

# MALHEIROS

## ADVOGADOS

Avenida Bernardo Vieira de Melo, nº 1551 - Sala 01 - Piedade - Jaboatão dos Guararapes/PE - CEP: 54410-010  
Fone/Fax: (81) 3204.4039 / (81) 99543-4554  
E-mail: renatomalheiros@outlook.com

### PROCURAÇÃO

**OUTORGANTE:** Josiane Naura Vital da Silva  
brancura, solteira  
desempregada, portador(a) do RG nº 7.657.645  
SPS /PE, inscrito(a) no CPF sob o nº 102.510.244-40  
residente e domiciliado(a) à Rua Avenida João Antônio Ayres Filho,  
Nº 555, centro, Ribeirão - PE  
CEP: 55520-000

**OUTORGADO:** RENATO CÉSAR MALHEIROS CAVALCANTI, brasileiro, solteiro, advogado inscrito na OAB-PE sob o número 31.915, domiciliado na cidade do Recife-PE e estabelecido na Avenida Bernardo Vieira de Melo, nº 1551, Sala 01 - Piedade - Jaboatão dos Guararapes/PE - CEP: 54410-010.

**PODERES:** Plenos para o foro em geral, de acordo com os poderes das cláusulas "AD et EXTRA JUDITIA" implícitas no Art. 38 do Código de Processo Civil, podendo o Outorgado, acompanhar quaisquer inquéritos, ações ou recursos até a sentença final, especiais para acordar, discordar, desistir, impugnar, comprometer; transigir receber alvarás, representar o OUTORGANTE perante quaisquer Entidades Públicas ou Privadas, enfim, tudo o que for necessário para suprir as necessidades de defesa dos interesses do OUTORGANTE, inclusive substabelecer com ou sem reservas de direitos e, especificamente neste ato, para propor ação na Justiça Comum.

### CONTRATO DE HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS

**Cláusula Única** - Pelo presente Contrato particular de prestação de serviços, o OUTORGANTE infra-assinado se compromete a pagar aos OUTORGADOS, honorários advocatícios na ordem de 30% (trinta por cento) sobre o total de todos os proventos advindos do processo patrocinado quer seja no total da condenação ou mediante conciliação, sendo esta última hipótese vedada sem a anuência dos OUTORGADOS, que se obrigam a prestar seus serviços profissionais; ficando de logo esta MM Vara autorizada a reter o referido percentual, independente dos de sucumbência.

Recife, 06 de março de 2019.

Josiane Naura Vital da Silva  
NOME DO OUTORGANTE

Avenida Bernardo Vieira de Melo, nº 1551 - Sala 01 - Piedade - Jaboatão dos Guararapes/PE - CEP: 54410-010  
Fone/Fax: (81) 3204.4039 / (81) 99543-4554



DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

Joiane Maria Vital da Silva  
brasileira, solteira, desempregada,  
portador(a) do RG nº 7.657.645 SDS - PE, inscrito(a)  
no CPF sob o nº. 102.510.244-40, residente e domiciliado(a) à  
Rua Avenida João Cardoso Aguiar Filho  
nº 555, centro, Ribeirão -PE,  
CEP: 55.520-000, declara, para fins de prova junto à Assistência  
Judiciária, na forma dos artigos 98 e ss, da CPC/2015, que não apresenta condições  
financeiras de arcar com o ônus processual deste feito, sem que haja prejuízo próprio  
ou sua família. Declaração esta que faz sob as penas da Lei e sob sua inteira  
responsabilidade.

Recife, 02 de março de 20 18.

Joiane Maria Vital da Silva



REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO TAVARES BUIRIL

07R-47

POLEGAR DIREITO

Josiane Maria Vital da Silva  
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

AMERICAN BANK NOTE CO.

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 7.657.645 DATA DE EXPEDIÇÃO 21/08/2004

NOME << JOSIANE MARIA VITAL DA SILVA >>

FILIAÇÃO << SEVERINO VITAL DA SILVA >>  
<< BEATRIZ CASSIANO DA SILVA >>

NATURALIDADE CORTÉS - PE DATA DE NASCIMENTO 05/11/1978

DDI ORIGEM << CN.1073 L.41A F.V252 CART.CORTÉS-PE 06.11.1978 >>

CPF

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 29/06/83

F-13 11.426

AMERICAN BANK NOTE CO.

MINISTÉRIO DA FAZENDA  
Receita Federal

CPF

CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS

Número de Inscrição  
102.510.244-40

Nome  
JOSIANE MARIA VITAL DA SILVA

Nascimento  
05/11/1978

Atorno-BRASIL 14035 07/09

Cartão de uso pessoal e intransferível  
Deve ser apresentado junto com um documento de identidade

Emissão  
AGO/2009

BANCO DO BRASIL







**MINISTÉRIO DA JUSTIÇA**  
 Departamento de Polícia Rodoviária Federal  
 Sistema de Informações Operacionais  
**BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO**

**OCORRÊNCIA:** 83327457  
**Comunicação:** C1862139  
**\* STATUS DA OCORRÊNCIA:** Encerrada

**DADOS GERAIS DA OCORRÊNCIA**

PRF: 1069026 - ROBERTO DENNY ALBUQUERQUE SILVA Data/Hora do Acidente (hora local): 11/03/2015 11:30 BR: 101 KM: 101.0  
 Município/UF: CABO DE SANTO AGOSTINHO/PE Tipo de Acidente: Saída de Pista Sentido da Via: Decrescente  
 Fase do dia: Pleno dia Condições da Pista: Seca Restrições de Visibilidade: Inexistente  
 Sinalização existente: Horizontal Sinalização luminosa: Inexistente Condição meteorológica: Céu Claro  
 Houve danos ao patrimônio da União? Não  
 Houve solicitação de perícia? Não Data e horário da solicitação:  
 A perícia compareceu ao local do sinistro? Não Data e horário do

**DESCRIÇÃO DOS DANOS AO PATRIMÔNIO DA UNIÃO:**

Houve danos ao patrimônio de terceiros? Não

**DESCRIÇÃO DOS DANOS AO PATRIMÔNIO DE TERCEIROS:**

Houve danos ao ambiente? Não

**DESCRIÇÃO DOS DANOS AO AMBIENTE:**

**CONDIÇÃO DA RODOVIA**

Uso do Solo: Rural Tipo de Localidade: Não edificada  
 Existe acostamento? Sim Estado de Conservação: Bom Há desnível? Sim É pavimentado? Sim Largura (m): 2,5  
 Possui defesa? Não existe Possui meio-fio? Conservada(o) Possui sarjeta? Não existe  
 Existe canteiro central? Sim Estado de Conservação: Regular Largura (m): 4 Tipo de Inclinação: Plano  
 Obstáculo ao Cruzamento: Sarjeta Estado de Conservação do Obstáculo: Regular  
 Faixa de Domínio - Estado de Conservação: Regular Ocupação: Livre  
 Cerca: Não existe Pista de Rolamento - Estado de Conservação: Bom Tipo: Dupla Qtd. de Faixas: 2  
 Tipo de Pavimento: Asfalto Perfil: Em nível Traçado: Reta Curva Vertical: Não Existe Superelevação: Não  
 Superlargura: Não Largura da Pista (m): 3,5 Estreitamento: Não Existe

**TEXTO DESCRITIVO DA CONDIÇÃO DA RODOVIA:**

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: <http://www.dprf.gov.br>

DATA/HORA DA EXPEDIÇÃO: 20/03/2015 11:12:20  
 NÚMERO DE CONTROLE: 672213ee571cbedc

\* Somente possuem valor legal as ocorrências em que o status seja "ENCERRADA"

Página 1 de 9

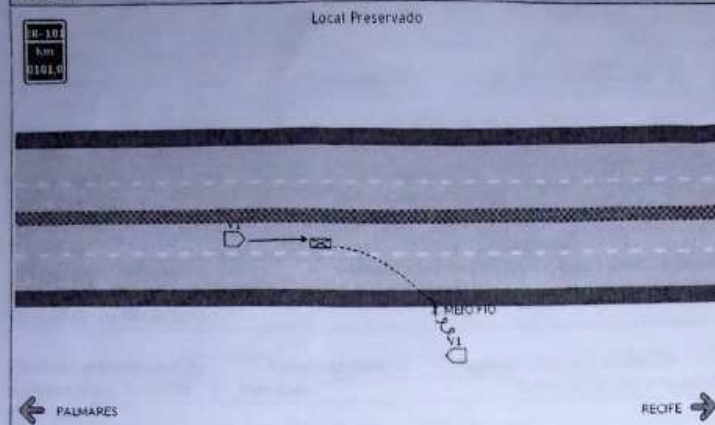
Scanned by CamScanner







CROQUI



**LEGENDA:**

- Automóvel
- Veículo Trator
- Pedestre
- Ponto B
- Ponto P
- Ponto C
- Ônibus
- Animal
- Capotagem
- Caminhão
- Tombamento
- Incêndio
- Local de colisão
- Marcha à ré
- Placa de trânsito
- Trem
- Conjugado
- Objeto Fixo
- Ponto A'
- Ponto A
- Antes da Colisão
- Marca de Frenagem
- Veículo Ausente
- Reboque/Semi-reboque
- Triângulo de Amarração
- Veículo de 2 ou 3 rodas
- Marcha à frente
- Patinação ou Derrapagem
- Depois da Colisão

Latitude do Ponto C: \_\_\_\_\_ Longitude do Ponto C: \_\_\_\_\_  
 Referência do Ponto A/A': \_\_\_\_\_ Referência do Ponto B: \_\_\_\_\_  
 Distância AB (m): \_\_\_\_\_ Distância AC (m): \_\_\_\_\_ Distância BC (m): \_\_\_\_\_

VEÍCULO	P1	DISTÂNCIA P1-A (m)	DISTÂNCIA P1-B (m)	P2	DISTÂNCIA P2-A (m)	DISTÂNCIA P2-B (m)

**Narrativa da Ocorrência:**  
 APÓS AVERIGUAÇÃO DOS VESTÍGIOS ENCONTRADOS NO LOCAL DO ACIDENTE, CORROBORADOS COM A DECLARAÇÃO DO CONDUTOR, CONCLUIMOS QUE: O V1, FIAT/ELBA DE PLACA KGF-1803, SEGUIA O FLUXO DE VEÍCULOS, QUANDO AO PASSAR SOBRE UM OBJETO METÁLICO ( PARTE DE UM TAMBOR DE FREIO DE CAMINHÃO ), PERDEU O CONTROLE DE DIREÇÃO, SAIU DA PISTA, COLIDIU COM O MEIO FIO E CAPOTOU EM UM BARRANCO.

**VEÍCULOS ENVOLVIDOS**

Placa: KGF-1803 Sequencial: V1 Descrição: FIAT/ELBA WEEKEND IE Chassi: 9BD155253T5725203 Renavam: 00850705319  
 Marca/Modelo: FIAT/ELBA WEEKEND IE Cor: VERMELHA Ano: 1996 Tipo: Automóvel Emplacamento: RIBEIRAO/PE  
 Ocupantes: 5 Espécie: Passageiro Categoria: Particular  
 Proprietário: MARIA IRENE DA SILVA CPF/CNPJ: 352.290.474-53  
 Endereço: \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_  
 Município/UF: \_\_\_\_\_ Telefones: \_\_\_\_\_

**COMBINAÇÃO DE VEÍCULO DE CARGA**

Placa U1: \_\_\_\_\_ Placa U2: \_\_\_\_\_ Placa U3: \_\_\_\_\_ Placa U4: \_\_\_\_\_  
 Origem: BRASIL Destino: BRASIL

**CIRCUNSTÂNCIA DO VEÍCULO**

Manobra do Veículo no Acidente: Seguiu fluxo Saída de Pista?  Sim Derrapagem?  Não Capotagem?  Sim Tombamento?  Não  
 Colisão com Objeto Fixo: Meio Fio Colisão com Objeto Móvel: Não Houve Incêndio?  Não  
 Marcas de Frenagem (m): 0,0 Estado dos Pneus: Bom  
 Descrição do Recolhimento: \_\_\_\_\_

**DADOS DA CARGA**

Carregamento: \_\_\_\_\_ Houve Derramamento de Carga?  Não Extensão dos Danos: \_\_\_\_\_ Moeda: Real-R\$  
 Valor Total da Carga: \_\_\_\_\_ R\$0,00 Produto Perigoso: \_\_\_\_\_  
 Descrição da Carga: \_\_\_\_\_

**ENCAMINHAMENTO DO VEÍCULO**

Tipo de Receptor: \_\_\_\_\_ Data/Hora da Recepção (hora local): \_\_\_\_\_ Motivo: \_\_\_\_\_  
 Responsável pela Recepção: \_\_\_\_\_  
 Documento do Responsável: \_\_\_\_\_  
 Município/UF: \_\_\_\_\_ Descrição do Encaminhamento: \_\_\_\_\_

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: <http://www.dprf.gov.br>

DATA/HORA DA EXPEDIÇÃO: 20/03/2015 11:12:20  
 NÚMERO DE CONTROLE: 672213ee571cbdc





**MINISTÉRIO DA JUSTIÇA**  
 Departamento de Polícia Rodoviária Federal  
 Sistema de Informações Operacionais  
**BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO**

**OCORRÊNCIA:** 83327457  
**Comunicação:** C1862139  
**\* STATUS DA OCORRÊNCIA:** Encerrada

**CONDUTOR ENVOLVIDO**

**Veículo:** V1/KGF-1803 FIAT/ELBA WEEKEND IE  
**Nome/Apelido:** ELIANE MARIA DA SILVA DE MORAIS  
**Data de Nascimento:** 24/12/1957 **Sexo:** Feminino **Estado Civil:** Não informado  
**Nome do Pai:** FERNANDO JOSE DA SILVA  
**Nome da Mãe:** MARIA IRENE DA SILVA **CEP:** -  
**Endereço:** R DAS UVAS - NUM. 00066  
**Município/UF:** SAO PAULO/SP **Telefones:** **Grau de Instrução:** Não informado  
**Naturalidade:** **Nacionalidade:** BRASIL **Ocupação Principal:**  
**CPF:** 170.558.874-20 **Documento de Identificação:** 25710395 **Orgão Expedidor:** SSP /SP  
**Origem:** **Destino:**  
**Estado Físico:** Lesões Leves **Socorrido pela PRF?** Sim **Usava Cinto?** Ignorado **Usava Capacete?** Não Aplicável  
**Existe Declaração em Anexo?** Não **Havia Vestígio de Ingestão de Álcool?** Ignorado  
**Transcrição da Declaração:**

**Condutor é Habilitado?** Sim **Categoria CNH:** B **Registro CNH:** 02371672890/SP **Primeira Habilitação:** 26/11/1990  
**Validade CNH:** 10/10/2019 **País CNH:** **Dormia?** Não **Km Percorridos:** **Horas Dirigindo:** Ignorado  
**Pertences:**  
**Informações Complementares:**

**ENCAMINHAMENTO DO CONDUTOR**

**Tipo de Receptor:** SAMU **Responsável pela Recepção:** HOSPITAL  
**Documento do Responsável:** HOSPITAL **Data/Hora da Recepção (hora local):** 11/03/2015 12:20  
**Município/UF:** CABO DE SANTO AGOSTINHO/PE **Motivo:** Socorro  
**Descrição do** HOSPITAL DOM HELDER

**PESSOAS ENVOLVIDAS**

**Tipo de Envolvido:** Passageiro **Veículo:** V1/KGF-1803 /FIAT/ELBA WEEKEND IE  
**Nome/Apelido:** MARIA IRENE DASILVA **Sexo:** Feminino **Data de** 09/08/1937  
**Nome do Pai:** JOSE JOAQUIM DOS SANTOS  
**Nome da Mãe:** MARIA GABRIEL DOS SANTOS  
**Endereço:** **CEP:**  
**Município/UF:** **Naturalidade:** **Nacionalidade:** BRASIL  
**CPF:** **Documento de Identificação:** 1711330 **Orgão Expedidor:** SDS/PE **Telefones:**  
**Estado Civil:** **Grau de Instrução:**  
**Ocupação Principal:** **Origem:** **Destino:**  
**Estado Físico:** Lesões Graves **Socorrido pela PRF?** Não **Usava Cinto?** Não **Usava Capacete?** Não Aplicável  
**Existe Declaração em Anexo?** Não  
**Transcrição da Declaração:**

**Pertences:**

**Informações Complementares:**

**ENCAMINHAMENTO DO ENVOLVIDO**

**Tipo de Receptor:** Corpo de Bombeiros **Responsável pela Recepção:** HOSPITAL  
**Documento do Responsável:** HOSPITAL **Data/Hora da Recepção (hora local):** 11/03/2015 12:20  
**Município/UF:** CABO DE SANTO AGOSTINHO/PE **Motivo:** Socorro  
**Descrição do Encaminhamento:** HOSPITAL DOM HELDER

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: <http://www.dprf.gov.br>

**DATA/HORA DA EXPEDIÇÃO:** 20/03/2015 11:12:20  
**NÚMERO DE CONTROLE:** 672213ee571cbcdc

\* Somente possuem valor legal as ocorrências em que o status seja "ENCERRADA"

Página 3 de 9

Scanned by CamScanner







MINISTÉRIO DA JUSTIÇA  
Departamento de Polícia Rodoviária Federal  
Sistema de Informações Operacionais  
BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO

OCORRÊNCIA: 83327457  
Comunicação: C1862139  
\* STATUS DA OCORRÊNCIA: Encerrada

PESSOAS ENVOLVIDAS

Tipo de Envolvido:  Passageiro  Veículo: V1/KGF-1803 /FIAT/ELBA WEEKEND IE  
Nome/Apelido: MARIA ALICE DOS SANTOS Sexo:  Masculino  Feminino Data de: 24/06/1942  
Nome do Pai: JOSE JOAQUIM DOS SANTOS  
Nome da Mãe: MARIA MORAIS DOS SANTOS CEP: \_\_\_\_\_  
Endereço: \_\_\_\_\_  
Município/UF: \_\_\_\_\_ Naturalidade: \_\_\_\_\_ Nacionalidade:  BRASIL  
CPF: 171.365.044-49 Documento de Identificação: 2240983 Órgão Expedidor: \_\_\_\_\_ Telefones: \_\_\_\_\_  
Estado Civil: \_\_\_\_\_ Grau de Instrução: \_\_\_\_\_  
Ocupação Principal: \_\_\_\_\_ Origem: \_\_\_\_\_ Destino: \_\_\_\_\_  
Estado Físico:  Lesões Graves  Socorrido pela PRF?  Não  Usava Cinto?  Não  Usava Capacete?  Não Aplicável  
Existe Declaração em Anexo?  Não  Sim  
Transcrição da Declaração: \_\_\_\_\_

Pertences:

Informações Complementares:

ENCAMINHAMENTO DO ENVOLVIDO

Tipo de Receptor:  Hospital  Responsável pela Recepção: HOSPITAL  
Documento do Responsável: HOSPITAL Data/Hora da Recepção (hora local): 11/03/2015 12:20  
Município/UF: RECIFE/PE Motivo: Socorro  
Descrição do Encaminhamento: SOCORRIDO PELA PRF

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: <http://www.dprf.gov.br>

DATA/HORA DA EXPEDIÇÃO: 20/03/2015 11:12:20  
NÚMERO DE CONTROLE: 672213ee571cbdc

\* Somente possuem valor legal as ocorrências em que o status seja "ENCERRADA"







**MINISTÉRIO DA JUSTIÇA**  
Departamento de Polícia Rodoviária Federal  
Sistema de Informações Operacionais  
BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO

OCORRÊNCIA: 83327457  
Comunicação: C1862139  
\* STATUS DA OCORRÊNCIA: Encerrada

**PESSOAS ENVOLVIDAS**

Tipo de Envolvido:  Passageiro  Veículo: V1/KGF-1803 /FIAT/ELBA WEEKEND IE  
Nome/Apelido: JOSEANE MARIA VITAL DA SILVA Sexo:  Masculino  Feminino Data de: 05/11/1978  
Nome do Pai: SEVERINO VITAL DA SILVA  
Nome da Mãe: MARIA JOSE DA SILVA  
Endereço: AV JOÃO CARDOSO ARES FILHO, 555, CENTRO CEP:  
Município/UF: RIBEIRÃO/PE Naturalidade: Nacionalidade: BRASIL Telefones:  
CPF: Documento de Identificação: Orgão Expedidor: Estado Civil:  
Grau de Instrução: Ocupação Principal: Origem: Destino:  
Estado Físico:  Lesões Leves  Socorrido pela PRF?  Não  Usava Cinto?  Sim  Usava Capacete?  Não Aplicável  
Existe Declaração em Anexo?  Não

Transcrição da Declaração:

Pertences:

Informações Complementares:

**ENCAMINHAMENTO DO ENVOLVIDO**

Tipo de Receptor: Responsável pela Recepção:  
Documento do Responsável: Data/Hora da Recepção (hora local):  
Município/UF: Motivo:  
Descrição do Encaminhamento:

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: <http://www.dprf.gov.br>

DATA/HORA DA EXPEDIÇÃO: 20/03/2016 11:12:20  
NÚMERO DE CONTROLE: 872213ee571cbcdc

\* Somente possuem valor legal as ocorrências em que o status seja "ENCERRADA"

Página 5 de 9

Scanned by CamScanner





MINISTÉRIO DA JUSTIÇA  
Departamento de Polícia Rodoviária Federal  
Sistema de Informações Operacionais  
BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO

OCORRÊNCIA:	83327457
Comunicação:	C1862139
* STATUS DA OCORRÊNCIA:	Encerrada

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: <http://www.dprf.gov.br>

DATA/HORA DA EXPEDIÇÃO:	20/03/2015 11:12:20
NÚMERO DE CONTROLE:	672213ee571cbedc

\* Somente possuem valor legal as ocorrências em que o status seja "ENCERRADA"

Página 5 de 9

Scanned by CamScanner



Assinado eletronicamente por: RENATO CESAR MALHEIROS CAVALCANTI - 03/06/2019 22:26:35  
<https://pje.tje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19060322263486700000045437114>  
Número do documento: 19060322263486700000045437114

Num. 46139700 - Pág. 6





MINISTÉRIO DA JUSTIÇA  
Departamento de Polícia Rodoviária Federal  
Sistema de Informações Operacionais  
BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO

OCORRÊNCIA: 83327457  
Comunicação: C1862139  
\* STATUS DA OCORRÊNCIA: Encerrada

RELATÓRIO DE AVARIAS PARA CLASSIFICAÇÃO DO DANO EM AUTOMÓVEIS, CAMIONETAS, CAMINHONETES E UTILITÁRIOS

Veículo: V1 / FIAT/ELBA WEEKEND IE Placa: KGF-1803  
Nome do Agente/Assinatura: ROBERTO DENNY ALBUQUERQUE SILVA N° BOAT: 83327457  
Registro/Matrícula do Agente: 1069026 Data: 11/03/2015 11:30

Item	Descrição do componente	Valor	SIM	NÃO	NA	Item	Descrição do componente	Valor	SIM	NÃO	NA
1	Teto	1	X			26	Longarina traseira esquerda	3		X	
2	Capô	1	X			27	Caixa de Roda traseira esquerda	3		X	
3	Painel corta fogo	3		X		28	Assoalho porta-malas / Assoalho	1		X	
4	Painel dianteiro	1		X		29	Caixa de rodas traseira direita	3		X	
5	Quadro / Suporte do motor	2		X		30	Longarina traseira direita	3		X	
6	Longarina Completa / Caixa de roda esq.	3		X		31	Chassi porção traseira (veiculos carga)	3		X	
7	Longarina Parcial / Avental esquerdo	1		X		32	Suspensão traseira direita	2		X	
8	Chassi porção dianteira (veiculos carga)	3		X		33	Lateral traseira direita	1	X		
9	Pára-lama dianteiro esquerdo	1	X			34	Coluna traseira externa direita	1	X		
10	Suspensão dianteira esquerda	2	X			35	Coluna traseira externa e estrutura direita	3	X		
11	Coluna dianteira externa esquerda	1	X			36	Porta traseira direita	1	X		
12	Coluna dianteira externa e estrutura esq.	3	X			37	Coluna central externa direita	1	X		
13	Porta dianteira esquerda	1	X			38	Coluna central externa e estrutura direita	3	X		
14	Soleira externa esquerda	1		X		39	Soleira externa direita	1		X	
15	Soleira externa e estrutura esquerda	3		X		40	Soleira externa e estrutura direita	3		X	
16	Assoalho central esquerdo	3		X		41	Assoalho central direito	3		X	
17	Coluna central externa esquerda	1	X			42	Porta dianteira direita	1	X		
18	Coluna central externa e estrutura esq.	3	X			43	Coluna dianteira externa direita	1	X		
19	Porta traseira esquerda	1	X			44	Coluna dianteira externa e estrutura direita	3	X		
20	Coluna traseira externa esquerda	1	X			45	Pára-lama dianteiro direito	1	X		
21	Coluna traseira externa e estrutura esq.	3	X			46	Suspensão dianteira direita	2		X	
22	Lateral traseira esquerda	1	X			47	Longarina completa / Caixa de roda dir.	3		X	
23	Suspensão traseira esquerda	2		X		48	Longarina parcial / Avental direito	1		X	
24	Tampa traseira	1	X			Soma de todos os pontos assinalados na coluna "SIM":		37			
25	Painel Traseiro / divisor	1		X		Soma de todos os pontos assinalados na coluna "NA":		0			
Total de pontos "SIM" + "NA":								37			

ITENS NÃO PONTUÁVEIS

Item	Descrição do componente	SIM	NÃO	Item	Descrição do componente	SIM	NÃO
49	Air Bag Motorista		X	55	Faróis		X
50	Air Bag Passageiro		X	56	Lanternas (dianteiras, laterais, e/ou traseiras)		X
51	Air Bag Lateral		X	57	Retrovisores externos (direito e/ou esquerdo)		X
52	Local gravação VIN		X	58	Pára-choques (dianteiro e/ou traseiro)		X
53	Pára-brisa	X		59	Rodas/pneus		X
54	Vidros laterais e/ou traseiros	X					

CLASSIFICAÇÃO DO DANO DO VEÍCULO

Assinale abaixo o campo que corresponde ao dano do veículo

Dano de Pequena Monta: até 20 pontos, somando os pontos de todos os itens assinalados na colunas "SIM" e "NA".

Dano de Média Monta: de 21 a 30 pontos, somando os pontos de todos os itens assinalados na colunas "SIM" e "NA".

Dano de Grande Monta: acima de 30 pontos, somando os pontos de todos os itens assinalados na colunas "SIM" e "NA".

Observações:

Quando o componente estiver danificado, assinalar com um X a coluna SIM  
Quando o componente não estiver danificado, ou não existir originalmente, assinalar com um X a coluna NÃO  
Caso não tenha sido possível avaliar se o componente foi ou não danificado no acidente, assinalar com um X a coluna NA.

SIM = Item danificado no acidente      NÃO = Item não danificado ou não existente      NA = Item que não foi possível avaliar o dano (Não Avaliado)

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: <http://www.dprf.gov.br>

DATA/HORA DA EXPEDIÇÃO: 20/03/2015 11:12:20  
NÚMERO DE CONTROLE: 672213ee571cbdc

\* Somente possuem valor legal as ocorrências em que o status seja "ENCERRADA"

Página 7 de 9

Scanned by CamScanner



Assinado eletronicamente por: RENATO CESAR MALHEIROS CAVALCANTI - 03/06/2019 22:26:35  
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19060322263486700000045437114>  
Número do documento: 19060322263486700000045437114

Num. 46139700 - Pág. 7



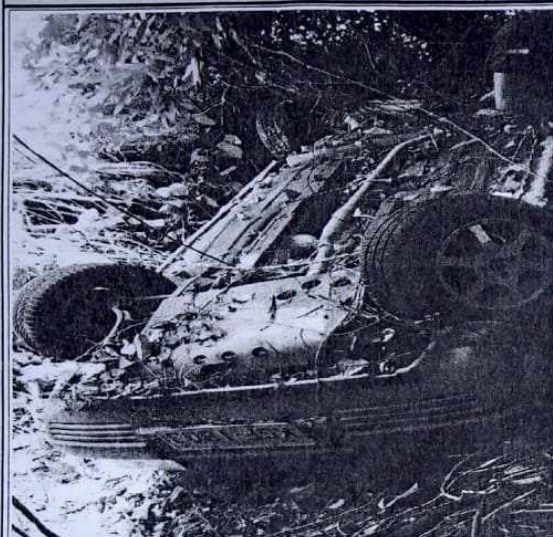


MINISTÉRIO DA JUSTIÇA  
Departamento de Polícia Rodoviária Federal  
Sistema de Informações Operacionais  
BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO

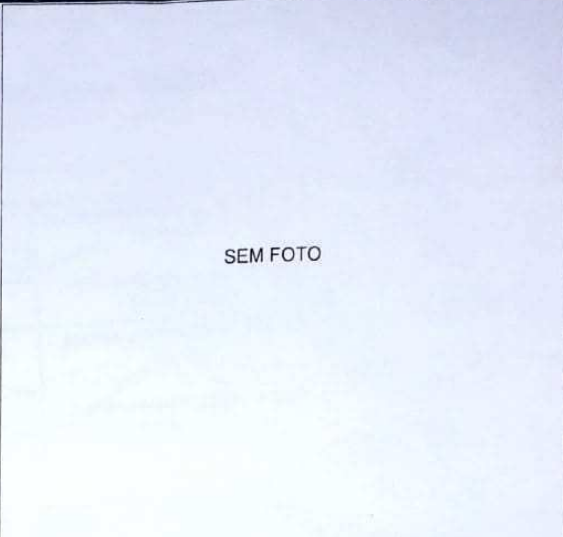
OCORRÊNCIA: 83327457  
Comunicação: C1862139  
\* STATUS DA OCORRÊNCIA: Encerrada

RELATÓRIO DE AVARIAS PARA CLASSIFICAÇÃO DO DANO EM AUTOMÓVEIS, CAMIONETAS, CAMINHONETES E UTILITÁRIOS

Veículo: V1 / FIAT/ELBA WEEKEND IE	Placa: KGF-1803
Nome do Agente/Assinatura: ROBERTO DENNY ALBUQUERQUE SILVA	Nº BOAT: 83327457
Registro/Matricula do Agente: 1069026	Data: 11/03/2015 11:30

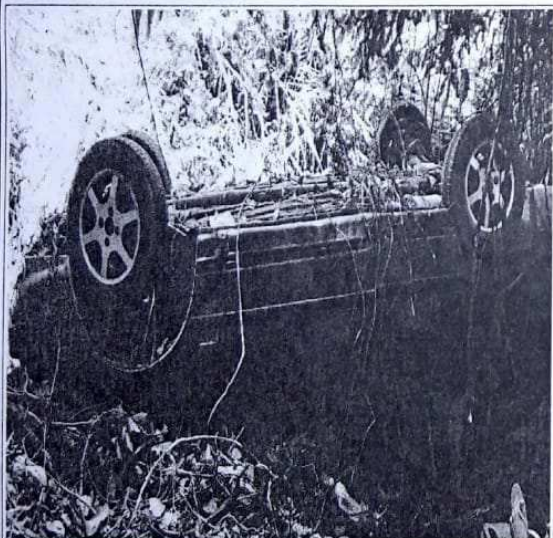


Frente



SEM FOTO

Traseira



Lateral Esquerda



Lateral Direita

LOCAL DE DIFÍCIL ACESSO JUSTIFICATIVA

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: <http://www.dprf.gov.br>

DATA/HORA DA EXPEDIÇÃO: 20/03/2015 11:12:20  
NÚMERO DE CONTROLE: 672213ee571cbdc

\* Somente possuem valor legal as ocorrências em que o status seja "ENCERRADA"

Página 9 de 9

Scanned by CamScanner



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



**NOTA FISCAL - FATURA - CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA**

Companhia Energética de Pernambuco  
Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife, Pernambuco - CEP 50050-902  
CNPJ 10.835.932/0001-05 | Insc. Est. 0005943-93 | www.cepe.com.br

**DADOS DO CLIENTE**  
FERNANDO JOSE DA SILVA

**ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA**  
AV JOAO CARDOSO AYRES FILHO 555

CPF: 024.844.044-68

CENTRO/RIBEIRAO  
RIBEIRAO PE  
55520-000

**CLASSIFICAÇÃO**  
B1 RESIDENCIAL  
RESIDENCIAL  
Monofásico

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO
1613150028	02/2018
DATA DE VENCIMENTO	DATA PREVISTA PRÓXIMA LEITURA
09/02/2018	02/03/2018
TOTAL A PAGAR (R\$)	
57,68	

Nº DA NOTA FISCAL	SÉRIE	EMIÇÃO
003914074	ÚNICA	02/02/2018

APRESENTAÇÃO	Nº DO CLIENTE	Nº DA INSTALAÇÃO
02/02/2018	2001119133	3318338

**DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL**

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo(KWh)	74,0000000	0,88874564	49,48
Contribuição Iluminação Pública			4,30
ICMS Subvenção-CDE-NF 000117392-06/11/17			1,85
Multa por atraso-NF 000112099 - 04/01/18			2,18
Juros por atraso-NF 000112099 - 04/01/18			0,03
Atualização IGPM-NF 000112099 - 04/01/18			0,04
<b>TOTAL DA FATURA</b>			<b>57,68</b>

**DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL**

Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	DATA ANTERIOR	LEITURA ANTERIOR	DATA ATUAL	LEITURA ATUAL	Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (KWh)
MB75716	CAT	04-01-2018	41 974,00	02-02-2018	42 048,00	28	1,00000		74,00

**HISTÓRICO DE CONSUMO**

MÊS/ANO	KWh
FEV 18	74
JAN 18	153
DEZ 17	155
NOV 17	266
OUT 17	188
SET 17	194
AGO 17	165
JUL 17	173
JUN 17	189
MAI 17	97
ABR 17	222
MAR 17	152
FEV 17	89

**INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS**

BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
ICMS	25,00	12,37
PIS	0,57	0,26
COFINS	2,60	1,28

**COMPOSIÇÃO DO CONSUMO**

Descrição	R\$	%
Ger. To Jo Energia	13,85	27,99%
Transmissão	1,46	2,85%
Distribuição (Cepe)	12,07	24,39%
Perdas de Energia	3,63	7,34%
Encargos Setoriais	4,55	9,20%
Tributos	13,92	28,13%
<b>Total</b>	<b>49,48</b>	<b>100%</b>

Consumo Ativo(KWh) **TARIFAS APLICADAS** 0,46036000

RESERVADO AO FISCO  
CFEA 0099 BCC6 4133 A604 B0E2 FF 73 3223

**INFORMAÇÕES IMPORTANTES**

Na data da leitura a bandeira em vigor é a Verde. Mais informações em [www.aneel.gov.br](http://www.aneel.gov.br). 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 pró. - para O Cliente é compensado quando há decréscimo do preço definido para os padrões de atendimento comercial. Unidade e classificada. Nova tarifa B1 - RESIDENCIAL - Cobrta o consumo de energia, gás e chuveirinho. Ministério da Saúde, Governo Federal.

Não existem débitos de 2018, e anos anteriores. Esta declaração serve para comprovação do cumprimento das obrigações do consumidor, as quotas das faturas emitidas mensais (Art. 4º, Lei 12.007/09). Esta declaração não abrange valores de parcelamento/contas de débitos nem faturas em discussão judicial (que estarão sendo cobradas após o fim do processo judicial).

**DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES**

CONSUMO	VALOR	LIMITE	LIMITE	LIMITE
JOSE MARIANO	ATENDIDO	DIÁRIO	TRIMESTRAL	ANUAL
DIC	0,00	5,47	12,84	35,86
	0,00	3,55	7,10	14,20
	0,00	3,80	0,00	0,00

**NÍVEL DE TENSÃO**

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

Valor do Encargo de Uso do Sistema de Distribuição = R\$ 18,32

NÚMERO DE FOLHAS: 11







**REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL**  
**MINISTÉRIO DAS CIDADES**

**DETRAN - PE** Nº 9913705330  
**CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEICULO**

VIA 1 COD. RENAVAM 650705319 R.N.T.R.C. \*\*\*\*\* EXERCÍCIO 2013

NOME MARIA IRENE DA SILVA

RIBEIRAO-PE CPF / CNPJ 352.290.474-53 PLACA KGF1803

PLACA ANT / UF \*\*\*\*\* / PE 98015525375725203 CHASSI

ESPECIE TIPO / APTMOTOCVEL / COMBUSTIVEL GASOL / GNV

MARCA / MODELO ANO FAB. ANO MOD. 1996 1996

FIAT/ELBA WEEKEND IE CATEGORIA PARTIC COR PREDOMINANTE VERMELHA

CAP / POT / OIL 52 / 67CV VENC. COTA ÚNICA 1º \*\*\*\*\*

COTA ÚNICA VENC. COTA ÚNICA 2º \*\*\*\*\*

1º IVA 2013 QUITADO PARCELAMENTO / COTAS 3º \*\*\*\*\*

FAIXA I.P.V.A. \*\*\*\*\*

PREMIO TARIFARIO (R\$) IOF (R\$) PREMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO

SEM RESERVA OBSERVAÇÕES

RIBEIRAO LOCAÇÃO DATA 25/01/13

Maria de Fátima Bezerra R. Costa  
 Diretora Presidente DETRAN/PE

**SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS**  
**AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE OU POR SUA CARGA A PESSOAS**  
**TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT**

**PE Nº 9913706330 BILHETE DE SEGURO DPVAT**

DESTAQUE 3 QUADROS O BILHETE DPVAT. EXERCÍCIO 2013

SUA MÃO E DE FORTES OBRIGADO. PLACA KGF1803

352.290.474-53 CPF / CNPJ MARIA IRENE DA SILVA

C9 RIBEIRAO-PE 55520-000 BILHETE DE SEGURO DPVAT

PE Nº 9913706330 EXERCÍCIO 2013 DATA EMISSÃO 26/01/13

VIA 1 352.290.474-53 CPF / CNPJ PLACA KGF1803

RENAVAM MARCA / MODELO

650705319 FIAT/ELBA WEEKEND IE

ANO FAB. 1996 CATEG. 01 Nº CHASSI 98015525375725203

FMS (R\$) PRÊMIO TARIFÁRIO DENATRAN (R\$) CUSTO DO SEGURO (R\$)

CUSTO DO BILHETE (R\$) IOF (R\$) TOTAL A SER PAG. P. O. SEGURO (R\$)

SEGURO PAGO PAGAMENTO PARCELADO DATA DE QUITAÇÃO

COTA ÚNICA

**Seguradora Líder dos Consórcios**  
**do Seguro DPVAT S/A**  
 CNPJ: 09.248.608/0001-04

FEV / 2012





Prefeitura Municipal do Cabo de Santo Agostinho  
Secretaria Municipal de Saúde



## DECLARAÇÃO

Consta em nº de ocorrência **1152526** que o SAMU Cabo de Santo Agostinho foi solicitado para prestar atendimento a **Sra. Josiane Maria Vital da Silva** no dia 11 de março de 2015, às 11:00 min, na BR – 101 nova, próximo ao Hospital Dom Helder Câmara, vítima de capotamento.

A mesma foi atendida no local e posteriormente removida para o Hospital Dom Helder Câmara.

Cabo de Santo Agostinho, 22 de outubro de 2015.

Atenciosamente,

  
Krishnamurti Cabral Jr.  
Coordenador Geral  
SAMU CABO  
Mat. 41446

Krishnamurti Cabral Junior  
Coordenador Geral do SAMU  
Mat. 41446

Endereço: BR -101 km 34 – Centro – Cabo de Santo Agostinho/PE – CEP: 54.510-000  
Fone: 3521 – 5108 E-MAILS: samucabo@hotmail.com



*iruna*

### Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Maria Irene da Silva

RG nº \_\_\_\_\_, data de expedição \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_,

Órgão \_\_\_\_\_, portador do CPF nº 352.290.471-53, com

domicílio na cidade de Ribeirão, no Estado de PE, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)

\_\_\_\_\_, nº \_\_\_\_\_, complemento \_\_\_\_\_,

declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima

Jonane Maria Vital da Silva

Veículo: Ano: Fiat Elba Weeknd PE - 1996

Modelo: Elba Weeknd

Placa: KGF 1703

Chassi: 9DD155253T5725203

Data do Acidente: 11/03/2015

Local e Data: Ribeirão, 02/02/2016

Maria Irene da Silva  
Assinatura do Declarante



## DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Joseane Maria Vital da Silva

RG nº 7.657.615, data de expedição    /   /   , Órgão SDS-PE,

CPF nº 102.510.244-40, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Avenida João Cardoso Aguiar Filho</u>
Número	<u>555</u>
Apto / Complemento	
Bairro	<u>Centro</u>
Cidade	<u>Recife</u>
Estado	<u>PE</u>
CEP	<u>55520-000</u>
Telefone de Contato	
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Recife, 02 de março de 2018.

Assinatura do Declarante: Joseane Maria Vital da Silva





FICHA DE INTERNAÇÃO DO PACIENTE

Atendimento do Paciente: 248207

Data e Hora do Atendimento: 12/03/2015 10:01

Usuário do Atendimento: MARACS

Convênio: SUS - INTERNACAO

Nome do Paciente: JOSEANE VITAL DA SILVA

Prontuário: 69698

Nome da Mãe: MARIA NAO INDENTIFICADO

Nome do Pai:

Data do Nascimento: 01/01/1982

Idade: 33 anos Sexo: FEMININO

Estado Civil: SOLTEIRO

RG:

Data Emissão:

CPF:

Certidão de Nascimento:

Data Emissão:

Naturalidade:

Escolaridade: NAO SABE/SEM DECLARACAO

Carteira Nacional SUS:

Ocupação Habitual: OUTROS

Endereço: RUA CARDOSO ALVES FILHO

538 CENTRO

Cidade: RIBEIRAO

PE

CEP: 55520000

Fone: 85338574

DADOS DO ATENDIMENTO

Origem: SAMU

Médico: MENANDRO BEZERRA DE MELO MARTII CRM: 14418

Especialidade: CIRURGIA GERAL

Acomodação: SALA AMARELA - TRAUMATOLOGIA Leito: LEITO 11-D

TERMO DE RESPONSABILIDADE

Autorizo a internação do paciente acima mencionado no HOSPITAL DOM HELDER CAMARA, bem como os tratamentos clínicos e cirúrgicos (intervenção cirúrgica, anestésias, transfusões, exames de sangue, ou qualquer outro tipo de exame médico laboratorial) que se fizerem necessários para o diagnóstico, tratamento, cura e o bem estar do paciente.

Cabo de Santo Agostinho, 12/03/2015

Assinatura e R.G. do Responsável: \_\_\_\_\_

SUMÁRIO DE ALTA

Condições de Alta: \_\_\_\_\_

Diagnóstico: \_\_\_\_\_

Procedimento: \_\_\_\_\_

Alta em: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_

Médico e C.R.M.: \_\_\_\_\_

Responsável pela retirada do paciente - Nome: \_\_\_\_\_

Assinatura e R.G.: \_\_\_\_\_

HOSPITAL DOM HELDER CÂMARA  
FARMACIA / SANE  
Em. 23 MAR. 2015



# HOSPITAL DOM HELDER CAMARA

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

IMIP HOSPITALAR (SUS)

Data e hora retirada da senha: 11/03/2015 12:55



Nome Paciente: JOSEANE VITAL DA SILVA  
Cód. Paciente: 69698  
Data de Nascimento: 01/01/1982  
Sexo: Feminino  
Idade: 33  
Senha: 0023  
Convênio: 2 - SUS/SIA AMB/URG  
Atendimento: 247928   
SAME:

Período: 11/03/2015 12:55 - 11/03/2015 13:00

NATALIA SALES DE ALCANTARA MELO - COREN: 8023 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - Classificação

Prioridade: VERMELHO - EMERGÊNCIA

Cor:  VERMELHO

Queixa Principal: PACIENTE VITIMA DE CAPOTAMENTO COM RELATO DE DOR EM REGIÃO LOMBAR

Fluxograma sintoma: TRAUMA GRAVE

Discriminador(es): - DOR INTENSA (8-10/10)

Especialidade: CIRURGIA GERAL

*110315*  
*Coluna cervical APP*  
*Bacia AP. Uterina*  
*Coluna lombar sacro APP*

Acolhido(a) por: NATALIA SALES DE ALCANTARA MELO - COREN: 8023 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 11/03/2015 13:00







Atendimento: 247928

Senha da Classificação:

0023

Data e Hora: 11/03/2015 12:58

Paciente: 69698 JOSEANE VITAL DA SILVA Sexo: FEMININO  
 Data do Nascimento: 01/01/1982 idade: 33 anos Convenio: 2 SUS/SIA AMB/URG  
 Nome da Mãe: MARIA NAO IDENTIFICADO Nome do Pai:  
 Estado Civil: SOLTEIRO Nome do Médico: MEDICO PLANTONISTA 1 CRM: 1  
 Endereço: RUA NAO IDENTIFICADO -- CENTRO 0 Bairro:  
 Cidade/UF: RIBEIRAO PE Usuário Atendimento: MICHELLINESM  
 RG (Identidade): Data de Emissão:  
 CPF (Cadastro de Pessoa Fisica): Fone: 31830000  
 Cartão SUS: Data de Emissão CRN:

PCT DEU ENTRADA SEM RG. VITIMA DE CAPOTAMENTO A MESMA FOI PRA AREA VERMELHA. FAVOR CONFERIR DADOS

HDH - Hospital Dom Helder Câmara  
 Evangelina C. Dias de Souza  
 Faturamento/SAME  
 Em: / /

RESUMO DE TRATAMENTO

Peso: \_\_\_\_\_ Altura: \_\_\_\_\_ Temperatura: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_

Queixa Principal *PT vítima de capotamento via tórax com dor comissura 6 em Abans 1 hora de duração (SUA) Nova dor na comissura 6 com dor*

Exame Físico *PT, Condições e membros, tórax, abdômen, ggl: n.*  
*SI de dor na comissura 6 com*

Diagnóstico *Rômatis*

Conduta Terapeutica *Sol. Analgésicos, Análises de Glic*

Prescrição Médica *- Profeno 100 + 100 em S.F. 6x d*  
*-*  
*DA 140 x 90*

*[Handwritten Signature]*  
 Carimbo/Médico

EM CASO DE INTERNAÇÃO FAVOR INFORMAR  
 UNIDADE: \_\_\_\_\_  
 LEITO DO PACIENTE: \_\_\_\_\_





ESTADO DE PERNAMBUCO  
PODER JUDICIÁRIO  
JUÍZO DE DIREITO DA COMARCA DO RECIFE  
23ª Vara Cível da Capital – SEÇÃO B

PROCESSO N.º 0009855-39.2018.8.17.2001

TERMO DE AUDIÊNCIA

Aos 22 (vinte e dois) dias do mês de novembro do ano 2018, às 17h:20min na sala de audiências da 23ª Vara Cível, da Comarca da Capital, onde presente se encontrava a Dra. Maria Valéria Silva Santos de Melo, Juíza Titular da presente Vara, comigo, que abaixo subscrevo e o Dr. Marcos Fortunato Heringer Rosa, CRM/PE nº022350, teve lugar a **audiência de conciliação** nos autos do processo em epígrafe. Feito o pregão, compareceu a parte autora, acompanhada do advogado, Dr. Renato César Malheiros Cavalcanti, OAB/PE 31915. Presente a Ré SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A e TOKIO MARINE BRASIL SEGURADORA S.A, representadas pelos prepostos Diego Helder de Souza Rosa, RG nº8696529 SDS/PE e José Elias Veras Castro, RG nº6990195 SDS/PE, acompanhado do advogado, Dr. Manoel Joaquim Polycarpo Lima Filho, OAB/PE 34668.

**Declarada aberta a audiência, a parte autora foi submetida a exame, de acordo com o Médico Perito, conforme Laudo de Verificação e Quantificação de Lesões permanentes, em anexo.**


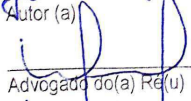
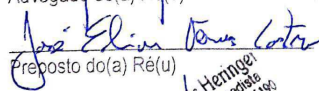

Dada a palavra ao advogado da parte autora, nada requereu.

Dada a palavra ao advogado da parte ré, este requereu o prazo de 05 (cinco) dias para se manifestar sobre o laudo pericial, o qual foi prontamente deferido pela MM. Juíza.

**DESPACHO:** Expeça-se alvará em favor do perito, Dr. Marcos Fortunato Heringer Rosa, CRM/PE nº022350, no valor de R\$ 200,00 (duzentos reais), conforme comprovante de depósito em ID. 37998115.

Nada mais havendo a registrar, dou a presente audiência por encerrada e intimados os presentes de todos os seus termos. Do que, para constar, foi lavrado o presente termo, que vai devidamente assinado pelas partes. Encerrada a presente, eu, Danielle Fugagnoli Gonçalves, Danielle Fugagnoli Gonçalves, lavro o presente termo, o qual digitei e subscrevi.

  
Dra. Maria Valéria Silva Santos de Melo  
Juíza de Direito

  
Autor (a) Advogado do(a) Autor (a)  
  
Advogado do(a) Ré(u) Preposto do(a) Ré(u)  
  
Preposto do(a) Ré(u)  
Perito Médico   
Dr. Marcos Heringer  
Traumata - Ortopedista  
CRM/PE nº33017001/19192

Scanned by CamScanner



Assinado eletronicamente por: DANIELLE FUGAGNOLI GONCALVES - 26/11/2018 08:35:11  
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=1811260835110000000037764809>  
Número do documento: 1811260835110000000037764809

Num. 38311203 - Pág. 1



Assinado eletronicamente por: RENATO CESAR MALHEIROS CAVALCANTI - 03/06/2019 22:26:37  
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19060322263759500000045438473>  
Número do documento: 19060322263759500000045438473

Num. 46139709 - Pág. 1



Nº Processo: 9855-39/2018

Nome completo: Israele Junio Vital da Silva

CPF: 10251024440

Vara: 23ª Vara Cível da Capital – Seção B

### Laudo de Verificação e Quantificação de Lesões Permanentes

#### Informações do Acidente

Local do acidente:

Cabo de Santo Agostinho, PE.

Data do Acidente:

11/07/2015

#### Avaliação

I) Há lesão cuja etiologia (origem causal) seja exclusivamente decorrente de acidente pessoal com veículo automotor de via terrestre?

a)  Sim

b)  Não

*Só prosseguir em caso de resposta afirmativa*

II) Descrever o quadro clínico atual informando:

a) qual (quais) região(ões) corporal(is) encontra(m)-se acometida(s):

ombro (D), coluna cervical, punho (E)

b) as alterações (disfunções) presentes no patrimônio físico da Vítima, que sejam evolutivas e temporalmente compatíveis com o quadro documentado no primeiro atendimento médico hospitalar, considerando-se as medidas terapêuticas tomadas na fase aguda do trauma.

Sim

III) Há indicação de algum tratamento (em curso, prescrito, a ser prescrito), incluindo medidas de reabilitação?

a)  Sim

b)  Não

Se SIM, descreva a(s) medida(s) terapêutica(s) indicada(s):

/

IV) Segundo o exame médico legal, pode-se afirmar que o quadro clínico cursa com:

a)  disfunções apenas temporárias

b)  dano anatômico e/ou funcional definitivo (sequelas)

Em caso de dano anatômico e/ou funcional definitivo informar as limitações físicas irreparáveis e definitivas presentes no patrimônio físico da Vítima.

Por ausência do ambulatório limitações do movimento flexão do punho e mobilidade por membro inferior (E).

V) Em virtude da evolução da lesão e/ou de tratamento, faz-se necessário exame complementar?

a)  Sim, em que prazo: \_\_\_\_\_

b)  Não

*Em caso de enquadramento na opção "a" do item IV ou de resposta afirmativa ao item V favor NÃO preencher os demais campos abaixo assinalados*

VI) Segundo o previsto na Lei 11.945 de 4 de junho de 2009 favor promover a quantificação da(s) lesão(ões) permanente(s) que não seja(m) mas susceptível(is) a tratamento como sendo geradora(s) de dano(s) anatômico(s) e/ou funcional(is) definitivo(s), especificando, segundo o anexo constante à Lei 11.945/09, o(s) segmento(s) corporal(is) acometido(s) e ainda segundo o previsto no instrumento legal, firmar a sua graduação:

Segmento corporal acometido:

a)  Total (Dano anatômico ou funcional permanente que comprometa a íntegra do patrimônio físico e/ou mental da vítima.

b)  Parcial (Dano anatômico e/ou funcional permanente que comprometa apenas parte do patrimônio físico e/ou mental da vítima.



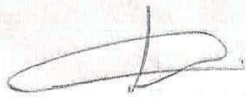




+ PROT +

Recente um maior  
clínico ou radiográfico  
de fratura

C.D. Tremel 100% + SF 100%  
ou 70%  
Site opai do  
atendimento



11/10/15 #Os card

Atendimento de condonados 10. 10h. Mega  
Nômico ou Bemais

A Usos adoss pedras, sem estar levada.

B MWA bwi sl. RA.

e RER - 25, 30, 40, 50

D Clonox 45

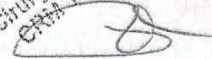
E Se exames

Ass plano benvenuto, doloroso, sem indagação

Ch. Sol R de teste e TAE de teste e  
obolone

Tremel 100% MWA 100%  
8=99% - 100% 21/30/15

Dr. Emanuel Alencar  
Cirurgia Geral  
CRM 13711



17/03/14

# C6

Paciente permanece com dor em coluna lombar e abdome lower.

É liberada pela ortopedia. Retornou TC e aguarda laudo da radiologia.

Abdome com pouca dor à palpação profunda sem sinais de irritação peritoneal.

U: Aguarda laudo TC


Às 16:30h:

Paciente refere náuseas + vômitos.

1) Prosa 05 sup. (IV) dil + SF 0,9% 250 ml (IV)

16/040    
Dr. Natalia G. Souza   
Médica   
CRM 2245

17/03/2014 C66M2. Ny. dispnea, afasia, dor abdominal  
DS: LOMBALGIA DORADO (I) PULSO (I)  
A - W3 dor plav, p. d. = Pulsos des, FC = 74/min  
B - MV (I) em AAZ 4/14 D - G1 papilo lacrimos e fadiga  
C - Abdome low, pulso fr.  
Mv NDV IAC de abdome (no sentido liquido do   
preesplendo e preesplendo) pelo fimo impresso!

CD - Aguardo laudo da TAC p. abd.  






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

---

**Rio de Janeiro, 23 de Maio de 2019**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190306269**

**Vítima: JOSIANE MARIA VITAL DA SILVA**

**Data do Acidente: 11/03/2015**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: RENATO CESAR MALHEIROS CAVALCANTI**

**Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO**

**Senhor(a), JOSIANE MARIA VITAL DA SILVA**

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

Foi verificado que o dano pessoal evoluiu sem seqüela definitiva, razão pela qual não foi caracterizada a invalidez permanente coberta pelo Seguro DPVAT.

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

Pag. 00327/00328 - carta\_04 - INVALIDEZ



Carta nº 14354780



JUNTADA DE PETIÇÃO REQUERENDO INCLUSÃO CNPJ DAS DEMANDADAS (ANEXO)





**EXCELENTÍSSIMO SENHOR DOUTOR JUIZ DE DIREITO DA 26ª VARA CÍVEL DA  
COMARCA DE RECIFE – PE.**

**PROCESSO Nº: 0033397-52.2019.8.17.2001**

**Seção B**

**JOSIANE MARIA VITAL DA SILVA**, já devidamente qualificada nos autos da ação em epígrafe, movida contra **SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S.A e TOKIO MARINE SEGURADORA S/A**, já devidamente qualificadas nos autos da ação em epígrafe, vem requerer a Vossa Excelência a retificação das partes Demandadas, para que sejam incluídos os seus CNPJ, quais sejam: **SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S/A**: 09.248.608/0001-04 e **TOKIO MARINE SEGURADORA S/A**, CNPJ 60.831.344/0001-74.

Nestes Termos,

Pede deferimento.

Recife, 03 de junho de 2019.

**RENATO CÉSAR MALHEIROS CAVALCANTI**

**OAB-PE 31915**

Av. Bernardo Vieira de Melo, 1551 – SI 01 – Piedade  
Jaboatão dos Guararapes/PE – CEP: 54410-010 - Fone: (81) 3204.4039  
E-mail: renatomalheiros@outlook.com

