



10/03/2020

Número: **0008658-23.2019.8.17.3130**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **3ª Vara Cível da Comarca de Petrolina**

Última distribuição : **14/10/2019**

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

Assuntos: **Seguro**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
KATIANE DE SOUZA DOS SANTOS (AUTOR)		IONE NADJA GONCALVES DE OLIVEIRA (ADVOGADO) PAULO HENRIQUE LIMA LEMOS (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (RÉU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
59007888	10/03/2020 13:44	2697901_CONTESTACAO_PROTOCOLADA_01	Petição em PDF



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 3ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE PETROLINA/PE

Processo: 00086582320198173130

SÚMULA 474 STJ: "A indenização do seguro DPVAT, em caso de invalidez parcial do beneficiário, será paga de forma proporcional ao grau de invalidez."

SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S.A., com sede na cidade do Rio de Janeiro/RJ, à Rua Senador Dantas, nº 74, 5º andar, inscrita no CNPJ sob nº 09.248.608/0001-04, neste ato representado por seus advogados que esta subscrevem nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DO SEGURO DPVAT**, que lhe promove **KATIANE DE SOUZA DOS SANTOS**, em trâmite perante este Douto Juízo, vem, *mui* respeitosamente, à presença de Vossa Excelência, apresentar

CONTESTAÇÃO

Consoante às razões de fato e de direito que passa a expor

BREVE SÍNTESE DA DEMANDA

Alega a parte Autora em sua peça vestibular que foi vítima de acidente automobilístico na data de **08/04/2019**, restando permanentemente inválida.

Destaca-se que a parte apenas procedeu com o registro na Delegacia de Polícia na data 08/04/2019.

Cumprido esclarecer que após a devida análise da documentação apresentada a Seguradora, o médico perito avaliou como incompleta e parcial a lesão acometida pela vítima, o que por certo descaracteriza o pleito de indenização integral por seguro obrigatório DPVAT.

Deste modo, a Ré procedeu com o pagamento da verba indenitária na monta de **R\$ 1.687,50 (um mil e seiscentos e oitenta e sete reais e cinquenta centavos)**, valor este correspondente ao percentual da invalidez parcial e permanente apresentada pela parte Autora em sede administrativa.

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



A pretensão esposada na inicial não merece prosperar, visto que sua argumentação afigura-se totalmente contrária à orientação jurisprudencial traçada pelo Superior Tribunal de Justiça, bem como preceitua a legislação vigente sobre o DPVAT. É o que se demonstrará em seguida.

PRELIMINARMENTE

DA TEMPESTIVIDADE

A Ré apresenta a presente contestação em consonância com regra prevista no art. 218, § 4º do CPC/2015¹, prestigiando os princípios da celeridade, economia processual e boa-fé, pugnando desde já pelo recebimento da mesma.

DO DESINTERESSE NA REALIZAÇÃO DA AUDIÊNCIA PRELIMINAR DE CONCILIAÇÃO

Conforme se observa na exordial, a natureza do pedido do Seguro Obrigatório DPVAT, cujo cerne da questão é a suposta invalidez do demandante e o grau da lesão sofrida para fins indenizatórios do referido Seguro.

Assim, **torna-se imprescindível a realização da prova pericial**, pois, a Lei do DPVAT prevê graus diferenciados referentes à extensão das lesões acometidas pelas vítimas, classificando-as em total ou parcial, esta última subdividida em completa e incompleta, em caso de invalidez parcial do beneficiário a indenização será paga de forma proporcional ao grau da debilidade sofrida.

Desse modo, informa que não há interesse na realização da audiência preliminar de conciliação, e, visando dirimir as dúvidas existentes sobre a invalidez do autor, requer, se Vossa Excelência assim entender, a antecipação da prova pericial nos termos do art. 381, do CPC/2015².

DO MÉRITO

DA AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML QUANTIFICANDO A LESÃO - ÔNUS DA PROVA DO AUTOR

Pode-se observar que a parte autora não apresentou qualquer documento conclusivo no que tange ao direito de receber a íntegra do teto indenizatório no que se refere à invalidez de caráter permanente, vez que não trouxe aos autos laudo do IML que atenda o disposto no Art. 5º § 5º da Lei 6.194/74, documento imprescindível para que se estabeleça o grau de limitação do membro afetado, a fim de quantificar da indenização.

Com efeito, a parte Autora deixou de juntar aos autos o Laudo do Instituto Médico Legal, furtando-se de provar o percentual de invalidez e o grau de redução funcional do membro supostamente afetado, em inobservância ao art. 373, I, CPC³.

Logo, tendo a parte autora deixado de comprovar suas alegações, impõe-se a improcedência total dos pedidos Autorais.

¹[1] Art. 218 - Os atos processuais serão realizados nos prazos prescritos em lei. [...] § 4º - Será considerado tempestivo o ato praticado antes do termo inicial do prazo.

²[1] Art. 381. A produção antecipada da prova será admitida nos casos em que: II - a prova a ser produzida seja suscetível de viabilizar a autocomposição ou outro meio adequado de solução de conflito;

³"APELAÇÃO CÍVEL. AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT. AUSÊNCIA DE PROVA DA INVALIDEZ PERMANENTE. LAUDO INDIRETO DO IML. INSUFICIÊNCIA. ÔNUS DA PROVA DO AUTOR. IMPROCEDÊNCIA DO PEDIDO. MANUTENÇÃO DA SENTENÇA. 1 - O pagamento de indenização com base no seguro obrigatório se restringe às hipóteses de morte da vítima ou de invalidez permanente, ainda que parcial, além da possibilidade de reembolso por despesas médicas que se fizerem necessárias em razão do acidente. 2 - Não se desincumbindo o Autor do ônus de comprovar a invalidez permanente decorrente de acidente automobilístico, conforme exigem os artigos 5º da Lei 6.194/74 e 333, I, do Código de Processo Civil, deve ser julgado improcedente o pleito indenizatório." (TJ-MG - AC: 10342120045667001 MG, Relator: José Marcos Vieira, Data de Julgamento: 13/03/2014, Câmaras Cíveis / 16ª CÂMARA CÍVEL, Data de Publicação: 24/03/2014)



Caso este não seja o entendimento deste Douto Juízo, prossegue a Ré em suas argumentações apenas por amor ao debate.

DO PAGAMENTO REALIZADO NA ESFERA ADMINISTRATIVA

É incontroverso na presente demanda que a parte Autora recebeu efetivamente na esfera administrativa o pagamento da indenização oriunda do Seguro Obrigatório DPVAT, referente ao sinistro em tela na monta de **R\$ 1.687,50 (um mil e seiscentos e oitenta e sete reais e cinquenta centavos)**, após a regulação do sinistro.

Ocorre, que durante o processo administrativo a parte foi submetida a perícia e de acordo com avaliação médica realizada por dois médicos especializados, sendo um na figura de revisor.

Portanto, é cristalino que o pagamento administrativo realizado encontra-se de acordo com o descrito no laudo administrativo, sendo certo que foram utilizados os critérios de fixação de indenização.

Vale salientar que é usual quando do pagamento da indenização em âmbito administrativo, que o beneficiário da verba indenizatória assine documento de quitação, onde se lê que:

“(...) com o pagamento efetuado dou, plena, rasa, geral, irrevogável e irretroatável quitação para mais nada reclamar quanto ao sinistro noticiado.”

Com o procedimento adotado quando do pagamento da indenização, temos caracterizado o ato jurídico perfeito e acabado, dando-se quitação geral e irrestrita à Seguradora reguladora do sinistro.

É de sabença que para que fossem afastados os efeitos da quitação, a parte Autora deveria desconstituí-la através da propositura da correspondente ação anulatória, recorrendo os fatos e fundamentos jurídicos para inquinar a quitação outorgada de próprio punho pela parte beneficiária, por suposto vício de consentimento, dolo ou coação, o que de fato não ocorreu, em perfeita consonância com o artigo 849 do Código Civil.

Não obstante, a parte autora não formulou pedido algum de anulação do ato jurídico liberatório, cuja validade é presumida e somente poderia ser desconstituída por sentença.

Ademais, temos que a parte Autora poderia, e quiçá deveria ressaltar no referido recibo sua intenção de quitação somente quanto ao valor efetivamente recebido, o que por certo não ocorreu.

Desta forma, a Ré efetuou o pagamento da importância legalmente estabelecida, no caso em apreço, referente a monta de R\$ 1.687,50 (um mil e seiscentos e oitenta e sete reais e cinquenta centavos), o qual foi aceito pela beneficiária legal.

Ante o exposto, deve o feito ser julgado extinto com resolução de mérito, o que se requer com fundamento nos art. 487, inciso I, do Código de Processo Civil.

DO PAGAMENTO PROPORCIONAL À LESÃO

Conforme ilação dos documentos acostados pelo requerente, o mesmo foi vítima de acidente ocasionado por veículo automotor na data de **08/04/2019**. Ademais, **houve pagamento administrativo na razão de de R\$ 1.687,50 (um mil e seiscentos e oitenta e sete reais e cinquenta centavos).**

Mister destacar ao ilustre Magistrado a edição da Medida Provisória nº 451/08, atualmente convertida na Lei nº 11.945/2009, em vigência desde 15 de dezembro de 2008, que alterou o texto dos arts. 3º e 5º da Lei nº



6.194/74 em seu art. 31, assim como anexou tabela à aludida Lei, estabelecendo percentuais indenizatórios aos danos corporais, subdividindo-os em totais e parciais⁴.

Por certo, a mencionada Lei 11.945/09 deverá ser aplicada ao caso concreto, em respeito ao princípio *tempus regit actum* (Art. 6º, §1º, LINDB).

Recentemente, a Suprema Corte firmou posicionamento sobre a constitucionalidade da inovação legal trazida originariamente pela MP 451/08, conforme se verifica no julgamento da ADI 4627/DF.

Ademais, a jurisprudência é pacífica quanto à necessidade de quantificação, sendo este o entendimento consagrado através da Súmula 474, do STJ⁵.

Em continuidade, tem-se a aludida Lei prevê graus diferenciados de invalidez permanente, classificando-a em total ou parcial, esta última subdividida em completa e incompleta, o que de certo deverá ser observado por esse Nobre Magistrado.

Dentro desse contexto, a Medida Provisória nº 451/2008 (posteriormente convertida na Lei 11.945/09), complementando a Lei 6.194/74, especificou em termos objetivos o percentual do valor máximo da indenização de acordo com os tipos de invalidez permanente.

Outrossim, conforme antedito, a referida inovação legal, no art. 3º, §1º, II, da Lei 6.194/74, trouxe a figura da invalidez parcial incompleta. Portanto, a fim de dirimir o cerne da questão, qual seja, o percentual indenizável, é imprescindível a realização de prova pericial, ocasião em que se verificará se a lesão suportada pelo autor é parcial incompleta, apontando sua respectiva repercussão geral.

Destarte, para se chegar ao valor indenizável devido, na hipótese de invalidez parcial incompleta, devem ser observadas duas etapas:

Identifica-se o tipo de dano corporal segmentar na Tabela, aplicando-se o respectivo percentual de perda; e

Sobre o valor encontrado, aplica-se os percentuais de acordo com o grau de repercussão: intensa – 75%; média – 50%; leve – 25%; e sequela residual – 10%.

Evidente, pois, inexistir qualquer direito de indenização integral ao Autor, devendo ser respeitada a proporcionalidade do grau de invalidez.

Sendo assim, na hipótese de condenação da seguradora, o valor indenizatório deverá ser apontado após a realização de perícia médica, constatando a extensão da lesão do autor, observando-se o método de cálculo apresentado em seguida abatido o valor pago na seara administrativa na monta de **R\$ 1.687,50 (UM MIL E SEISCENTOS E OITENTA E SETE REAIS E CINQUENTA CENTAVOS)**.

⁴ RECURSO CÍVEL. SEGURO DPVAT. AÇÃO DE COBRANÇA. COMPLEMENTAÇÃO DE INDENIZAÇÃO. i) EM CASO DE INVALIDEZ PARCIAL, O PAGAMENTO DO SEGURO DPVAT DEVE, POR IGUAL, OBSERVAR A RESPECTIVA PROPORCIONALIDADE. É VÁLIDA A UTILIZAÇÃO DE TABELA PARA REDUÇÃO PROPORCIONAL DA INDENIZAÇÃO A SER PAGA POR SEGURO DPVAT, EM SITUAÇÕES DE INVALIDEZ PARCIAL, AINDA QUE O ACIDENTE TENHA OCORRIDO ANTES DA LEI N.º 11.945/09. ii) INDENIZAÇÃO INDEVIDA. HIPÓTESE EM QUE A PARTE AUTORA NÃO FAZ JUS À COMPLEMENTAÇÃO DA INDENIZAÇÃO, POIS NÃO HOUVE A DEMONSTRAÇÃO DE QUE A LESÃO SOFRIDA TENHA SIDO DE MAIOR GRAVIDADE DO QUE A INDENIZADA ADMINISTRATIVAMENTE. iii) APLICAÇÃO DA SÚMULA 474 DO SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA. A indenização do seguro DPVAT, em caso de invalidez parcial do beneficiário, será paga de forma proporcional ao grau da invalidez. iv) RECURSO CONHECIDO E PROVIDO. SENTENÇA REFORMADA.

⁵ **Súmula 474 | Superior Tribunal de Justiça** “A indenização do seguro DPVAT, em caso de invalidez parcial do beneficiário, será paga de forma proporcional ao grau da invalidez.”



DA IMPOSSIBILIDADE DA INVERSÃO DO ÔNUS DA PROVA

Não há que se falar em inversão do ônus da prova, vez que o seguro DPVAT não se trata de relação de consumo, e sim de uma obrigação legal.

Assim, não pode a parte autora ser confundida como consumidora, pois, não há qualquer relação de consumo entre as partes litigantes, o que gera a inaplicabilidade da inversão do ônus da prova, característica do Código de Defesa do Consumidor.

Neste sentido é o recente entendimento firmado pelos Tribunais pátrios⁶, ratificando o descabimento da inversão do ônus da prova com base na aplicação do Código de Defesa do Consumidor.

Sendo assim, por se tratar de prova essencial dos fatos constitutivos da pretensão autoral, deverá o ônus da prova ser custeado pela parte autora, como determina o art. 373, I do CPC.

DOS JUROS DE MORA E DA CORREÇÃO MONETÁRIA

Em relação aos juros de mora, o Colendo Superior Tribunal de Justiça editou a Súmula nº 426 pacificando a incidência dos juros a partir da citação⁷.

Com relação à correção monetária, é curial que seja analisada questão acerca a forma da Lei 6.899/1981, ou seja, a partir da propositura da ação⁸.

Assim sendo, na remota hipótese de condenação, requer que os juros moratórios sejam aplicados a partir da citação, bem como a correção monetária seja computada a partir do ajuizamento da presente ação.

DOS HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS

Observar-se que o parte autora litiga sob o pálio da Gratuidade de Justiça e, em caso de eventual condenação, os honorários advocatícios deverão ser limitados ao patamar **máximo** de 20% (vinte por cento), nos termos do art. 85, §2º do Código de Processo Civil.

Contudo, a demanda não apresentou nenhum grau de complexidade nem mesmo exigiu um grau de zelo demasiado pelo patrono da parte autora, pelo que se amolda nos termos dos incisos I, II, III e IV do §2º art. 85, do Código de Processo Civil.

Desta feita, na remota hipótese de condenação da Ré, requer que o pagamento dos honorários advocatícios seja arbitrado na monta de 10% (dez por cento), conforme supracitado.

⁶ "PROCESSO CIVIL. AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT. PRELIMINAR DE FALTA DE INTERESSE DE AGIR NÃO APRECIADA PELO JUÍZO A QUO. IMPOSSIBILIDADE DE APRECIÇÃO PELA INSTÂNCIA REVISORA. **INVERSÃO DO ÔNUS DA PROVA, COM BASE NO CÓDIGO DE DEFESA DO CONSUMIDOR. INAPLICABILIDADE DO DIPLOMA LEGAL CONSUMERISTA ÀS RELAÇÕES DE SEGURO OBRIGATÓRIO.** Agravo de Instrumento interposto de decisão que em ação de cobrança do seguro obrigatório DPVAT deferiu a inversão do ônus da prova. 1. Preliminar de ausência de interesse de agir não enfrentada pelo juízo a quo impede o exame pela instância revisora, sob pena de supressão de instância. 2. **A contratação compulsória do seguro obrigatório DPVAT afasta a natureza consumerista da relação jurídica entre seguradora e segurado, e impossibilita a decretação da inversão do ônus da prova com base no artigo 6º, VIII, da Lei nº 8078/90.** 3. Recurso a que se dá provimento, com base no artigo 557 § 1º-A do Código de Processo Civil, para afastar a inversão do ônus da prova decorrente da aplicação do Código de Defesa do Consumidor." (TJ-RJ - AI: 00612946320148190000 RJ 0061294-63.2014.8.19.0000, Relator: DES. FERNANDO FOCH DE LEMOS ARIGONY DA SILVA, Data de Julgamento: 12/01/2015, TERCEIRA CAMARA CIVEL, Data de Publicação: 16/01/2015).

⁷ "SÚMULA N. 426: Os juros de mora na indenização do seguro DPVAT fluem a partir da citação."

⁸ art. 1º. (...)

§2º Nos demais casos, o cálculo far-se-á a partir do ajuizamento da ação.



CONCLUSÃO

Ante o exposto, ante a ausência de laudo pericial do IML que atenda o disposto no Art. 5º § 5º da Lei 6.194/74, documento imprescindível para que se estabeleça o grau de limitação do membro afetado, a fim de quantificar da indenização, informa que não há interesse na realização da audiência preliminar de conciliação.

Pelo exposto e por tudo mais que dos autos consta, requer a total improcedência dos pedidos da parte autora.

Em caso de eventual condenação, pugna a Ré, **pela aplicação da tabela de quantificação da extensão da invalidez, exposta na lei 11.945/2009, bem como o que preconiza a Sumula 474 do STJ.**

Na remota hipótese de condenação, pugna-se para que os juros moratórios sejam aplicados a partir da citação válida e honorários advocatícios sejam limitados ao percentual máximo de 10% (dez por cento).

Requer, outrossim, a produção de todos os meios de prova em direito admitidas e haja vista a necessidade de elucidar aspectos que contribuam com a veracidade dos fatos alegados na exordial requer o depoimento pessoal da vítima para que esclareça:

- Queira a vítima esclarecer a dinâmica do acidente, os veículos envolvidos e suas características, o membro ou segmento do corpo afetado e se houve encaminhamento ao hospital;
- Queira esclarecer se houve requerimento administrativo em razão do sinistro narrado na inicial ou outro sinistro;
- Se a vítima recebeu algum valor referente a este ou outro sinistro.

Requer a produção de prova pericial nos termos do convênio de cooperação institucional celebrado entre o Tribunal de Justiça de Pernambuco e a Seguradora Líder do Consórcio do Seguro DPVAT nº014/2017

Para fins do exposto no artigo 106, inciso I, do Código de Processo Civil, requer que todas as intimações sejam encaminhadas ao escritório de seus patronos, sito na Rua São José, nº 90, Grupo 810/812, Centro, Rio de Janeiro-RJ, CEP: 20010-020 e que as publicações sejam realizadas, exclusivamente, em nome da patrona **DRA. RAFAELLA BARBOSA PESSOA DE MELO, OAB-PE 25393**, sob pena de nulidade das mesmas.

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

PETROLINA, 18 de fevereiro de 2020.

ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELO JUNIOR
30225 - OAB/PE



QUESITOS DA RÉ

- 1 - Queira o Sr. Perito informar se há nexo de causalidade entre o acidente narrado na petição inicial e a lesão apresentada pelo autor. Caso haja, informar se da referida lesão resultou invalidez permanente ou temporária;
- 2 - Queira o Sr. Perito informar se a invalidez permanente é notória ou de fácil constatação;
- 3 - Queira o Sr. Perito esclarecer quando o vítima teve ciência de sua incapacidade com base nos documentos médicos acostados aos autos;
- 4 - Queira o Sr. Perito informar se a vítima encontra-se em tratamento ou já se esgotaram todas as possibilidades existentes na tentativa de minimizar o dano;
- 5 - Queira o Sr. Perito informar se à época do acidente o membro afetado já contava com alguma sequela oriunda de circunstância anterior;
- 6 - Queira o Sr. Perito informar se a lesão apresenta caráter parcial ou total. Sendo a invalidez parcial incompleta, queira o Ilustre Perito informar o membro afetado e se a redução proporcional da indenização corresponde a 75% (setenta e cinco por cento) para as perdas de repercussão intensa, 50% (cinquenta por cento) para as de média repercussão, 25% (vinte e cinco por cento) para as de leve repercussão, 10% (dez por cento) para as de sequelas residuais, consoante o disposto no Art. 3º, inciso II, da Lei 6.194/74;
- 7 - Queira o Sr. Perito esclarecer todo e qualquer outro elemento necessário ao deslinde da causa.



TABELA DE GRADAÇÃO

Danos Corporais Previstos na Lei	Total (100%)	Intensa (75%)	Média (50%)	Leve (25%)	Residual (10%)
Perda anatômica e/ou funcional completa de ambos os membros superiores ou inferiores	R\$ 13.500,00	R\$ 10.125,00	R\$ 6.750,00	R\$ 3.375,00	R\$ 1.350,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de ambas as mãos ou de ambos os pés					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um membro superior e de um membro inferior					
Perda completa da visão em ambos os olhos (cegueira bilateral) ou cegueira legal bilateral					
Lesões neurológicas que cursem com: (a) dano cognitivo-comportamental alienante; (b) impedimento do senso de orientação espacial e/ou do livre deslocamento corporal; (c) perda completa do controle esfinteriano; (d) comprometimento de função vital ou autonômica					
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cervicais, torácicos, abdominais, pélvicos ou retro-peritoneais cursando com prejuízos funcionais não compensáveis de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	R\$ 9.450,00	R\$ 7.087,50	R\$ 4.725,00	R\$ 2.362,50	R\$ 945,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros superiores e/ou de uma das mãos					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros inferiores					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos pés	R\$ 6.750,00	R\$ 5.062,50	R\$ 3.375,00	R\$ 1.687,50	R\$ 675,00
Perda auditiva total bilateral (surdez completa) ou da fonação (mudez completa) ou da visão de um olho					
Perda completa da mobilidade de um dos ombros, cotovelos, punhos ou dedo polegar	R\$ 3.375,00	R\$ 2.531,25	R\$ 1.687,50	R\$ 843,75	R\$ 337,50
Perda completa da mobilidade de um quadril, joelho ou tornozelo					
Perda completa da mobilidade de um segmento da coluna vertebral exceto o sacral					
Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão	R\$ 1.350,00	R\$ 1.012,50	R\$ 675,00	R\$ 337,50	R\$ 135,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dos dedos do pé					
Perda integral (retirada cirúrgica) do baço					



SUBSTABELECIMENTO

JOÃO ALVES BARBOSA FILHO, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/CE 27.954-A, **JOÃO PAULO RIBEIRO MARTINS**, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB/ RJ sob o nº 144.819; **JOSELAINE MAURA DE SOUZA FIGUEIREDO**, brasileira, casada, advogada, inscrita na OAB/ RJ sob o nº 140.522; **FERNANDO DE FREITAS BARBOSA**, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/ RJ sob o n.º 152.629 substabelecem, com reserva de iguais, na pessoa do advogado **ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELO JUNIOR**, inscrito na **30225 - OAB/PE** os poderes que lhes foram conferidos por **SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A**, nos autos de Ação de Cobrança de Seguro DPVAT, que lhe move **KATIANE DE SOUZA DOS SANTOS**, em curso perante a **3ª VARA CÍVEL** da comarca de **PETROLINA**, nos autos do Processo nº 00086582320198173130.

Rio de Janeiro, 18 de fevereiro de 2020.



JOÃO ALVES BARBOSA FILHO - OAB/PE 4246

FERNANDO DE FREITAS BARBOSA - OAB RJ 152.629

JOSELAINE MAURA DE SOUZA FIGUEIREDO- OAB RJ 140.522

JOAO PAULO RIBEIRO MARTINS - OAB RJ 144.819

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





10/03/2020

Número: **0008658-23.2019.8.17.3130**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **3ª Vara Cível da Comarca de Petrolina**

Última distribuição : **14/10/2019**

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

Assuntos: **Seguro**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
KATIANE DE SOUZA DOS SANTOS (AUTOR)		IONE NADJA GONCALVES DE OLIVEIRA (ADVOGADO) PAULO HENRIQUE LIMA LEMOS (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (RÉU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
59007889	10/03/2020 13:44	ANEXO 1	Outros (Documento)

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
 PRIVAT
 CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

23 JUL 2019

Sede Copanópolis - PA
 Av. Rui Barbosa, 715 - Lj. 5
 Recife - PE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

13.385.175-38 DATA DE EMISSÃO 05-09-2016

KATIANE DE SOUZA DOS SANTOS

BENTO DOS SANTOS NETO

ANA MARIA DE SOUZA DOS SANTOS

END. DAS ARTES SP

C.NAS. CN ENBU SP DE

SEDE LV A25 PL 570 RT 13701

045.575.935-13

Assinado eletronicamente por: A. R.

LEI 11.126 DE 2005

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA BAHIA

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA

DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

045.575.935-13

Katiane de Souza dos Santos

Assinado eletronicamente por: A. R.

CARTÃO DE IDENTIDADE



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

Seguradora Líder dos
Consortios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SEGURADO

ASL-0249926/19

Vítima: KATIANE DE SOUZA DOS SANTOS

CPF: 845.575.915-15

Seguradora: MAPFRE VIDA S/A

Data do acidente: 08/04/2019

Titular do CPF: KATIANE DE SOUZA DOS SANTOS

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

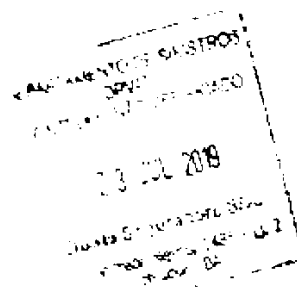
Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
Outros

MARCUS ANDRE ALBUQUERQUE DE CARVALHO : 772.869.954-72

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

KATIANE DE SOUZA DOS SANTOS : 845.575.915-15

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 de pedido de indenização, acesse www.dpvtangora.com.br ou ligue 0800-8221204.

- A indenização por invalidez permanente é de 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 (os documentos indicados em original, as cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocoladas como comprovante de entrega por meio de chancela em 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.

Assinatura do entregador

Assinatura do recebedor

Data da entrega: 23/07/2019

Nome: MARCUS ANDRE ALBUQUERQUE DE CARVALHO

CPF: 772.869.954-72

Data do cadastramento: 23/07/2019

Nome: Luciana Alves Neves

CPF: 892.165.715-00

MARCUS ANDRE ALBUQUERQUE DE CARVALHO

Luciana Alves Neves





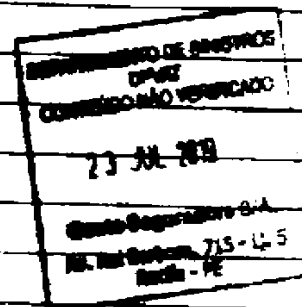
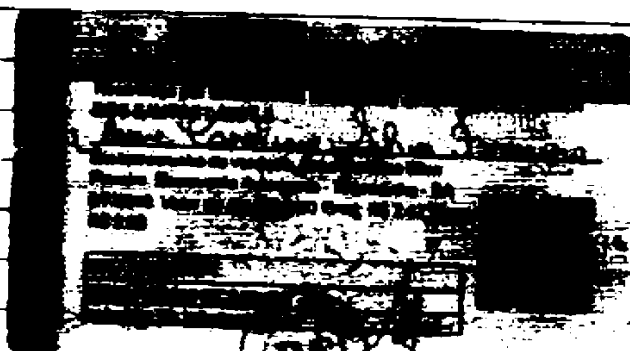
Declaração

Eu Katiane de Souza dos Santos, residente na Rua nº 22, ind. 24, declaro que sou um acidente de trânsito no dia 08 de abril de 2019 em Estância de São Vendelino/RS, e fiquei com sequelas e permanentes sequelas.

Pessoas que tentam por diversas vezes localizar a propriedade do meu veículo a qual eu estacionei pelo nome: Placa N2R 9975 modelo C615C com nome de Fernando Santos de Souza, informo que não tenho condições para ficar procurando por essa pessoa visto que estou muito debilitado em condições de estar andando.

Sabendo-se 29 de Junho de 2019

Katiane de Souza dos Santos



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190443458

Cidade: Sobradinho

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: KATIANE DE SOUZA DOS SANTOS

Data do acidente: 08/04/2019

Seguradora: MAPFRE VIDA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 29/07/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DE TÍBIA E FÍBULA ESQUERDAS.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO DA TÍBIA(OSTEOSSÍNTESE COM PLACA E PARAFUSO) P7 E 8 ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO TORNOZELO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO TORNOZELO ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações: IMAGEM: P19
LATERALIDADE DIVERGENTE EM ALGUNS DOCUMENTOS

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 tornozelo	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: 3190443458

Cidade: Sobradinho

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: KATIANE DE SOUZA DOS SANTOS

Data do acidente: 08/04/2019

Seguradora: MAPFRE VIDA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 29/07/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DE TÍBIA E FÍBULA ESQUERDAS.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO DA TÍBIA(OSTEOSSÍNTESE COM PLACA E PARAFUSO) P7 E 8 ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO TORNOZELO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO TORNOZELO ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações: IMAGEM: P19

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



PROCURAÇÃO PARTICULAR

Outorgante: KATIANE DE SOUZA
RG/CNH/CTPS: 8.545.915-15 CPF: 8.545.915-15
End: Av. Ruy Barbosa, 1244 - Recife, PE
55030-000

Outorgado: Antonio Yves Cordeiro de Mello Junior
RG/CNH/CTPS: 290.254 CPF: 290.254
End: Av. Ruy Barbosa, 1244 - Recife, PE
55030-000

Nomeio meu bastante procurador o **outorgado** acima citado com poderes específicos para resolver todas as questões administrativas referentes ao **SEGURO DPVAT**, que figura como **vítima**.

KATIANE DE SOUZA CPF: 8.545.915-15 - Outorgante

2020 de 03 de 2020

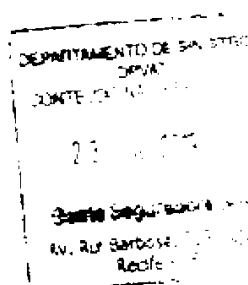
(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)

IS TABELIONATO DE NOTAS E PROTESTO DE SOBRADORAMA
Av. Ruy Barbosa, 1244 - Recife, PE - CEP: 55030-000
Fone: (51) 3333-8730 (1-800-4000000000) e-mail: contato@isba.com.br

Reconhecido por autenticidade a(s) firma(s) de **KATIANE DE SOUZA**
DOB: **20/03/1985**

Em testemunho de verdade: **Anne Caroline Silva Ferreira**, Escrevente Autorizada - Sobradinho - BA
3/7/2020 Valor do Atto: R\$ 5,00 Emissão: R\$ 2,42 Taxa: R\$ 2,58

2857 A8087024-9
SELO RECONHECIMENTO
www.isba.com.br/autenticidade

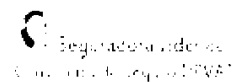


ANNE CAROLINE SILVA FERREIRA

Escrevente

Tabelionato Sobradinho - BA

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0249926/19

Vítima: KATIANE DE SOUZA DOS SANTOS

CPF: 845.575.915-15

Seguradora: MAPFRE VIDA S/A

Data do acidente: 08/04/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: KATIANE DE SOUZA DOS SANTOS

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

MARCUS ANDRE ALBUQUERQUE DE CARVALHO : 772.869.954-72

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

KATIANE DE SOUZA DOS SANTOS : 845.575.915-15

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: 23/07/2019
Nome: MARCUS ANDRE ALBUQUERQUE DE CARVALHO
CPF: 772.869.954-72

MARCUS ANDRE ALBUQUERQUE DE CARVALHO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 23/07/2019
Nome: Luciana Alves Neves
CPF: 892.165.715-00

Luciana Alves Neves





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, 24 de Julho de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190443458

Vítima: KATIANE DE SOUZA DOS SANTOS

Data do Acidente: 08/04/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: MARCUS ANDRE ALBUQUERQUE DE CARVALHO

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), KATIANE DE SOUZA DOS SANTOS

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

Carta nº 14613541





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, 09 de Agosto de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190443458

Vítima: KATIANE DE SOUZA DOS SANTOS

Data do Acidente: 08/04/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: MARCUS ANDRE ALBUQUERQUE DE CARVALHO

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), KATIANE DE SOUZA DOS SANTOS

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 tornozelo 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: KATIANE DE SOUZA DOS SANTOS

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 3548

Conta: 0000012385-4

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

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: _____ 3 - CPF da vítima: 6.512.100.100 4 - Nome completo da vítima: Antônio Carlos de Jesus

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

5 - Nome completo: Antônio Carlos de Jesus
7 - Profissão: Trabalhador
8 - Endereço: Rua da Paz, 123
11 - Bairro: Centro
12 - Cidade: São Paulo
13 - Estado: SP
14 - CEP: 01234-567
15 - E-mail: antonio@exemplo.com.br
16 - Telefone: (11) 1234-5678

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAI, 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 ATE R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATE R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

☒ CONTA POUPANÇA (somente para os bancos abaixo. Assinalar uma opção)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (304)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 1548 CONTA: 12385 AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar 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 a dívida, desde que eu não tiver a restrição do crédito, quitando total do valor devido.

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

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

Penal: se for assinado, sem o preenchimento da opção de tempo para o pedido de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, a indenização será considerada apresentada, concordando desde já em me submeter a avaliação médica e custos da Seguradora LIDER para verificação da existência e fixação das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 18, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou pericial de interesse da Seguradora LIDER.

DECLARAÇÃO DE ÚNICO BENEFICIÁRIO - 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 companheira: ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheira, informar o nome completo: _____

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: _____ Falecidos: _____ 30 - Vítima deixou nascituro/nascituros? ☐ 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 devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte a aqueles beneficiários que se apresentarem e comprovarem esta condição, estando ciente ainda de que quanto ao não ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de restituição de valores recebidos, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

35 - Nome legível de quem assina a requisição:

36 - CPF legível de quem assina a requisição:

37 - (1ª) Assinatura de quem assina a requisição:

38 - 2ª | Nome: _____
CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: _____
CPF: _____

Assinatura da testemunha

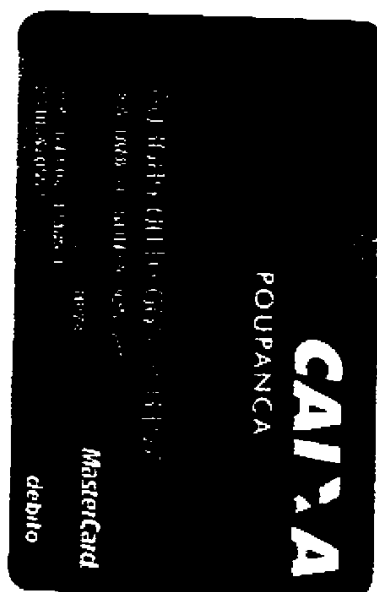
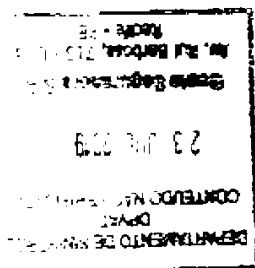
40 - Local e Data: _____

41 - Assinatura da vítima, beneficiário ou declarante:

43 - Assinatura do Procurador (se houver):

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver):

V002/2019





Governo do Estado da Bahia
Secretaria da Segurança Pública
Polícia Civil

Emissão: 16/07/2019 às 14:00h
Unidade de Emissão: 17ª COORPIN - SOBRADINHO
SIGIP - Sistema de Informação e Gestão Integrada Policial

Processo: 59007889-1 de 2019

CERTIDÃO

536388

Boletim de Ocorrência

Número: 17ªCRPN SOBRADN-BO-19-00523

Data: 08/07/2019 às 11:41h

Unidade: 17ª COORPIN - SOBRADINHO

Delegado: 126163982 - FILIPE FREIRE BEZERRA

Responsável Pelo Registro

Unidade: 17ª COORPIN - SOBRADINHO

Servidor: 750171564 - RUBENS GOMES DOS ANJOS

Dados do Fato

Tipo: Não delituoso

Classificação: Acidente de Veículo

Data: 08/04/2019 às 07:00h

Histórico:

ALEGA A COMUNICANTE KATIANE DE SOUZA DOS SANTOS, QUE EM DATA E HORA ACIMA CITADOS, QUANDO CONDUZIA O VEÍCULO PAS/MOTOCICLO HONDA/CG 150 FAN ESI, ANO E MODELO 2012-2012, DE COR PRETA, PLACA POLICIAL NZR-9985-SOBRADINHO-BA, CHASSI Nº 9C2KC1670CR522221, EM NOME DE FERNANDO SANTANA DE SOUZA, CONFORME CÓDIGO RENAVAM 458492340, VEIO A COLIDIR EM UMA OUTRA MOTO DE PLACA CONDUTOR E PROPRIETARIO NÃO IDENTIFICADO, QUE EVADIU-SE. SEGUNDO A COMUNICANTE, NO MOMENTO DO ACIDENTE ENCONTRAVA-SE COMO CARONA A SUA GENITORA ANA MARIA DE SOUZA DOS SANTOS, SENDO AMBAS SOCORRIDAS PELO SAMU PARA O HOSPITAL DE SOBRADINHO-BAHIA, EM SEGUIDA TRANSFERIDAS PARA O HOSPITAL UNIVERSITARIO DE TRAUMAS E URGÊNCIAS DE PETROLINA-PE, COM LESÕES CORPORAIS, E O REGISTRO.

Endereço Principal: Rco. BA 210, CONTRAPO DA INTEGRAÇÃO DA SAÍDA, VILA SÃO FRANCISCO, SOBRADINHO, BA - BR CEP: 48925-000

Pessoas Envolvidas

Pessoa Física

ADRIANO EVANGELISTA MARTINS, Sexo Masculino, Nacionalidade: Brasileira, Civil, Cutis: Parda, Não informado, Endereço: R. 04, Nº 27, QUADRA N-24, VILA SÃO JOAQUIM, SOBRADINHO, BA - BR CEP: 48925-000

FRANCISVALDO, Sexo Masculino, Nacionalidade: Brasileira, Civil, Cutis: Parda, Não informado, Endereço: R. 04, Nº 27, QUADRA N-24, VILA SÃO JOAQUIM, SOBRADINHO, BA - BR CEP: 48925-000

ANA MARIA DE SOUZA DOS SANTOS, Carteira de Identidade: 07787214-26 SSP/BA, Sexo Feminino, Mãe: MARIA PEREIRA DE SOUZA, Pai: ANASTÁCIO BISPO DE SOUZA, Nacionalidade: Brasileira, Naturalidade: Juazeiro (BA) - BAHIA - BRASIL, Nascido em: 14/04-1958 (Viúva), Civil, Cutis: Parda, Altura: 1,67m, Cabelo: Pretos, Olhos: Castanhos, Cabelo: Carapinha, Heterossexual, Endereço: R. 04, Nº 27,

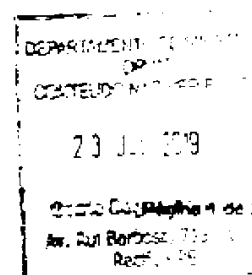
Envolvimento

Testemunha

Testemunha

Vítima (Fato Não Delituoso)

Número: 17ªCRPN SOBRADN-BO-19-00523





CERTIDÃO

Boletim de Ocorrência

Número: 17ªCRPN SOBRADN-BO-19-00523

Data: 08/07/2019 às 11:41h

Unidade: 17ª COORPIN - SOBRADINHO

Delegado: 126163982 - FILIPE FREIRE BEZERRA

Pessoa Física

Envolvimento

QUADRA N-24, VILA SÃO JOAQUIM, SOBRADINHO, BA - BR CEP:

48925-000, Religião: Catolicismo

KATIANE DE SOUZA DOS SANTOS, Carteira de Identidade: 13385175-38 Comunicante

SSP/BA, Sexo Feminino, Mãe: ANA MARIA DE SOUZA DOS SANTOS,

Pai: BENTO DOS SANTOS NETO, Nacionalidade: Brasileira, Naturalidade:

Embu (SP) - SÃO PAULO - BRASIL, Nascido em: 02/02/1982, Solteiro (a),

Civil, Cutis: Parda, Altura: 1,60m, Cabelo: Castanhos, Olhos: Castanhos,

Cabelo: Encaracolado, Heterossexual, Peculiaridade: Usa Óculos, Endereço:

R. 04, Nº 27, QUADRA-24, VILA SÃO JOAQUIM, SOBRADINHO, BA - BR

CEP: 48925-000, Telefone Celular: 74988598354, Telefone Residencial:

74988598354, Religião: Catolicismo

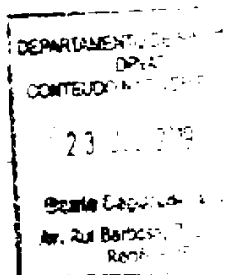
Responsável: _____

FILIPE FREIRE BEZERRA

Código de autenticidade da certidão: f1426311-ac67-48a7-92f3-d4486a0d74bf

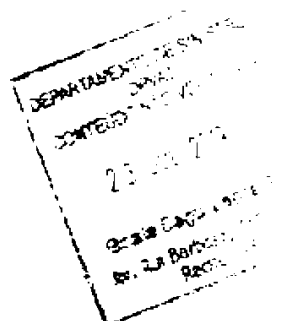
Para verificar a autenticidade desta certidão

acesse :<https://www.delegaciadigital.ssp.ba.gov.br/>



Verificar autenticidade ocorrência

Selecione o número da ocorrência



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: _____ 3 - CPF da vítima: 6.512.100.100 4 - Nome completo da vítima: Antônio Carlos de Jesus

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

5 - Nome completo: Antônio Carlos de Jesus
7 - Profissão: Trabalhador
8 - Endereço: Rua da Paz, 123
11 - Bairro: Centro
12 - Cidade: São Paulo
13 - Estado: SP
14 - CEP: 01234-567
15 - E-mail: antonio.jesus@email.com

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAI, 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 ATE R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATE R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

☒ CONTA POUPANÇA (Exclusivamente para os bancos abaixo. Assinalar uma opção):
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (304)
Nome do BANCO: _____
AGÊNCIA: 1548 CONTA: 12385 4 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 a dívida, desde que eu não tiver a restrição do crédito, quitando total do valor devido.

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

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

Penalty: O não atendimento, sob o pretexto de não atendimento da região do acidente ou da minha residência, constitui-se em ato de fraude, sujeitando o requerente a multa de 10% (dez por cento) sobre o valor da indenização, a ser paga pela Seguradora LIDER, para verificação da existência e efetiva ocorrência das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 18, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou pericial de periciação, caso seja necessário.

DECLARAÇÃO DE ÚNICO BENEFICIÁRIO - 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 companheira: ☐ Sim ☐ Não
27 - Se a vítima deixou companheira, informar o nome completo: _____
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: _____ Falecidos: _____
30 - Vítima deixou nascituro/nascituros? ☐ 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 devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte a aqueles beneficiários que se apresentarem e comprovarem esta condição, estando presente ainda de que quanto ao não atendimento da região do acidente ou da minha residência, a Seguradora LIDER não se responsabiliza, conforme o artigo 299 do Código Civil.

34 - Nome legível de quem assina a requisição: _____
35 - CPF legível de quem assina a requisição: _____
36 - (1ª) Assinatura de quem assina a requisição: _____
37 - (2ª) Assinatura de quem assina a requisição: _____
38 - 1ª Nome: _____ CPF: _____
39 - 2ª Nome: _____ CPF: _____
Assinatura da testemunha: _____
Assinatura da testemunha: _____

40 - Local e Data: São Paulo, 10 de Junho de 2019
41 - Assinatura da vítima, beneficiário ou declarante: _____
42 - Assinatura do Representante Legal (se houver): _____
43 - Assinatura do Procurador (se houver): _____

V002/2019

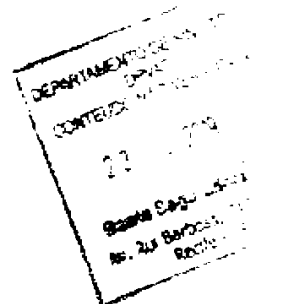
08 04 19 07 30

Estação de Tabela - Tabela 02
(EX-131A)

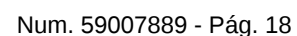
Katerra da Souza de. Santo. 3+
BA 210

Reina E Reina E

Luiza Junior (Lina) 02/12



DEPARTAMENTO DE INVESTIGACIONES
CRIMINALES
CONTEINER NO. 100-100000
23 JUL 1969
9500 CASHMAN ST.
MT. RAINIER, WASH. 98004
RACON



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: 02/08/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: KATIANE DE SOUZA DOS SANTOS

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03548

CONTA: 000000012385-4

Nr. da Autenticação E636468AA3734DB1





Rua Leopoldo de Figueiredo, 88 - Centro - São Paulo - SP - 01048-000, Brasil
 Tel: (011) 3066-1000 Fax: (011) 3066-1001
 E-mail: contato@nubank.com.br
 CNPJ nº 06.940.688/0001-90

PAPER TO CLIP:

ANA MARIA DE SOUZA DOS SANTOS
124 ESCOLA MARIA REEIRO

RESEARCHER'S ORIGIN: THE RESEARCHER'S COUNTRY OF ORIGIN

2004-01-04 14:24:37

25 13 45 25

FLA S/A - JUAQUEM SUBGRAFANT
SOBRAL INE BA
4805-010

Classification

21 JUL 9 06 PM
J FINEY WASH

10-220-100	10-220-100	10-220-100
10-220-100	10-220-100	10-220-100
10-220-100	10-220-100	10-220-100
10-220-100	10-220-100	10-220-100

00000000000000000000	08/2018
15/07/2019	16/07/2019

CONCLUSÃO DA PRÉTA FINCA

COUNTRY OF ORIGIN	COMMODITY	UNIT	QUANTITY	UNIT PRICE	TOTAL VALUE	PERCENTAGE	REMARKS
UNITED STATES OF AMERICA	CIGARETTES	CIGARETTES	100,000	0.10	10,000.00	100.00	CIGARETTES
UNITED STATES OF AMERICA	CIGARETTES	CIGARETTES	100,000	0.10	10,000.00	100.00	CIGARETTES
UNITED STATES OF AMERICA	CIGARETTES	CIGARETTES	100,000	0.10	10,000.00	100.00	CIGARETTES
UNITED STATES OF AMERICA	CIGARETTES	CIGARETTES	100,000	0.10	10,000.00	100.00	CIGARETTES

... ..

收 尾

ADMINISTRATIVO DE COMERCIO EXTERNO E SUAS ENCLAVAS

UNIT		PERSONNEL		EQUIP.		MATERIALS		OTHER		TOTAL		REMARKS	
NO.	NAME	NO.	NAME	NO.	NAME	NO.	NAME	NO.	NAME	NO.	NAME	NO.	NAME
1	...	2	...	3	...	4	...	5	...	6	...	7	...

[illegible]

CONCLUSIONS

REVENUE BY CATEGORY		% OF TOTAL		REVENUE BY CATEGORY		% OF TOTAL	
1980	100	100	100	1981	100	100	100
1982	100	100	100	1983	100	100	100
1984	100	100	100	1985	100	100	100
1986	100	100	100	1987	100	100	100
1988	100	100	100	1989	100	100	100
1990	100	100	100	1991	100	100	100
1992	100	100	100	1993	100	100	100
1994	100	100	100	1995	100	100	100
1996	100	100	100	1997	100	100	100
1998	100	100	100	1999	100	100	100
2000	100	100	100	2001	100	100	100
2002	100	100	100	2003	100	100	100
2004	100	100	100	2005	100	100	100
2006	100	100	100	2007	100	100	100
2008	100	100	100	2009	100	100	100
2010	100	100	100	2011	100	100	100
2012	100	100	100	2013	100	100	100
2014	100	100	100	2015	100	100	100
2016	100	100	100	2017	100	100	100
2018	100	100	100	2019	100	100	100
2020	100	100	100	2021	100	100	100
2022	100	100	100	2023	100	100	100
2024	100	100	100	2025	100	100	100
2026	100	100	100	2027	100	100	100
2028	100	100	100	2029	100	100	100
2030	100	100	100	2031	100	100	100
2032	100	100	100	2033	100	100	100
2034	100	100	100	2035	100	100	100
2036	100	100	100	2037	100	100	100
2038	100	100	100	2039	100	100	100
2040	100	100	100	2041	100	100	100
2042	100	100	100	2043	100	100	100
2044	100	100	100	2045	100	100	100
2046	100	100	100	2047	100	100	100
2048	100	100	100	2049	100	100	100
2050	100	100	100	2051	100	100	100
2052	100	100	100	2053	100	100	100
2054	100	100	100	2055	100	100	100
2056	100	100	100	2057	100	100	100
2058	100	100	100	2059	100	100	100
2060	100	100	100	2061	100	100	100
2062	100	100	100	2063	100	100	100
2064	100	100	100	2065	100	100	100
2066	100	100	100	2067	100	100	100
2068	100	100	100	2069	100	100	100
2070	100	100	100	2071	100	100	100
2072	100	100	100	2073	100	100	100
2074	100	100	100	2075	100	100	100
2076	100	100	100	2077	100	100	100
2078	100	100	100	2079	100	100	100
2080	100	100	100	2081	100	100	100
2082	100	100	100	2083	100	100	100
2084	100	100	100	2085	100	100	100
2086	100	100	100	2087	100	100	100
2088	100	100	100	2089	100	100	100
2090	100	100	100	2091	100	100	100
2092	100	100	100	2093	100	100	100
2094	100	100	100	2095	100	100	100
2096	100	100	100	2097	100	100	100
2098	100	100	100	2099	100	100	100
2100	100	100	100	2101	100	100	100
2102	100	100	100	2103	100	100	100
2104	100	100	100	2105	100	100	100
2106	100	100	100	2107	100	100	100
2108	100	100	100	2109	100	100	100
2110	100	100	100	2111	100	100	100
2112	100	100	100	2113	100	100	100
2114	100	100	100	2115	100	100	100
2116	100	100	100	2117	100	100	100
2118	100	100	100	2119	100	100	100
2120	100	100	100	2121	100	100	100
2122	100	100	100	2123	100	100	100
2124	100	100	100	2125	100	100	100
2126	100	100	100	2127	100	100	100
2128	100	100	100	2129	100	100	100
2130	100	100	100	2131	100	100	100
2132	100	100	100	2133	100	100	100
2134	100	100	100	2135	100	100	100
2136	100	100	100	2137	100	100	100
2138	100	100	100	2139	100	100	100
2140	100	100	100	2141	100	100	100
2142	100	100	100	2143	100	100	100
2144	100	100	100	2145	100	100	100
2146	100	100	100	2147	100	100	100
2148	100	100	100	2149	100	100	100
2150	100	100	100	2151	100	100	100
2152	100	100	100	2153	100	100	100
2154	100	100	100	2155	100	100	100
2156	100	100	100	2157	100	100	100
2158	100	100	100	2159	100	100	100
2160	100	100	100	2161	100	100	100
2162	100	100	100	2163	100	100	100
2164	100	100	100	2165	100	100	100
2166	100	100	100	2167	100	100	100
2168	100	100	100	2169	100	100	100
2170	100	100	100	2171	100	100	100
2172	100	100	100	2173	100	100	100
2174	100	100	100	2175	100	100	100
2176	100	100	100	2177	100	100	100
2178	100	100	100	2179	100	100	100
2180	100	100	100	2181	100	100	100
2182	100	100	100	2183	100	100	100
2184	100	100	100	2185	100	100	100
2186	100	100	100	2187	100	100	100
2188	100	100	100	2189	100	100	100
2190	100	100	100	2191	100	100	100
2192	100	100	100	2193	100	100	100
2194	100	100	100	2195	100	100	100
2196	100	100	100	2197	100	100	100
2198	100	100	100	2199	100	100	100
2200	100	100	100	2201	100	100	100
2202	100	100	100	2203	100	100	100
2204	100	100	100	2205	100	100	100
2206	100	100	100	2207	100	100	100
2208	100	100	100	2209	100	100	100
2210	100	100	100	2211	100	100	100
2212	100	100	100	2213	100	100	100
2214	100	100	100	2215	100	100	100
2216	100	100	100	2217	100	100	100
2218	100	100	100	2219	100	100	100
2220	100	100	100	2221	100	100	100
2222	100	100	100	2223	100	100	100
2224	100	100	100	2225	100	100	100
2226	100	100	100	2227	100	100	100
2228	100	100	100	2229	100	100	100
2230	100	100	100	2231	100	100	100
2232	100	100	100	2233	100	100	100
2234	100	100	100	2235	100	100	100
2236	100	100	100	2237	100	100	100
2238	100	100	100	2239	100	100	100
2240	100	100	100	2241	100	100	100
2242	100	100	100	2243	100	100	100
2244	100	100	100	2245	100	100	100
2246	100	100	100	2247	100	100	100
2248	100	100	100	2249	100	100	100
2250	100	100	100	2251	100	100	100
2252	100	100	100	2253	100	100	100
2254	100	100	100	2255	100	100	100
2256	100	100	100	2257	100	100	100
2258	100	100	100	2259	100	100	100
2260	100	100	100	2261	100	100	100
2262	100	100	100	2263	100	100	100
2264	100	100	100	2265	100	100	100
2266	100	100	100	2267	100	100	100
2268	100	100	100	2269	100	100	100
2270	100	100	100	2271	100	100	100
2272	100	100	100	2273	100	100	100
2274	100	100	100	2275	100	100	100
2276	100	100	100	2277	100	100	100
2278	100	100	100	2279	100	100	100
2280	100	100	100	2281	100	100	100
2282	100	100	100	2283	100	100	100
2284	100	100	100	2285	100	100	100
2286	100	100	100	2287	100	100	100
2288	100	100	100	2289	100	100	100
2290	100	100	100	2291	100	100	100
2292	100	100	100	2293	100	100	100
2294	100	100	100	2295	100	100	100
2296	100	100	100	2297	100	100	100
2298	100	100	100	2299	100	100	100
2300	100	100	100	2301	100	100	100
2302	100	100	100	2303	100	100	100
2304	100	100	100	2305	100	100	100
2306	100	100	100	2307	100	100	100
2308	100	100	100	2309	100	100	100
2310	100	100	100	2311	100	100	100
2312	100	100	100	2313	100	100	100
2314	100	100	100	2315	100	100	100
2316	100	100	100	2317	100	100	100
2318	100	100	100	2319	100	100	100
2320	100	100	100	2321	100	100	100
2322	100	100	100	2323	100	100	100
2324	100	100	100	2325	100	100	100
2326	100	100	100	2327	100	100	100
2328	100	100	100	2329	100	100	100
2330	100	100	100	2331	100	100	100
2332							

REFERENCES

Regulation of the Ca^{2+} concentration in the cytoplasm is a critical factor in the regulation of many cellular processes. The Ca^{2+} concentration in the cytoplasm is maintained at a low level by the action of the Ca^{2+} pump, which transports Ca^{2+} out of the cell. The Ca^{2+} concentration in the cytoplasm is also regulated by the action of the Ca^{2+} release channel, which allows Ca^{2+} to flow from the endoplasmic reticulum into the cytoplasm. The Ca^{2+} concentration in the cytoplasm is a key factor in the regulation of many cellular processes, including muscle contraction, neurotransmitter release, and cell division.

REVENUE & EXPENDITURE DATA SUMMARY					BUDGETARY CONTROL		
REVENUE	EXPENSE	NET	PERCENT	REMARKS	ACTUAL	BUDGET	VARIANCE
1.00	1.20	0.20	16.67		1.00	1.20	0.20
1.00	1.20	0.20	16.67		1.00	1.20	0.20
1.00	1.20	0.20	16.67		1.00	1.20	0.20
1.00	1.20	0.20	16.67		1.00	1.20	0.20

CONFIDENTIAL MEMPHIS DATE OF RECEIPT 5/27/2018 TOLSON & PETERSON (44) 85 04

338* 0000000-0 65940030000-0 00909293510 2 08345521273.9

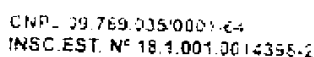


DEPARTAMENTO DE ECONOMIA
CIVIL

22 - 239

~~Dr. J. H. B. B. B.~~





27 55 44

2022-23 4447

UATB 7-11 18062614 HQ: 2019

2035

STANDARD-A USAID	STANDARD-B USAID	STANDARD-C USAID
STANDARD-D USAID	STANDARD-E USAID	STANDARD-F USAID

3.143

• • •

1997, 1998, 1999, 2000, 2001, 2002, 2003, 2004, 2005, 2006, 2007, 2008, 2009, 2010, 2011, 2012, 2013, 2014, 2015, 2016, 2017, 2018, 2019, 2020, 2021, 2022, 2023, 2024, 2025, 2026, 2027, 2028, 2029, 2030, 2031, 2032, 2033, 2034, 2035, 2036, 2037, 2038, 2039, 2040, 2041, 2042, 2043, 2044, 2045, 2046, 2047, 2048, 2049, 2050, 2051, 2052, 2053, 2054, 2055, 2056, 2057, 2058, 2059, 2060, 2061, 2062, 2063, 2064, 2065, 2066, 2067, 2068, 2069, 2070, 2071, 2072, 2073, 2074, 2075, 2076, 2077, 2078, 2079, 2080, 2081, 2082, 2083, 2084, 2085, 2086, 2087, 2088, 2089, 2090, 2091, 2092, 2093, 2094, 2095, 2096, 2097, 2098, 2099, 2100, 2101, 2102, 2103, 2104, 2105, 2106, 2107, 2108, 2109, 2110, 2111, 2112, 2113, 2114, 2115, 2116, 2117, 2118, 2119, 2120, 2121, 2122, 2123, 2124, 2125, 2126, 2127, 2128, 2129, 2130, 2131, 2132, 2133, 2134, 2135, 2136, 2137, 2138, 2139, 2140, 2141, 2142, 2143, 2144, 2145, 2146, 2147, 2148, 2149, 2150, 2151, 2152, 2153, 2154, 2155, 2156, 2157, 2158, 2159, 2160, 2161, 2162, 2163, 2164, 2165, 2166, 2167, 2168, 2169, 2170, 2171, 2172, 2173, 2174, 2175, 2176, 2177, 2178, 2179, 2180, 2181, 2182, 2183, 2184, 2185, 2186, 2187, 2188, 2189, 2190, 2191, 2192, 2193, 2194, 2195, 2196, 2197, 2198, 2199, 2200, 2201, 2202, 2203, 2204, 2205, 2206, 2207, 2208, 2209, 2210, 2211, 2212, 2213, 2214, 2215, 2216, 2217, 2218, 2219, 2220, 2221, 2222, 2223, 2224, 2225, 2226, 2227, 2228, 2229, 2230, 2231, 2232, 2233, 2234, 2235, 2236, 2237, 2238, 2239, 2240, 2241, 2242, 2243, 2244, 2245, 2246, 2247, 2248, 2249, 2250, 2251, 2252, 2253, 2254, 2255, 2256, 2257, 2258, 2259, 2260, 2261, 2262, 2263, 2264, 2265, 2266, 2267, 2268, 2269, 2270, 2271, 2272, 2273, 2274, 2275, 2276, 2277, 2278, 2279, 2280, 2281, 2282, 2283, 2284, 2285, 2286, 2287, 2288, 2289, 2290, 2291, 2292, 2293, 2294, 2295, 2296, 2297, 2298, 2299, 2300, 2301, 2302, 2303, 2304, 2305, 2306, 2307, 2308, 2309, 2310, 2311, 2312, 2313, 2314, 2315, 2316, 2317, 2318, 2319, 2320, 2321, 2322, 2323, 2324, 2325, 2326, 2327, 2328, 2329, 2330, 2331, 2332, 2333, 2334, 2335, 2336, 2337, 2338, 2339, 2340, 2341, 2342, 2343, 2344, 2345, 2346, 2347, 2348, 2349, 2350, 2351, 2352, 2353, 2354, 2355, 2356, 2357, 2358, 2359, 2360, 2361, 2362, 2363, 2364, 2365, 2366, 2367, 2368, 2369, 2370, 2371, 2372, 2373, 2374, 2375, 2376, 2377, 2378, 2379, 2380, 2381, 2382, 2383, 2384, 2385, 2386, 2387, 2388, 2389, 2390, 2391, 2392, 2393, 2394, 2395, 2396, 2397, 2398, 2399, 2400, 2401, 2402, 2403, 2404, 2405, 2406, 2407, 2408, 2409, 2410, 2411, 2412, 2413, 2414, 2415, 2416, 2417, 2418, 2419, 2420, 2421, 2422, 2423, 2424, 2425, 2426, 2427, 2428, 2429, 2430, 2431, 2432, 2433, 2434, 2435, 2436, 2437, 2438, 2439, 2440, 2441, 2442, 2443, 2444, 2445, 2446, 2447, 2448, 2449, 2450, 2451, 2452, 2453, 2454, 2455, 2456, 2457, 2458, 2459, 2460, 2461, 2462, 2463, 2464, 2465, 2466, 2467, 2468, 2469, 2470, 2471, 2472, 2473, 2474, 2475, 2476, 2477, 2478, 2479, 2480, 2481, 2482, 2483, 2484, 2485, 2486, 2487, 2488, 2489, 2490, 2491, 2492, 2493, 2494, 2495, 2496, 2497, 2498, 2499, 2500, 2501, 2502, 2503, 2504, 2505, 2506, 2507, 2508, 2509, 2510, 2511, 2512, 2513, 2514, 2515, 2516, 2517, 2518, 2519, 2520, 2521, 2522, 2523, 2524, 2525, 2526, 2527, 2528, 2529, 2530, 2531, 2532, 2533, 2534, 2535, 2536, 2537, 2538, 2539, 2540, 2541, 2542, 2543, 2544, 2545, 2546, 2547, 2548, 2549, 2550, 2551, 2552, 2553, 2554, 2555, 2556, 2557, 2558, 2559, 2560, 2561, 2562, 2563, 2564, 2565, 2566, 2567, 2568, 2569, 2570, 2571, 2572, 2573, 2574, 2575, 2576, 2577, 2578, 2579, 2580, 2581, 2582, 2583, 2584, 2585, 2586, 2587, 2588, 2589, 2590, 2591, 2592, 2593, 2594, 2595, 2596, 2597, 2598, 2599, 2600, 2601, 2602, 2603, 2604, 2605, 2606, 2607, 2608, 2609, 2610, 2611, 2612, 2613, 2614, 2615, 2616, 2617, 2618, 2619, 2620, 2621, 2622, 2623, 2624, 2625, 2626, 2627, 2628, 2629, 2630, 2631, 2632, 2633, 2634, 2635, 2636, 2637, 2638, 2639, 2640, 2641, 2642, 2643, 2644, 2645, 2646, 2647, 2648, 2649, 2650, 2651, 2652, 2653, 2654, 2655, 2656, 2657, 2658, 2659, 2660, 2661, 2662, 2663, 2664, 2665, 2666, 2667, 2668, 2669, 2670, 2671, 2672, 2673, 2674, 2675, 2676, 2677, 2678, 26

1114

7. 1082. 1. 1082. 1. 1082. 1.

— *Journal of the American Medical Association*, 1997

[illegible]

1. The first step in the process is to identify the problem or issue that needs to be addressed. This involves gathering information and understanding the context of the problem.

244

WILSON, J. L., and J. R. GARDNER.

$\Delta T = 10^\circ \text{C}$	$\Delta T = 20^\circ \text{C}$	$\Delta T = 30^\circ \text{C}$	$\Delta T = 40^\circ \text{C}$	$\Delta T = 50^\circ \text{C}$
$\Delta T = 10^\circ \text{C}$	$\Delta T = 20^\circ \text{C}$	$\Delta T = 30^\circ \text{C}$	$\Delta T = 40^\circ \text{C}$	$\Delta T = 50^\circ \text{C}$
$\Delta T = 10^\circ \text{C}$	$\Delta T = 20^\circ \text{C}$	$\Delta T = 30^\circ \text{C}$	$\Delta T = 40^\circ \text{C}$	$\Delta T = 50^\circ \text{C}$
$\Delta T = 10^\circ \text{C}$	$\Delta T = 20^\circ \text{C}$	$\Delta T = 30^\circ \text{C}$	$\Delta T = 40^\circ \text{C}$	$\Delta T = 50^\circ \text{C}$

1. *Phragmites australis* (Cav.) Trin. ex Steud.

$$x^2 + 10x + 16 = (x + 5)^2 - 9 = (x + 5)^2 - 3^2 = (x + 5 + 3)(x + 5 - 3) = (x + 8)(x + 2)$$

Time	Location	Time	Location
11:05	200 ft	11:10	200 ft
11:15	200 ft	11:20	200 ft
11:25	200 ft	11:30	200 ft
11:35	200 ft	11:40	200 ft

PREVIOS	RATE DE CANCELLO	PERCENTUAL	VALOR DO MORTUO
1988-89	2,00	100,00	100,00
1989-90	1,50	75,00	75,00

ENCIMIENTO: 05/27/2019

TOTAL A PAGAR 358.65

12345678910111213141516171819202122232425262728293031323334353637383940414243444546474849505152535455565758596061626364656667686970717273747576777879808182838485868788899091929394959697989910010110210310410510610710810911011111211311411511611711811912012112212312412512612712812913013113213313413513613713813914014114214314414514614714814915015115215315415515615715815916016116216316416516616716816917017117217317417517617717817918018118218318418518618718818919019119219319419519619719819920020120220320420520620720820921021121221321421521621721821922022122222322422522622722822923023123223323423523623723823924024124224324424524624724824925025125225325425525625725825926026126226326426526626726826927027127227327427527627727827928028128228328428528628728828929029129229329429529629729829930030130230330430530630730830931031131231331431531631731831932032132232332432532632732832933033133233333433533633733833934034134234334434534634734834935035135235335435535635735835936036136236336436536636736836937037137237337437537637737837938038138238338438538638738838939039139239339439539639739839940040140240340440540640740840941041141241341441541641741841942042142242342442542642742842943043143243343443543643743843944044144244344444544644744844945045145245345445545645745845946046146246346446546646746846947047147247347447547647747847948048148248348448548648748848949049149249349449549649749849950050150250350450550650750850951051151251351451551651751851952052152252352452552652752852953053153253353453553653753853954054154254354454554654754854955055155255355455555655755855956056156256356456556656756856957057157257357457557657757857958058158258358458558658758858959059159259359459559659759859960060160260360460560660760860961061161261361461561661761861962062162262362462562662762862963063163263363463563663763863964064164264364464564664764864965065165265365465565665765865966066166266366466566666766866967067167267367467567667767867968068168268368468568668768868969069169269369469569669769869970070170270370470570670770870971071171271371471571671771871972072172272372472572672772872973073173273373473573673773873974074174274374474574674774874975075175275375475575675775875976076176276376476576676776876977077177277377477577677777877978078178278378478578678778878979079179279379479579679779879980080180280380480580680780880981081181281381481581681781881982082182282382482582682782882983083183283383483583683783883984084184284384484584684784884985085185285385485585685785885986086186286386486586686786886987087187287387487587687787887988088188288388488588688788888989089189289389489589689789889990090190290390490590690790890991091191291391491591691791891992092192292392492592692792892993093193293393493593693793893994094194294394494594694794894995095195295395495595695795895996096196296396496596696796896997097197297397497597697797897998098198298398498598698798898999099199299399499599699799899910001001100210031004100510061007100810091010101110121013101410151016101710181019102010211022102310241025102610271028102910301031103210331034103510361037103810391040104110421043104410451046104710481049105010511052105310541055105610571058105910601061106210631064106510661067106810691070107110721073107410751076107710781079108010811082108310841085108610871088108910901091109210931094109510961097109810991100110111021103110411051106110711081109111011111112111311141115111611171118111911201121112211231124112511261127112811291130113111321133113411351136113711381139114011411142114311441145114611471148114911501151115211531154115511561157115811591160116111621163116411651166116711681169117011711172117311741175117611771178117911801181118211831184118511861187118811891190119111921193119411951196119711981199120012011202120312041205120612071208120912101211121212131214121512161217121812191220122112221223122412251226122712281229123012311232123312341235123612371238123912401241124212431244124512461247124812491250125112521253125412551256125712581259126012611262126312641265126612671268126912701271127212731274127512761277127812791280128112821283128412851286128712881289129012911292129312941295129612971298129913001

DEPARTAMENTO DE INMIGRACION
OPASAT
COMPTON DE INMIGRACION
21 JUL 1978
Santos Corp. - 100-6
Ar. 2a. Barrio - 100-6
Rector - 100-6



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: 020-1596 / 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/DOCOR/SINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=25636>

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

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF.

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 ILCITAS PREVISTAS NA LEI Nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR
inscrito (a) no CPF/CNPJ 036.995.121-02 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

RATZKE DA SILVA DOS SANTOS inscrito (a) no CPF sob o Nº 036.995.121-02

do sinistro de DPVAT cobertura Seguro DPVAT da Vítima RATZKE DA SILVA DOS SANTOS

inscrito (a) no CPF sob o Nº 036.995.121-02 conforme determinação da Circular Susep 445/12;

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

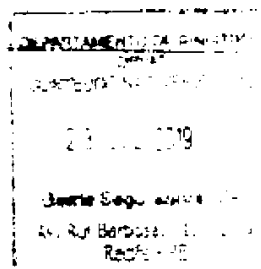
☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto à 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. 300 do Código Penal:

Endereço: <u>Rua 2000 - Tijuca</u>	Número: <u>100</u>	Complemento: _____
Bairro: <u>Barra da Tijuca</u>	Cidade: <u>Barra da Tijuca</u>	Estado: <u>RJ</u>
CEP: <u>20000-000</u>		Telefone: <u>021-2500-0000</u>

Lugar e Data: _____

Assinatura do Declarante



DLRL-001 V001/2017



HOSPITAL MUNICIPAL MARIA AUXILIADORA TORRES
ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

LEITO:

N° CÓDIGO SUREM

DATA. 6-1-10

HORA. 12

IDENTIFICAC

Nome: Antiane de Souza dos Santos Sexo: M ☐ F ☒

Regulação do SUS 20000915859800 Regulação SIM ☐ NÃO ☐

Para de nascimento: 02/05/92 idade: 27 naturalidade: Embu das artes UF: SP

11:00 AM Bento dos Santos Ribeiro

Nam Đan Trường và Sĩ Quan của Saiten

Negro ☐
 Pardo ☐
 Branco ☐
 Indio ☐

Nº do RG 13.385.175-38 Órgão Exp. _____ UF _____ Data de emissão: ____/____/____

Dep. de Nasc. _____ N.º Livro _____ N.º Folha _____ Data de emissão _____

Phone nos _____

116-1078

_____ include _____

Responsável _____

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO: Vermelho ☐ Amarelo ☐ Verde ☐ Azul ☐

HISTORICO PATOLOGICO

HAS ☐ DM ☒ OUTRA COMORBIDADE NÃO ☐ SIM ☐ QUAL? _____

Gestante ☐ Pediatra ☐ Psiquiatra ☐ Idoso ☐ Alergia SIM ☐ NAO ☒

SIGNA VITALS

BP = 100 x 100 mmHg T = _____ °C PULSO = _____ bpm RESP = _____ rpm

172-_____
 HAT 36 mg/dl BCF _____
 ALERGICO A _____
 1961

HISTORICO:

EVOLUÇÃO MÉDICA



RELATÓRIO DE OCORRÊNCIAS

Código	13254	Abertura:	08/04 1 19 19 19
---------------	-------	------------------	------------------

Paciente: 44746; 25/02/1993; 40 años; sexo: F; +56-9-555-555555

Central, Reg. CENTRAL DE REGULAÇÃO INTERESTADUAL DE ... Unid. Origem ... PALESTRA ... e PALESTRA ... BA

Municipality: 301

Motivo da Solicitação: ☒ Alteração - ☐ Suspensão - ☐ Exatidão exposta

Justificativa da Transferência: 144-0064 EX 00114-1 F. TIEJA (FBI), 4

Complemento da Solicitação: REALIZAR TRANSFERÊNCIA PARA ZERO RETENÇÃO CAMALHA PARA A UNIVAST - UNIOPELTA DE 0,27 QTDAS. CIENTE: Dr. João Gregório Ribeiro - C.R. 28017 - C.P.L. 08/04/2019 09:23:50

Resulta Clínico

HISTÓRIA DA DOENÇA: PACIENTE HADIC + FELO SAMU, 17 ANOS, LE DOENÇA, MOTO + MOTO + APRESENTANDO EMBOSIÇÃO CEFALICA, CURA DE TRATAMENTO + FELO SAMU.

[illegible][illegible]

Hipótese de Diagnóstico (CID)

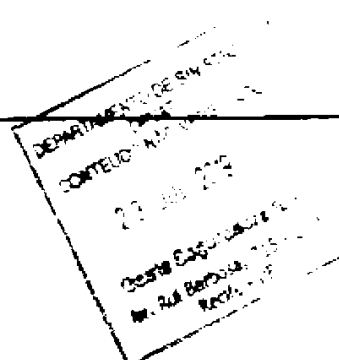
.....

Encaminamiento

[illegible]

Motivaciones para la adopción de una nueva respuesta

Amendments



Ficha de Atendimento - Emergência

DADOS DO PACIENTE

Prontuário: 50006030

Paciente: KATIANE DE SOUZA DOS SANTOS

Mãe: ANA MARIA DE SOUZA DOS SANTOS

Endereço: QUADRA N24 RUA 04, nº 27 - SÃO JOAQUIM SOBRADINHO BA

CNS: 700002195859800

Doc. Identificação:

Nasc: 02/02/1982 Idade: 37

Telefone: (87) 988417219

ANAMNESE DO MEDICO

paciente vítima de acidente
de moto - apresentando dor e
hemorragia no M.C.
ferimento profundo no membro

ed. Internamente
do membro
ATB membro

Medicamento: 0102

0102

DEPARTAMENTO DE SINTESE
DE ATENDIMENTO
23/04/2019
GÊNEA CARVALHO S.
Av. Rui Barbosa, 100
Recife - PE
Hora

Ass. Paciente:

Saida:

Hora: 11:29

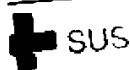
Data de Impressão: 08/04/2019



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 10/03/2020 13:44:46

https://pje.tje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20031013444640900000058029757

Número do documento: 20031013444640900000058029757



Sistema Ministério
Unidade da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

1. IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE HOSPITAL DE ENSINO DR. WASHINGTON ANTONIO DE BARROS		2. NÚMERO 6042414
3. NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE HOSPITAL DE ENSINO DR. WASHINGTON ANTONIO DE BARROS		4. ENDEREÇO 6042414
5. IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE NOME DO PACIENTE KATIANE DE SOUZA DOS SANTOS		6. DATA DE NASCIMENTO 02/02/1985
7. SEXO F		8. ENDEREÇO BARRO
9. CID 845575H1515		10. TELEFONE DE CONTATO 31 9684 1119
11. NOME DA MÃE ANA MARIA DE SOUZA DOS SANTOS		12. TELEFONE DE CONTATO
13. NOME DO RESPONSÁVEL		14. ENDEREÇO QUADRA 124 RUA 04, 1421, SÃO JOAQUIM
15. CID DO BEM 2900779		16. BA BA
17. CID DO RESIDÊNCIA		18. CID DO RESIDÊNCIA

19. PRINCIPAIS SINTOMAS CLÍNICOS
LA DE ACCIDENTAL COM FRATURA EXPOSTA PERNA ESQ. SUBMETIDA A TRATAMENTO CIRÚRGICO EM CLÍNICA EXTERNA

20. CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

21. PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVA DIAGNÓSTICA E RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS

22. DIAGNÓSTICO FINAL
FRATURA DA DIÁFISE DA TÍBIA

23. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO
TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA DIÁFISE DA TÍBIA

24. NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE ASSISTENTE
CLODIO DE LIMA LOPES

25. NOME DO RESPONSÁVEL AUTORIZADOR
ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR

26. DATA DA AUTORIZAÇÃO
10/03/2020

DEPARTAMENTO DE ADM. HOSPITALAR
COORDENADORIA DE INTERNAÇÃO
23 JUL 2019
Dr. Cláudio Lima Lopes
Av. da Bandeira, 715 - 1º andar
Rio de Janeiro, RJ

Dr. Cláudio Lima Lopes
Oncologista Clínico
Médico do Esporte
CRM RJ 31060906



Registro de Classificação de Risco

Protocolo de Manchester

Identificação do Paciente

Nome: KATIANE DE SOUZA DOS SANTOS Chegada: 08/04 2019 11 06:45
Sexo: MASCULINO Idade: 37
Transporte: OUTROS Data de Nascimento: 02-02-1982

Classificação de Risco

Queixa Principal: REGULADO ORTOPEDISTA FRATURA EXPOSTA EM MIE APOS COLISÃO MOTOXMOTO HA 4 HS

Fluxograma: PROBLEMAS EM EXTREMIDADES Discriminador: FRATURA EXPOSTA

Escala de Coma de Glasgow

Parâmetros: Glicemia Capilar, Pulso, Ritmo, Sat O2 (Pa), Temperatura Timpânica, Escala de Dor: 5, PA

Profundidade Clínica: EMERGENTE (VERMELHA) - 0 minutos, MUITO URGENTE (LARANJA) - Até 10 minutos, URGENTE (AMARELA) - Até 60 minutos, POUCO URGENTE (VERDE) - Até 120 minutos, NÃO URGENTE (AZUL) - Até 240 minutos

Fluxo Interno: ORTOPEDISTA

Classificador: TAMARA CRISTINA LOIOLA

COREN CRM 184758 PE

Reclassificação

Queixa Principal:

Fluxograma:

Discriminador:

Escala de Coma de Glasgow

Parâmetros: Glicemia Capilar, Pulso, Ritmo, Sat O2 (Pa), Temperatura Timpânica, Escala de Dor, PA

Profundidade Clínica: EMERGENTE (VERMELHA) - 0 minutos, MUITO URGENTE (LARANJA) - Até 10 minutos, URGENTE (AMARELA) - Até 60 minutos, POUCO URGENTE (VERDE) - Até 120 minutos, NÃO URGENTE (AZUL) - Até 240 minutos

Fluxo Interno:

Classificador:

COREN CRM

DEPARTAMENTO DE SAÚDE
DEPARTAMENTO DE SAÚDE
23 JUL 2019
Dra. Elaine Caporali da Silva
R. Rui Barbosa, 115
Bairro: ...



SUS

Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

Identificação do Paciente

Rafael de Souza Almeida Santos

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

Tratamento cirúrgico na perna esquerda após queda da moto.

Tratamento cirúrgico

0408050500 (5822)
0408060379

Tratamento cirúrgico na perna esquerda

PROCEDIMENTO SOLICITADO

Tratamento cirúrgico na perna esquerda

0415030013

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

- 34 - ACIDENTE DE TRÂNSITO
- 37 - ACIDENTE TRABALHISTICO
- 38 - ACIDENTE TRABALHISTICO

Humberto Trautman de Almeida Santos
CRM PE 14519

AUTORIZAÇÃO

17/04/19

Dr. Esperto Maria Vieira Alves
CPF: 420.714.024-72
CREMEPE 9229 PE
Autorizadora

2619606379 110-

DESCRIÇÃO CIRÚRGICA

NOME KATIANE DE SOUZA DOS SANTOS

DATA INTERNAÇÃO:
08/04/19

DIAGNOSTICO FRATURA EXPOSTA DE TIBIA ESQUERDA(REABORDAGEM)

DATA CIRURGIA:
15/04/19

PROCEDIMENTO: TRATAMENTO CIRURGICO/REABORDAGEM POR TRAÇO OCULTO

INICIO:

TÉRMINO:

Cirurgião: Dr. RODRIGO LACERDA

Anestesista: DIA MARINA

1º Aux: Dr. THAGO PERRUCI

2º Aux:

Anestesia: RAQUIANESTESIA

1. Paciente decúbito dorsal sob anestesia
2. Assepsia, antissepsia e Aposição de campos estéreis
3. INCISÃO SOBRE INCISÃO PREVIA COM EXTENSÃO PARA DISTAL
4. RETIRADO PLACA DCP DE 12 FUROS COM 8 PARAFUSOS CORTICAIS
5. REDUÇÃO CRUENTA + FIXAÇÃO COM PLACA 16 FUROS COBRINDO OS 2 TRAÇOS DE FRATURA
6. FIXAÇÃO COM 10 PARAFUSOS CORTICAIS
7. PASSAGEM DE 1 PARAFUSO CORTICAL INTERFRAGMENTAR
8. CONTROLE RADIOLOGICO - OK
9. LAVAGEM DA FERIDA COM 1L SF0.9%
10. SURJTA POR PLANOS + CURATIVO ESTÉRIL

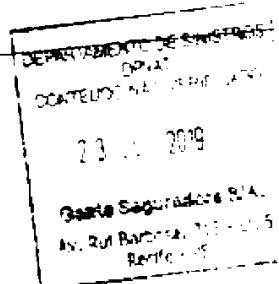
MATERIAL UTILIZADO

1 placa DCP 4,5 estreita 16 FUROS
11 PARAFUSOS CORTICAIS

Dr. Rodrigo Lacerda
Ortopedista - Traumatologia
CRM: 15.125.2019

15/04/2019

Assinatura e carimbo do médico



DESCRIÇÃO CIRÚRGICA

NOME KATIANE DE SOUZA DOS SANTOS		DATA INTERNAÇÃO: 08/04/19
DIAGNOSTICO FRATURA DIAFISÁRIA TIBIA E		DATA CIRURGIA: 15/04/2019
PROCEDIMENTO: OSTEOSINTESE COM PLACA DCP		INÍCIO:
		TÉRMINO:
Cirurgião: Dr. RODRIGO LACERDA	Anestesista: Dra. MARINA	
1º Aux:	2º Aux:	
Anestesia: RAQUIANESTESIA		

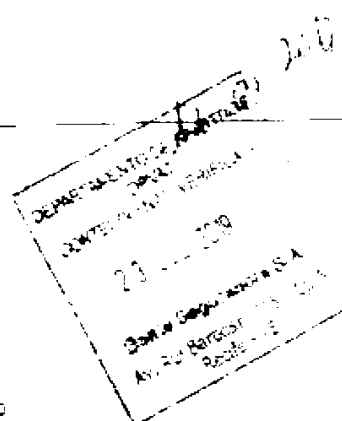
1. Paciente decúbito dorsal sob anestesia.
2. Assepsia, antissepsia e Aposição de campos estéreis
3. INCISÃO ANTERIOR EM TIBIA ESQUERDA + DISSECÇÃO POR PLANOS ATE FOCO FRACTURARIO
4. REDUÇÃO CRUENTA – COLOCAÇÃO DE PLACA DCP 4.5 ESTREITA 12 Furos
5. FIXAÇÃO COM 8 PARAFUSOS CORTICAIS COM COM ALINHAMENTO DA TIBIA E CONTROLE DE ROTAÇÃO
6. LAVAGEM DA FERIDA COM SF0.9% 500ML
7. SUTURA POR PLANOS
8. CURATIVO ESTERIL

MATERIAL UTILIZADO

PLACA DCP 4.5 ESTREITA 12 Furos
PARAFUSOS CORTICAIS- 08

15 ABR 2019

Assinatura e carimbo do médico



FICHA DE ANESTESIA - HU - UNIVASF

HUMANAS

15/04/19

NOME: Kotiane de Souza dos Santos

F 3711

PROCEDIMENTO: Admissão

ANESTESIOLOGISTA: Marcos

PROCEDIMENTO: 1to. estágio de fase de fase + radioterapia

8:30 12:20

Anamnese

Alergia: ☐ Não ☐ Sim
 História: ☐ Não ☐ Sim
 Patologias: ☐ Não ☒ Sim DM: insulínica

Exames:

HORARIO: 8:30

Nº de CP

79 100 100 99
 RS RS RS RS

99 99 96 99
 RS RS RS RS

LIQUIDOS

Símbolos

220

200

180

160

140

120

100

80

60

40

20

0

100

80

60

40

20

0

100

80

60

40

20

0

100

80

60

40

20

0

100

80

60

40

20

0

100

80

60

40

20

0

100

80

60

40

20

0

100

80

60

40

20

0

100

80

60

40

20

0

100

80

60

40

20

0

100

80

60

40

20

0

100

80

60

40

20

0

100

80

60

40

20

0

100

80

60

40

20

0

100

80

60

40

20

0

100

80

60

40

20

0

100

80

60

40

20

0

100

80

60

40

20

0

100

80

60

40

20

0

100

80

60

40

20

0

100

80

60

40

20

0

100

80

60

40

20

0

100

80

60

40

20

0

100

80

60

40

20

0

100

80

60

40

20

0

100

80

60

40

20

0

100

80

60

40

20

0

100

80

60

40

20

0

100

80

60

40

20

0

100

80

60

40

20

0

100

80

60

40

20

0

100

80

60

40

20

0

100

80

60

40

20

0

100

80

60

40

20

0

100

80

60

40

20

0

100

80

60

40

20

0

100

80

60

40

20

0

100

80

60

40

20

0

100

80

60

40

20

0

100

80

60

40

20

0

100

80

60

40

20

0

100

80

60

40

20

0

100

80

60

40

20

0

100

80

60

40

20

0

100

80

60

40

20

0

100

80

60

40

20

0

100

80

60

40

20

0

100

80

60

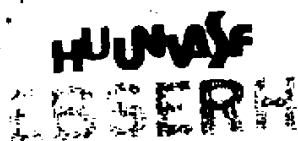
40

20

0

100

80</



EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES - EBSERH
UNIVERSIDADE FEDERAL DO VALE DO SÃO FRANCISCO - UNIVASF
HOSPITAL DE ENSINO DOUTOR WASHINGTON ANTÔNIO DE BARROS - HEWAB
Av. José de Sá Manicoba s/nº Campus - Centro - Petrolina - PE

CONVÊNIO:



FICHA DE CONTROLE DE MATERIAL DE SÍNTESE
CAIXA GRANDES FRAGMENTOS 4,5mm

4,5

PROCEDIMENTO

foto ante procedimento de fratura articular e

COE PROCEDIMENTO

EMPRESA

Ortopedia

CIRURGIÃO/CIRURGIÃ

Dr. Ruaneto

INSTRUMENTADORIA

Olivia e Pâmela

PACIENTE

Katiane de Souza dos Santos

PRONTUÁRIO

50006030

DATA DA CIRURGIA

15/04/19

PLACAS UTILIZADAS

Tipo de Placa	Número de Furos					
	06	08	10	12	14	16
DCP larga	06	08	10	12	14	16
DCP estreita	04	05	06	08	10	14
1/3 ou semi-tubular	04	05	06	07	08	
Outros						

PARAFUSOS UTILIZADOS

	14	16	18	20	22	24	26	28	30	32	34	36	38	40	42	44	46	48	50
Cortical 4,5mm QT							5	3											
Cortical 4,5mm QT	52	54	56	58	62	64	68	70											
Maleolar 4,5mm QT	25	30	35	40	45	50	55	60	65	70									
Espunjoso Rosca 16 QT	25	30	35	40	45	50	55	60	65	70	75	80	85	90	95	100	105	110	120
Espunjoso Rosca 32 QT	25	30	35	40	45	50	55	60	65	70	75	80	85	90	95	100	105	110	120
Arruela 4,5mm QT																			
Arruela 6,5mm QT																			
Outros																			

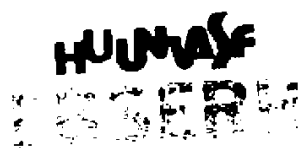
Assinaturas:

2019

15.03.2019

R.S.U.
Kathiane de Souza Marinho
Enfermeira
CREF 21169-PE





EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES - EBSERH
UNIVERSIDADE FEDERAL DO VALE DO SÃO FRANCISCO - UNIVASF
HOSPITAL DE ENSINO DOCTOR WASHINGTON ANTÔNIO DE BARROS - HEWAB
Av. José de Sá Maniçoba s/nº Campus - Centro - Petrolina - PE

CONVÊNIO:



FICHA DE CONTROLE DE MATERIAL DE SÍNTESE
CAIXA GRANDES FRAGMENTOS 4,5mm

4,5

PROCEDIMENTO	Redondelagem Tibial	COD. PROCEDIMENTO	EMPRESA
QUIRÚRGICO/QUIRÚRGICA	Redondelagem	INSTRUMENTADO(A)	
PACIENTE	Paula Maria de Sá	PROFILAXIA	
DATA DA CIRURGIA	10/03/2020		

PLACAS UTILIZADAS

Tipo de Placa	Número de Furos						
	06	08	10	12	14	16	14
DCP larga	06	08	06	08	10	12	
DCP estreita	04	05	06	07	08		
1/3 ou semi-tubular	04	05	06	07	08		
Outros	DCP Estreita						

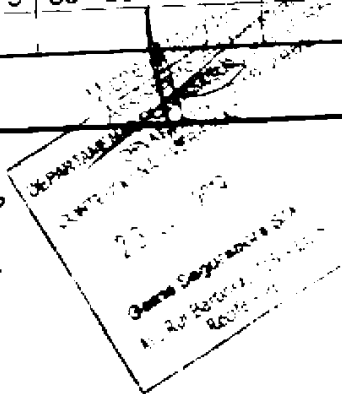
PARAFUSOS UTILIZADOS

		14	16	18	20	22	24	26	28	30	32	34	36	38	40	42	44	46	48	50
Cortical																				
4.5mm	QT																			
Cortical		52	54	56	58	62	64	68	70											
4.5mm	QT																			
Maleolar		25	30	35	40	45	50	55	60	65	70									
4.5mm	QT																			
Esponjoso		25	30	35	40	45	50	55	60	65	70	75	80	85	90	95	100	105	110	120
Rosca 16	QT																			
Esponjoso		25	30	35	40	45	50	55	60	65	70	75	80	85	90	95	100	105	110	120
Rosca 32	QT																			
Arruela 4.5mm																				
QT																				
Arruela 6.5mm																				
QT																				
Outros																				

Assinaturas:

Paula Maria de Sá
15.03.2020

15.03.2020



HEWAB - HOSPITAL DE ENSINO DOCTOR WASHINGTON ANTÔNIO DE BARROS





HOSPITAL DE ENSINO DR. WASHINGTON ANTONIO - HUNA F
RELATÓRIO DE ALTA HOSPITALAR

PACIENTE **KATIANE DE SOUZA SANTOS**

DATA DE ADMISSÃO: **08/04/2019**

50006037

DATA DE ALTA: **16/04/2019**

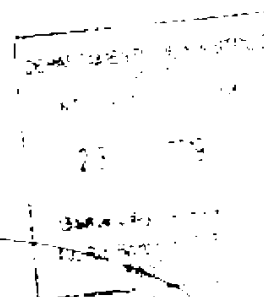
HIPÓTESES DIAGNÓSTICAS

FRATURA FÊMUR DIREITA

CID: **S82.7**

HISTÓRIA CLÍNICA EVOLUÇÃO

PACIENTE SUBMETIDO A TRATAMENTO QUIRÚRGICO EM 08/04/2019
NO DIA 15/04/2019
RECEBE ALTA EM BOM ESTADO GERAL PARA ACOMPANHAMENTO
AMBULATORIAL



32/04/19 12:30

MEDICAÇÃO PRESCRITA APÓS ALTA

CURATIVO DIÁRIO
FAZER USO DAS MEDICAÇÕES PRESCRITAS
NÃO PISAR

AGENDAR RETORNO AMBULATORIAL

OBSERVAÇÃO: LEMBRAR DE REALIZAR A VALIDATEZ DA SORTELAÇÃO
DA CONSULTA ANTES DE SER CHAMADO PELA MEDICAÇÃO

Humberto Antunes de Sá
FARMACIA DE ESPECIALIDADE
CRM-PE 15.111
TESTE 14519

FEITO NA PL 16/04/2019





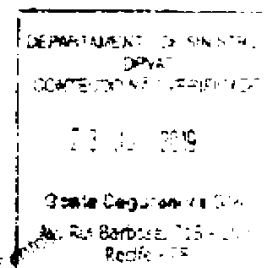
HOSPITAL DE URGÊNCIAS E TRAUMAS
Av. José de Sa Mamede, s/nº Campus - Centro - Petrópolis - RJ

RECEITUÁRIO

NOME: KATTANE DE SOUZA SANTOS

EXAMENADO
PACIENTE SUBMETIDO A TRATAMENTO
CIRÚRGICO PELA ORTOPEDEIA NO DIA 15.04.2019
SUGIRO AFASTAMENTO DE SUAS ATIVIDADES
POR 90 DIAS
CID: S82.7

FRATURA TIBIA DIREITA



Humberto Adair S. Silva
PROFESSOR
CRM 10.156/2018

DATA: 16/04/2019

PROFESSOR
ASSINADO ELETRONICAMENTE



SECRETARIA

HMMA SUS + SMS

HOSPITAL MUNICIPAL MARIA AUXILIADORA TORRES
Av. D. s/n Q-02 Vlg. São Francisco São Brás - BA
(71) 3534-1141

RECEITUÁRIO

Nome

Endereço

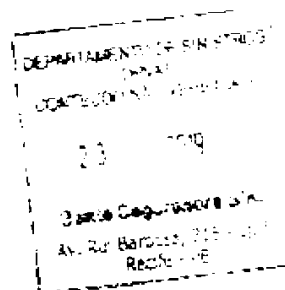
Paciente Katiane de Souza dos Santos

uso oral:

0 Xarelto 10mg 150comp.
Tomar 01 comp 1x dia, por 15 dias.

São Brás 06 05 19

Miguel L. Juste
CRM BA 28146



**HUMANAS
BRASIL**
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO - HU-UNIVASF
EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES
AV. JOSÉ DE SA MANOELA, S/N - CENTRO PETROLINA - PE
CEP: 56304-205 Telefone: (81) 2101-6500

RECEITUÁRIO

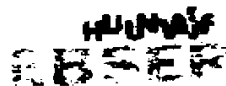
NOME: Katiane S. Santos
uso ORAL

Cetoroxeno 10mg - 4x
tomar o comp de
12/12h por 07 dias

Thiago A. Perruci
Ortopedia/Traumatologia
em Quadril
CRM 19502/5801-1-468

DEPARTAMENTO DE FARMACIA
DATA DE EMISSÃO
10/03/2020
Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR
RUA DO BARRIO, 110 - 113
Recife - PE





HOSPITAL UNIVERSITÁRIO - HUNUNVASF
EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES
AV. JOSÉ DE SA MANICOBA, S/N. CENTRO, PETROLINA-PE
CEP 56304-205 Telefone: (87) 2101-8500

RECEITUÁRIO

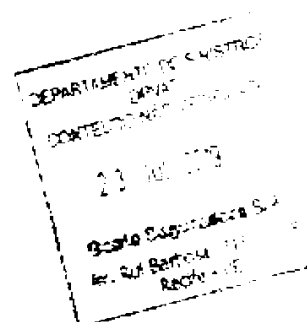
NOME: KATIANE S. SILVA

USO ORAL

Citrofloxacino 500mg — 01 ex
tomar de 8 em 8 horas
12/12h por 07 dias.

Thiago A. Perruel
Ortopedia/Traumatologia
Bix. Quarenta
CRM: 13502/5007-1468

DATA: 10/03/2020





UNIVERSIDADE FEDERAL DO VALE DO SÃO FRANCISCO
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DR. WASHINGTON ANTONIO CORDEIRO

PROTOCOLO DE EGRESSO PARA AMBULATÓRIO

PACIENTE: KATIANE DE SOUZA SANTOS

MEDICO: AGENDAR RETORNO: AMBULATÓRIO

DATA DO RETORNO

HORA

DIAGNOSTICO: FRATURA TIBIA DIREITA

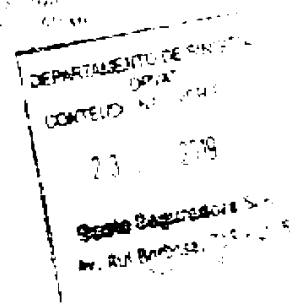
ATENÇÃO: Realizar agendamento do retorno no primeiro momento da alta

Em caso de dúvidas, contatar o setor de atendimento ao paciente
USM - 3111 - 3112

DATA: 16/04/2019

Katiane de S. Santos
30/04/2019 - 15:04:22
USM - 3111 - 3112

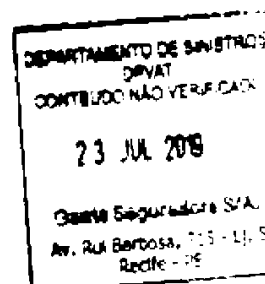
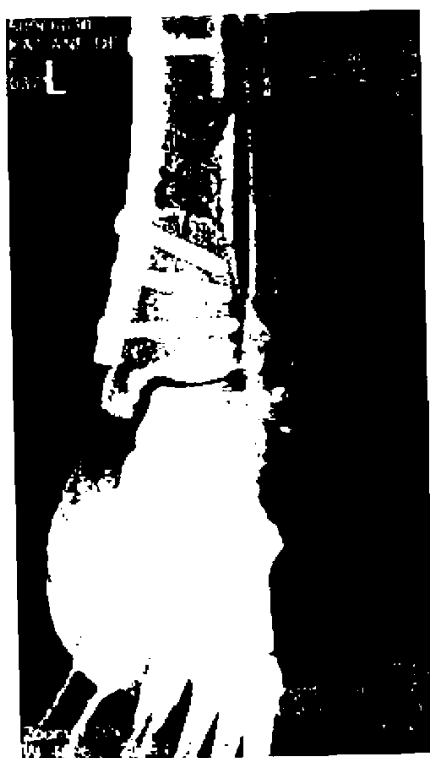
PROFESSOR(AI)
ASSINATURA: *[Assinatura]*



ID Paciente : 23100
Nome : KATIANE DE SOUZA DOS SANTOS
Data : 28/04/2019 11:52:37

276760 2

07/11/2002



HUNA F

HOSPITAL DE URGÊNCIAS E TRAUMAS
Av. José de Sá Manguaba nº 600 - Centro - Petrópolis - RJ

RECEITUARIO

NOME **KATIANE DE SOUZA SANTOS**

1- CEFALGEXINA 500MG 10X
TOMAR 01 COMPRIMIDO, VIA ORAL, 6-6 HORAS, POR 7 DIAS

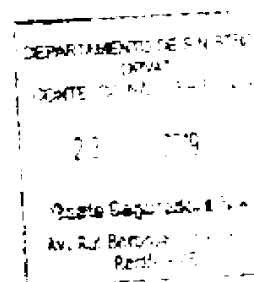
2- NIMESULIDA 100MG 10X
TOMAR 01 COMPRIMIDO, VIA ORAL, 12-12H, POR 5 DIAS

FRATURA TIBIA DIREITA

Humberto Mello S. Santos
Traumatologista
CRM: 100.000.000
16/04/2019

DATA: 16/04 2019

PROFISSIONAL
ASSINATURA E CARIMBO





HOSPITAL DE URGÊNCIAS E TRAUMAS
Av. José de Sá Manoela s/nº - Campus - Centro - Petrópolis - RJ

RECEITUÁRIO

NOME: **KATIANE DE SOUZA SANTOS**

1- CEFALEXINA 500MG, 10X
TOMAR 01 COMPRIMIDO, VIA ORAL, 6-8 HORAS, POR 7 DIAS

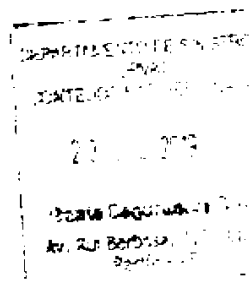
2- NIMESULIDA 100MG, 10X
TOMAR 01 COMPRIMIDO, VIA ORAL, 12-12H, POR 5 DIAS

FRATURA TIBIA DIREITA

Hospital de Urgências e Traumas
Petrópolis - RJ
20031013444640900000058029757

DATA: **16/04 2019**

PROFISSIONAL
ASSINATURA FICAR MR



HUNA F



ATESTADO



DECLARAÇÃO

NOME KATIANE DE SOUZA SANTOS

DATA

UNIDADE DE SAÚDE HOSPITAL UNIVERSITÁRIO - UNIVAS

☒ ESTEVE HOSPITALIZADO NO PERÍODO DE 08/04/2019 A 16-04-2019
NECESSITANDO DE LICENÇA MÉDICA NESTE PERÍODO FICANDO
IMPOSSIBILITADO DE DESENVOLVER SUAS ATIVIDADES HABITUAIS E NECESSITA DE
90 (NOVENTA) DIAS DE LICENÇA MÉDICA

☐ COMPRECEU A URGÊNCIA NESTA DATA PARA CONSULTA, FOI ATENDIDO
E NÃO NECESSITA DE DIAS DE LICENÇA MÉDICA

CID: S82.7

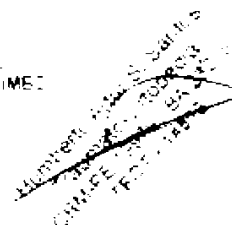
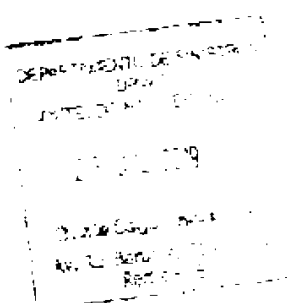
SE DECLARAÇÃO

☐ COMPRECEU A URGÊNCIA NESTA DATA, HORÁRIO
SENDO LIBERADO EM SEGUIDA PARA SUAS ATIVIDADES HABITUAIS

☐ COMPRECEU A URGÊNCIA ACOMPANHANDO O PACIENTE
NESTA DATA.

DATA 16-04/2019

PROFISSIONAL
ASSINATURA E CARIMBO



RECEITUARIO CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICACAO E MIENTE

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO

HOSPITAL DE CLINICA E CIRURGIA

Av. Pasteur, 48 - Manguinhos - Rio de Janeiro

PARA: KATIANE DE SOUZA SANTOS

1) PACO 30 MG,.....1CA

**TOMAR 01 COMPRIMIDO, VIA ORAL, 8 HORAS, 1 DIA
DOR FORT**

PROBETINA **16/04/2019**

NOTA FARMACOLOGICA DE MEDICAMENTO
Receita do KID - 16/07

Idoso, idoso, Comprador

Medicamento, Comprador

Katiane de Souza Santos
16/04/2019
GRUPO DE ATENDIMENTO
TERAPIA

DEPARTAMENTO DE NEFROLOGIA
GRUPO DE ATENDIMENTO
20/04/2019
Dr. Roberto de Souza
Rua Roberto de Souza
Posto 103

