-0476 no dia 05/04/2020 as 19:48, na Zona Rural na cidade Belo Jardim - PE. Paciente vítima de colisão moto com moto, apresentando escoriações e luxação de Patela. Conduta realizada conforme médico regulador, tendo sido enviado a USB que prestou atendimento a Vítima no local, sendo transportado ao HOSPITAL JÚLIO ALVES DE LIRA.

Belo Jardim, 26 de Maio de 2020


Angela S. Oliveira
Coord. Samu - BJ
FONE / PE 354.520

SAMU – Base Descentralizada de Belo Jardim

Rua Cel. Antônio Marinho, nº275 – Airton Maciel – Belo Jardim/PE
Fone: (81) 3726-5380



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 16/05/2023 09:19:20
<https://pje.tje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=23051609191948200000130032443>
 Número do documento: 23051609191948200000130032443



VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL	
REGISTRO GERAL	7.668.366
DATA DE EXPEDIÇÃO	19/11/2012
NOME	<< MARIA DAS NEVES ALBUQUERQUE >>
FILIAÇÃO	<< DURVAL JOSÉ DE ALBUQUERQUE >> << MARIA DA PAZ ALBUQUERQUE >>
NATURALIDADE	BELO JARDIM - PE
DATA DE NASCIMENTO	01/11/1977
DOC. ORIGEM	<< 073957 01 55 2012 1 00002 113 0001238 35 BELO JARDIM-PE. >>
CPF	072.798.464-08
ASSINATURA (REQUISITO) - Lei nº 7.116 DE 20/08/83	





Seguradora Líder - DPVAT

SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS **ID**

IDENTIFICAÇÃO

VITIMA MARIA DAS NEVES ALBUQUERQUE

DATA DO ACIDENTE 05/04/2020 CPF DA VITIMA 072.798.464-08

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO CARLA MARIA FIRMINO MELO

QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR () VITIMA (X) REPRESENTANTE LEGAL, CUIO PARANTESCO COM

A VITIMA É PROCURADOR

ENDEREÇO DO PORTADOR RUA NUMERIANO ALVES BEZERRA

Nº 37 COMPLEMENTO GARAGEM BAIRRO BOA VISTA

CIDADE BELO JARDIM UF PE CEP 55150-020

E-MAIL carlafirminomelo@hotmail.com TELEFONE (81) 991686771

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- (X) REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- (X) CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VITIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- (X) CPF DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- (X) NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML: DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML (ORIGINAL) ASSINADA PELA VITIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA
- (X) BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- (X) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- (X) AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VITIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFERIEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

- () CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- 085: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VITIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

- () REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- () CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VITIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () CPF DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SOFRIDAS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () COMPROVANTES (ORIGINALS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS
- () NOTAS FISCAIS (ORIGINALS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITUÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- () AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VITIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFERIEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

- () CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- 085: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VITIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- VALORES DE INDENIZAÇÃO
 - MORTE = R\$ 13.500,00
 - INVALIDEZ PERMANENTE - ATÉ R\$ 13.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/74.
 - DESPESAS MÉDICAS (DAMS) = REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO). ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.
- O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA
- COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO
- PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSSE: WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 012 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA

IDENTIDADE 9179608 SDS-PE

ASSINATURA

Carla Maria Firmino Melo

DATA

NOME

ASSINATURA

Melo

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3210098601 **Cidade:** Belo Jardim **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARIA DAS NEVES ALBUQUERQUE **Data do acidente:** 05/04/2020 **Seguradora:** COMPANHIA DE SEGUROS ALIANÇA DA BAHIA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 14/04/2021

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DIAFISÁRIA DE FÊMUR DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO COM PLACA E PARAFUSOS, ALTA MÉDICA.
P1 / P2 / P7

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DE MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DE MEMBRO INFERIOR DIREITO.

**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 funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

