

Tarifa Social de Energia Elétrica Criada pela Lei 10.438, de 30/04/02



Companhia Energética de Pernambuco
Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife, Pernambuco - CEP 52060-902
CNPJ 15.330.102/0001-00 | Tel: 81 322543-41 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE

MIGUEL DE LUCENA LIMA

CPF 218 431 304-63

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL
RESIDENCIAL

| Nº DA FOLHA FISCAL | SÉRIE | NUMERO |
|--------------------|---------------|--------------------|
| 054951374 | UNICA | 0705/2019 |
| 07/05/2019 | Nº DO CLIENTE | Nº DA FOLHA FISCAL |
| 2000157808 | | 0540080 |

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

RUA EVALDO FRANCA 180 -A

GUADALUPE LINDA
OLINDA PE
53340-340

| CÓDIGO DE CONTROLE | DATA DE VENCIMENTO |
|---------------------|--------------------|
| 7027954299 | 08/2019 |
| 14/08/2019 | 09/07/2019 |
| TOTAL A PAGAR (R\$) | 181,49 |

| DESCRIÇÃO | QUANTIDADE | PREÇO UN | VALOR (R\$) |
|--|-------------|------------|-------------|
| Consumo Atividade | 214,0000000 | 0,74193778 | 158,77 |
| Adicional Bandeira AMARELA | | | 2,18 |
| Contrib. Ilum. Pública Municipal | | | 13,44 |
| ICMS Subvenção-CDE-MF 053845404-12/03/19 | | | 1,09 |
| ICMS Subvenção-CDE-MF 057423557-09/04/19 | | | 1,18 |
| Multa por atraso-MF 081306585-09/05/19 | | | 0,40 |
| Juros por atraso-MF 081306585-09/05/19 | | | 1,02 |
| Atualização ICPE-MF 081306585-09/05/19 | | | 0,41 |

Pg 10/21

TOTAL DA FATURA

181,49

| RF DO | TIPO DA | ANTERIOR | ATUAL | Nº DE | CONSTATO | ADJSTE | CONSUMO (KWH) |
|-----------|-----------|----------|----------|---------|----------|--------|---------------|
| ENDEREÇO | PAGAMENTO | DATA | DATA | DIAS | | | |
| 318219989 | CAT | 08/05/19 | 07/05/19 | 8196,00 | 30 | 1,0000 | 214,20 |

Valor em R\$

Valor em R\$

15

Valor em R\$

Valor em R\$

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
CIRCULAR SUSEP 445/12

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECABWEB/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, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Jamesse Andrade do Silveira inscrito (a) no CPF 075.880.264 / 13
na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Sonia Maria Pinheiro inscrito
(a) no CPF sob o Nº 031386244/30 do sinistro de DPVAT cobertura Incendio da Vítima
Sonia Maria Pinheiro, inscrito (a) no CPF sob o Nº 031386244/30, conforme
determinação da Circular Susep 445/12:

☐ Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso informar

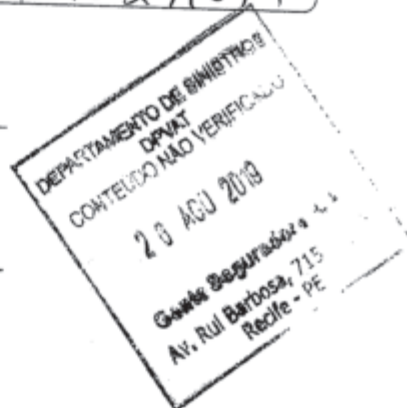
Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

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

| | | | |
|-----------------------------------|-------------------------|--|--|
| Endereço <u>Av. Guararapes</u> | | Número <u>624</u> | Complemento <u>AP 201</u> |
| Bairro <u>Jd. Atlântico</u> | Cidade <u>Olinda</u> | Estado <u>PE</u> | CEP <u>53120060</u> |
| Email | | Telefone comercial(DDD) <u>30123030</u> | Telefone celular (DDD) <u>988271879</u> |

Olinda, 19 de Julho de 19
Local e Data

Assinatura do Declarante



Registro: 1432345

Hora: 08/03/2019 11:29

Senha da Classificação:

0182

Nome: 322636 SONTA MARIA PINHEIRO

Sexo: FEMININO

Social:

Data de Nascimento: 24/06/1968

Idade: 50 anos

Convenio: 2

SUS - PRONTO ATENDIMENTO

Mãe: EUNICE MARIA PINHEIRO

Nome do Pai: NAO DECLARADO

Estado Civil: SOLTEIRO

Nome do Médico: ORTOPEDISTA - PLANTONISTA

CRM: 1234567

Nome: CASSIMIRO DE ABREU

55

Bairro: BULTRINS

Cidade/UF: OLINDA

PE

Cep: 53320270

Usuário Atendimento: DAYANNELS

Identidade):

Data de Emissão:

(Cadastro de Pessoa Física):

Fone: 31844303

Certidão de Registro de Nascimento):

Data de Emissão CRN:

RESUMO DE TRATAMENTO

Altura: _____

Temperatura: _____

Hora: _____

Exame Principal

Exame Físico

Exame Diagnóstico

Tratamento Terapêutico

Prescrição Médica

Observações:

Encaminhado ao Ambulatório

Residência

Senha:

UPA OLINDA
Dr. Denton Martins Filho
Trauma / Ortopedista
CRM 9338

IMOBILIZAÇÃO



1432345

HMA.
567 62 17

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
CONTÉUDO NÃO VERIFICADO
26 AGO 2019
Santo Agostinho
Av. Rui Barbosa
Recife - PE

Nome Paciente: SONIA MARIA PINHEIRO
Cód. Paciente:
Data de Nascimento:
Sexo: Feminino
Idade: 58
Senha: 0182
Convênio:
Atendimento:
SAME:

do: 08/03/2019 11:27 - 08/03/2019 11:28

EMERLAINE FERREIRA GOMES - COREN: 361601 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - Classificação

idade: URGÊNCIA - AMARELO

AMARELO

ca Principal: TRAZIDA PELO CORPO DE BOMBEIROS COM HISTORIA DE ATROPELAMENTO, REFERE
DOR EM MSD
rvação: NG ALERGIA
ograma sintoma: SITUAÇÕES ESPECIAIS
iminador(es): - PACIENTES EM AMBULÂNCIA DO SAMU, BOMBEIRO E MUNICIPAIS
cialidade: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Acolhido(a) por: EMERLAINE FERREIRA GOMES - COREN: 361601 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 08/03/2019 11:28

Registro: 1432995

Hora: 09/03/2019 17:26

Senha da Classificação:

0253

Idade: 322636 SONIA MARIA PINHEIRO

Sexo: FEMININO

Estado Social:

Data de Nascimento: 24/08/1968

Idade: 50 anos

Convênio: 2

SUS - PRONTO ATENDIMENTO

Mãe: EUNICE MARIA PINHEIRO

Nome do Pai: NAO DECLARADO

Estado Civil: SOLTEIRO

Nome do Médico: ORTOPEDISTA - PLANTONISTA

CRM: 1234567

Nome: CASSIMIRO DE ABREU

55

Bairro: BULTRINS

Estado/UF: OLINDA

PE

Cep: 53320270

Usuário Atendimento: WAGNERFB

Identidade):

Data de Emissão:

(Cadastro de Pessoa Física):

Fone: 31844303

(Certidão de Registro de Nasc):

Data de Emissão CRN:

RESUMO DE TRATAMENTO

Altura: _____

Temperatura: _____

Hora: _____

Exame Principal

Exame Físico

Diagnóstico

Conduta Terapêutica

Prescrição Médica

Destino: () Encaminhado ao Ambulatório () Residência

Transferido:

Assinatura:

Senha: _____

Carimbo/Médico



1432995

UPA 24 HORAS - OLINDA

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

PROTOCOLO CLASSIFICAÇÃO REDE IMIP

Data e hora retirada da setha: 09/03/2019 17:08

Nome Paciente: SONIA MARIA PINHEIRO
Cód. Paciente: 322636
Data de Nascimento: 24/06/1968
Sexo: Feminino
Idade: 50
Senha: 0253
Convênio:
Atendimento:
SAME:

Período: 09/03/2019 17:09 - 09/03/2019 17:09

FABIANA SOARES DE FRANCA DOS PRAZERES - COREN: 343138 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - Classificação

Prioridade:

Cor:

URGÊNCIA - AMARELO

AMARELO

Queixa Principal:

Observação:

Fl. grama sintoma:

Di. iminador(es):

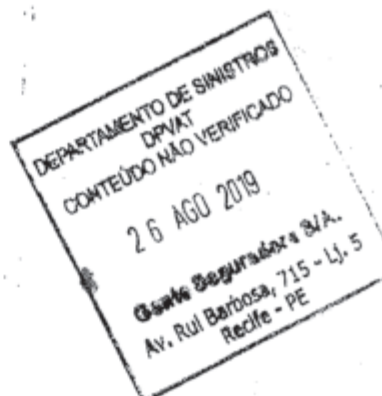
E cialidade:

TRAUMA EM MSD

RENOVACAO

TRAUMA

- SUSPEITA DE FRATURA OU LUXAÇÃO SEM DEFORMIDADE
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA



Acolhido(a) por: FABIANA SOARES DE FRANCA DOS PRAZERES - COREN: 343138 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)
Data Impressão: 09/03/2019 17:09

ema de Acolhimento com Classificação de Risco



UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO DE OLINDA

GREGÓRIO BEZERRA

SOLICITAÇÃO DE CÓPIA DA FICHA DE ATENDIMENTO

Eu, Sonia maria Pinheiro
(estado civil) solteira, RG de nº 8.522.285, residente
na: Bonsucesso, casa da
criança Fone: 983057903

Data de Nascimento: 24/06/1968

Solicito uma cópia da ficha de atendimento do dia 08 de março de 2019

na especialidade de: Ortopedia

Nesta unidade de pronto atendimento.

L 
Paciente

Olinda, 20 de março de 2019

Encaminhamento Para Retorno Pós-Cirúrgico

Nome: SONIA MARIA PINHEIRO

Atendimento: 214335

Idade: 50 Anos, 10 Meses e 14 Dias

Prontuário: 764671

Convênio: SUS - AMBULATORIO

Sexo: Feminino

Médico: CARLOS ANTONIO ROCHA CANDIDO FILHO

Dia: 03/07/2019

Hora: 07:00

Liberar a entrada ao ambulatório de pacientes cirúrgicos e pós-operatórios, mediante a apresentação desse encaminhamento ambulatorial.

Procedimento a ser realizado:

RAIOS X MAO OU QUIRODACTILOS - DIREITA

l. Pinheiro AP/P.

Obs: O Paciente deverá comparecer ao ambulatório para marcar a consulta.

JABOATÃO DOS GUARARAPES, 03 DE MAIO DE 2019

LEONNARDO COSTA GONCALVES DE OLIVEIRA

CRM: 23550



RECEITUÁRIO MÉDICO

PACIENTE: SONIA MARIA PINHEIRO

USO ORAL

1. DÍPIRONA 500mg ----- 20 COMPRIMIDOS
TOMAR 01 COMPRIMIDO A CADA 6 HORAS EM CASO DE DOR
[06h] [12h] [18h] [24h]
2. VITAMINA C 500mg ----- 45 COMPRIMIDOS
TOMAR 01 COMPRIMIDO, 1 VEZ AO DIA, POR 45 DIAS
3. CEFALOXINA 500mg ----- 28 COMPRIMIDOS
TOMAR 01 COMPRIMIDO 6/6 HORAS POR 7 DIAS

DATA: 14/03/2019

Dra. Maria Aparecida Lira
Ortopedia e Traumatologia
CRM/PE 18806

ASSINATURA E CARIMBO



LAUDO MÉDICO E ATESTADO MÉDICO
(AO INSS - PERÍCIA MÉDICA)

PACIENTE: SONIA MARIA PINHEIRO

DECLARO PARA OS DEVIDOS FINS QUE O (A) PACIENTE ACIMA CITADO ESTEVE INTERNADO EM NOSSO SERVIÇO ONDE FOI SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRURGICO RECEBENDO ALTA HOSPITALAR APOS MELHORA CLÍNICA.

ATESTO PARA OS DEVIDOS FINS QUE O (A) PACIENTE ACIMA CITADO NECESSITA AFASTAR-SE DAS ATIVIDADES LABORAIS POR UM PERÍOD DE 90 (NOVENTA) DIAS A PARTIR DESTA DATA.

RETORNO AO AMBULATÓRIO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA DO HOSPITAL MEMORIAL JABOATÃO PARA CONSULTA DE RETORNO NO DIA HORÁRIO MARCADO ABAIXO.

CID-10: S525 - FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DO RÁDIO

DATA DE INTERNAMENTO: 09/03/2019

DATA DA CIRÚRGIA: 13/03/2019

DATA DE ALTA: 14/03/2019

DATA CONSULTA DE RETORNO: 27/03/2019 HORÁRIO: 07:00

MEDICO ASSISTENTE: DR. CARLOS ANTONIO ROCHA CANDIDO FILHO

Dra. Maria Aparecida Lira
Ortopedia e Traumatologia
CRMPE 18806

JABOATÃO DOS GUARARAPES, 14 DE MARÇO DE 2019

MEDICO: MARIA APARECIDA LAURIANO DE LIRA

Convênio: SUS - INTERNACAO

Atendimento: 202928

Nascimento: 24/06/1968

Responsável:

Prontuário: 764671

Sexo: Feminino

Nome: SONIA MARIA PINHEIRO

Data e Hora do Atendimento: 09/03/19 22:05:10

Idade: 50 Anos, 8 Meses e 13 Dias

Profissão:

Escolaridade:

CPF: 03138624430

Identidade: 8522285

Telefone:

Conjuge:

Estado Civil:

Cartão SUS: 704005828536866

Nome da Mãe: EUNICE MARIA PINHEIRO

Nome do Pai:

Endereço: RUA CHUI, BULTRINS, CEP: 53320270, Nº 55, OLINDA - PE

OBSERVAÇÃO:

Unidade de Internação: CLINICA CIRURGICA ORTOPEDICA

Enfermaria / Leito: ENF 14 - LEITO 03

Médico: MILENA NOVAIS TORRES ALVES - CRM: 27374

CID:

HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL:

RESUMO DE INTERNAMENTO

PACIENTE COM DOR E TORTUOSIDADE EM MSD APÓS TRAUMA HÁ 2DIAS.

ANTECEDENTES PESSOAIS E HEREDITARIOS:

HAS+ DM- FAZ USO DE LOSARTANA 12/12H E HCTZ
NEGA ALERGIAS

EXAME FÍSICO GERAL:

EGREG, CONSCIENTE, ORIENTADO, EUPNEICO, AFEBRIL

AP - CARDIO - VASCULAR:

RCR EM 2T BNF SS

AP - RESPIRATORIO:

MV+ EM AHT S/ RA

ABDOMEN:

: FLÁCIDO, DEPRESSÍVEL, INDOLOR

P - GENITO - URINARIO:

NDN

OUTROS:

EXTREMIDADES SEM EDEMAS

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:

1- FRATURA DISTAL DE RADIO DIREITO 2- HAS

DIAGNÓSTICO DEFINIVO:

CONDIÇÕES DE ALTA:

DATA:

14-03-19

HORA DE SAÍDA:

Milena Novais Alves
Médica

MILENA NOVAIS TORRES ALVES - CRM: 27374

Sumário de Admissão e Alta

Nome: SONIA MARIA PINHEIRO

Prontuário: 764671

Atendimento: 202928

Unidade de Internação: CLINICA CIRURGICA ORTOPEDICA

Sexo: Feminino

Leito: ENF 14 - LEITO 03

Diagnóstico Inicial (Constante no Laudo Médico): FRATURA DE RADIO DISTAL

CID: S525

Procedimento Solicitado: 0408020407 - TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA EXTREMIDADE / METÁFISE DISTAL DOS OSSOS DO ANTEBRAÇO

Tempo de permanência Previsto:

Procedimento SUS Realizado: 0408020377 - TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA / LESÃO FISARIA DOS METACARPÍANOS

0415010012

0408020407 - Frac. metacarpo distal D

01. Cirurgião: CARLOS ANTONIO ROCHA CANDIDO FILHO

02. 1. Auxílio Cirúrgico: FRANCISCO DINIZ BORBOREMA

03. 2. Auxílio Cirúrgico:

3. Auxílio Cirúrgico:

05. Demais Auxílios Cirúrgicos:

06. Anestesista: RODRIGO JOSE FLORO LUCIANO DA SILVA

07. Clínico:

08. Clínico:

Procedimentos Especiais:

☐ Mudança de Procedimento

☐ Diária de UTI

☐ Diária de Acompanhante

☐ Vacina Anti -- Rh

☐ Uso de Prótese Órtese

☐ Uso de Fatores de Coagulação

☐ Uso de Oxigenadores

☐ Nutrição Parenteral

Resumo do Caso: PACIENTE SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRURGICO, SEM INTERCORRENCIAS

Diagnóstico Principal: S525 - FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DO RÁDIO

Diagnóstico Secundário: S623 - FRATURA DE OUTROS OSSOS DO METACARPO

Motivo da Alta: *Alta com retorno*

Data de Internação: 09/03/2019

Data da Alta: *14-03-19*

Dias de Hospitalização:

dia (s).

FRANCISCO DINIZ BORBOREMA

CRM: 25489

*Francisco D. Borborema
Médico
CRM-PE 25489*

Relatório Geral de Cirurgias

Nome: SONIA MARIA PINHEIRO

Atendimento: 202928

Sexo: Feminino

Prontuário: 764671

Unidade de Internação / Leito: ENF-14 - LEITO 03

Idade: 50 Anos, 8 Meses e 17 Dias

Diagnóstico Pré Operatório: S525 - FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DO RÁDIO

Risco Operatório:

Cirurgia(s) Realizada(s): 0408020407 - TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA EXTREMIDADE / METÁFISE DISTAL DOS OSSOS DO ANTEBRAÇO
0408020377 - TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA / LESÃO FISARIA DOS METACARPIANOS

Data: 13/03/2019

01. Cirurgião: CARLOS ANTONIO ROCHA CANDIDO FILHO

02. 1. Auxílio Cirúrgico: FRANCISCO DINIZ BORBOREMA

03. 2. Auxílio Cirúrgico:

04. Instrumentador:

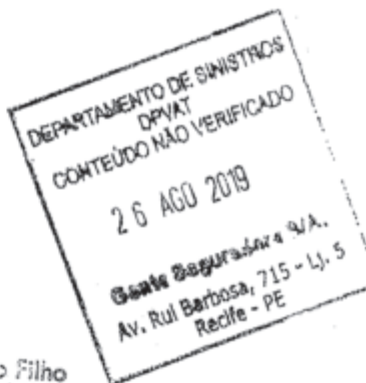
Anestesia:

06. Anestesia: BLOQUEIO PLEXO BRAQUIAL

07. Anestesista: RODRIGO JOSE FLORO LUCIANO DA SILVA

Descrição da Cirurgia:

PACIENTE EM DECUBITO DORSAL SOB ANESTESIA DE PLEXO BRAQUIAL ESQUERDO
ASSEPSIA E ANTISSEPISIA
APOSICAO DE CAMPOS ESTÉREIS
REDUÇÃO DAS FRATURAS O MAIS ANATOMICO POSSIVEL
FIXAÇÃO DE FRATURA EM RÁDIO DISTAL DE 03 FIOS DE KIRSCHNER 2,0 CRUZADOS
FIXAÇÃO DE FRATURA EM 5º METACARPO COM DOIS FIOS CRUZADOS DE KIRSCHNER 1,5 CRUZADO
CONTROLE COM INTENSIFICADOR DE IMAGENS
CURATIVO
IMOBILIZAÇÃO COM TALA GARRAFA GESSADA



Dr. Carlos Cândido Filho
Ortopedia - Cirurgia do Joelho
CPF: 038.159.674-50
CRM-PE 6942 - TEOT 13125
CRM-PE 18336

FRANCISCO DINIZ BORBOREMA

CRM: 25489

Francisco D. Borborema
Médico
CRM-PE 25489

Processo:

GESTÃO DE PESSOAS

CÓDIGO

F.A.T.SAM.01

REVISÃO

00

INFORMAMOS QUE ESTA FICHA FOI CONFECCIONADA A PARTIR DE DADOS EXTRAIDOS EXCLUSIVAMENTE DO PRONTUÁRIO MÉDICO DO (A) PACIENTE ABAIXO INDETIFICADO (A).

NOME: Samia Maria Pinheiro

REGISTRO: 764671 DATA DE NASCIMENTO: 24 / 06 / 1968

RG: 8.522.285 ORGÃO EMISSOR: SDS / PE

ENDEREÇO: Rua 1 nº 55 Bom Sucesso Alindo

NOME DA MÃE: Eunice Maria Pinheiro

DATA ADMISSÃO: 09 / 03 / 2019 DATA ALTA: 14 / 03 / 2019

DATA DO PROCEDIMENTO: 13 / 03 / 2019 CID: S52.5 + S62.3

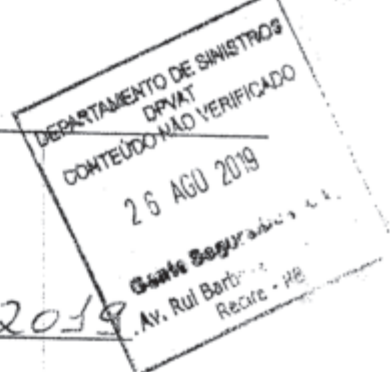
DIAGNÓSTICO: Fratura da Extremidade Distal do Rádio Direito + Fratura de Metacarpo

TRATAMENTO REALIZADO: Tratamento Cirurgico de Fratura da Extremidade / metáfise Distal dos ossos do Antebraço Direito + Tratamento Cirurgico de Fratura / Lesão Fixação dos metacarpianos Direito

MÉDICO: Carlos Candido

CREMEPE: 18336

JABOATÃO DOS GUARAPES, 27 DE março DE 2019



Dr. Carlos Candido Filho
ORTOPEDIA - CIRURGIA DO JOELHO
CRM-PE 6841 - TEMA 13125 - CRM-PE 18336
CPF: 053.159.674-50

MÉDICO

Processo:

GESTÃO DE PESSOAS

CÓDIGO

F.AT.SAM.01

REVISÃO

00

INFORMAMOS QUE ESTA FICHA FOI CONFECCIONADA A PARTIR DE DADOS EXTRAIDOS
EXCLUSIVAMENTE DO PRONTUÁRIO MÉDICO DO (A) PACIENTE ABAIXO IDENTIFICADO (A).

NOME: Sônia Maria PinheiroREGISTRO: 764671 DATA DE NASCIMENTO: 24 / 06 / 1968RG: 8.522.285 ORGÃO EMISSOR: SDS/PEENDEREÇO: Rua I nº 55 Bani Sucesso AlindoNOME DA MÃE: Eunice Maria PinheiroDATA ADMISSÃO: 09 / 03 / 2019 DATA ALTA: 14 / 03 / 2019DATA DO PROCEDIMENTO: 13 / 03 / 2019 CID: S52.5 + S62.3DIAGNÓSTICO: Fratura da Extremidade Distal
do Rádio Direito + Fratura de MetacarpoTRATAMENTO REALIZADO: Tratamento Cirúrgico de Fratura
da Extremidade/metáfise Distal dos ossos do
Antebraço Direito + Tratamento Cirúrgico de
Fratura/Lesão Fixação dos metacarpianos DireitoMÉDICO: Carlos CandidoCREMEPE: 18336JABOATÃO DOS GURARAPES, 27 DE março DE 2019.

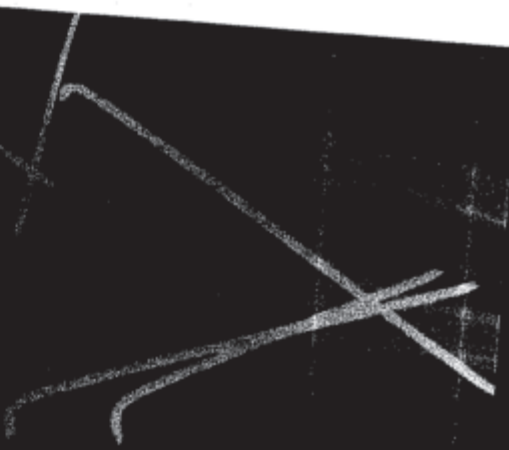
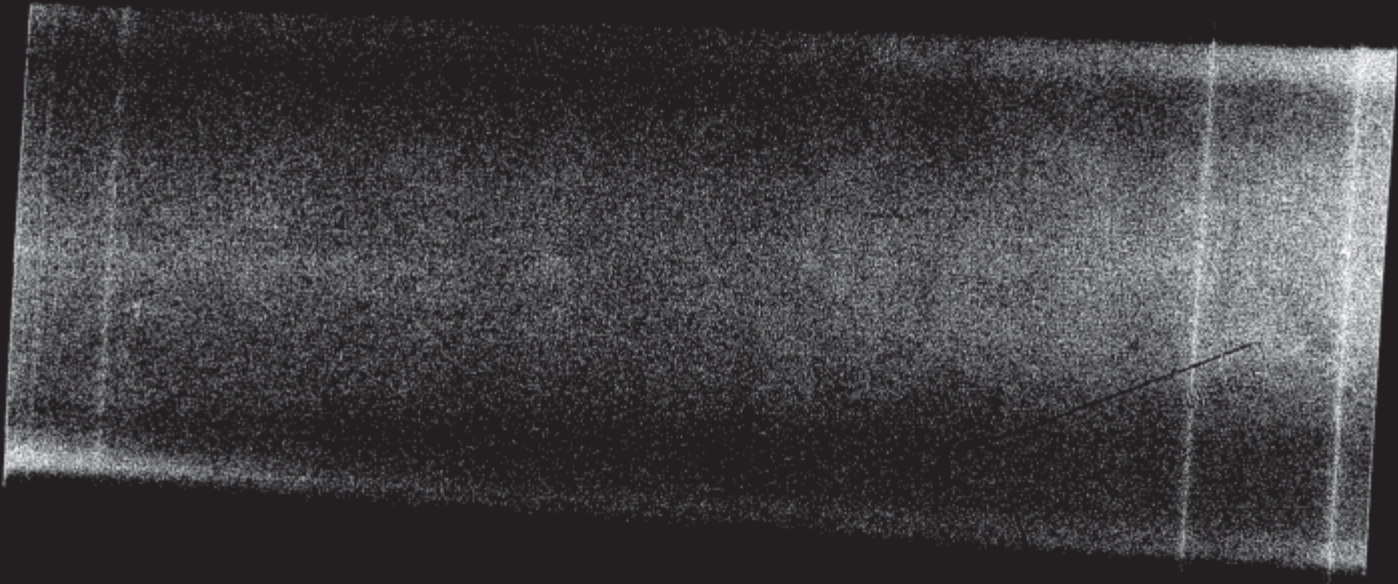
Dr. Carlos Cândido Filho
ORTOPEDIA - CIRURGIA DO JOELHO
CRM-PE 634 - TEMA 1305 - CRM-PE 18.336
CPF: 053.159.674-50

MÉDICO

Data de nascimento: 24/06/1968
ID: 764671.....



Hora de aquisição
Índice de



MÃO
P
V: 4095, L: 2048
O de técnico: radiologia

13cm

IA PINHEIRO,,

imento:24/06/1968

Data de aquis.:24/04/2019
Hora de aquis.:08:09:02
Indice de exp.:1398

HOSPITAL
MEMORIAL FAROVIÃO



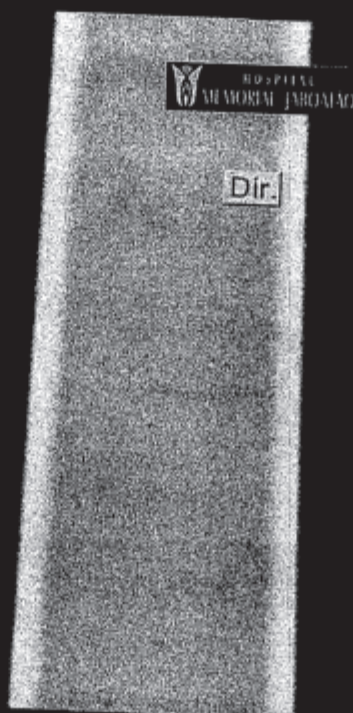
2048
admin

14cm

Escala:0.0

SONIA MARIA PINHEIRO,,
Sex:Feminino
Data de nascimento:24/06/1968
ID:764671.....

Data de aquis.:08/05/20
Hora de aquis.:08:2
Índice de exp.



MÃO
AP
W: 4096, L: 2048
ID de técnico:admin

14cm

Escala:0
H

SONIA MARIA PINHEIRO,,
Sex:Feminino
Data de nascimento:24/06/1968
ID:764671.....

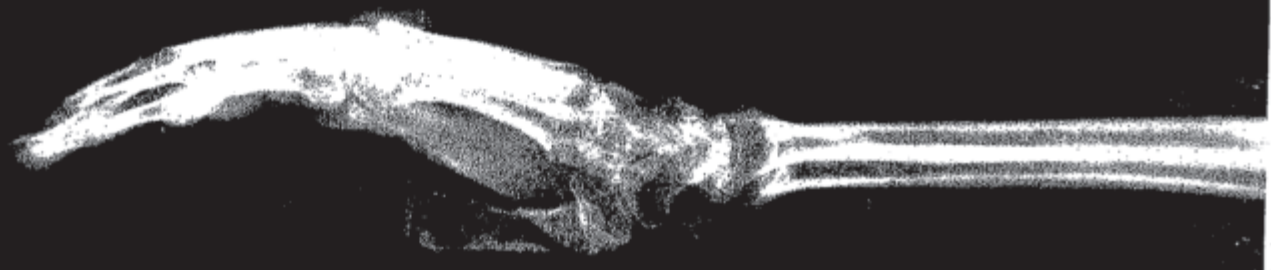
Data de aquis.:08/05/20
Hora de aquis.:08:19
Índice de exp.:12



SONIA MARIA PINHEIRO,
Sex: Feminino
Data de nascimento: 24/06/1968
ID: 764671

Dir

Data de aquis.: 17/07/201
Hora de aquis.: 07:33:1
Indice de exp.: 203



HOSPITAL
MEMORIAL JABOATÃO

DEPARTAMENTO DE RADIOLOGIA
CONTROLE QUALIDADE
26 AGO 2019
Gente Seguradora S/A
R. Barbosa, 711
Recife - PE

10

2307, L: 2186
de técnico: admin

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE PERNAMBUCO

SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA

DEPARTAMENTO DE IDENTIDADE

IDENTIDADE

POLEGAR DIREITO

NÃO ALFABETIZADA




VALIDADE EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

8.522.285

08/01/2008

SONIA MARIA PINHEIRO

RECIFE - PE

CN 44232 L 139 F 195 CAPT

PAULISTA-PE 09.06.1995

031.386.244-30

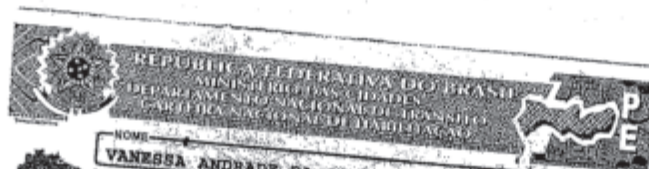
ASSOCIADORA DO PORE (O)

24/06/1968

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

26 AGO 2019

Gauche Seguradora S/A.
Av. Rui Barbosa, 715 - Lj. 5
Recife - PE



VÁLIDA EM TODO
O TERRITÓRIO NACIONAL
1487243120

NOME: **VANESSA ANDRADE DA SILVA**

DDO, IDENTIDADE, ORG. EMISSOR / UE: **5291988 SD9 PE**

CPF: **075.880.264-13** DATA NASCIMENTO: **23/03/1989**

FILIAÇÃO: **ADELSON JOSE DA SILVA**
MAURICELIA ANDRADE DA SILVA

PERMISSÃO: **04341272380** CAT. HAB: **B**

VALIDADE: **09/10/2022** HABILITAÇÃO: **17/04/2008**

OBSERVAÇÕES:

A

PROIBIDO PLASTIFICAR
1487243120

ASSINATURA DO DETENTADOR

LOCAL: **RECIFE, PE** DATA EMISSÃO: **18/10/2017**

Charles Anderson Sousa Ribeiro
Diretor Presidente

ASSINATURA DO EMISSOR: **01582496007**
PERNAMBUCO **PRO01661951**



[illegible]

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

COMPANHIA ENERGÉTICA
DE PERNAMBUCO
AV. JOÃO DE BARROS, 111, SOA VISTA,
RECIFE, PERNAMBUCO
CEP 50050-902
CNPJ 10.855.332/0001-06
INSCRIÇÃO ESTADUAL 0015843-03



www.celpe.com.br

Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de 26/04/02
COMERCIAL 116 | PRONTIDÃO 116
Atendimento ao cliente auditivo ou de fala: 0800 281 0142
Ouvidoria 0800 282 5599
Agência de Regulação dos Serviços Públicos Delegados do Estado
de Pernambuco-ARPE: 0800-727-0157-Ligação Gratuita de Telefones Fixos
Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL
167-Ligação Gratuita de telefones fixos e móveis

DADOS DO CLIENTE

OSIMAN ANDREWS BEZERRA MECIAS
CPF: 041.260.574-08

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

AV. GUY CARLOS DE LIMA CAVALCANTI 72 AP-10

BULTRINHO LINDA
53035-260 OLINDA - PE

As condições gerais de fornecimento (Resolução ANEEL 414/2010),
tarifas, produtos, serviços prestados e tributos se encontram à
disposição, para consulta em nossas unidades de atendimento e no
site www.celpe.com.br

DATA DE VENCIMENTO
14/12/2018

TOTAL A PAGAR (R\$)
106,69

DATA EMISSÃO DA 1ª VIA FISCAL
07/12/2018

DATA DA APRESENTAÇÃO
07/12/2018

NÚMERO DA NOTA FISCAL
041400954

CONTA CONTRATO
002332517018

Nº DO CLIENTE
2000268424

Nº DA INSTALAÇÃO
0002010430

CLASSIFICAÇÃO

B3 COMERCIAL - COMERCIAL
Monofásico

RESERVADO AO FISCO

CEDA.E918.2188.7E76.47F5.2A3C.8163.43FF

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

| DESCRIÇÃO | QUANTIDADE | PREÇO | VALOR (R\$) |
|--|------------|------------|-------------|
| Consumo Ativo(kWh) | 134,00 | 0,79079364 | 106,69 |
| Acrescimo Bandeira AMARELA | | | 1,36 |
| Contrib. Ilum. Pública Municipal | | | 12,77 |
| ICMS Subvenção-CDE-NF 030188753-35/08/18 | | | 0,19 |
| ICMS Subvenção-CDE-NF 033977081-04/06/18 | | | 0,78 |

TOTAL DA FATURA

106,69

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS

| ICMS | | | PIS | | | COFINS | | |
|-----------------|-------|------------------|-----------------|------|------------------|-----------------|------|------------------|
| BASE DE CÁLCULO | % | VALOR DO IMPOSTO | BASE DE CÁLCULO | % | VALOR DO IMPOSTO | BASE DE CÁLCULO | % | VALOR DO IMPOSTO |
| 52,05 | 24,03 | 12,52 | 52,05 | 0,78 | 0,73 | 92,95 | 3,61 | 3,35 |

Tarifas Aplicadas

Consumo Ativo(kWh) 0,52158400

HISTÓRICO DO CONSUMO

| MÊS | CONSUMO (kWh) |
|--------|---------------|
| DEZ 18 | 124 |
| NOV 18 | 111 |
| OUT 18 | 131 |
| SET 18 | 90 |
| AGO 18 | 555 |
| JUL 18 | 91 |
| JUN 18 | 178 |
| MAI 18 | 25 |
| ABR 18 | 105 |
| MAR 18 | 117 |
| FEV 18 | 98 |
| JAN 18 | 67 |
| DEZ 17 | 80 |

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

| DESCRIÇÃO | VALOR | % |
|--------------------|-------|-------|
| Geração de Energia | 20,05 | 01,58 |
| Transmissão | 4,35 | 4,20 |
| Distribuição Local | 26,92 | 21,81 |
| Perdas e Outros | 5,30 | 5,05 |
| Tributos | 27,51 | 26,34 |
| Força de Trabalho | 0,35 | 0,07 |
| TOTAL | 52,05 | 100 |

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

| NÚMERO DO MEDIDOR | TPO DA FUNÇÃO | ANTERIOR | POSTERIOR | Nº DE LEITURAS | DATA | VALOR | VALOR | VALOR |
|--------------------|---------------|------------|------------|----------------|------|--------|--------|--------|
| 0000000011541-0600 | CAT | 06/12/2018 | 07/12/2018 | 1,00000 | 0,00 | 106,69 | 106,69 | 106,69 |

DATA PRECISTA PARA A PRÓXIMA LEITURA: 04/01/2019

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES

| DESCRIÇÃO | CONDIÇÃO | VALOR | VALOR | VALOR | VALOR |
|-------------------------------|----------|-------|-------|-------|-------|
| Duração de Interrupção | 0,00 | 4,50 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| Frequência de Interrupção | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| Duração máxima de Interrupção | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| Duração de Interrupção | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| Duração de Interrupção | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Pague na ponta mais perto de você: farmácia popular no bairro; avenida Chico Mendes no 138 bônus; i jr
multiserviço; drogaria; loja de materiais de construção; loja de roupas; loja de eletrônicos; loja de
No data de leitura e bandeira em: 9 por 5 a Vinda. Mais informações em www.aneel.gov.br.
O cliente é compensado quando há uma queda na continuidade de fornecimento ou do nível de tensão de fornecimento.
Pagto. em atraso gera multa 2% (Res 414-ANEEL), juros 7% a.m (Lei 10.438/02) e atualização monetária no mês.
O Cliente é compensado quando há descumprimento do prazo definido para os padrões de atendimento comercial.

NÍVEL DE TENSÃO

| TENSÃO NOMINAL (V) | LIMITE DE VARIAÇÃO (V) |
|--------------------|------------------------|
| 220 | 202 - 232 |

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

DISTRIBUIÇÃO

| CONTA CONTRATO | MÊS/ANO | TOTAL A PAGAR (R\$) | VENCIMENTO |
|----------------|---------|---------------------|------------|
| 002332517018 | 12/2018 | 106,69 | 14/12/2018 |

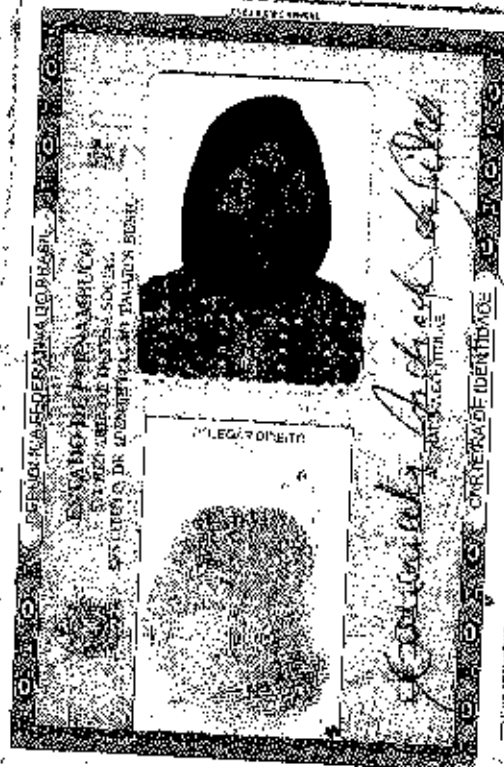
TALÃO DE PAGAMENTO

Evite dobrar, perfurar ou rasurar.
Este carnê será usado em leitora ótica

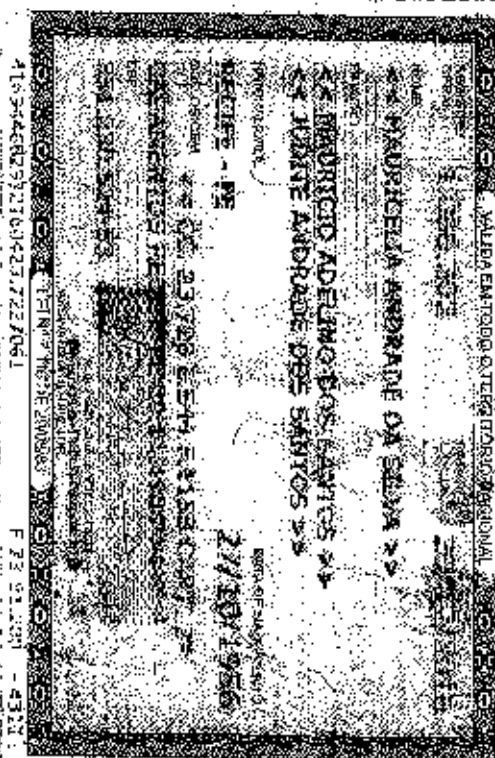
AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

838200000010 066900110026 332517018109 151945632330





DEPARTAMENTO DE IDENTIFICACAO
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICACAO
27 SET 2019
Rua da Boa Vista, 155
Rio de Janeiro, RJ - 20013-913





DEPARTAMENTO DE SEREYCS
OPINT
CONTÉÚDO NÃO VERIFICADO
27 SET 2019
Dante Cegre...
Av. Rui Barbosa

INSTRUMENTO PARTICULAR DE PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: Sônia Maria Pinheiro
(a), Viuva (estado civil), do lar (profissão), portador (a) da
Cédula de Identidade RG nº 8.522.285, inscrito (a) no CPF/MF sob nº
08138624430, residente e domiciliado (a) na Rua
TV 1 da Saudade 460, nº 460, Bairro: Guadalupe
Cidade: Olinda, Estado: PE, CEP: 53240440 que outorga os
poderes constante nesta procuração,

OUTORGADOS: DRº ADELSON JOSÉ DA SILVA, brasileiro, casado, inscrito na Ordem
dos Advogados do Brasil sob o nº 25.645 - D, que também assina DRª VANESSA
ANDRADE DA SILVA, brasileira, casada, inscrita na Ordem dos Advogados do Brasil sob
o nº 33.821 - D, a quem substabelecer, ambos com endereço profissional à Av. Chico
Science, Nº 72, Loja 07, Bultrins – Olinda/PE.

PODERES: pelo presente instrumento particular de procuração, nomeio e constituo meus
bastantes procuradores e outorgados acima qualificados, a quem confio poderes especiais
para representar-me perante a **SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO**
DPVAT, a fim de que os outorgados dê entrada em meu pedido de indenização do seguro
DPVAT a ser creditada em conta bancária de minha titularidade conforme ficha de
Autorização de Pagamento e poderes para acompanhar toda a tramitação do referido
processo junto a esta seguradora, podendo para tanto requerer o que necessário for,
assinar, substabelecer esta, dar quitação e praticar, enfim, todos os atos de direito,
permitindo para perfeito cumprimento deste mandato, da vítima
Sônia Maria Pinheiro

FINALIDADE: DEFENDER OS INTERESSES DO OUTORGANTE.

Cidade: Olinda, Data: 22 de JULHO de 19



(Assinatura do Outorgante)
(Reconhecer firma por autenticidade)

R. Professor José Cândido Pessoa, 48
Bairro Novo - Olinda - PE Fone: (81) 3439-1709

Reconheço por autenticidade a firma de
ADELSON JOSE DA SILVA. Dou
Consulte a autenticidade do selo digital em www.tjpe.jus.br/selo digital



Selo: 0150672.PNI06201901.04128 - Ato: Rec. de firma.

Data: 22/07/2019 09:32:11

EMOL: R\$ 3,59 TSNR: R\$ 0,80 FERC: R\$ 0,40 Rafael Gomes de Menezes
FERM: R\$ 0,04 FUNSEG: R\$ 0,08 Escrevente



INSTRUMENTO PARTICULAR DE PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: SONIA MARIA PINHEIRO, brasileira, solteira, do lar, portador (a) da Cédula de Identidade RG nº 8.522.285 SDS/PE, inscrito (a) no CPF/MF sob nº 031.386.244-30, residente e domiciliado (a) na Travessa 1 da Saudade, nº 160, Bairro: Guadalupe, Cidade: Olinda, Estado: PE, CEP: 53240-440, que outorga os poderes constantes nesta procuração,

OUTORGADOS: DRª VANESSA ANDRADE DA SILVA, brasileira, casada, inscrita na Ordem dos Advogados do Brasil sob o nº 33.821 - D, a quem substabelecer, com endereço profissional à Av. Chico Science, Nº 72, Loja 07, Bultrins - Olinda/PE.

PODERES: pelo presente instrumento particular de procuração, nomeio e constituo meus bastantes procuradores e outorgados acima qualificados, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a **SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT**, a fim de que os outorgados dê entrada em meu pedido de indenização do seguro DPVAT a ser creditada em conta bancária de minha titularidade conforme ficha de Autorização de Pagamento e poderes para acompanhar toda a tramitação do referido processo junto a esta seguradora, podendo para tanto requerer o que necessário for, assinar, substabelecer esta, dar quitação e praticar, enfim, todos os atos de direito, permitindo para perfeito cumprimento deste mandato, da vítima **SONIA MARIA PINHEIRO**.

FINALIDADE: DEFENDER OS INTERESSES DO OUTORGANTE.

Olinda, 16 de Setembro de 2019

IMPRESSÃO DIGITAL DA VÍTIMA/OUTORGANTE SONIA MARIA PINHEIRO
CPF/MF sob nº 031.386.244-30

Adelson José da Silva
CPF nº 253.574.254-34
ASSINATURA A RGO

Dra. Vanessa Andrade da Silva
OAB/PE 33.821
Outorgado

Adelson José da Silva Junior
CPF nº 061.243.154-16
Testemunha 01

Mauricélia Andrade da Silva
CPF nº 351.230.524-53
Testemunha 02



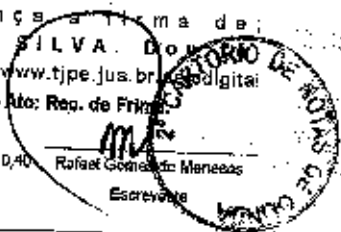


R. Professor José Cândido Pessoa, 48
Bairro Novo - Olinda - PE Fone: (81) 3439-1709

Reconheço por semelhança a firma de
MAURICELIA ANDRADE DA SILVA. Dou fé.
Consulte a autenticidade do selo digital em www.tjpe.jus.br/selo-digital

Selo: 0150672.AHN08201901.03931 - Ato: Rec. de Firma.
Data: 20/09/2019 16:03:53
EMOL: R\$ 3,59 TSNR: R\$ 0,80 FERC: R\$ 0,40
FERM: R\$ 0,04 FUNSEG: R\$ 0,08

Rafael Gomes de Menezes
Escritório

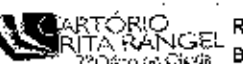
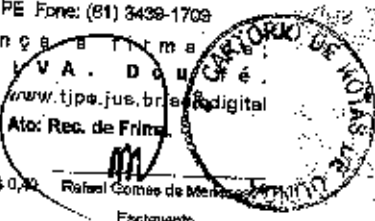


R. Professor José Cândido Pessoa, 48
Bairro Novo - Olinda - PE Fone: (81) 3439-1709

Reconheço por semelhança a firma de
ADELSON JOSE DA SILVA. Dou fé.
Consulte a autenticidade do selo digital em www.tjpe.jus.br/selo-digital

Selo: 0150672.ZAF08201901.03929 - Ato: Rec. de Firma.
Data: 20/09/2019 16:02:04
EMOL: R\$ 3,59 TSNR: R\$ 0,80 FERC: R\$ 0,40
FERM: R\$ 0,04 FUNSEG: R\$ 0,08

Rafael Gomes de Menezes
Escritório



R. Professor José Cândido Pessoa, 48
Bairro Novo - Olinda - PE Fone: (81) 3439-1709

Reconheço por semelhança a firma de
VANESSA ANDRADE DA SILVA. Dou fé.
Consulte a autenticidade do selo digital em www.tjpe.jus.br/selo-digital

Selo: 0150672.MGS08201901.03932 - Ato: Rec. de Firma.
Data: 20/09/2019 16:04:06
EMOL: R\$ 3,59 TSNR: R\$ 0,80 FERC: R\$ 0,40
FERM: R\$ 0,04 FUNSEG: R\$ 0,08

Rafael Gomes de Menezes
Escritório

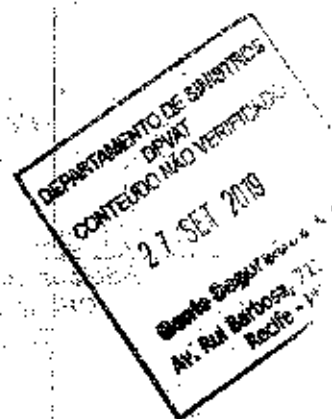
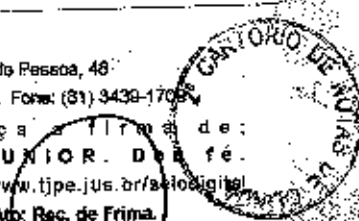


R. Professor José Cândido Pessoa, 48
Bairro Novo - Olinda - PE Fone: (81) 3439-1709

Reconheço por semelhança a firma de
ADELSON JOSE DA SILVA JUNIOR. Dou fé.
Consulte a autenticidade do selo digital em www.tjpe.jus.br/selo-digital

Selo: 0150672.YGX08201901.03930 - Ato: Rec. de Firma.
Data: 20/09/2019 16:03:12
EMOL: R\$ 3,59 TSNR: R\$ 0,80 FERC: R\$ 0,40
FERM: R\$ 0,04 FUNSEG: R\$ 0,08

Rafael Gomes de Menezes
Escritório



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0292521/19

Vítima: SONIA MARIA PINHEIRO

CPF: 031.386.244-30

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

Data do acidente: 08/03/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: SONIA MARIA PINHEIRO

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação

VANESSA ANDRADE DA SILVA : 075.880.264-13

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

SONIA MARIA PINHEIRO : 031.386.244-30

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: 26/08/2019
Nome: VANESSA ANDRADE DA SILVA
CPF: 075.880.264-13

VANESSA ANDRADE DA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 26/08/2019
Nome: JULIANA BEZERRA DE LUNA
CPF: 114.202.964-69

JULIANA BEZERRA DE LUNA

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0292521/19

Número do Sinistro: 3190497938

Vítima: SONIA MARIA PINHEIRO

CPF: 031.386.244-30

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

Data do acidente: 08/03/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: SONIA MARIA PINHEIRO

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Declaração de Inexistência de IML

Outros

VANESSA ANDRADE DA SILVA : 075.880.264-13

Procuração

SONIA MARIA PINHEIRO : 031.386.244-30

Autorização de pagamento

ATENÇÃO

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

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 27/09/2019
Nome: VANESSA ANDRADE DA SILVA
CPF: 075.880.264-13

VANESSA ANDRADE DA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 27/09/2019
Nome: JULIANA BEZERRA DE LUNA
CPF: 114.202.964-69

JULIANA BEZERRA DE LUNA

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0292521/19

Número do Sinistro: 3190497938

Vítima: SONIA MARIA PINHEIRO

CPF: 031.386.244-30

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

Data do acidente: 08/03/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: SONIA MARIA PINHEIRO

DOCUMENTOS APRESENTADOS

SONIA MARIA PINHEIRO : 031.386.244-30

Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 20/11/2019
Nome: VANESSA ANDRADE DA SILVA
CPF: 075.880.264-13

VANESSA ANDRADE DA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 20/11/2019
Nome: Marta Marinho dos Santos
CPF: 492.294.514-87

Marta Marinho dos Santos

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190497938 **Cidade:** Recife **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: SONIA MARIA PINHEIRO **Data do acidente:** 08/03/2019 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 23/10/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA COMINUTIVA DO RÁDIO DISTAL DIREITO.
FRATURA NO 5º METACARPO DA MÃO DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO DO RÁDIO (FIOS DE KIRSCHNER). P.11
TRATAMENTO CIRÚRGICO DA MÃO (FIOS DE KIRSCHNER). P.11
ALTA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

Observações: * SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL 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 completa da mobilidade de um dos punhos | 25 % | Em grau médio - 50 % | 12,5% | R\$ 1.687,50 |
| Total | | | 12,5 % | R\$ 1.687,50 |

Rio de Janeiro, 27 de Agosto de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190497938 Vítima: SONIA MARIA PINHEIRO

Data do Acidente: 08/03/2019 Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: VANESSA ANDRADE DA SILVA

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), SONIA MARIA PINHEIRO

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

| | |
|--|--|
| Autorização de pagamento | Apresentar o formulário Pedido do Seguro DPVAT , com preenchimento completo e sem rasuras, com assinatura a rogo de pessoa indicada pela vítima/beneficiário não alfabetizado e de 02 (duas) testemunhas, com a impressão digital do não alfabetizado, pois o entregue não atende a essas orientações. O formulário e maiores informações estão disponíveis em nosso site. |
| Declaração de Inexistência de IML | Apresentar formulário "Pedido do Seguro DPVAT", disponível em nosso site, devidamente preenchido, inclusive informando uma das opções que impossibilitou a apresentação do Laudo do Instituto Médico Legal-IML, pois no entregue não foi assinalada uma das opções. |

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

Carta nº 14744318



Rio de Janeiro, 27 de Agosto de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190497938

Vítima: SONIA MARIA PINHEIRO

Data do Acidente: 08/03/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: VANESSA ANDRADE DA SILVA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), SONIA MARIA PINHEIRO

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, contatos 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

Rio de Janeiro, 24 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190497938

Vítima: SONIA MARIA PINHEIRO

Data do Acidente: 08/03/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: VANESSA ANDRADE DA SILVA

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), SONIA MARIA PINHEIRO

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, foi verificada a necessidade de realização de avaliação médica presencial para a identificação e/ou enquadramento da invalidez permanente de acordo com a tabela prevista na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do seu pedido fica interrompido e sua contagem será reiniciada após a emissão do laudo da avaliação médica.

O não comparecimento à avaliação médica agendada poderá gerar o cancelamento do pedido do 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 informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 07 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190497938 Vítima: SONIA MARIA PINHEIRO

Data do Acidente: 08/03/2019 Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: VANESSA ANDRADE DA SILVA

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), SONIA MARIA PINHEIRO

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

| | |
|---------------------------|---|
| Comprovante de residência | Apresentar a cópia simples do comprovante de residência atualizado e novos dados telefônicos, pois com o entregue não tivemos êxito no contato. |
|---------------------------|---|

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



Rio de Janeiro, 18 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190497938

Vítima: SONIA MARIA PINHEIRO

Data do Acidente: 08/03/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: VANESSA ANDRADE DA SILVA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), SONIA MARIA PINHEIRO

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

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

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos punhos

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: **SONIA MARIA PINHEIRO**

Valor: **R\$ 1.687,50**

Banco: **104**

Agência: **000000917**

Conta: **000986391899-2**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

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

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

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

www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 03138624430 4 - Nome completo da vítima: Sonia Maria Pinheiro

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

5 - Nome completo: Sonia Maria Pinheiro 6 - CPF: 03138624430
7 - Profissão: do lar 8 - Endereço: TV 1 de Saudade 9 - Número: 160 10 - Complemento:
11 - Bairro: Guadalupe 12 - Cidade: Olinda 13 - Estado: PE 14 - CEP: 53220 240
15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD): 98305 7903

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

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ SEM RENDA ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☐ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção): ☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) ☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: 0914 CONTA: 000986391899 2
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: AGÊNCIA: CONTA:

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o Laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de reconhecimento de 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 da invalidez decorrente de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34 - Imprensa: 35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido: Adelson José do Silva 36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido: 25357425434

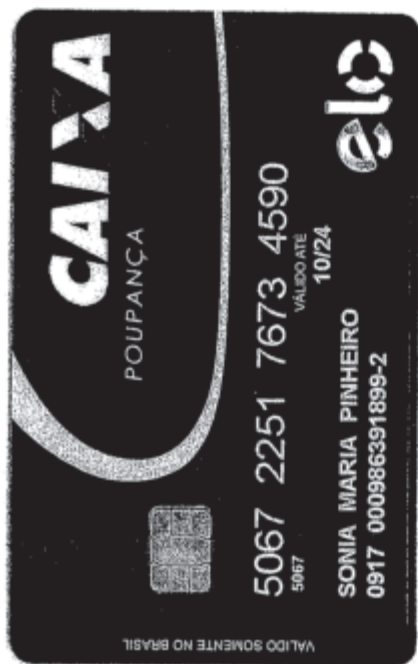
37 - Assinatura de quem assina a rogo/a pedido: 38 - 1ª Nome: Adelson José do Silva CPF: 25357425434

Assinatura da testemunha 39 - 2ª Nome: Maurício Andrade da Silva CPF:

Assinatura da testemunha 40 - Local e Data: Olinda 49/07/19

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): 42 - Assinatura do Representante Legal (se houver):

43 - Assinatura do Procurador (se houver):



Janaina e Sonia.

1 - Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ D&M (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sin. str. ou ASL: **3190493938** 3 - CPF da vítima: **03138624430** 4 - Nome completo da vítima: **Sônia Maria Pinheiro**

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

5 - Nome completo: **Sônia Maria Pinheiro** 6 - CPF: **03138624430**
7 - Profissão: **do lar** 8 - Endereço: **Travessa da Saudade** 9 - Número: **160** 10 - Complemento:
11 - Bairro: **Guadalupe** 12 - Cidade: **Olinda** 13 - Estado: **PE** 14 - CEP: **53.240-440**
15 - E-mail: **laoadvocacia@gmail.com** 15 - Tel. (DDD): **988271879**

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

17 - Nome completo do Representante Legal:
18 - CPF do Representante Legal:
19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:
☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 A R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 A R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☐ CONTA POUPANÇA (somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ Bradesco (237) ☐ Itau (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: **0914** CONTA: **000986391899** 2
AGÊNCIA: CONTA:
(informe o dígito se existir) (informe o dígito se existir) (informe o dígito se existir) (informe o dígito se existir)

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impedido de apresentar laudo do Instituto Médico Legal (IML) para fins de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que assinalo 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 corridos.
Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora LIDER para verificação da existência e confirmação das condições decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 5.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestação, caso discorde do seu resultado.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data da morte da vítima:
25 - Grau de parentesco com a vítima: 25 - Vítima de xou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informe o nome completo:
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar: 30 - Vítima deixou nascituro (s/nascido)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34 - Assinatura de quem assina a rogo/a pedido
35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido: **Adelton José da Silva**
36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido: **253.574.254-34**
37 - Assinatura de quem assina a rogo/a pedido
38 - 1ª Nome: **Adelton José da Silva Junior**
CPF: **061.243.194-46**
Adelton José da Silva Junior
Assinatura da testemunha
39 - 2ª Nome: **Mauricélia Andrade do Silva**
CPF: **351.230.524-53**
Mauricélia Andrade do Silva
Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: **Olinda 16/09/19**

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)
42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)
43 - Assinatura do Procurador (se houver)

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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Número do Sinistro: 3190497938
Nome do(a) Examinado(a): Sonia Maria Pinheiro
Endereço do(a) Examinado(a): Avenida da Saudade, 160
Guadalupe Olinda PE CEP: 53240-440
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SDS / PE] 8522285
Data local do acidente: [08/03/2019]
Data local do exame: [05/12/2019] Recife [PE]

Resultado da Avaliação Médica

- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:

FRATURA DE RÁDIO DISTAL DIREITO

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

Tratamento: REALIZOU OSTEOSINTESE COM FIOS K

Complicações: NÃO HOUVE

Data da Alta: ABRIL/2019

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

APRESENTA PUNHO DIREITO COM CONSOLIDAÇÃO VICIOSA E DIMINUIÇÃO DE AMPLITUDE DE MOVIMENTO EM 50%

- IV. Nexo de casualidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

☒ (X) Sim ☐ () Não

- V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)

☒ (X) Sim ☐ () Não

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

LIMITAÇÃO DA AMPLITUDE DE MOVIMENTO EM 50% DO PUNHO

Caso a resposta do item V seja "Não", concluir utilizando apenas as opções no item VII "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item VII "b"

- VII. Segundo o 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 (*).

☐ () "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 parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

PUNHO - Lado Direito

% do dano: ☐ () 10% residual ☐ () 25% leve

☒ (X) 50% médio ☐ () 75% intensa ☐ () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: ☐ () 10% residual ☐ () 25% leve

☐ () 50% médio ☐ () 75% intensa ☐ () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: ☐ () 10% residual ☐ () 25% leve

☐ () 50% médio ☐ () 75% intensa ☐ () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% 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 à valoração do dano corporal.

Assinatura d(a) Médico(a) Examinador(a)

Carimbo com Nome e CRM

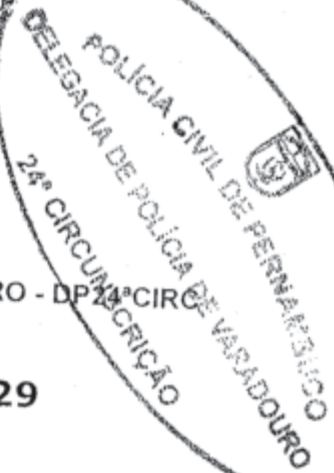


543396

029 2521/19



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 024ª CIRCUNSCRIÇÃO - VARADOURO - DP 24ª CIRCUNSCRIÇÃO
DIM/7ª DESEC



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **19E0114005029**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **31/05/2019** às **11:01**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia **8/3/2019** às **10:55**

Fato ocorrido no endereço: **RUA LUIZ DE CARVALHO, PROXIMO A COMPESSA E PORTUGUESA. - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL** Próximo a: **AVENIDA JOAO DE BARROS, 399 - Bairro: BOA VISTA - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

CONDUTOR DO AUTOPASSEIO CAUSADOR DO ACIDENTE (AUTOR / AGENTE)
SONIA MARIA PINHEIRO (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): CONDUTOR DO AUTOPASSEIO CAUSADOR DO ACIDENTE



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

SONIA MARIA PINHEIRO (presente ao plantão) - Sexo: Feminino Mãe: EUNICE MARIA PINHEIRO Pai: NAO DECLARADO Data de Nascimento: **24/6/1968** Naturalidade: **RECIFE / PERNAMBUCO / BRASIL**
Residencial: **RUA LAUDECEA LARANJEIRA DA ROCHA, N 55, BACARIOS., PROXIMO A CASA DAS CRIANÇAS. - OLINDA/PERNAMBUCO/BRASIL** Próximo a: **BAIRRO DE BONSUCESSO (BAIRRO), 55, BACARIOS OU BONSUCESSO. - CEP: 55000-000 - Bairro: BONSUCESSO - OLINDA/PERNAMBUCO/BRASIL, PROXIMO A CASA DAS CRIANÇAS.**

CONDUTOR DO AUTOPASSEIO CAUSADOR DO ACIDENTE (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Naturalidade: **NAO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

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

VEICULO AUTOPASSEIO (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **CONDUTOR DO AUTOPASSEIO CAUSADOR DO ACIDENTE**, que estava em posse do(a) Sr(a): **CONDUTOR DO AUTOPASSEIO CAUSADOR DO ACIDENTE**
Categoria/Marca/Modelo: **AUTOMOVEL/NAO INFORMADO/NAO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**
Quantidade: **01 (UNIDADE NAO INFORMADA)**

Complemento / Observação

A SENHORA SONIA MARIA PINHEIRO INFORMOU QUE NA MANHÃ DO DIA 08 DE MARÇO DE 2019, FOI VÍTIMA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO QUANDO TRANSITAVA NA AVENIDA JOAO DE BARROS, S/N, RECIFE-PE. QUE FOI SURPREENDIDA POR UM VEICULO AUTO PASSEIO QUE LHE ATROPELOU, QUE CAIU NO CHÃO

E FOI SOCORRIDA PELA UNIDADE DO CORPO DE BOMBEIRO MILITAR, QUE FOI SOCORRIDA PARA UPA DE OLINDA-PE. QUE FOI TRANSFERIDA PARA O HOSPITAL DE JABOATÃO ONDE FOI SUBMETIDA A CIRURGIA.

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

SONIA MARIA PINHEIRO
(VITIMA)

B.O. registrado por: **GUSTAVO MORAIS DE MELO** - Matrícula: 273105-3



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 03138624430 4 - Nome completo da vítima: Sonia Maria Pinheiro

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

5 - Nome completo: Sonia Maria Pinheiro 6 - CPF: 03138624430
7 - Profissão: do lar 8 - Endereço: TV 1 de Saudade 9 - Número: 160 10 - Complemento:
11 - Bairro: Guadalupe 12 - Cidade: Olinda 13 - Estado: PE 14 - CEP: 53220 240
15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD): 98305 7903

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

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ SEM RENDA ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☐ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção): ☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) ☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: 0914 CONTA: 000986391899 2
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: AGÊNCIA: CONTA:

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de reconhecimento de 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 da invalidez decorrente de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34 - Imprensa: 35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido: Adelson José do Silva 36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido: 25357425434

37 - Assinatura de quem assina a rogo/a pedido: 38 - 1ª Nome: Adelson José do Silva CPF: 25357425434

Assinatura da testemunha 39 - 2ª Nome: Maurício Andrade da Silva CPF:

Assinatura da testemunha 40 - Local e Data: Olinda 49/07/19

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver) 43 - Assinatura do Procurador (se houver)

1 - Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ D&M (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sin. str. ou ASL: **3190493938** 3 - CPF da vítima: **03138624430** 4 - Nome completo da vítima: **Sônia Maria Pinheiro**

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

5 - Nome completo: **Sônia Maria Pinheiro** 6 - CPF: **03138624430**
7 - Profissão: **do lar** 8 - Endereço: **Travessa da Saudade** 9 - Número: **160** 10 - Complemento:
11 - Bairro: **Guadalupe** 12 - Cidade: **Olinda** 13 - Estado: **PE** 14 - CEP: **53.240-440**
15 - E-mail: **laoadvocacia@gmail.com** 15 - Tel. (DDD): **988271879**

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

17 - Nome completo do Representante Legal:
18 - CPF do Representante Legal:
19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:
☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 A R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 A R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☐ CONTA POUPANÇA (somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: **0914** CONTA: **000986391899 2**
(Informe o dígito se existir) (Informe o dígito se existir)
☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO:
AGÊNCIA: CONTA:

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impedido de apresentar laudo do Instituto Médico Legal (IML) para fins 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 corridos.
Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, por base da documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora LIDER para verificação da existência ou não da condição de invalidez decorrente de acidente de trânsito, conforme Lei 5.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar, a caso, decisão do seu consultório.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo
24 - Data da morte da vítima:
25 - Grau de parentesco com a vítima: 25 - Vítima de xou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar: Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (s/nascit)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar: Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34 - Assinatura de quem assina a rogo/a pedido
35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido: **Adelton José da Silva**
36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido: **253.574.254-34**
37 - Assinatura de quem assina a rogo/a pedido
38 - 1ª Nome: **Adelton José da Silva Junior**
CPF: **061.243.194-46**
Adelton José da Silva Junior
Assinatura da testemunha
39 - 2ª Nome: **Mauricélia Andrade do Silva**
CPF: **351.230.524-53**
Mauricélia Andrade do Silva
Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: **Olinda 16/09/19**

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)
42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)
43 - Assinatura do Procurador (se houver)



SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DE PERNAMBUCO

CERTIDÃO

Certidão nº 2019APH000440 Div. Op.

Com fulcro no art. 5º XXXIV, letra "b" da Constituição Federal Brasileira, venho por meio de solicitação feita pelo(a) Sr^(a). SONIA MARIA PINHEIRO, 49 anos, BRASILEIRA(a), SOLTEIRO(a), RG nº 8522285 SSPPE, inscrito(a) na Receita Federal sob o CPF nº 031386224430, residente à TV 1 DA SAUDADE, nº 180, , GUADALUPE, OLINDA-PE, certificar que este Grupamento de Bombeiros de Atendimento Pré-Hospitalar atendeu a uma ocorrência no dia 08/03/2019, por volta das 10:55 hs, no endereço: RUA LUIZ DE CARVALHO, S/N, BAIRRO NOVO OLINDA-PE, referente a um(a) ATROPELAMENTO, envolvendo AUTOMÓVEL GOL, PRATA, OYQ0339-PE, no(a) qual fora vitimado(a) o(a) Sr^(a) SONIA MARIA PINHEIRO, inscrito sob o CPF nº 031.386.244-30 e Registro Geral nº 8522285, atendido(a) pela Unidade Tática de Resgate do Grupamento de Bombeiros de Atendimento Pré-Hospitalar, comandada pelo(a) SD 711331-5 SOBREIRA. Foi transportado(a) para o UNIDADE DE PRONTO-ATENDIMENTO DE OLINDA. Registrado(a) com o prontuário nº 1432345. Ficou aos cuidados do médico XXX, registro XXX. Os registros desta Certidão foram extraídos dos arquivos da Divisão de Operações / GBAPH.



Posição em 15/04/2019

A autenticidade desta certidão deve ser confirmada através do portal do Corpo de Bombeiros, no site <http://www.cbm.pe.gov.br/>, consultar protocolo nº 2019APH000440

Av. João de Barros, 399 - Boa Vista - Recife/PE - CEP 50050-180
Fone: (81) 3182-9126 / CNPJ: 00.358.773/0001-44

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: 11/12/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: SONIA MARIA PINHEIRO

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00917

CONTA: 000986391899-2

Nr. da Autenticação 2045194A349994AF

CELPE

DADOS DO CLIENTE

MICHEL DE LUCENA LIMA

CNPJ 210.411.418-03

CLASSIFICAÇÃO

BT RESIDENCIAL
RESIDENCIAL

DATA DE EMISSÃO
19/08/2019

9003460229

19/08/2019

07/12

08/10

Consumo Ativo (KWh)

Atividade: Banheiro AMARELA

Conto: Ilum. Pública Municipal

CMS Subvenção CDE: NF 00117358-08/05/10

PRO-CRIANÇA (09.034.12-8880.0880.001.8888

dnus ITA PU - art 31 da Lei 10.439/2002

QUANTIDADE

PRECEDENTE

00.0000000

0.0000000

DA FATURA

DESCRIÇÃO DO SERVIÇO

| OR | TIPO DA FUNÇÃO | ANTERIOR | | ATUAL | | IN DE DIAS |
|------|-------------------|------------|---------|------------|---------|---------------|
| | | DATA | LEITURA | DATA | LEITURA | |
| 1532 | CAI | 07/05/2018 | 1400 | 08/05/2018 | 1400 | 32 |

DEPARTAMENTO DE SINISTRES
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
26 AGO 2019
Gisele Segurado
Av. Rui Barbosa
Recife

| | |
|--------------------------------|--|
| Assinatura entregador nro. | <input type="checkbox"/> Inf. escrita pelo porteiro/síndico <input type="checkbox"/> Desconhecido <input type="checkbox"/> Não existe nro. indicado <input type="checkbox"/> Endereço insuficiente <input type="checkbox"/> Mudou-se |
| Relatório ao serviço postal em | <input type="checkbox"/> Não procurado <input type="checkbox"/> Ausente <input type="checkbox"/> Falecido <input type="checkbox"/> Recusado |
| Data | |

Bradesco
 R. IMPERADOR D. PEDRO II 494-A
 50010-240-RECIFE - PE




3201-8-RECIFE-CENTRO

DCIL

29865

25.04.2019


 VANESSA ANDRADE DA SILVA
 AV GUARARAPES 624 AP 201 JD ATLANTICO
 53140-060-OLINDA - PE


 720903653905554000000573830020519



DEPARTAMENTO DE SINISTROS
 DPVAT
 CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
 26 AGO 2019
 Gante Seguradora S.A.
 Av. Rui Barbosa, 715
 Recife - PE

Alô Bradesco - SAC - 0800 704 8383
 Deficiente Auditivo ou de fala - 0800 722 0099
 24 horas, 7 dias por semana
 Ouvidoria - 0800 727 9933
 de 2ª a 6ª feira das 8h às 18h, exceto feriados