



20/01/2020

Número: **0000600-87.2019.8.17.3370**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **2ª Vara Cível da Comarca de Serra Talhada**

Última distribuição : **10/04/2019**

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

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
ANTONIO RAMOS DE LIMA NETO (AUTOR)		HAROLDO MAGALHAES DE CARVALHO (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (RÉU)		RAFAELLA BARBOSA PESSOA DE MELO (ADVOGADO)	
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
56635072	20/01/2020 09:02	2593257_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_JUR_01	Petição em PDF



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 2ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE SERRA TALHADA/PE

Processo: 00006008720198173370

SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A, empresas seguradoras previamente qualificadas nos autos do processo em epígrafe, neste ato, representada, por seus advogados que esta subscreve, nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT**, que lhe promove **ANTONIO RAMOS DE LIMA NETO**, em trâmite perante este Douto Juízo e Respectivo Cartório, vem mui respeitosamente, à presença de V. Ex.ª, em cumprimento ao referido despacho de fls., expor para ao final requerer o que se segue:

DO LAUDO PERICIAL

Trata-se de caso em que o Autor alega ser vítima de acidente automobilístico, resultando em invalidez permanente.

Requerida a indenização em sede administrativa, foi apurada lesão no quadril direito com repercussão média (50%), efetuando o pagamento no valor de R\$1.687,50:

Rua São José, 90, 8º andar, Centro, Rio de Janeiro/RJ – CEP: 20010-020
www.joaobarbosaadvass.com.br



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA**DADOS DO SINISTRO**

Número: 3180455811 Cidade: Serra Talhada Natureza: Invalidez Permanente
Vítima: ANTONIO RAMOS DE LIMA NETO Data do acidente: 20/05/2018 Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 08/11/2018
Valoração do IML: 0
Perícia médica: Não
Diagnóstico: FRATURA DE ACETÁBULO DIREITO.
Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO COM PLACA E PARAFUSOS, ALTA MÉDICA.
Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DE QUADRIL DIREITO.
Sequelas: Com sequela
Conduta mantida:
Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DE QUADRIL DIREITO.
Documentos complementares:
Observações:

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 quadril	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

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: 13/11/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ANTONIO RAMOS DE LIMA NETO

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00914

CONTA: 000000027953-7

Nr. da Autenticação 823BE42824E0712C

Rua São José, 90, 8º andar, Centro, Rio de Janeiro/RJ – CEP: 20010-020
www.joaobarbosaadvass.com.br



Após o deferimento da produção de perícia judicial médica, foi elaborado laudo pericial apurando lesão no membro inferior direito com repercussão média (50%).

Importante esclarecer que, conforme demonstram os próprios documentos de atendimento medico apresentados pela parte autora, **A LESÃO FOI OCASIONADA NO QUADRIL DIREITO:**

L 64

HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE
EMERGÊNCIA

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome: ANTONIO RAMOS DE LIMA NETO Atendimento: 416574 Prontuário: 319096
Data Nasc.: 07/01/1977 Idade: 41 Sexo: MASCULINO Cor: PARDA Religião:
CPF: 03615475445 RG: 9232355 CNS: 898003407494736
Endereço: RUA MAJOR ADOLFO CORTE Nº: 410
Bairro: SAO CRISTOVAO Cidade: SERRA TALHADA Estado: PE
CEP: 56909440 Fone: 996338870 Profissão: AUXILIAR DE SERVIÇOS GERAIS
Nome da Mãe: ERNESTINA JULIA RAMOS
Acompanhante:
Motivo do Atendimento: ATT COM MOTOCICLETA
Clínica: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

ATENDIMENTO

Queixa Principal / HDA: Paciente encaminhado de uma talhada com
hêmico de trauma em região de perna. Paciente com trauma
de trauma de articulação (1), com lesões de quadril (2), tendo
ido realizado redução de luxação de quadril (2), com colocação
de placa e parafusos.

Exame Físico: PA: FC: FR:

Paciente em uso de medicação tranqüilizante em casa (2).
Neurovasculares normais. Ausência de sangramento que
indique trauma de articulação (1).

Diag. Provisório:

(1) Trauma de articulação (1)

CO: (1) RX Acromioclavicular 10
(2) Internação
(3) Trauma 7 kg

Prescrição: Dieta: Horário:



HOSPAM
HOSPITAL REGIONAL PROFESSOR AGAMENON MAGALHÃES
Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
Serra Talhada - FUSAM / SUS / PE

FOLHA DE INTERNAÇÃO E ALTA HOSPITALAR - Clínica Cirúrgica

Registro nº 1115 Data 21/05/18 Hora 18:22

PACIENTE

Nome Antonio Narmay de Lima Neto Data de Nascimento 07/01/77
 Sexo masculino Idade 41a Cor Parda Estado Civil Solteiro
 Naturalidade Serra Talhada - PE Profissão Agente de Segurança
 Endereço Rua do Espírito - 200 - Casa Verde - Serra Talhada
 Filiação Bernestina Julia Gomes
 Telefone (31) 9929-9733 N.º Doc. (RG, CPF, CN, etc.) _____
 Transportado por _____ Telefone (____) _____
 Endereço _____ Telefone (____) _____

OCCORRÊNCIA

Local do Acidente _____ Data ____/____/____ Hora ____:____:____

Natureza do acidente

<input type="checkbox"/> Casual	<input type="checkbox"/> Tentativa Suicídio	<input type="checkbox"/> Acidente Trânsito
<input type="checkbox"/> Queda	<input type="checkbox"/> Intoxicação	<input type="checkbox"/> Outras Causas
<input type="checkbox"/> Agressão	<input type="checkbox"/> Acidente de Trabalho	

HISTÓRIA DOENÇA ATUAL

Transtorno emocional @
sentindo medo de dor
e limitações

EXAME FÍSICO

Ampliação funcional
MT @

Diagnóstico Provisório Trauma - lesão do membro superior @

Conduta AO Bloco P/R anestesia
e TTE

Assinado por _____ Médico - CRM/PE _____

Primordial se faz ressaltar que o exame pericial médico deve ser realizado com a observação de todas as informações da casuística, principalmente, analisando os documentos de atendimento médico da data do acidente.



DESTA FORMA, REQUER A INTIMAÇÃO DO EXPERT PARA ESCLARECER A RAZÃO PELA QUAL APURA LESÃO NO MEMBRO INFERIOR DIREITO SE O ÚNICO SEGMENTO AFETADO NO ACIDENTE FOI O QUADRIL DIREITO, BEM COMO, PARA GRADUAR O SEGMENTO CORRETO: QUADRIL DIREITO.

Em caso de condenação, requer a aplicação da a tabela inserida na Lei 11.945/09, devendo ainda ser observado o pagamento administrativo realizado na monta de R\$ 1.687,50 (um mil e seiscentos e oitenta e sete reais e cinquenta centavos).

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

SERRA TALHADA, 17 de janeiro de 2020.

JOÃO BARBOSA
OAB/PE 4246

ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELO JUNIOR
30225 - OAB/PE





Número: **0000600-87.2019.8.17.3370**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **2ª Vara Cível da Comarca de Serra Talhada**

Última distribuição : **10/04/2019**

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

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
ANTONIO RAMOS DE LIMA NETO (AUTOR)		HAROLDO MAGALHAES DE CARVALHO (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (RÉU)		RAFAELLA BARBOSA PESSOA DE MELO (ADVOGADO)	
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
56635073	20/01/2020 09:02	ANEXO 1	Outros (Documento)


MINISTÉRIO DA FAZENDA
Receita Federal
Cadastro de Pessoas Físicas
COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número 036.154.754-45
Nome

ANTONIO RAMOS DE LIMA NETO

Nascimento 07/01/1977

VALIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

CÓDIGO DE CONTROLE
172D.D4A6.69FD.8303

A autenticidade deste comprovante deverá
ser confirmada no Internet, no endereço
www.receita.fazenda.gov.br

Comprovante emitido pela
Secretaria da Receita Federal do Brasil
em 06/13/2011 às 00:09:20 (hora e data de Brasília)
dígito verificador: 00



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÁFEGO
CARTEIRA NACIONAL DE HABilitação

**VÁLIDA EM TODOS
OS TERRITÓRIOS NACIONAIS**
1017067334

NOME
ROSANA DE MENEZES SILVA CAVALCANTE

DOC. IDENTIDADE / OUTRO EMISSOR / UF
6170802 SDS PE

CPF
051.394.744-25

DATA NASCIMENTO
19/04/1983

FUNÇÃO
ARCENSO PEREIRA DA
SILVA
MARIA JOSE DE MENEZES
SILVA

PERMISSÃO
ACC
CZC. PNB
AB

Nº REGISTRO
04935884409

VALIDADE
18/11/2019

Nº HABILITAÇÃO
06/05/2010

Observações

Recibo de Habilitação

APPROVAÇÃO DO DETRAN

LOCAL
SERRA TALHADA - PE

DATA EMISSÃO
19/11/2014

Assinatura do Emissor

47011846458
PR063080133

DETRAN - PE (PERNAMBUCO)

PERMISSÃO PLASTIFICAR
1017067334

EXCELSIOR SEGUROS
7 R SET 2018
REGHBO DE VAT.



DECLARAÇÃO

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

SERRA TALHADA, 09 de Agosto de 2018

x Antonio Ramos de Lima Neto



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180455811 **Cidade:** Serra Talhada **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ANTONIO RAMOS DE LIMA NETO **Data do acidente:** 20/05/2018 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 08/11/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE ACETÁBULO DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO COM PLACA E PARAFUSOS, ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DE QUADRIL DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DE QUADRIL DIREITO.

Documentos complementares:

Observações:

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 quadril	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

ESPECIALISTA

Empresa: Líder- Serviços AMD

Grupo: EQ1

Nome: FERNANDA CARDOSO GUERRA FONSECA

CRM: 533427

UF do CRM: RJ

Assinatura:



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180455811 **Cidade:** Serra Talhada **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ANTONIO RAMOS DE LIMA NETO **Data do acidente:** 20/05/2018 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 08/11/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE ACETÁBULO DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO COM PLACA E PARAFUSOS, ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DE QUADRIL DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DE QUADRIL DIREITO.

Documentos complementares:

Observações:

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 quadril	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50



Procuração

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

1. Outorgante Antonio Ramos de Lima Neto
portador(a) do documento de identidade nº 9.232.355, expedido por SDS/PE, em
27/05/2011, inscrito no CPF sob o nº 036.754.754-45, residente na
Rua do Egito, nº 410
complemento casa, Bairro Bom dia, cidade
Serra Talhada, Estado PE

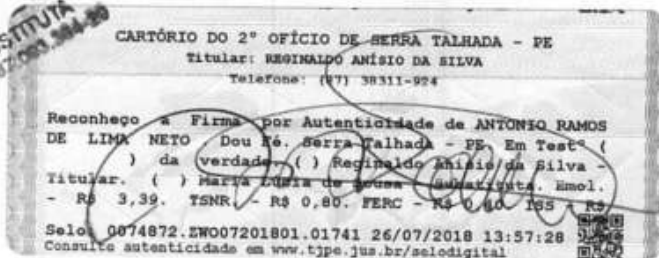
2. Outorgado Rosana de Menezes Silva Cavalcante
portador(a) do documento de identidade nº 6.870.802, expedido por SDS-PE, em
29/05/2001, inscrito no CPF sob o nº 051.394.744-25, residente na
Rua Francisco Olavo, nº 110
complemento Casa, Bairro IPSEP, cidade
Serra Talhada, Estado PE

Amplios 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.

Serra Talhada 18 de julho de 2018

Outorgante Antonio Ramos de Lima Neto

Substitua
CIC 152.001.384-20



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0358426/18

Número do Sinistro: 3180455811

Vítima: ANTONIO RAMOS DE LIMA NETO

CPF: 036.154.754-45

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

Data do acidente: 20/05/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: ANTONIO RAMOS DE LIMA NETO

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Documentação médico-hospitalar

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 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: 05/11/2018
Nome: ROSANA DE MENEZES SILVA CAVALCANTE
CPF: 051.394.744-25

ROSANA DE MENEZES SILVA CAVALCANTE

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 05/11/2018
Nome: GABRIELLA MARIA DE ABREU MACHADO
CPF: 097.679.434-98

GABRIELLA MARIA DE ABREU MACHADO



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0358426/18

Vítima: ANTONIO RAMOS DE LIMA NETO

CPF: 036.154.754-45

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

Data do acidente: 20/05/2018

Titular do CPF: ANTONIO RAMOS DE LIMA NETO

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
Outros

ROSANA DE MENEZES SILVA CAVALCANTE : 051.394.744-25

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

ANTONIO RAMOS DE LIMA NETO : 036.154.754-45

Autorização de pagamento
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 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: 28/09/2018
Nome: ROSANA DE MENEZES SILVA CAVALCANTE
CPF: 051.394.744-25

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 28/09/2018
Nome: GABRIELLA MARIA DE ABREU MACHADO
CPF: 097.679.434-98

ROSANA DE MENEZES SILVA CAVALCANTE

GABRIELLA MARIA DE ABREU MACHADO



Rio de Janeiro, 02 de Outubro de 2018

Aos Cuidados de: **ANTONIO RAMOS DE LIMA NETO**

Nº Sinistro: **3180455811**

Vítima: **ANTONIO RAMOS DE LIMA NETO**

Data do Acidente: **20/05/2018**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **ROSANA DE MENEZES SILVA CAVALCANTE**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180455811**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

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

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **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 13427221

Pag. 00049/00050 - carta_01 - INVALIDEZ



Rio de Janeiro, 03 de Outubro de 2018

Aos Cuidados de: **ANTONIO RAMOS DE LIMA NETO**

Nº Sinistro: **3180455811**
Vítima: **ANTONIO RAMOS DE LIMA NETO**
Data do Acidente: **20/05/2018**
Cobertura: **INVALIDEZ**
Procurador: **ROSANA DE MENEZES SILVA CAVALCANTE**

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180455811**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Documentação médico-hospitalar não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **CIA EXCELSIOR DE SEGUROS**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **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

Pag. 00067/00068 - carta_03 - INVALIDEZ



Carta nº 13434872



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180455811 **Cidade:** Serra Talhada **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ANTONIO RAMOS DE LIMA NETO **Data do acidente:** 20/05/2018 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 08/11/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE ACETÁBULO DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO COM PLACA E PARAFUSOS, ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DE QUADRIL DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DE QUADRIL DIREITO.

Documentos complementares:

Observações:

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 quadril	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

ESPECIALISTA

Empresa: Líder- Serviços AMD

Grupo: EQ1

Nome: FERNANDA CARDOSO GUERRA FONSECA

CRM: 533427

UF do CRM: RJ

Assinatura:



Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2- "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL: _____ CPF da Vítima: 036.154.754-45 Nome completo da vítima: Antonio Ramos de Lima Neto

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo <u>Antonio Ramos de Lima Neto</u>	CPF titular da conta <u>036.154.754-45</u>	Profissão <u>Agricultor</u>
Endereço <u>Rua do Egito</u>	Número <u>410</u>	Complemento <u>Casa</u>
Bairro <u>Bombrá</u>	Cidade <u>Curva Pálhada</u>	Estado <u>PE</u>
Email	CEP <u>56900-000</u>	Telefone (DDD) <u>(87)9634-4907</u>

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

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

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ BRADESCO (237) ☐ BANCO DO BRASIL (001) ☐ ITAU (341)
☒ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

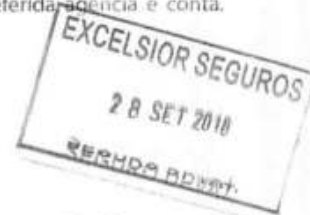
AGÊNCIA NRO. 0914 D/V ☐ CONTA NRO. 27953 D/V 7
(Informar dígito se existir) (Informar dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO Nome _____ R/R _____
AGÊNCIA NRO. _____ D/V _____ CONTA NRO. _____ D/V _____
(Informar dígito se existir) (Informar dígito se existir)

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

Curva Pálhada 09 de Agosto de 2018
Local e Data



Antonio Ramos de Lima Neto
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Antonio Ramos de Lima Neto
Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



AP

198-359599603-0

17/JUL/2018

HORA DE 11:02:16

LOT. 15,003030-4
LOCALIDADE: SERRA TALHADA
AG. VINCULADA: 0014

TERM 015382

SALDO PARA SIMPLES CONFERENCIA

0914,00027953-7

NOME: ANTONIO RAMOS DE L NETO

DEPÓSITOS REALIZADOS ATÉ 03/05/2012

DIA LIMITE
11/07

SALDO

DEPÓSITOS REALIZADOS A PARTIR DE 04/05/2012
SEM AS MOVIMENTAÇÕES DO DIA

DIA LIMITE
11/07

SALDO

RESUMO EM 16/07
SALDO

RESUMO DO DIA
SALDO BLOQUEADO
SALDO DISPONIVEL
SALDO TOTAL

198-359599603-0

1ª VIA



0358426/18



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 177ª CIRCUNSCRIÇÃO - SERRA TALHADA - DP177ªCIRC
DINTER2/21ºDESEC

**BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 18E0267003313**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **30/08/2018** às **15:26**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Doloso (Consumado) que aconteceu no dia **20/5/2018** às **05:30**

Fato ocorrido no endereço: **SÍTIO BOM SUCESSO - SERRA TALHADA/PERNAMBUCO /BRASIL** Próximo a: **MUNICIPIO DE SERRA TALHADA, 1 - Bairro: CENTRO - SERRA TALHADA/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **OUTRO LOCAL**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

NÃO SE APLICA (AUTOR \ AGENTE)
IVANALDO BERNARDO DA SILVA (TESTEMUNHA)
ANTONIO RAMOS DE LIMA NETO (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): IVANALDO BERNARDO DA SILVA

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

ANTONIO RAMOS DE LIMA NETO (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: ERNESTINA JÚLIA RAMOS Pai: MANOEL RAMOS DE LIMA Data de Nascimento: 7/1/1977 Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 9232355/SDS/PE (RG), 03615475445 (CPF) Estado Civil: SOLTEIRO(A) Profissão: AUXILIAR DE SERVICOS GERAIS Telefones Celulares: - 96087545

Endereço Residencial: **RUA MAJOR ADOLFO CORTE, 410 - CEP: 0 - Bairro: SAO CRISTOVAO - SERRA TALHADA/PERNAMBUCO/BRASIL**

IVANALDO BERNARDO DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: BENEDITA MARIA DA SILVA Pai: LUIZ BERNARDO DA SILVA Data de Nascimento: 6/10/1982 Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 6713980/SDS/PE (RG), 05093004480 (CPF) Estado Civil: AMASIADO(A) Profissão: MOTOTAXISTA Telefones Celulares: - 98055317

Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE SERRA TALHADA, 1, LOTE 38, QUADRA 20 - VILA BELA - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - SERRA TALHADA/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

30/08/2018 15:2



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

MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **IVANALDO BERNARDO DA SILVA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **IVANALDO BERNARDO DA SILVA**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 150** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **VERMELHA** - Quantidade: **1 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **KGR8279** (PERNAMBUCO/SERRA TALHADA) Renavam: **221383352** Chassi: **9C2KC1620AR045756**
Ano Fabricação/Modelo: **2010/2010**

Complemento / Observação

COMPARECEU A ESTA DEPOL, ANTONIO RAMOS DE LIMA NETO, COMUNICANDO QUE FOI VÍTIMA DE UM ACIDENTE DE TRÂNSITO, OCORRIDO NO LOCAL JÁ CITADO NESTE BO. RELATA A VÍTIMA QUE VINHA DO SÍTIO BOM SUCESSO, JUNTAMENTE COM A TESTEMUNHA QUE É MOTOTAXISTA, NA PE QUE LIGA SERRA TALHADA A TRIUNFO, QUANDO FORAM SURPREENDIDOS POR UM VEÍCULO QUE COLIDIU NA LATERAL DA REFERIDA MOTOCICLETA, VINDO AMBOS A CAIR AO SOLO. A VÍTIMA SOFREU UMA FRATURA NO QUADRIL, E FOI SOCORRIDA PELA TESTEMUNHA AO HOSPAM. E O CONDUTOR SOFREU APENAS ESCORIAÇÕES.

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

x *Antonio Ramos de Lima Neto*
ANTONIO RAMOS DE LIMA NETO
(VITIMA)
x *Ivanaldo Bernardo da Silva*
IVANALDO BERNARDO DA SILVA
(TESTEMUNHA)

B.O. registrado por: **IVANETE LORES DA SILVA MAT. 220.890-3** - Matrícula: **220890-3**



30/08/2018 15:24



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 PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:

Casos com vítima entre 0 a 15 anos – O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

Casos com vítima entre 16 e 17 anos – Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima interditada com curador – Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima

Antonio Ramos de Lima Neto

CPF da Vítima

036.154.754-45

Data do Acidente

20/05/2018

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante legal

E-mail

Telefone (DDD)

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:

Assinalar uma das opções abaixo:

☒ Não há estabelecimento do IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou

☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido.

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

S. Pallada 09 de Agosto de 2018

Local e Data



Antonio Ramos de Lima Neto

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

04CL001 V001/1017





SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE DE PERNAMBUCO
HOSPITAL REGIONAL PROFESSOR AGAMENON MAGALHÃES
XI GERES - SERRA TALHADA

BOLETIM DE EMERGÊNCIA

Nº: 10

Data: 20.05.2018	Hora: 05:55				
Nome: Antonio Ramos de Lima Neto					
Nascimento: 04.01.1977	Sexo: M				
Estado Civil: solteiro					
Escolaridade: 1º grau	Profissão: agricultor				
Mãe: Aristina Julia Ramos	Responsável: o pai				
Endereço: Rua do Sítio, 398					
Bairro: São Pitorais	Município: S. Talhada				
Fone: 9.9929.9733					
Cartão SUS:	RG/CPF:				
Raça/Cor:	Branca	Preta	Parda	Amarela	Indígena

PA:	Pulso:	HGT:	Temperatura:	Peso:
-----	--------	------	--------------	-------

História e Exame Físico:

Powerful urina de acidente de moto
com múltiplas fraturas.
AR: MEFAS PIRA
Abd: SALT.



Tratamento:

MS Dose D AP/P
MS Dose E AP/P.
MS PE e AP/P.
MS Dose D AP/P

SF 9,9 p 1000-lia 1º
Dysmen 1g tman 1530
Folotul 1g tman 1530
Roxol 10g 1g tman SF 9,9 x 2

SF 0,9 p 1000-lia 2º

Dysmen 1g tman

AO octo pedite.

03.25 22.50 - 08.30

Hipótese Diagnóstica:

Carimbo e Assinatura:

Dr. Raniery Soares S. Machado
Médico
CREMEPE: 22566
CREMEG: 17637

Destino do Paciente:	Internado	Residência	Transferido	Evasão
Removido para o hospital:				
Óbito às hrs do dia				



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:	13/11/2018
------------------------	------------

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL:	1.687,50
--------------	----------

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ANTONIO RAMOS DE LIMA NETO

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00914

CONTA: 000000027953-7

Nr. da Autenticação 823BE42824E0712C





Tarifa Social de Energia Elétrica: Criada pela Lei 10.438, de 26/04/03
NOTA FISCAL • FATURA • CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA
Companhia Energética de Pernambuco
Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife, Pernambuco - CEP 50050-902
CNPJ 10.835.932/0001-08 | Ins. Est. 0005943-03 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE
MARIA APARECIDA DO NASCIMENTO

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
RUA DO EGITO 410

CPF: 084.402.794-42

BOMBA/SERRA TALHAÇA
SERRA TALHADA PE
56900-000

CLASSIFICAÇÃO
B1 RESIDENCIAL
RESIDENCIAL
Monofásico

CONTA/CONTRATO: 4009076722 MÊS/ANO: 05/2018
DATA DE VENCIMENTO: 01/06/2018 DATA PREVISTA PRÓXIMA LEITURA: 18/06/2018
TOTAL A PAGAR (R\$): 53,86

Nº DA NOTA FISCAL: 016897118 SÉRIE: UNICA EMISSÃO: 17/05/2018
APRESENTAÇÃO: 24/05/2018 Nº DO CLIENTE: 2002388624 Nº DA INSTALAÇÃO: 3662170

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo (Wh)	58,0000000	0,73670088	41,36
Acréscimo Bandeira AMARELA			0,45
Contribuição Iluminação Pública			2,58
ICMS Subvenção-CDE-NF 009384233-16/03/18			0,28
Reajuste de Unidade Consumidora			2,29
Multa por atraso-NF 002981835-24/08/16			0,44
Multa por atraso-NF 009384233-16/03/18			0,60
Juros por atraso-NF 009384233-16/03/18			0,49
Juros por atraso-NF 002981835-24/08/16			4,55
Atualização IGPM-NF 009384233-16/03/18			0,27
Atualização IGPM-NF 002981835-24/08/16			0,57

TOTAL DA FATURA

53,86

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

Nº DO MEDIDOR	Tipo da Função	DATA	ANTERIOR	LEITURA	DATA	ATUAL	LEITURA	Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (kWh)
TS41E3	CAT	11/05/2018	11 946,00	17405/2018	11 969,00	8	1,000000				1,360
TS41E3	CAT	10/05/2018	11 946,00	11405/2018	11 946,00	1	1,000000				0,00
TS41E3	CAT	17/04/2018	11 903,00	10605/2018	11 946,00	23	1,000000				43,90

HISTÓRICO DE CONSUMO		INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS			COMPOSIÇÃO DO CONSUMO	
MAR 18	55	ICMS PIS COFINS	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPÓSTO	Geração de Energia R\$ 13,12 31,36%
ABR 18	55		41,36	25,00	10,45	Transmissão R\$ 1,36 3,14%
MAR 18	44		41,36	1,12	0,46	Distribuição (Celpe) R\$ 6,71 16,33%
FEV 18	47		41,36	5,32	2,22	Perdas de Energia R\$ 2,74 6,55%
JAN 18	53					Energia Distribuída R\$ 2,24 5,36%
DEZ 17	30					Tributos R\$ 13,14 31,43%
NOV 17	30					Total R\$ 41,81 100%
OCT 17	30					
SET 17	30					
AGO 17	8					
JUL 17	30					
JUN 17	30					
MAR 17	44					

TARIFAS APLICADAS	
Consumo Abonado	2,50643337

RESERVAÇÃO FISCAL	
2078 5416 7290 5D2B 2035 88D1 F0FC F465	

INFORMAÇÕES IMPORTANTES
A partir de 2014, tarifa com reajuste indexado de 0,47% para a Tarifa Social e 0,52% para a Tarifa Social PCH-2. 2018/6. As tarifas de energia elétrica em vigor é a Atualizada. Mais informações em: www.aneel.gov.br. O cliente é responsável por verificar a validade das informações e a atualização periódica das tarifas de energia elétrica. Paga-se em atraso multa de 2% (Art. 4º da Lei 10.438/03) e atualização mensal de 0,47% (Art. 4º da Lei 10.438/03). O cliente é responsável por verificar a validade das informações e a atualização periódica das tarifas de energia elétrica.

Atenção: A partir de 2017, a CELPE adotará a seguinte metodologia para a determinação da tarifa social: a tarifa social será calculada com base no consumo médio mensal de energia elétrica, considerando o consumo médio mensal de energia elétrica de 12 meses anteriores ao mês de aplicação da tarifa social. O cliente é responsável por verificar a validade das informações e a atualização periódica das tarifas de energia elétrica.

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES					NÍVEL DE TENSÃO		
CONSUMO	SEMI-ANUAL	ANUAL	TRIMESTRAL	ANUAL	TENSÃO NOMINAL (V)	LIMITE DE VARIAÇÃO (V)	ANUAL
DIC	0,00	5,43	10,86	21,73	220	202	231
FIC	0,00	3,38	6,72	13,45			
DMC	0,00	3,31	6,62	13,24			

Linha DCE: 12,22 ELSD - Valor do Encargo de Uso do Sistema de Distribuição - R\$ 14,05

CONTA/CONTRATO: 4009076722 MÊS/ANO: 05/2018 DATA DE VENCIMENTO: 01/06/2018 TOTAL A PAGAR (R\$): 53,86

838000000009 538600110043 009076722108 122144801539





Tarifa Social de Energia Elétrica Criada pela Lei 10.438, de 26/04/02

COMPANHIA CELPE - FATURA - CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

Companhia Energética de Pernambuco
Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife, Pernambuco - CEP 50050-902
CNPJ 10.835.532/0001-08 | Insc. Est. 0005943-83 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE

MARGARIDA ALVES CAVALCANTE

CPF 388 710 364-15

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL

RESIDENCIAL

Mensal

CCE060028

UNICA

23/02/2018

23/02/2018

2000138268

3672211%

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

RUA FRANCISCO OLAVO 110

IPSEV/SERRA TALHADA

SERRA TALHADA PE

56912-130

CONTA CONSUMO	2278076019	02/2018
DATA DE VENCIMENTO	02/03/2018	26/03/2018
TOTAL A PAGAR (R\$)	210,32	

RESUMO DA FATURA FISCAL

	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo (kWh)	288,600000	0,9874504	180,59
Contribuição Iluminação Pública			7,90
ICMS Substituição - CDE-NF 003194263 - 27/12/17			2,03
Multa por atraso - NF 003194263 - 27/12/17			4,88
Juros por atraso - NF 003194263 - 27/12/17			1,89
Adiunção IGP - NF 003194263 - 27/12/17			1,77
PRO-CRIANÇA (081)3412-8960 0800 021 8960			0,98

TOTAL DA FATURA 210,32

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DEBTA FISCAL

Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	DATA	ANTERIOR	LEITURA	DATA	ATUAL	LEITURA	Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (kWh)
311211311	CAT	25-01-2018	18.224,00	23-02-2018	16.508,28	28	1,0000				288,60

Mês/Ano (R\$)	ICMS	PIS	COPIS	Consumo Ativo (kWh)
FEV 18 361				
JAN 18 328				
DEZ 17 343				
NOV 17 362				
OUT 17 292				
SET 17 378				
AUG 17 237				
Jul 17 205				
JUN 17 384				
Mai 17 312				
ABR 17 382				
MAR 17 370				
FEV 17 338				

5411.95DC 48AD 5F0D 15AF 3A0C E413 2FCD

INFORMAÇÕES ADICIONAIS

Na data de emissão da fatura, o valor da tarifa de energia elétrica é de R\$ 0,9874504 por kWh. O cliente é responsável por pagar o valor da fatura no prazo de 10 dias, a partir da data de emissão. O cliente pode solicitar a revisão da fatura no prazo de 10 dias, a partir da data de emissão. O cliente pode solicitar a revisão da fatura no prazo de 10 dias, a partir da data de emissão.

Atenção: O cliente deve pagar a fatura no prazo de 10 dias, a partir da data de emissão. O cliente pode solicitar a revisão da fatura no prazo de 10 dias, a partir da data de emissão.

ATENÇÃO CELPE: O cliente deve pagar a fatura no prazo de 10 dias, a partir da data de emissão.

Valor: 210,32

Valor: 210,32

Valor: 210,32

Valor: 210,32

Valor: 210,32

Valor: 210,32

Valor: 210,32

Valor: 210,32

Valor: 210,32

Valor: 210,32

Valor: 210,32

Valor: 210,32

Valor: 210,32

Valor: 210,32

Valor: 210,32

Valor: 210,32

Valor: 210,32

Valor: 210,32

Valor: 210,32

Valor: 210,32

Valor: 210,32

Valor: 210,32

Valor: 210,32

Valor: 210,32

Valor: 210,32

Valor: 210,32

Valor: 210,32



DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
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 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

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/biblioteca/web/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 Rosana de M. S. Cavalcante inscrito (a) no CPF sob o Nº 051.394.744/25 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Antonio Gomes de Lima Neto inscrito (a) no CPF sob o Nº 036.154.754/45, do sinistro de DPVAT cobertura Imobiliária da Vítima Antonio Gomes de Lima Neto, inscrito (a) no CPF sob o Nº 036.154.754/45, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

☒ Declaro Profissão: Procuradora Renda: Recusou e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço <u>Rua Francisco Olavo</u>		Número <u>110</u>	Complemento <u>casa</u>
Bairro <u>IPSEI</u>	Cidade <u>Sua Palhada</u>	Estado <u>PE</u>	CEP <u>56912-130</u>
Telefone comercial(DDD)		Telefone celular (DDD)	
		<u>(87)9634-4907</u>	

S. Palhada, 04 de Setembro de 2018
Local e Data

Rosana de M. S. Cavalcante
Assinatura do Declarante



DLDRL001 V001/2017



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Ivanaldo Bernardo da Silva,
RG nº 6713980, data de expedição 16/01/2015
Órgão SOS/PE, portador do CPF nº 050.930.044-80, com
domicílio na cidade de Serra Talhada, no Estado de
Pernambuco, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Quadra 38, nº Lote 20
complemento casar, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima Antônio Ramos de L. Neto, cujo o condutor era
Ivanaldo Bernardo da Silva.

Veículo: PAS 1 MOTO CICLITA
Modelo: HONDA/CG150 TITAN MIX ES
Ano: 2010/2010
Placa: KGR 8279
Chassi: 9C2KC1620AR045756
Data do Acidente: 20/05/2018
Local e Data: Serra Talhada, 30/08/2018



Ivanaldo Bernardo da Silva
Assinatura do Declarante

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

CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE SERRA TALHADA - PE
Titular: REGINALDO ANÍSIO DA SILVA
Telefone: (81) 38311-924
CPE: 187.093.384-70

Reconheço a Firma por Autenticidade de IVANALDO
BERNARDO DA SILVA. Dou Fé, Serra Talhada - PE. Em
Teste () da verdade. () Reginaldo Anísio da
Silva - Titular. () Maria Lúcia de Sousa -
Substituta. Empl. - R\$ 3,39. TMR - R\$ 0,50. TPE - R\$
Selo: 0074872.JUP08201803.04153 30/08/2018 15:38:12
Consulte autenticidade em www.tpe.jus.br/selodigital





HOSPITAL REGIONAL PROFESSOR AGAMENON MAGALHÃES

Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
Serra Talhada - RUSAM / SUS / PE

Registro nº 1145 Data 21/05/18 Hora 18:22

Nome Antonio Homay de Lima Neto Data de Nascimento 07/01/77

Sexo mas Idade 41a Cor Parda Estado Civil solteiro

Naturalidade Serra Talhada - PE Profissão capiculator

Endereço Rua do Egito - São Cristóvão - Serra Talhada

Filiação Ernestina Julia Ramos

Telefone (87) 9929-9733 N.º Doc. (RG, CPF, CN, etc.) _____

Trazido por _____

Endereço _____ Telefone (_____) _____

Local do Acidente _____ Data ____/____/____ Hora ____:____

Natureza do acidente ☐ Casual ☐ Tentativa Suicídio ☐ Acidente Trânsito
☐ Queda ☐ Intoxicação ☐ Outras Causas
☐ Agressão ☐ Acidente de Trabalho

Homem caído @ vitima
acidente modo ci dor
e luxação

EXAME FÍSICO

MOVIMENTA FUNCIONAL
NO @

Diagnóstico Provisório FRAT - URAÇÃO OCORRIDA

Conduta AO BRACO P/ REDUZIR
e TTE

Recepcionista

Médico - CREMEPE





HOSPITAL REGIONAL PROFESSOR AGAMENON MAGALHÃES

Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco

Serra Talhada - FUSAM / SUS / PE

Relatório de Operação

Nome do Paciente	Antônio Ramos de Lima Neto	Número do Registro	
Clinica		Número do Leito	
Operador	RODRIGO ALMEIDA		
1º Assistente		2º Assistente	
Instrumentador		Anestesista	JUANA
Anestesia	SI	Duração	
Data da Operação		Início	Fim
Diagnóstico Pré-Operatório	HISTÓRIA CLÍNICA DUBARDO		
Diagnóstico Pós-Operatório	O MESMO		
Operação Proposta	RODUTO INTERIOR A		
Operação Realizada	TRACÇÃO TRANS COALESTICA		
	A MESMA		

DESCRIÇÃO DO ATO OPERATÓRIO

- 1) PCO EM ODM
- 2) RODO, DEBO, RODUTO INTERIOR A DUBARDO
- 3) ASOPIA / ANESTESIA COXA
- 4) RODO TDO K 4.0. TRANS-FORMAR

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 20/01/2020 09:02:16
https://pje.tipe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20012009021606500000055713906
Número do documento: 20012009021606500000055713906

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

Unidade de Saúde: HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE

Paciente: Antônio Fernando Lima

Nº do Registro:

Clinica: Otorrinolaringologia

Nº do Leito

Operador: Dr. Paulo Sérgio Reis

1º Assistente: Dr. Eduardo Lima

Instrumentador:

Anestesiista:

Anestesia:

Duração:

Data da Operação:

Início:

Término:

Diagnóstico Pré-Operatório: Fístula Actinóide

Diagnóstico Pós-Operatório:

Operação Proposta:

Operação Realizada: Otorrinolaringoscopia com videolaringoscopia

DESCRIÇÃO DO ATO OPERATÓRIO

Peto em D.E., caracterizada
Atrofia nas + rinite + Apendicite com
ulceras e estenose
Doença sistêmica - estado em quimioterapia
Direção por plano
Fístula com comunicação
Perforada
Exatidão com o plano de demonstração
Apresentação por plano
Izom
Obstáculo ao progresso de trabalho
A APP

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 20/01/2020 09:02:16

11.01.2020



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco - SES/ SUS/ PE
HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE

RECEITUÁRIO

Unidade: _____

Nome: _____

Registro Nº: _____

Clinica: _____ Enfermaria: _____

LAUDO MEDICAL

Reclamação para os
serviços fins aos
Anos 2010 e 2011
Atto do Fuzamento
A matriculados com
Ciclo 2. Fuzamento do
Atribuição do
Deve assinar-se de
Atividade Casuarina
Pelo primeiro mês
Atto

CID: 532.4

Data 12/07/18

Médico CRM

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

1º Lugar

2º Concurso 89

EXCELSIOR SEGUROS

28 SET 2018

RECEBIDA



0358426118

CliniK

Rua: Cornélio Soares, 939, sala 2, térreo,

Bairro: Nossa Senhora da Penha; Serra Talhada- PE;

CEP: 56903- 440

CRM-PE: 23409; CRM-PB: 9992

Laudo médico

Antônio Ramos de Lima; Idade: 41 anos.

Paciente foi vítima de acidente de moto/carro no dia 20/05/18. Fato ocorrido no sítio Bom sucesso, zona rural, Serra Talhada- PE.

Foi atendido no hospital de Serra Talhada (HOSPAM), com a qual ficou internado devido à fratura do acetábulo direito. Foi encaminhado ao hospital da Cidade de Caruaru (HRA) onde ficou internado e aguardando a cirurgia. Foi realizada após um período de mais ou menos 28 dias de internamento.

Na avaliação clínica de sequelas, o paciente apresenta exame físico-clínico visual, sequela consequente ao trauma na qual foi observada limitação de movimento da coxa direita de mais ou menos 20%. Apresenta cicatriz cirúrgica de mais ou menos 15 centímetros

No momento encontra-se de alta do tratamento com a fisioterapia.

OBS: Paciente se apresenta ao exame físico de hoje com esses sinais. Podendo variar conforme evolução e resposta clínica do mesmo no decorrer dos dias.

Atenciosamente

Dr. Ricardo Bruno

Ricardo Bruno Santana Souza e Silva

Dr. Ricardo Bruno Santana Souza e Silva

CRM-PE: 23409; CRM-PB: 9992.

Serra Talhada, 26 de outubro de 2018.

