



Número: **0002370-18.2019.8.17.3370**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **1ª Vara Cível da Comarca de Serra Talhada**

Última distribuição : **24/10/2019**

Valor da causa: **R\$ 10.466,55**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
CARMOZINA ANA GOMES LEITE (AUTOR)	ARIANNY INACIO DE OLIVEIRA MELO (ADVOGADO)
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (REU)	RAFAELLA BARBOSA PESSOA DE MELO (ADVOGADO)

Documentos

Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
96295 282	06/01/2022 15:44	2665586_EMBARGO_DECLARACAO_SENTENCA_TA_INST_01	Petição em PDF



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 1^a VARA CÍVEL DA COMARCA DE SERRA TALHADA/PE

Processo n.º 00023701820198173370

EMBARGOS DE DECLARAÇÃO

Ante os fundamentos a seguir:

DA SÍNTESE DOS FATOS E DA OMISSÃO

Sem adentrar ao mérito da decisão, informa a V. Exa. que constou na parte dispositiva desta o seguinte:

ANTE O EXPOSTO, nos termos do art. 487, I, do CPC, resolvo o mérito da demanda para **JULGAR PROCEDENTE** o pedido formulado na petição inicial para condenar a Seguradora Ré a pagar à parte autora a importância de R\$ 1.691,55 (mil, seiscentos e noventa e um reais e cinquenta e cinco centavos), corrigida monetariamente pela tabela do ENCOGE a partir da data do acidente e acrescido de juros de mora de 1% ao mês desde a citação (art. 405 do Código Civil c/c o art. 240 do CPC – Súmula nº 426 do STJ).

Em razão da sucumbência, condeno a parte requerida ao pagamento das custas e despesas processuais, além dos honorários advocatícios, que fixo em R\$ 500,00 (quininhentos reais)^[3], porque muito baixo o valor da condenação^[4], nos termos do artigo 85, § 8º, CPC, tendo em vista os parâmetros estipulados nos incisos I a IV do § 2º do art. 85 do CPC, uma vez que se trata de demanda de baixa complexidade. O E. TJPE, em mais de uma oportunidade, considerou adequado o valor de honorários no montante ora estabelecido^[5]^[6] e^[7].

Com a mais a respeitosa vénia, assim o fazendo, afigura-se a v. decisão omissa em pontos essenciais, justificando o cabimento dos presentes Embargos de Declaração, a fim de que essa V. Exa. decida-os e confira os efeitos integrativos ao respeitável decisum.

Frisa-se que na d. decisão exarada , verifica-se grave OMISSÃO, que devem ser supridas ou sanadas por meio dos presentes embargos, sendo certo que o recurso não objetiva rediscutir a matéria, mas afastar os vícios constatados no julgado.

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



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 06/01/2022 15:44:45
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=22010615444566300000094221039>
Número do documento: 22010615444566300000094221039

Num. 96295282 - Pág. 1

RAZÕES DE EMBARGOS DE DECLARAÇÃO

Ocorre que na presente demanda que já houve pagamento administrativo no caso em tela, a Embargante, reitera que o pagamento foi realizado em favor do Embargado, conforme consta dos documentos acostados – isto, após meticulosa análise da documentação apresentada foi liberado o valor da indenização na monta de R\$ 4.720,95 (quatro mil e setecentos e vinte reais e noventa e cinco centavos), realizados em 2 pagamentos distintos, trazemos a colação os comprovantes de pagamento, vejamos:

- PAGAMENTO REALIZADO EM 09/05/2019 NO VALOR DE R\$ 1687,50:

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:

09/05/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL:

1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: CARMOZINA ANA GOMES LEITE

BANCO: 001

AGÊNCIA: 01061-8

CONTA: 000000028031-3

Nr. da Autenticação 6547242A4F5F07EC

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



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 06/01/2022 15:44:45
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=22010615444566300000094221039>
Número do documento: 22010615444566300000094221039

Num. 96295282 - Pág. 2

- PAGAMENTO REALIZADO EM 25/07/2019 NO VALOR DE R\$ 3.033,45:

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:

25/07/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL:

3.033,45

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: CARMOZINA ANA GOMES LEITE

BANCO: 001

AGÊNCIA: 01061-8

CONTA: 000000028031-3

Nr. da Autenticação 5C5EC977258278EB

Portanto, necessária a apreciação das provas trazidas ao processo pela ora Embargante, uma vez que não foi considerado pelo juízo sentenciante que os pagamentos administrativos ora noticiado.

Destaca-se que o seguro DPVAT é alvo de fraudes a todo instante! Não que seja o caso desses autos, mas as evidencias se relevam como tentativa da requerente em receber valor além do estabelecido por lei, ocultando o fato de já ter recebido a quantia de **R\$ 4.720,95 (quatro mil e setecentos e vinte reais e noventa e cinco centavos)** na via administrativa.

Ressalte-se que a Embargante não está se omitindo ou procrastinando na presente demanda, muito pelo contrário, busca a veracidade dos fatos, para a perfeita aplicação da justiça.

De acordo com os documentos anexados pela Embargante, nota-se que o pagamento da indenização ora pleiteada já foi objeto de análise e pagamento em sede administrativa.

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



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 06/01/2022 15:44:45
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=22010615444566300000094221039>
Número do documento: 22010615444566300000094221039

Num. 96295282 - Pág. 3

DO PEDIDO

Diante do exposto, requer sejam acolhidos e providos os presentes Embargos Declaratórios, enfrentando-se os pontos omissos suscitados, conferido-lhes efeitos integrativos, por via de consequência modificativos, para o fim de prover integralmente, para que sobre eles se pronuncie esse Ilustre Julgador, tudo por ser medida de direito e justiça.

Outrossim, informa a embargante que pelo fato dos presentes Embargos terem efeitos infringentes, requer que seja feita a devida intimação da parte Embargada, para que esta venha responder as presentes alegações, a fim de evitar violação ao direito constitucional da ampla defesa e contraditório.

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

SERRA TALHADA, 6 de janeiro de 2022.

**JOÃO BARBOSA
OAB/PE 4246**

**ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELO JUNIOR
30225 - OAB/PE**

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



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 06/01/2022 15:44:45
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=22010615444566300000094221039>
Número do documento: 22010615444566300000094221039

Num. 96295282 - Pág. 4



Número: **0002370-18.2019.8.17.3370**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **1ª Vara Cível da Comarca de Serra Talhada**

Última distribuição : **24/10/2019**

Valor da causa: **R\$ 10.466,55**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
CARMOZINA ANA GOMES LEITE (AUTOR)	ARIANNY INACIO DE OLIVEIRA MELO (ADVOGADO)
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (REU)	RAFAELLA BARBOSA PESSOA DE MELO (ADVOGADO)

Documentos

Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
96295 284	06/01/2022 15:44	2665586_EMBARGO_DECLARACAO_SENTENCA_TA_INST_Anexo_02	Outros (Documento)

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: 25/07/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 3.033,45

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: CARMOZINA ANA GOMES LEITE

BANCO: 001

AGÊNCIA: 01061-8

CONTA: 000000028031-3

Nr. da Autenticação 5C5EC977258278EB



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 06/01/2022 15:44:45
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=22010615444577600000094221041>
Número do documento: 22010615444577600000094221041

Num. 96295284 - Pág. 1

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: 09/05/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: CARMOZINA ANA GOMES LEITE

BANCO: 001

AGÊNCIA: 01061-8

CONTA: 000000028031-3

Nr. da Autenticação 6547242A4F5F07EC



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 06/01/2022 15:44:45
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=22010615444577600000094221041>
Número do documento: 22010615444577600000094221041

Num. 96295284 - Pág. 2



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

Rio de Janeiro, 15 de Abril de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190273272 Vítima: CARMOZINA ANA GOMES LEITE

Data do Acidente: 02/01/2019 Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: GEORGE CARLOS MELO LIMA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), CARMIZINA ANA GOMES LEITE

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta n° 14189821



Cap. 01735/01736 - carta 01 - INVALIDEZ



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 06/01/2022 15:44:45
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=22010615444577600000094221041>
Número do documento: 22010615444577600000094221041

Núm. 96295284 - Pág. 3



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, 18 de Abril de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190273272

Vítima: CARMOZINA ANA GOMES LEITE

Data do Acidente: 02/01/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: GEORGE CARLOS MELO LIMA

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), CARMOZINA ANA GOMES LEITE

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

Documentação médica-hospitalar

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00544/00544 - carta_03 - INVALIDEZ



00020272

Carta nº 14213698



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 06/01/2022 15:44:45
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=22010615444577600000094221041>
Número do documento: 22010615444577600000094221041

Num. 96295284 - Pág. 4



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, 17 de Maio de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190273272 Vítima: CARMIZINA ANA GOMES LEITE

Data do Acidente: 02/01/2019 **Cobertura:** INVALIDEZ

Procurador: GEORGE CARLOS MELO LIMA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), CARMOZINA ANA GOMES LEITE

Informamos que o pagamento da indenização

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

Multa: R\$ 0,00
Juros: R\$ 0,00
Total creditado: R\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um joelho 25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

Recebedor: CARMOZINA ANA GOMES LEITE

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 001

Agência: 000001061-8

Conta: 0000028031-3

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, retorno ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 06/01/2022 15:44:45
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=22010615444577600000094221041>
Número do documento: 22010615444577600000094221041

Núm. 96295284 - Pág. 5



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, 27 de Junho de 2019

Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3190273272 Vítima: CARMOZINA ANA GOMES LEITE

Data do Acidente: 02/01/2019 Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: GEORGE CARLOS MELO LIMA

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Comunicamos que o pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado e está em análise e o prazo regulamentar de 30 dias foi interrompido para apuração de dados e informações adicionais. Assim que todas as informações forem finalizadas, o prazo voltará a seguir normalmente.

Por favor, aguarde contato e continue acompanhando o seu pedido de indenização através dos canais oficiais da Seguradora Líder DPVAT.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 01937/01938 - carta_02 - INVALIDEZ



00040969

Carta nº 14495558



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 06/01/2022 15:44:45
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=22010615444577600000094221041>
Número do documento: 22010615444577600000094221041

Num. 96295284 - Pág. 6



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, 01 de Agosto de 2019

Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3190273272 Vítima: CARMOZINA ANA GOMES LEITE

Data do Acidente: 02/01/2019 Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: GEORGE CARLOS MELO LIMA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), CARMOZINA ANA GOMES LEITE

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 3.033,45

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

Graduação: Em grau leve 32,1%

% Invalidez Permanente DPVAT: (32,1% de 70%) 22,47%

Valor a indenizar: 22,47% x 13.500,00 = R\$ 3.033,45

Recebedor: CARMOZINA ANA GOMES LEITE

Valor: R\$ 3.033,45

Banco: 001

Agência: 000001061-8

Conta: 0000028031-3

Tipo: CONTA CORRENTE

Pag. 01153/01154 - carta_30 - INVALIDEZ



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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

DADOS CADASTRAIS

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

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

Nº do sinistro ou ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:		
	984.057.714.87	CARMORINA ANA GOMES LEITE		
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012				
Nome completo: CARMORINA ANA GOMES LEITE		CPF: 984.057.714.87		
Profissão: ADOSERTADA	Endereço: AVGUSTO JOSÉ DUARTE	Número: 7315	Complemento: CASA	
Bairro: IPSEP	Cidade: SERNA TALHADA	Estado: PE	CEP: 56.903.234	Tel.(DDD): 87.49990.1477
E-mail:				

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

RENDIMENTO MENSAL:

- | | | | |
|---|--|--|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR | <input type="checkbox"/> ATÉ R\$1.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00 |
| <input type="checkbox"/> SEM RENDA | <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 | <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$10.000,00 |

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

- CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Bradesco (237) | <input type="checkbox"/> Itaú (341) |
| <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) | <input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104) |

- CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: BANCO DO BRASIL

AGÊNCIA: CONTA:
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: 8 CONTA: 28.031 3
(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.

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

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

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

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data: *Reato 10/04/19*
Nome: _____
CPF: _____

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____
CPF: _____

Assinatura

2º | Nome: _____
CPF: _____

EXCELSIOR SEGUROS

Assinatura: *11 ABR. 2019*
SEGURO DPVAT

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente documento, A SELAROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

FPS.001 V001/2018



TERM 000000553 AGENTE 701316 AUTE 53412
COBAN:065325 LOJA:0001 PDV:000553
04/04/2019 BANCO DO BRASIL 13:30:06
024632501 CORRESPONDENTE BANCARIO 0285
COMPROVANTE DEPOSITO EM CONTA CORRENTE
EM DINHEIRO

CLIENTE: CARMOSINA AMA GOMES LEITE
AGENCIA: 1061-8 CONTA: 28.031-3

DATA	04/04/2019
NR. DOCUMENTO	2.466.532.500.295
VALOR DINHEIRO	5,00
VALOR TOTAL	5,00

NR. AUTENTICACAO 6.413.698.A45.4CF.L8A





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO

DELEGACIA DE POLÍCIA DA 177ª CIRCUNSCRIÇÃO - SERRA TALHADA - DP177ª CIRC
DINTER2/21ª DESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N.º **19E0267001074**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **22/03/2019** às **14:31**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado) que aconteceu no dia **2/1/2019** às **10:00**

Fato ocorrido no endereço: **ANTONIO GODOY, CENTRO - SERRA TALHADA/PERNAMBUCO /BRASIL** Próximo a: **MUNICIPIO DE SERRA TALHADA, 1 - Bairro: CENTRO - SERRA TALHADA/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

NAO SE APLICA (AUTOR \ AGENTE)
EMANUEL GOMES LEITE (NOTICIANTE)
CARMOZINA ANA GOMES LEITE (VITIMA)



Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): EMANUEL GOMES LEITE

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

CARMOZINA ANA GOMES LEITE (não presente ao plantão) - Sexo: **Feminino** Mãe: **ANA GOMES DA SILVA** Pai: **JOSE AGOSTINHO GOMES** Data de Nascimento: **20/9/1943** Naturalidade: **FLORESTA / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **1847899/SSP/PE (RG), 98405721487 (CPF)** Estado Civil: **VIUVO(A)** Escolaridade: **1º. GRAU INCOMPLETO** Profissão: **APOSENTADO**
Endereço Residencial: **RUA AUGUSTO JOSE DUARTE, 1315 - CEP: 0 - Bairro: ALTO DA CONCEICAO - SERRA TALHADA/PERNAMBUCO/BRASIL**

EMANUEL GOMES LEITE (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **CARMOZINA ANA GOMES LEITE** Data de Nascimento: **28/11/1986** Naturalidade: **SERRA TALHADA / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **7560663/SDS/PE (RG), 06843772412 (CPF), 03817655054 (CNH)** Estado Civil: **CASADO(A)** Escolaridade: **2º. GRAU COMPLETO** Profissão: **AUTONOMO(A)** Telefones Celulares: **- 87996316594**

Endereço Residencial: **RUA AUGUSTO JOSE DUARTE, 1315 - CEP: 0 - Bairro: ALTO DA CONCEICAO - SERRA TALHADA/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

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

MOTOCICLETA (VEÍCULO) de propriedade do(a) Sr(a): **EMANUEL GOMES LEITE**, que estava em posse do(a) Sr(a): **EMANUEL GOMES LEITE**



Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 150 TITAN ES** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **PRETA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **KJU1731** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Renavam: **912993707** Chassi: **9C2KCO6507R043098**
Combustível: **ALCO/GASOL**

Complemento / Observação

COMPARECEU A ESTA DEPOL, O NOTICIANTE EM TELA, COMUNICANDO QUE NO DIA, HORA E LOCAL JA DESCRITO, TRAFEGAVA NA RUA MENCIONADA, PILOTANDO A CITADA MOTOCICLETA, COM A VITIMA NA GARUPA, MOMENTO EM QUE A SANDALIA DA MESMA CAIU NO SOLO, E ENQUANTO O MESMO PARAVA A REFERIDA MOTOCICLETA A MESMA SALTOU DA GARUPA, SE DESIQUILIBRANDO, E CAINDO EM SEGUITA. APÓS O ACIDENTE, A VITIMA FOI SOCORRIDA AO HOSPAM, PELO CORPO DE BOMBEIROS, ONDE FOI CONSTATADO, QUE A MESMA TINHA FRATURADO O FEMUR ESQUERDO, FICANDO A MESMA INTERNADA POR ALGUNS DIAS, E DEPOIS SENDO TRANSFERIDA, A CLINICA SAO VICENTE, ONDE FOI CIRURGIADA.

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

Emanuel Gomes Leite
EMANUEL GOMES LEITE
(NOTICIANTE)

B.O. registrado por: **EDMILSON PEREIRA LIMA - MAT. 151.743-0** - Matrícula: **151743-0**



22/03/2019 14:23



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 06/01/2022 15:44:45
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=22010615444577600000094221041>
Número do documento: 22010615444577600000094221041

Num. 96295284 - Pág. 11

**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e
Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas de Seguro DPVAT**

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Número do Sinistro: 3190273272

Nome do(a) Examinado(a): CARMOZINA ANA GOMES LEITE

Endereço do(a) Examinado(a): Rua Augusto José Duarte, 1 - Serra
Talhada/PE - CEP 56903-234

Identificação - Orgão Emissor/UF/Número : 1847899 - SDS

Data e Local do Acidente : 02/01/2019

Data e Local do Exame : 01/07/2019 RUA JOAQUIM GODOY, 393 - SERRA
TALHADA/PE

Resultado da Avaliação Médica

**I. Descreva o(s) diagnóstico(s) das lesões efetivamente produzidas no
acidente relatado e comprovado.**

FRATURA DE FEMUR ESQUERDO

**II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da
alta.**

TRATAMENTO CIRURGICO

LIMITAÇÃO DE MOBILIDADE DO MIE

ALTA JUNHO 2019

**III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao
diagnóstico relatado.**

LIMITAÇÃO DE MOBILIDADE DO MIE

INSTABILIDADE

**IV. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente
trânsito e comprovadas na documentação apresentada? [X] Sim [] Não**

**V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a
qualquer medida terapêutica)? [X] Sim [] Não**

**VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais
permanentes) resultantes do acidente:**

LIMITAÇÃO DE MOBILIDADE DO MIE

LIMITAÇÃO DE MOBILIDADE DA ARTICULAÇÃO DO JOELHO

INSTABILIDADE PARA DEAMBULAR , USO CONTINUO DE ANDADOR

**VII. Segundo previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74,
modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal
permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em**



caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).

Vide motivo do impedimento no campo das observações

() “Vítima em tratamento” Esta avaliação médica deve ser repetida em _____ dias

() “Sem sequela permanente” (Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)

b) Havendo dano corporal segmentar, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal

MEMBRO INFERIOR ESQ

% do Dano () 10% residual () 25% leve
(X) 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal

% do Dano () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal

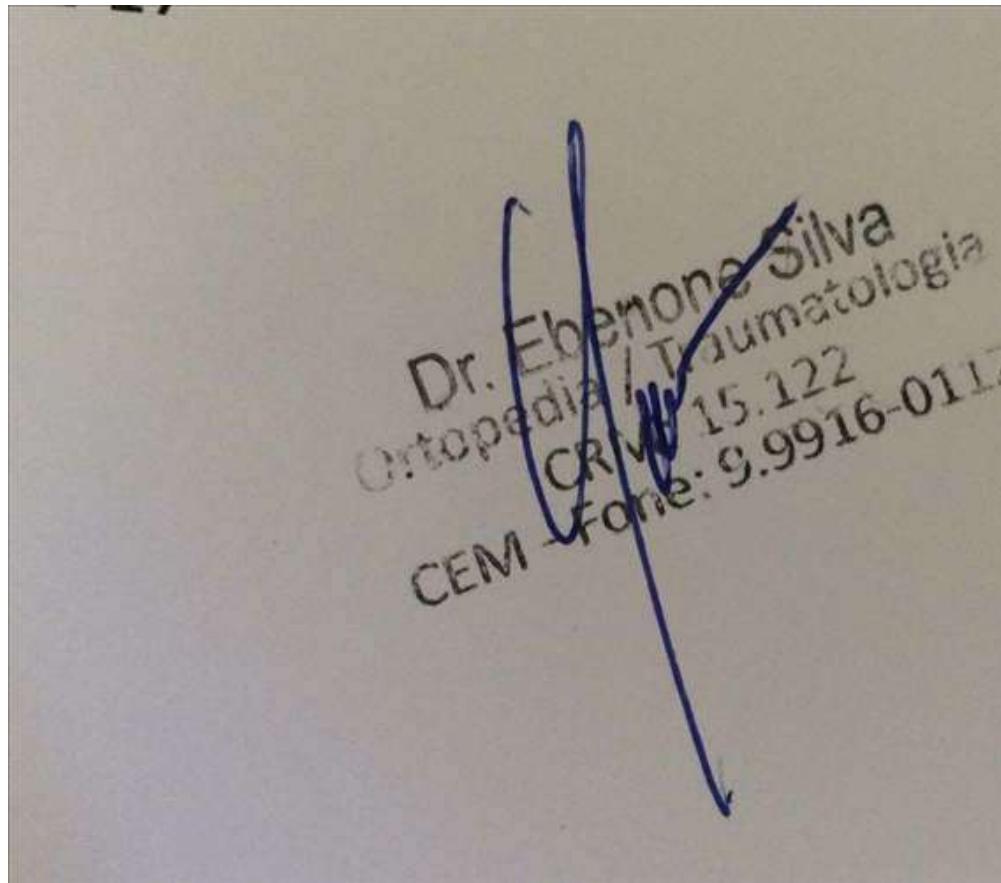
% do Dano () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal

% do Dano () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

VIII.* Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou a valoração do dano corporal.





EBENONE ANTONIO DA SILVA CRM : 15122 / UF :PE





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:
	984.057.714-87	CARMORZINA ANA GOMES LEITE
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012		
Nome completo:	CARMORZINA ANA GOMES LEITE	
Profissão:	Endereço:	CPF: 984.057.714-87
APOSENTADA	AUGUSTO JOSÉ DUARTE	Número: 1315 Complemento: CASA
Bairro:	Cidade:	Estado: PE
IPSEP	SERRA TALHADA	CEP: 56.903.234
E-mail:	Tel (DDD): 89.49998.1472	

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

DADOS CADASTRAIS

RENDIMENTO MENSAL:

<input checked="" type="checkbox"/> RECUZO INFORMAR	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00	<input type="checkbox"/> R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

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

<input type="checkbox"/> Bradesco (237)	<input type="checkbox"/> Itaú (341)
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001)	<input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Name do BANCO: BANCO DO BRASIL

AGÊNCIA: CONTA:
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: 1067 8 CONTA: 28.031 3
(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.

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

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

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

Vítima teve filhos? Sim Não Se tinha filhos, informar quantos: Vivos: Falecidos: Vítima deixou nascituro (vai nascer)? Sim Não Vítima deixou país/avôs vivos? Sim Não

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

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data,

Reato 11.04.19

Nome:

CPF:

TESTEMUNHAS

1º | Nome:

CPF:

Assinatura

2º | Nome:

CPF:

EXCELSIOR SEGUROS

Assinatura 11 ABR. 2019

SEGURO DPVAT

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário. A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

FPS.001 V001/2018





**SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DE PERNAMBUCO**

COInter/2 – 3º Grupamento de Bombeiros

SERRA TALHADA - PE, 08 de março de 2019.

[Handwritten signature]
ANDRÉ PEREIRA DA SILVA
Ten Cett BM CAP QOC/BM
ANALYST QOC/BM
TEN/2008/64
MAIL/200121GB
RG/27920121GB

CERTIDÃO DE OCORRÊNCIA N° 037 DOp./2019

O Chefe da Divisão de Operações do 3º Grupamento de Bombeiros do Corpo de Bombeiros Militar do Estado de Pernambuco, por solicitação da Sra. CARMOZINA ANA GOMES LEITE, CPF 984.057.214-87, residente à Rua Augusto José Duarte, 1315, Nossa Senhora da Conceição, Serra Talhada-PE, CERTIFICA que foi deslocada a viatura AR 396 da 1ª Seção de Bombeiros, do 3º Grupamento de Bombeiros Serra Talhada-PE, às 10h14min do dia 02 de Janeiro de 2019, comandada pelo Cb QBMG 1/707411-5 FELIPE DE JESUS DIAS CARDOSO, para uma ocorrência de ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR (QUEDA DE MOTOCICLETA), nº B 1215068, sendo vitimada a solicitante, a qual informou que estava como garupa da motocicleta marca/modelo, HONDA/CG 150 TITAN ES, cor preta, placa KJU-1731, sendo o referido veículo visualizado pela guarnição no local da ocorrência. O acidente ocorreu na Rua Antônio Godoy, 1298, Centro, Serra Talhada-PE e a vítima apresentava as seguintes lesões aparentes: fratura fechada no membro inferior esquerdo, a qual foi socorrida e conduzida ao Hospital Regional Professor Agamenon Magalhães, Serra Talhada-PE, ficando aos cuidados do Dr. ANTÔNIO RODRIGUES, CRM-PE 7351, prontuário 066. A presente certidão segue assinada por mim, CAP QOC/BM CAP QOC/BM WAMBERG RODRIGUES DOS SANTOS, chefe da Divisão de Operações do 3º Grupamento de Bombeiros.

[Handwritten signature]
Wamberg Rodrigues dos Santos
Cap QOC/BM Mat.704015-6

EXCELSIOR SÉGUROS

3º Grupamento de Bombeiros. BR 232 (Av. Vicente Inácio de Oliveira), Km 413, Cachoeira II, Serra Talhada, PE CEP: 56.906-000.
Fone/Fax: (87) 3831 9382/3831 9383. E-mail: 3gb@bombeiros.pe.gov.br CNPJ: 00.358.773/0017-01.

APR 20'
SEG'





Tarifa Social de Energia Elétrica: Criada pela Lei 10.436, de 26/04/02
NOTA FISCAL - FATURA - CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA
Companhia Brasileira de Distribuição
Av. João de Barros, 111, Rio Vale, Recife, Pernambuco - CEP 50190-502
DNI 75 025 02 001-50 | Intr. Est. 205943-91 | www.celpe.com.br

NÚMERO CLP-NF:
DENILSON ANTONIO DE LIMA

ENDERECO DA UNIDADE CONSUMIDORA
RUA ALFREDO YVES CHANTE 1315

CNPJ: 473.113.774-53

ENDA DA CONCEITA SERRA TALHADA

CLASSIFICAÇÃO
BI: RESIDENCIAL
RESUMIDA

SENHA TALHADA PE
50303-234

CONTA CONTRATO 4008362063 MÊS ANO 12/2018

DATA DE VENCIMENTO 03/01/2019 DATA PREVISÃO PRÓXIMA LEITURA 23/01/2019

TOTAL A PAGAR (R\$) 56,32



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. Joás de Barros, 111, Boa Vista, Recife, Pernambuco - CEP 50050-902
Tel. 10.835.933.0001-01 | E-mail: Ed_0005943-93 | www.enel.com.br

DADOS DO CLIENTE
MARIA DE LOURDES MELO LIMA

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

CPF 286 442 044-91

ALTO DA CONCEICAO/SERRA TALH

**CLASSIFICAÇÃO
S1 RESIDENCIAL
RESIDENCIAL**

ALTO DA CONCEICAO/SERRA TALHADA
SERRA TALHADA PE
56903-220

CONTACONTRATO:	1130133025	MES/ANO:	03/2019
DATA DE VENCIMENTO:	21/03/2019	DATA DO PAGAMENTO:	11/04/2019
TOTAL A PAGAR (R\$):	198,60		

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL			
	QUANTIDADE	PREÇO UNIT.	VALOR (R\$)
Consumo Advo(WWh)	229.0000000	0,75250324	172,3
Contrib. Subvenção P. Municipal			8,8
ICMS Subvenção-CDE-NF 04262982-15/12/18			1,2
ICMS Subvenção-CDE-NF 04840790-14/01/19			1,3
Doação APAE - 0800 722 2723			15,0

TOTAL DA FATURA 100,00

DIMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

INTERNACIONAL DE INVESTIGACIONES
Realizamos investigaciones de fondo y de campo en todo el mundo. Nuestras
más recientes giradas de investigación fueron realizadas en: Argentina, Brasil, Chile,
Colombia, Costa Rica, Ecuador, Estados Unidos, Francia, Italia, México, Perú, Uruguay y
Venezuela. Información en: www.intel-int.com. "Nuevas datos de lectura en Internet".
Por favor, envíenos su solicitud de información y le responderemos en 24 horas. O visite
el sitio web de Intel-Int: www.intel-int.gov. Consulte el catálogo de servicios.
El compromiso de Intel-Int es trabajar para la comunidad individual en su nivel de desarrollo de formación.
274-3841444TEL., Juventud 10-4000, 10-4359323 y estadística de mercadeo no tiene par. mba Cuenta es compatible con cualquier sistema de conexión Internet.
Consulte su proveedor de servicios de Internet o su proveedor de servicios de televisión por cable.
Por favor, envíenos su solicitud de información y le responderemos en 24 horas.

as condições gerais de fornecimento (Resolução ANEEL 414/2010), tarifas, produtos, serviços prestados e informações encontram à disposição, para consulta, em nossas unidades atendentes e no site

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES					
CONSUMO	PERÍODO APURADO	LIMITE MÉDIO	LIMITE TRIMESTRAL	LIMITE ANUAL	
DIC	0,00	3,00	8,00	12,00	
FCG	0,00	3,00	0,00	0,00	
DMC	Linha DICR 13,22	R\$0,00 - Valor da Previsão de Uso do Sistema para o Período anterior ao DICR 13,22			

NÍVEIS DE TENSÃO		
TENSÃO NOMINAL(V) 220	LIMITES DE VARIAÇÃO (V)	
	ACIMA MÉDIA	MÉDIA
220		

EXCELSIOR SÉGURO
11 ABR. 2019
SEGURÓ DPVAT



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 06/01/2022 15:44:45
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2201061544457760000009422104>
Número do documento: 22010615444577600000094221041

Núm. 96295284 - Pág. 18



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

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

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

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

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

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

A Circular 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 COAF².

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, APPLICATE PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº9.613/98.

Pelo exposto, eu GEORGE CARLOS MELO LIMA

Inscrito (a) no CPF/CNPJ 008.475.324 / 29 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

CARMOSINA ANA GOMES LEITE inscrito (a) no CPF sob o Nº 984.057.214 / 87,
do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima CARMOSINA ANA GOMEI LEITE

Inscrito (a) no CPF sob o Nº 984.057.214 / 87, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: RECUSO INFORMAR Renda: RECUSO 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>ANTÔNIO TÔMÉ DE SOUZA</u>	Número:	<u>573</u>	Complemento:	<u>CASA</u>
Bairro:	<u>SÃO CRISTÓVÃO</u>	Cidade:	<u>SERRA TALHADA</u>	Estado:	<u>PE</u>
E-mail:				CEP:	<u>56.903-220</u>

Local e Data: SERRA TALHADA - PE 08/04/2019

Assinatura do Declarante

EXCELSIOR SEGUROS

11 ABR. 2019

SEGURO DPVAT

DLDRL.001 V001/2017



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 06/01/2022 15:44:45
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=22010615444577600000094221041>
Número do documento: 22010615444577600000094221041

Num. 96295284 - Pág. 19



DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

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

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

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

Eu, Emanuel Gomes Leite,
RG nº 7560663, data de expedição 30/03/2004
Órgão SOS, portador do CPF nº 068.437.724-12,
com domicílio na cidade de SERRA TALHADA, no Estado de
PERNAMBUCO, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Augusto José Duarte, nº 1513,
complemento Casa, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima
CARMOSINA ANA GOMES LEITE, cujo o condutor era
Emanuel Gomes Leite.

Veículo: MOTO Modelo: Titan 150 Ano: 2007
Placa: KJU1731 Chassi: 9G2KC08507R043098
Data do Acidente: 01/01/2019

Local e Data: Serra Talhada - PE 25/03/2019

Emanuel Gomes Leite

Assinatura do Declarante



Emanuel Gomes Leite

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

CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE SERRA TALHADA - PE
Titular: NEGINHALDO ANÍSIO DA SILVA
Telefone: (87) 38311-924

Reconheço a Firma ppr Autenticidade de EMANUEL GOMES LEITE, Dou Fé. Serra Talhada - PE, Em Teste,) di-
vermade. () Regional: Anísio da Silva Titular. ()
Maria Lúcia de Sousa - Substituta Endr: - R\$ 3,39. TSNE
- R\$ 0,80. FERC - R\$ 0,40. ISS - R\$ 0,20.

Selo: 0074872.EKD03201901.02838 25/03/2019 13:35:16
Consulte autenticidade em www.tjpe.jus.br/seledigital

EXCELSIOR SÉGURO:
11 ABR. 2019
SEGURO DPVAT





BOLETIM DE CLASSIFICAÇÃO DE RISCO E EMERGÊNCIA

Nº: 66.

Date: 02/01/2019.	Horas: 10:53.			
Nome: Carmozina Cíntia Gomes Freite	Profissão: Professora			
Nome Social:				
Nascimento: 20.09.93. Sexo: F	Estado Civil: Solteira			
Escolaridade: 4º Ano	Responsável: B. Militar			
Mãe: Cíntia Nunes da Silva Quarto	Fone: 9.9631-6599			
Endereço: Rua Augusto Município: São Lourenço	RG/CPF: 1.847.899			
Bairro: Jockey				
Carião/SUB:				
Raça/Cor: Branca	Preta	<input checked="" type="checkbox"/> Parda	Amarela	Indígena

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO VERMELHO AMARELO VERDE AZUL

Situação/Queixa:

Dor Coxar e

PA:	P脉:	HGT:	T:	SpO2:	Peso:	Glasgow:
-----	-----	------	----	-------	-------	----------

Medicações em uso:

Intolerâncias/Alergias:

Fluxograma:	Carimbo e Assinatura:
-------------	-----------------------

ATENDIMENTO MÉDICO

História e Exame Físico:

(anteriormente) sente dor no lado direito, de forma contínua, intensa, com episódios de intensificação, dor no lado esquerdo, sensação de pressão e dor na região pélvica.

Tratamento:

Dor Coxar e Pélvis - Rx: Paracetamol 500mg - Internamento.

Hipótese Diagnóstica:

Fartura Súcia - Intercostal - fechada

Carimbo e Assinatura:

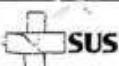


EXCELSIOR SÉGUROS

11 ABR. 2019

SEGURO DPVAT





Sistema
Único de
Saúde
Ministério
da
Saúde

**LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR**

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

HOSPITAL SÃO VICENTE

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

HOSPITAL SÃO VICENTE

2 - CNES

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

4 - CNES

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

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

Lanço zina Ana Nunes Brito

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

63207

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

7012010651836156171713

8 - DATA DE NASCIMENTO

20/09/1943

9 - SEXO

Masc.

Fem.

10 - RAÇA/COR

Parda

11 - NOME DA MÃE

Ana Nunes da Silva

12 - TELEFONE DE CONTATO

8196316594

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

R. Augusto Jose Duarte, 315 1º PSEP

17 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO

18 - UF

19 - CEP

Sena Galdácano

2613309

PIE 5690130010

20 - PRINCIPAIS SINAS E SINTOMAS CLÍNICOS

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

Doença deixa dor M15, descreve-se dor de
peito dor Coxas e Miotíndade
descreve dor e descreve dor
funcional M15

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Necessidade de Vô - Cerebral

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

do Coxas e APP definido

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL

24 - CID 10 PRINCIPAL

25 - CID 10 SECUNDARIO

26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

descrever se não tem resultados 5728

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Osteosclerose

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

0408050586

29 - CLÍNICA

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

31 - DOCUMENTO

() CNS

() CPF

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

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO

09/01/19

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

ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR CRM: 8003

40 - N° DO BILHETE

41 - SÉRIE

36 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

39 - CNPJ DA SEGURADORA

40 - N° DO BILHETE

37 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

41 - SÉRIE

38 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

42 - CNPJ EMPRESA

43 - CNAE DA EMPRESA

44 - CBOR

45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURADO

39 - CNPJ DA SEGURADORA

40 - N° DO BILHETE

41 - SÉRIE

40 - N° DO BILHETE

41 - SÉRIE

41 - SÉRIE

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - CÓD. ÓRGÃO EMISOR

52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

261910500009-9

48 - DOCUMENTO

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

() CNS () CPF

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

03

92

Ilio Pereira de Andrade Med.

CPF: 153.272.214-15 CRM: 8003

Médico Autorizado

X GERES

03

92

09.01.19 13.01.19-





ESPELHO DA SOLICITAÇÃO

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE:	HOSPITAL REGIONAL PROFESSOR AGAMENON MAGALHAES - S. TALHADA	DATA DA SOLICITAÇÃO:	03/01/2019 14:46
MÉDICO SOLICITANTE	JOSE ANDRE MELO BARRETO GUIMARAES	ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO):	CRM - 9608

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME DO PACIENTE:	CARMOZINA ANA GOMES LEITE	Nº DO PRONTUÁRIO:	524824
CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS):	702906583656771	DATA DE NASCIMENTO:	20/09/1943
NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL:	ANA NUNES DA SILVA	SEXO:	Feminino
ENDERECO (RUA, Nº, BAIRRO):	RUA 15 DE NOVEMBRO, 370, , CENTRO	TELEFONE DE CONTATO:	87996316594
MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA:	FLORESTA	CÓD. IBGE MUNICÍPIO:	2605707
		UF:	PE
		CEP:	56400000

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS:	PACT, COM FRATURA SUPRA INTERCONDILIANA FEMUR E	
CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO:		
PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADO DE EXAMES REALIZADOS):		
RAIO X		
DIAGNÓSTICO INICIAL:	FRATURA SUPRA INTERCONDILIANA FEMUR E	
CID 10 PRINCIPAL:	CID 10 SECUNDÁRIO:	CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS:

SINAIS VITais

F. CARDÍACA	F. RESPIRATÓRIA	PRES. ARTERIAL	SATURACAO
75 Bpm	19 Irpm	110/60 MMHG	99 %

PROCEDIMENTO SOLICITADO

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO:	CÓDIGO DO PROCEDIMENTO:		
CLÍNICA:	CARÁTER DA INTERNAÇÃO:	DOCUMENTO:	Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE:
URGÊNCIA	(X)CNS ()CPF		

EXECUTANTE

NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE:	DATA DE AUTORIZAÇÃO:
TIPO DE LEITO:	ESPECIALIDADE:
MÉDICO AUTORIZADOR:	

AUTORIZAÇÃO

NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR:	DATA DA SOLICITAÇÃO:	
DOCUMENTO:	Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR:	CÓD. ÓRGÃO EMISSOR:
(X)CNS ()CPF		

ESCLARECIMENTOS





ESPELHO DA SOLICITAÇÃO

EVOLUÇÃO

Data/Hora Profissional Evolução
03/01/19 14:46 JOSE ANDRE MELO BARRETO GUIMARAES
Descrição
Solicitação Leito

TEMPO DE ATENDIMENTO

Data / Hora	Status	Tempo utilizado	Usuário/Estabelecimento	Observação
03/01/19 14:46	Em digitação	0h:0m:48s	ANACS/HOSPITAL REGIONAL PROFESSOR AGAMENON MAGALHÃES - S. TALHADA	Solicitação armazenada.
03/01/19 14:46	Aguardando Regulacao		ANACS/HOSPITAL REGIONAL PROFESSOR AGAMENON MAGALHÃES - S. TALHADA	Alterada situação da solicitação de EM DIGITAÇÃO para AGUARDANDO REGULAÇÃO.

DADOS CANCELAMENTO

DADOS ALTA

ASSISTIDO

Data / Hora Paciente Assistido Usuário

DADOS REJEIÇÃO

COMUNICAÇÃO ATIVA

OBSERVAÇÕES DA GUIA DE TRANSFERÊNCIA



Hospital São Vicente

Data Atend: 09/01/2019	Atendimeto: 0007726	Quarto/leito: 305 / 5
Paciente: 00063207 - CARMOZINA ANA GOMES LEITE		
Data Nasc: 20/10/1943	Idade: 75 Anos	Sexo: Feminino
Profissão: APOSENTADA	Naturalidade: SERRA TALHADA	Nacionalidade: BRASILEIRO
Nome Pai: JOSE AGOSTINHO GOMES		Nome Mãe: ANA NUNES DA SILVA
Endereço: AUGUSTO JOSE DUARTE, 315		- IPSEP - SERRA TALHADA - PE
Telefones: () . / () . / (87) 9631.6594		
Elementos da Ocorrência:		
Acidente de Transito ()	Acidente de Trabalho ()	Outros Acidentes ()
Suicidio ()	Casual ()	Outros ()
Nome Acompanhante:	Telefone de Contato: () .	
Endereço Acompanhante:		
Local da Ocorrencia:		
ANAMNESE E EXAME FISICO:		
<p><i>temperatura clara, dor, dor</i> <i>e funções normais</i></p>		
Diagnóstico Inicial:		
<p><i>FEAT-SC FEMUR C</i></p>		
SADT:		
Diagnóstico Final:		
<p><i>FEAT-SC FEMUR C</i></p>		
Condição de Alta	Motivo de Alta	
Melhorada <input checked="" type="checkbox"/>	Descrição Médica <input checked="" type="checkbox"/>	Data do Internamento: <u>9</u> / <u>1</u> , <u>19</u> Data da Alta: <u>13</u> / <u>1</u> , <u>19</u> Local: _____  Medico Responsável
Inalterado <input type="checkbox"/>	Alta a Pedido <input type="checkbox"/>	
Piorando <input type="checkbox"/>	Transferencia <input type="checkbox"/>	
Obito + 48h <input type="checkbox"/>	Evasão <input type="checkbox"/>	
Obito - 48h <input type="checkbox"/>	Indisciplina <input type="checkbox"/>	
Obito em _____ / _____ / _____		
Hora : _____		





Hospital São Vicente

Data Atend: 09/01/2019

Atendimeto: 0007726

Quarto/leito: 305 / 5

Paciente: 00063207 - CARMIZINA ANA GOMES LEITE

Cirugía Realizada:

[View](#)

~~ESTADOS UNIDOS~~
ESTADOS UNIDOS
FONK ©

0408050586

Data: 11/05/19

[Inicio](#)

Témoins

Cirurgião: AMÉRICO

1º Auxiliar:

2º Auxiliar

Anestesista: S. Preel

DESCRICAÇÃO CIRURGICA:

- PROTÓTIPO DE CIRURGIA:**

 - ① POTE EM ODM
 - ② ASSEPSIA / ANTESEPSIA
 - ③ PREPARO DA PELA E MUSCULOS
 - ④ ANESTESIA LOCAL
 - ⑤ ABERTURA POR PLANOS
 - ⑥ RETRAÇÃO PLANAS
 - ⑦ FIXAÇÃO DA PARAFUSADA ESQUERDA + PLACA DCP 4.5 + PLATESFOOT
 - ⑧ LARO DE FOLHA.
 - ⑨ SUTURA + CURRIM

Assinatura do Cirurgião





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

Nome: CARMORIM ANA GOMES VIEIRA

D.O.B. 01/06/1980

Franja supra-mentonodisca
do fêmur direito

10 Hospital São Vicente

① Densos lises.

② Marca náspico no bico

③ S/F 0,3% - 500 ml de urina

④ Dipiridamol - 01 a 2 g/dia ou 6/16/18,0006

⑤ Paracetamol - 01 a 2 g/dia 12/12 (18/08)

⑥ CCC

Dr. André Barreto
Ortopédio e Traumatologia
CRM-SE/09 TECOT-4530

Data: 3/11/19

Médico - CRM



Clínica Médica Especializada

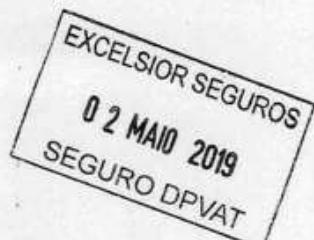
Dr. João Cesar da Cunha

CRM: 10990

CLÍNICA MÉDICA - MEDICINA DO TRABALHO

ENDOCRINOLOGIA

Fone: (87) 3831-1601 / 9 9991-5659



CARMOZINA ANA GOMES LEITE

Paciente veio a sofrer uma queda de moto onde resultou em um trauma na perna esquerda. Foi encaminhado ao Hospam onde após exames de imagem constatou fratura supra intercondilariana no fêmur esquerdo. Foi encaminhado ao Hospital São Vicente onde realizou cirurgia para estabilização e consolidação da fratura.

Após sua alta hospitalar e passando pela avaliação clínica de sequelas por mim realizado ao paciente dia de hoje sob exame fisico-clínico visual, mecânico ativo e passivo e motor sob manobra apresenta como sequela refere a dores provocadas pelas placas e parafusos, dificuldade para deambulação, impossibilidade suprema para realizações de práticas diárias como tomar banho, ir ao vaso sanitário, vestir roupas, rigidez da flexão do joelho esquerdo.

Devido ao grau elevado de osteoporose provocada por 26 anos de menopausa, sarcopenia extrema devido a qualidade, fica difícil a locomoção pela ausência completa da musculatura inviabilizando de todas as tarefas laborais assim como a funcionalidade dos membros inferiores.

Apresenta déficit laboral em 100% e déficit funcional em 100% devido a idade.

Serra Talhada, 29 de abril de 2019

Dr. João Cesar da Cunha
Medicina do Trabalho
CRM: 10990

Rua Cornélio Soares, 810 - Centro - Serra Talhada - PE - CEP: 56.903-440





CENTRO DE ESPECIALIDADES MÉDICAS

Dra. Andreia Diniz
INTERNAÇÃO
LACTOLOGIA - INFANTIL E NEONATAL

Dra. Martha Arruda
CIRURGIA - CINTO-FÁTIA
ESTRUTURA - FIBROSE CAVIARICA

Dr. Antônio Melo
UROLOGIA - GINECOLOGIA
PACIENCIERIA

Dr. Carlos Kennedy
NEUROLOGIA - MEDICINA

Dr. Adelsson Feitosa
ORL/OLARIOLOGIA
ESTRUTURA - FIBROSE CAVIARICA

Dr. Jailson José
NEUROLOGIA

Dr. Ebetone A. Silva
ORL/OLARIOLOGIA - MEDICINA
ESTRUTURA - FIBROSE CAVIARICA

Dra. Ana Carolina Sampayo
KIDNEY/DOCA - TUBO INTESTINAL - VULVOMANIA
CIRURGIA DE PÉS, CALCANHOS

Dra. Dennieldy Duarte
ORL/OLARIOLOGIA - MEDICINA
ESTRUTURA - FIBROSE CAVIARICA

CARMOZINA ANA GOMES LEITE

Paciente, sexo feminino, 75 anos, refere queda de motocicleta em movimento no dia 02 de janeiro de 2019, em área urbana, sendo socorrida para o Hospital Regional Professor Agamenon Magalhães, no município de Serra Talhada, em Pernambuco. Após exames de imagem, foi constatado fratura de fêmur à esquerda em terço distal sendo necessária cirurgia ortopédica para correção da fratura, realizada na Clínica São Vicente.

Hoje, após avaliação clínica de sequelas por mim realizado, a paciente sob o exame físico-clínico visual, mecânico ativo e passivo e motor sob manobra apresenta como sequela: dificuldade de deambulação mesmo com ajuda de apoio, dor crônica em membro inferior esquerdo associado a edema em articulação do joelho.

No atual momento, apresenta déficit funcional de 70% para membro inferior esquerdo e déficit laboral em 100 % para as suas funções de agricultora.

SERRA TALHADA, 11 DE JUNHO DE 2019.

Dra. Argemiro Novaes Bastos
Médico
CRM-PE 27125

MÉDICO



Rua Joaquim Godoy, 393 - Centro - 56.912-450 - Serra Talhada - PE
Fone: (87) 3831-8446 / (87) 90918-0112 - e-mail: cem_st@hotmail.com

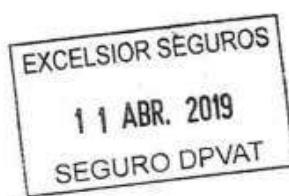
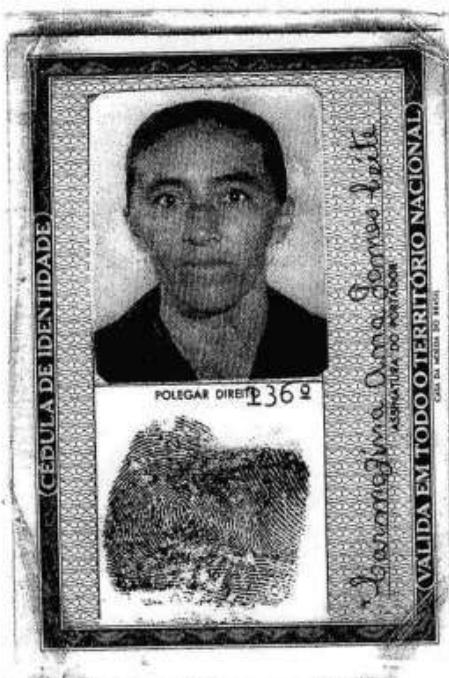


Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 06/01/2022 15:44:45
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=22010615444577600000094221041>
Número do documento: 22010615444577600000094221041

Num. 96295284 - Pág. 29



9-9631.6594





Ministério da Fazenda
Secretaria da Receita Federal do Brasil

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: **984.057.214-87**

Nome: **CARMOZINA ANA GOMES LEITE**

Data de Nascimento: **20/09/1943**

Situação Cadastral: **REGULAR**

Data da Inscrição: **20/01/1993**

Dígito Verificador: **00**

Comprovante emitido às: **15:50:01** do dia **11/04/2019** (hora e data de Brasília).
Código de controle do comprovante: **8547.8691.A24D.E75C**



Este documento não substitui o "Comprovante de Inscrição no CPF".

(Modelo aprovado pela IN/RFB nº 1.548, de 13/02/2015.)





EXCELSIOR SÉGUROS
11 ABR. 2019
SEGURADO DPVAT



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 06/01/2022 15:44:45
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=22010615444577600000094221041>
Número do documento: 22010615444577600000094221041

Num. 96295284 - Pág. 32

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

SEGURO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

DETAN - PE		Nº 013727859546	
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO			
VIA	CÓD. RENAVAM	R.N.T.R.C.	
1	912993707	EXERCÍCIO 2018	
NOME EMANUEL GOMES LEITE			
SERRA TALHADA - PE			
CPF / CNPJ	PLACA		
068.437.724-12	KJU1731		
PLACA ANTE/UF	CHASSI		
--***-***	9C2KC06507R043098		
ESPECIE TIPO	COMBUSTIVEL		
PAS / MOTOCICLETA	GÁSOLINA		
MARCA / MODELO	ANO FAB.	ANO MOD.	
HONDA/CG 150 TITAN ES	2007	2007	
CAP / POT / CIL.	CATEGORIA	COR PREDOMINANTE	
2P / 149CC	PARTIC	PRETA	
COTA UNICA	VENC. COTA UNICA	VENC / COTAS	
IPVA 2018 QUITADO		1.*****	
FAIXA IPVA	PARCELAMENTO / COTAS	2.*****	
*****	*****	3.*****	
PRÉMIO TARIFÁRIO (R\$)	IOF (R\$)	PRÉMIO TOTAL (R\$)	DATA DE PAGAMENTO
SEGURADO PAGO			
OBSERVAÇÕES			
3EM RESERVA			
SERRA TALHADA			
Charles Andrews Sousa Ribeiro Diretor Presidente DETRAN/PE			
DATA 03/08/18			

PE Nº 013727859546 BILHETE DE SEGURO DPVAT

EMANUEL GOMES LEITE

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.seguradoralider.com.br

SAC DPVAT 0800 022 1204

SERRA TALHADA - PE		EXERCÍCIO	DATA EMISSÃO
VIA	CPF / CNPJ	PLACA	
1	068.437.724-12	KJU1731	03/08/18
RENAVAM	MARCA / MODELO		
912993707	HONDA/CG 150 TITAN ES		
ANO FAB.	CAT. TARIF.	Nº CHASSI	
2007	08	9C2KC06507R043098	
PRÉMIO TARIFÁRIO			
FNS (R\$)	DENATRAN (R\$)	CUSTO DO SEGURO (R\$)	
SEGURADO PAGO	IOF (R\$)	TOTAL A SER PAGO PELO SEGURO (R\$)	
PAGAMENTO		DATA DE QUITAÇÃO	
COTA UNICA	PARCELADO		

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

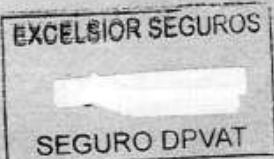
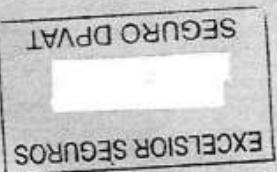
CNPJ 09.248.608/0001-04

DESENHO E GUARDE O BILHETE DPVAT
SUA NÃO É DE PERTÉ ASSEGURADOR

EXCELSIOR SEGUROS
11 ABR. 2019
SEGURO DPVAT



REMETENTE:
GEORGE CARLOS MELO LIMA
RUA - ANTONIO TOME DE SOUSA N° 523
BAIRRO SÃO CRISTÓVÃO - SERRA TALHADA PE
CEP 56.903-220



DESTINA TÁRIO

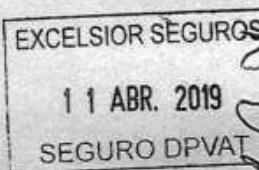
EXCELSIOR SEGUROS

AV. MARQUES DE OLINDA, 175

RECIPE PE

CEP. 50030-000

Tel. (041) 81-3087-9200



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190273272 **Cidade:** Serra Talhada **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: CARMOZINA ANA GOMES LEITE **Data do acidente:** 02/01/2019 **Seguradora:** COMPREV SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: Fratura do fêmur esquerdo.

Descrição do exame físico: Bloqueio articular do joelho esquerdo associado a instabilidade articular acarretando limitação funcional do membro inferior esquerdo.

Resultados terapêuticos: Submetida a tratamento cirúrgico da fratura do fêmur esquerdo.

Sem menção a fisioterapia.

Recebeu alta médica em 06/2019.

Sequelas permanentes: Limitação funcional moderada do membro inferior esquerdo.

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 01/07/2019

Conduta mantida: Não

Observações: Vítima após término do tratamento, com quadro de restrição sequelar da mobilidade do joelho esquerdo, com comprometimento funcional e diminuição da força do membro inferior esquerdo.

OBS : Trata-se de sinistro com pagamento. Vítima indenizada em 50% do Joelho esquerdo, recebe agora indenização complementar.

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 - 32,1 %	22,47%	R\$ 3.033,45
		Total	22,47 %	R\$ 3.033,45



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 06/01/2022 15:44:45
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=22010615444577600000094221041>

Número do documento: 22010615444577600000094221041

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190273272 **Cidade:** Serra Talhada **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: CARMOZINA ANA GOMES LEITE **Data do acidente:** 02/01/2019 **Seguradora:** COMPREV SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: Fratura do fêmur esquerdo.

Descrição do exame físico: Bloqueio articular do joelho esquerdo associado a instabilidade articular acarretando limitação funcional do membro inferior esquerdo.

Resultados terapêuticos: Submetida a tratamento cirúrgico da fratura do fêmur esquerdo.

Sem menção a fisioterapia.

Recebeu alta médica em 06/2019.

Sequelas permanentes: Limitação funcional moderada do membro inferior esquerdo.

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 01/07/2019

Conduta mantida: Não

Observações: Vítima após término do tratamento, com quadro de restrição sequelar da mobilidade do joelho esquerdo, com comprometimento funcional e diminuição da força do membro inferior esquerdo.

OBS : Trata-se de sinistro com pagamento. Vítima indenizada em 50% do Joelho esquerdo, recebe agora indenização complementar.

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 - 32,1 %	22,47%	R\$ 3.033,45
Total			22,47 %	R\$ 3.033,45



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190273272 **Cidade:** Serra Talhada **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: CARMOZINA ANA GOMES LEITE **Data do acidente:** 02/01/2019 **Seguradora:** COMPREV SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 26/06/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DE FÊMUR ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA E PARAFUSOS) E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: 1 SINISTRO COM PAGAMENTO R\$ 1.687,50 - DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DE JOELHO ESQUERDO - VÍTIMA INDENIZADA POR AMD EM 03/05/2019 - APRESENTA NOVO RELATÓRIO MÉDICO. SOLICITO PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNOSTICO, TRATAMENTO, E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VIGÊNCIA DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E/OU ANATÔMICAS E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

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 residual - 10 %	7%	R\$ 945,00
		Total	7 %	R\$ 945,00



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190273272 **Cidade:** Serra Talhada **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: CARMOZINA ANA GOMES LEITE **Data do acidente:** 02/01/2019 **Seguradora:** COMPREV SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 26/06/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DE FÊMUR ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA E PARAFUSOS) E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: @1 SINISTRO COM PAGAMENTO R\$ 1.687,50 - DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DE JOELHO ESQUERDO - VÍTIMA INDENIZADA POR AMD EM 03/05/2019 - APRESENTA NOVO RELATÓRIO MÉDICO. SOLICITO PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNOSTICO, TRATAMENTO, E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VIGÊNCIA DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E/OU ANATÔMICAS E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

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 residual - 10 %	7%	R\$ 945,00
		Total	7 %	R\$ 945,00



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190273272 **Cidade:** Serra Talhada **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: CARMOZINA ANA GOMES LEITE **Data do acidente:** 02/01/2019 **Seguradora:** COMPREV SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 03/05/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE FÊMUR ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA E PARAFUSOS) E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DE JOELHO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DE JOELHO ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações: @1 VÍTIMA COM 76 ANOS

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190273272 **Cidade:** Serra Talhada **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: CARMOZINA ANA GOMES LEITE **Data do acidente:** 02/01/2019 **Seguradora:** COMPREV SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 18/04/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE FÊMUR ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA E PARAFUSOS) E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Não definido

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: A FALTA DE APRESENTAÇÃO DA DOCUMENTAÇÃO HOSPITALAR DE INTERNAÇÃO/INTERNAMENTO INVIAILIZOU ESTABELECIER A RELAÇÃO ENTRE O ACIDENTE OCORRIDO E AS SEQUELAS INFORMADAS NOS DOCUMENTOS MÉDICOS APRESENTADOS. PORTANTO, DEVE-SE APRESENTAR EM COMPLEMENTO, AS SEGUINTE ALTERNATIVAS DE DOCUMENTAÇÃO MÉDICA:

- RELATÓRIO MÉDICO DA INTERNAÇÃO/INTERNAMENTO COM DESCRIÇÃO DO TRATAMENTO REALIZADO OU EM CURSO E/OU A NÍVEL AMBULATORIAL E SUMÁRIO DE ALTA;
- LAUDOS DE EXAMES DE IMAGEM, CASO REALIZADOS DURANTE A INTERNAÇÃO, TAIS COMO: RAIOS X, TOMOGRAFIA OU RESSONÂNCIA MAGNÉTICA E DE CONTROLE PÓS PROCEDIMENTO CIRÚRGICO OU TRATAMENTO CONSERVADOR, COM RESPECTIVA IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE SEGURADO E DATA DE REALIZAÇÃO.

TAIS DOCUMENTOS SÃO EMITIDOS, MEDIANTE SOLICITAÇÃO, SEM CUSTO E SÃO DE DIREITO DOS PACIENTES SUBMETIDOS AOS TRATAMENTOS NAS INSTITUIÇÕES HOSPITALARES PÚBLICAS OU PARTICULARES, SEJA EM CARÁTER DE INTERNAÇÃO OU AMBULATORIAL.

NÃO SÃO SUFICIENTES PARA ANÁLISE MÉDICA DOCUMENTAL, DOCUMENTOS, SOMENTE, EMITIDOS POR ENFERMAGEM OU OUTROS PROFISSIONAIS DA ÁREA DE SAÚDE QUE NÃO SEJAM EMITIDOS POR MÉDICOS.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
		Total	0 %	R\$ 0,00



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 06/01/2022 15:44:45
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=22010615444577600000094221041>

Num. 96295284 - Pág. 41

Número do documento: 22010615444577600000094221041

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190273272 **Cidade:** Serra Talhada **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: CARMOZINA ANA GOMES LEITE **Data do acidente:** 02/01/2019 **Seguradora:** COMPREV SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 03/05/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE FÊMUR ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA E PARAFUSOS) E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DE JOELHO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DE JOELHO ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações: @1 VÍTIMA COM 76 ANOS

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
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 CARMOZINA ANA GOMES LEITE, portador(a) do documento de identidade nº 1.847.809, expedido por SDS, em 01/01/18 inscrito no CPF sob o nº 984.057.214-82, residente na Augusto José Duarte, nº 1318, complemento Casa, Bairro JPSER, cidade SERRA TALHADA, Estado PE. Data do acidente 02/01/2019. DPVAT cobertura INVALIDEZ.

2. Outorgado GEORGE PARCOS MELO LIMA, portador(a) do documento de identidade nº 5840550, expedido por SSP-PE, em 24/10/2017 inscrito no CPF sob o nº 009.475.324-29, residente na ANTONIO TOME DE SOUZA, nº 573, complemento CASA, Bairro SAO CRISTOVAO, cidade SERRA TALHADA, Estado PE.

Amplos poderes para praticar todos os atos administrativos e judiciais que se fizeram 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-PE 25 de 03 de 2019

Outorgante

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

Reconheço a Firma por Autenticidade da CARMOZINA ANA GOMES LEITE, Dou Fe. Serra Talhada - PE. Em Teste: () da verdade. () Reginaldo Anísio da Silva Titular. () Maria Lucia de Souza - Substituta. Encol. - R\$ 3,39.
TSNR - R\$ 0,80. HERC - R\$ 0,40. ISS - R\$ 0,26.
Sel: 0074872.IRA03201901.02839 25/03/2019 13:35:50
Consulte autenticidade em www.tjpe.jus.br/seledigital

Maria Lucia de Souza
Substituta
CPF: 187.093.384-20

EXCELSIOR SEGUROS
11 ABR. 2019
SEGURÓ DPVAT



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0125587/19

Vítima: CARMOZINA ANA GOMES LEITE

CPF: 984.057.214-87

Seguradora: COMPREV SEGURADORA S/A

Data do acidente: 02/01/2019

Titular do CPF: CARMOZINA ANA GOMES LEITE

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

GEORGE CARLOS MELO LIMA : 008.475.324-29

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

CARMOZINA ANA GOMES LEITE : 984.057.214-87

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: 11/04/2019
Nome: GEORGE CARLOS MELO LIMA
CPF: 008.475.324-29

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 11/04/2019
Nome: SIMONE BARBOSA CORREIA
CPF: 026.826.254-36

GEORGE CARLOS MELO LIMA

SIMONE BARBOSA CORREIA



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 06/01/2022 15:44:45
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=22010615444577600000094221041>
Número do documento: 22010615444577600000094221041

Num. 96295284 - Pág. 44

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0125587/19

Número do Sinistro: 3190273272

Vítima: CARMOZINA ANA GOMES LEITE

CPF: 984.057.214-87

Seguradora: COMPREV SEGURADORA S/A

Data do acidente: 02/01/2019

Titular do CPF: CARMOZINA ANA GOMES LEITE

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Documentação médica-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: 13/06/2019
Nome: GEORGE CARLOS MELO LIMA
CPF: 008.475.324-29

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 13/06/2019
Nome: RAIANNE SILVA BARBOSA
CPF: 102.869.074-61

GEORGE CARLOS MELO LIMA

RAIANNE SILVA BARBOSA



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 06/01/2022 15:44:45
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=22010615444577600000094221041>
Número do documento: 22010615444577600000094221041

Num. 96295284 - Pág. 45

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0125587/19

Número do Sinistro: 3190273272

Vítima: CARMOZINA ANA GOMES LEITE

CPF: 984.057.214-87

Seguradora: COMPREV SEGURADORA S/A

Data do acidente: 02/01/2019

Titular do CPF: CARMOZINA ANA GOMES LEITE

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: 02/05/2019
Nome: GEORGE CARLOS MELO LIMA
CPF: 008.475.324-29

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 02/05/2019
Nome: RAIANNE SILVA BARBOSA
CPF: 102.869.074-61

GEORGE CARLOS MELO LIMA

RAIANNE SILVA BARBOSA



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 06/01/2022 15:44:45
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=22010615444577600000094221041>
Número do documento: 22010615444577600000094221041

Num. 96295284 - Pág. 46