Tribunal de Justiça de Pernambuco
PJe - Processo Judicial Eletrônico

29/10/2020

# Número: **0059476-68.2019.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**
Órgão julgador: **Seção B da 2ª Vara Cível da Capital**
Última distribuição : **19/09/2019**
Valor da causa: **R$ 8.775,00**
Assuntos: **Acidente de Trânsito**
Segredo de justiça? **NÃO**
Justiça gratuita? **SIM**
Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

| Partes | Procurador/Terceiro vinculado |
|---|---|
| JOAO ANTONIO DE MENEZES (AUTOR) | ANA CRISTINA ALEIXO PEREIRA SANTOS (ADVOGADO)<br>AMANDA KARLA SOARES DA SILVA (ADVOGADO) |
| MAPFRE VERA CRUZ SEGURADORA S/A (REU) | RAFAELLA BARBOSA PESSOA DE MELO (ADVOGADO) |
| SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (REU) | RAFAELLA BARBOSA PESSOA DE MELO (ADVOGADO) |
| RODRIGO CASTRO DE MEDEIROS (PERITO) | |

**Documentos**

| Id. | Data da Assinatura | Documento | Tipo |
|---|---|---|---|
| 70282405 | 29/10/2020 09:43 | 2699019_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_01 | Petição em PDF |

JOÃO BARBOSA
ADVOGADOS ASSOCIADOS

**EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 2ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE RECIFE/PE**

**Processo: 00594766820198172001**

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

**DA NECESSIDADE DA PROCURAÇÃO SER OUTORGADA POR INSTRUMENTO PÚBLICO**

É cediço que nas procurações em que o outorgante é analfabeto não comporta a outorga via instrumento particular[1], mas tão somente por instrumento público, conforme interpretação a contrario sensu do art. 654 do Código Material Civil.


[1]"Acidente de Veículo. Responsabilidade extracontratual. Solidariedade. Não Reconhecimento. Ilegitimidade passiva ad causam. Extinção do processo sem resolução de mérito. Impertinente a inclusão no pólo passivo da ação da empresa contratante de serviços de distribuição por ato ilícito praticado por empregado, serviçais ou prepostos do agente, diante da ausência de solidariedade prevista em lei ou no contrato. Ação. Analfabeto. Procuração. Instrumento Público. Necessidade. Em se tratando de analfabeto, é obrigatória a procuração por instrumento público. (TJSP – Agravo de Instrumento nº 990.10.453486-0 – Praia Grande – 27ª Câmara de Direito Privado – Rel. Des. Gilberto Leme – Julgado em 07.12.2010) (...) No que tange à regularização processual, anote-se que, em se tratando de analfabeta, a validade do mandato judicial é condicionada à existência de instrumento público, para que se demonstre a efetiva outorga de poderes para a representação em juízo (CC, art. 654). Arnoldo Rizzardo assevera que o analfabeto, "por não possuir firma, e, em decorrência, não assinar, o que torna impossível comprovar lhe pertençam os dizeres lançados no instrumento, a forma pública é imprescindível" (op. cit. 687). Arnoldo Wald enuncia que "O analfabeto só pode dar procuração por instrumento público." (Obrigações e Contratos, 13a ed., São Paulo: Ed. Revista dos Tribunais, p. 452). Ao tratar desse tema, Humberto Theodoro Júnior leciona que: "O instrumento público só é obrigatório para os analfabetos ou os que não tenham condições de assinar o nome." (Curso de Direito Processual Civil, vol. I, Forense, 2009, RJ, pág. 102)."

Ocorre que, *in casu*, na procuração juntada aos autos, a outorga tem sido feita por instrumento particular, não obstante a parte autora não conseguir assinar seu nome, conforme exigência daquele dispositivo legal.

Dessa feita, com o fito de evitar maiores prejuízos aos litigantes, necessário se faz a intimação da parte autora para sanar o vício contido no documento acostado no presente caderno processual.

A intimação para sanar tal vício se faz mister, pois no caso dos autos, é indubitável que a procuração outorgada é eivada de vício não produzindo, assim, nenhum efeito legal[2].

Assim, requer a Vossa Excelência se digne intimar a parte autora para sanar o vício contido no instrumento procuratório, sob pena de indeferimento da inicial.

**DESCABIMENTO DE RENOVAÇÃO DE PLEITO INDENIZATÓRIO**

**LESÃO PREEXISTENTE**

**Importante salientar que a parte autora já recebeu da ré o total de R$ 7.998,75, sendo pago em sede administrativa o valor de R$4.725,00 ante a presença de lesão no membro inferior direito adquirida em acidente ocorrido em 14/12/2013.**

**Cumpre ressaltar que, após o recebimento administrativo, a parte autora requereu judicialmente a indenização sendo apurada lesão no membro inferior direito em grau intenso (75%), existindo valor remanescente ao valor já pago, efetuando o pagamento do valor de R$2.598,75 à autora, totalizando o valor de R$7.998,75.**

**Frisa-se que a parte autora requereu o recebimento do Seguro Obrigatório DPVAT nos autos da ação supracitada em decorrência de MEMBRO INFERIOR DIREITO, ou seja, o requerente sustenta seu pleito indenizatório em lesão idêntica a que fora recebida anteriormente, VISTO QUE NO LAUDO PERICIAL FOI APURADA A PRESENÇA DE LESÃO NO MEMBRO INFERIOR DIREITO EM 25%, LESÃO JÁ INDENIZADA APÓS O SINISTRO OCORRIDO EM 14/12/2013, CONFORME JÁ COMPROVADO NA PEÇA DE BLOQUEIO E NOVAMENE NA PRESENTE PEÇA.**

Constata-se que os documentos acostados aos autos comprovam que o acidente que ocasionou a debilidade permanente foi anterior ao narrado na inicial, não havendo, portanto, nexo de causalidade entre o novo acidente e a lesão apresentada pela parte autora.

**EXA., DESTE MODO, É IRREFRAGÁVEL QUE A PRESENTE LIDE TEM O MESMO PEDIDO DE OUTRA AÇÃO QUE TEVE O MÉRITO JULGADO, UMA VEZ QUE A PARTE AUTORA SEQUER COMPROVA QUE HOUVE AGRAVAMENTO DA LESÃO EM VIRTUDE DE UM SUPOSTO NOVO ACIDENTE AUTOMOBILÍSTICO.**

Diante do exposto, a improcedência do pedido é a medida que se impõe.

---

[2]Tribunal de Justiça do Rio de Janeiro, Apelação Cível nº (2009.001.20283), 10ª Câmara Civil, Julgamento: 30/06/2009. "***Apelação Cível. Ação declaratória de inexistência de débito. Tarifa de esgoto. Autor-apelante que apresenta procuração sem assinatura, tendo lançado mera impressão de digital em instrumento particular de mandato.Mandatário analfabeto que deve outorgar poderes em instrumento público, conforme exegese dos arts. 215, § 2º do Código Civil e 366 do Código de Processo Civil. Inércia injustificada após concessão de prazo para a regularização.Atos processuais inexistentes. Inteligência do arts. 13, inciso I, c/c 37, caput e § único e 38, todos do C.P.C. Recurso do qual não se conhece."***

**DO LIMITE MÁXIMO INDENIZÁVEL ESTABELECIDO NO ART. 3º DA LEI 6.194/74 - R$ 13.500,00**

**DAS INDENIZAÇÕES JÁ RECEBIDAS RELATIVAS AO SEGURO DPVAT**

Exa., conforme também já alegado na defesa, o autor ingressou com pedido administrativo e após o crivo medico da seguradora recebeu o valor de **R$ 4.725,00 referente à lesão no membro inferior direito com repercussão média (50%) adquirida em 14/12/2013.**

**Cabe informar que após o recebimento na esfera administrativa, a autora requereu indenização judicialmente à ré, afirmando restar complementação a ser paga pela lesão adquirida em 14/12/2013.**

**Foi realizado exame pericial médico nos autos e constatada a presença de lesão no membro inferior direito em grau intenso (75%), sendo realizado acordo entre as partes no valor de R$2.598,75.**

A Lei 6194/74, dispõe sobre os limites máximos indenizáveis para a cobertura do Seguro DPVAT:

> *"art. 3º. Os danos pessoais cobertos pelo seguro estabelecido no art. 2º desta Lei compreendem as indenizações por morte, por invalidez permanente, total ou parcial, e por despesas de assistência médica e suplementares, nos valores e conforme as regras que se seguem, por pessoa vitimada:*
>
> ***...***
>
> ***II - até R$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais) - no caso de invalidez permanente;***
>
> **[...]**

**Outrossim, cabe acrescentar que a autora recebeu o valor de R$675,00 pela lesão adquirida no presente sinistro.**

**CONSIDERANDO O ESTABELECIDO, CABE INFORMAR QUE A PARTE AUTORA JÁ RECEBEU INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT NO VALOR DE R$ 7.998,75 (SETE MIL, NOVECENTOS E NOVENTA E OITO REAIS E SETENTA E CINCO CENTAVOS).**

Portanto, requer a juntada dos inclusos documentos que comprovam as indenizações recebidas; e caso se reconheça o direito do autor à eventual indenização, **o valor da condenação não poderá ser superior à diferença do somatório das indenizações já recebidas até o valor correspondente ao teto legal (R$13.500,00).**

Nestes Termos,
Pede Deferimento,
RECIFE, 26 de outubro de 2020.

**JOÃO BARBOSA**
**OAB/PE 4246**

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

Tribunal de Justiça de Pernambuco
PJe - Processo Judicial Eletrônico

29/10/2020

# Número: **0059476-68.2019.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**
Órgão julgador: **Seção B da 2ª Vara Cível da Capital**
Última distribuição : **19/09/2019**
Valor da causa: **R$ 8.775,00**
Assuntos: **Acidente de Trânsito**
Segredo de justiça? **NÃO**
Justiça gratuita? **SIM**
Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

| Partes | Procurador/Terceiro vinculado |
|---|---|
| JOAO ANTONIO DE MENEZES (AUTOR) | ANA CRISTINA ALEIXO PEREIRA SANTOS (ADVOGADO)<br>AMANDA KARLA SOARES DA SILVA (ADVOGADO) |
| MAPFRE VERA CRUZ SEGURADORA S/A (REU) | RAFAELLA BARBOSA PESSOA DE MELO (ADVOGADO) |
| SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (REU) | RAFAELLA BARBOSA PESSOA DE MELO (ADVOGADO) |
| RODRIGO CASTRO DE MEDEIROS (PERITO) | |

**Documentos**

| Id. | Data da Assinatura | Documento | Tipo |
|---|---|---|---|
| 70282412 | 29/10/2020 09:43 | ANEXO 1 (1) | Outros (Documento) |

Seguradora LIDER

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

Para mais esclarecimentos, acesse o site http://www.seguradoralider.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0771200 ou 3003 0771200 (atendimento para deficientes auditivos e de fala)

**INFORMAÇÕES IMPORTANTES:**

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

http://www3.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636

A Circular SUSEP[1] nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF**[2].

[1] Superintendência de Seguros Privados - SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguros, previdência privada aberta, capitalização e resseguros.

[2] Conselho de Controle de Atividades Financeiras - COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, com por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98

Pelo presente, eu Luiz Guilherme M. de Carvalho inscrito (a) no CPF/CNPJ 083.563.324-65 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Jorge da Silva Pereira inscrito (a) no CPF sob o Nº 702.194.534-54 do sinistro de DPVAT ocorrido em Imbiribeira da Vítima Jorge da Silva Pereira inscrito (a) no CPF sob o Nº 702.194.534-54 conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

☒ Recuso informar

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

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

| | | | |
|---|---|---|---|
| Endereço: Rua Duque de Caxias | | Número: 110 | Complemento: 9 |
| Bairro: Centro | Cidade: Goiana | Estado: PE | CEP: 55900-000 |
| Email: assistencia.goiana@gmail.com | | Telefone comercial (DDD): (81) 3626-3771 | Telefone celular (DDD): (81) 9 9808-6287 |

Goiana, 11 de junho de 2018
Local e Data

Assinatura do Declarante

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA DE SEGUROS LTDA
11 OUT 2018
Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C
Boa Vista - CEP 50.060-010
RECIFE-PE

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA DE SEGUROS LTDA
11 JUN 2018
Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C
Boa Vista - CEP 50.060-010
RECIFE-PE

## Declaração do Proprietário de Veículo

Eu, Maria [illegible] dos Santos [illegible]

RG: 2 [illegible] 909, data de expedição 21/08/2008

Órgão SDS, portador do CPF [illegible] com

domicílio na cidade de Pesqueira no Estado de Pernambuco por de residir na (Rua/Avenida/estrada) Rua 10 nº 21

complemento _____, declaro, sob as penas da lei, que o veículo abaixo mencionado (era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima José Antônio de Menezes, cujo o condutor era José Antônio de Menezes

Veículo: Moto

Modelo: Honda/CG150 FAN ESDI

Ano: 2016

Placa: OYZ 7863

Chassi: 9C2KC1670GR016621

Data do Acidente: Pesqueira 19/12/2016

Local e data do cartório: 25 JAN. 2017

Assinatura do Declarante

Assinatura do condutor (caso seja um terceiro que não a vítima relatando o sinistro)

Obs: Reconhecer firma por autenticidade

## Declaração do Proprietário de Veiculo

Eu, Maria José dos Santos Lira.,

RG: 8.635.909, data de expedição 21/08/2008

Órgão SDS, portador do CPF 087.576.024-41 com

domicílio na cidade de Bezerros, no Estado de Pernambuco, onde resido na (Rua/avenida/estrada) Rua 10, nº 91.,

complemento _____, declaro, sob as penas da lei, que o veiculo abaixo mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vitima João Antonio de Menezes., cujo o conduto era João Antonio de Menezes.

Veiculo: Moto

Modelo: Honda/CG150 FAN ESDI

Ano: 2014.

Placa: OYZ 7863

Chassi: 9C2KC1680ER516621.

Data do Acidente: Bezerros 11/12/2016.

Local e data do cartório: 25 JAN. 2017

2º Cartório

Maria José dos Santos Lira

Assinatura do Declarante

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA DE SEGUROS LTDA
Rua da Aurora, nº 125, S. 902 AL. C
Boa Vista - CEP 50.060-010
RECIFE - PE

Assinatura do condutor (caso seja um terceiro que não a vitima reclamante de sinistro)

Obs: Reconhecer firma por autenticidade!

TABELIONATO VASCONCELOS - CARTÓRIO DE NOTAS E PROTESTO
Rua Dr. José Mariano, 52 - Centro - Bezerros - PE - Fone: (81) 3726-1140
Maurício José de Vasconcelos - Tabelião Público

Reconheco a firma por autenticidade em: 25/01/2017 14:41:06
MARIA JOSE DOS SANTOS LIRA
Em testemunho
Custas R$ 3,80
TSNR R$ 0,70
Total R$ 4,50
Mauricio José de Vasconcelos - Tabelião
Selo Digital N. 00772.2.01201501.01806
Consulte autenticidade em www.tjpe.jus.br/selodigital

Cartório do 2º Ofício Meninos - PE

## Declaração do Proprietário de Veiculo

Eu, Maria José dos Santos Lima.

RG: 8.635.909, data de expedição 21/08/2008

Órgão SDS, portador do CPF 087.576.024-41 com

domicilio na cidade de Bezerros, no Estado de Pernambuco, onde resido na (Rua/avenida/estrada) Rua 10, nº 91.

complemento _____, declaro, sob as penas da lei, que o veiculo abaixo mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vitima João Antonio de Menezes, cujo o conduto era João Antonio de Menezes.

Veiculo: Moto

Modelo: Honda/CG150 FAN ESDI

Ano: 2014.

Placa: OYZ 7863

Chassi: 9C2KC1680ER516621.

Data do Acidente: Bezerros 11/12/2016.

Local e data do cartório: 25 JAN. 2017

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA DE SEGUROS LTDA
11 OUT 2016
Rua da Aurora, nº 175,31 902 BL C
Boa Vista - CEP 50.060-010
RECIFE-PE

2º Cartório

Maria José dos Santos Lima

Assinatura do Declarante

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA DE SEGUROS LTDA
11 OUT 2016
Rua da Aurora, nº 175,31 902 BL C
Boa Vista - CEP 50.060-010
RECIFE-PE

Assinatura do condutor (caso seja um terceiro que não a vitima reclamante de sinistro)

Obs: Reconhecer firma por autenticidade !

TABELIONATO VASCONCELOS - CARTÓRIO DE NOTAS E PROTESTO
Rua Dr. José Mariano, 82 - Centro - Bezerros - PE - Fone: (81) 3729-1182
Marinaldo José de Vasconcelos - Tabelião Público

Reconheco a firma por autenticidade de: 25/01/2017 14:41:06
MARIA JOSE DOS SANTOS LIMA
Em testemunho
Custas R$ 3,80
ISSR R$ 0,76
Total R$ 4,56
Marinaldo José de Vasconcelos
Selo Digital Nº 0077727.2017.01806
Consulte autenticidade em www.tjpe.jus.br/selodigital

Cartório 2º Ofício Marinaldo

**SAIRE**

Hora de atendimento:

Nome: João Antonio de Menezes

Profissão:

Sexo: Data: 11/11/15

Estado civil: Idade: 42 anos

Filiação: Egito Mateus de Carvalho

Endereço: R. Florencio Dias de Albuquerque

Enfermeira: Rafaela Médico: Dr. João

Relato do paciente chegada:

Pressão arterial: Pulso: Temp.:

Diagnóstico provisório:

Conduta:

CE.802.494/0001-42
FRACÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

Hora da liberação:

Assinatura

GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
HOSPITAL GERAL DE GRAÇAS

**DECLARAÇÃO**

Declaro para os devidos fins, que se fizerem necessário, que o Senhor João Antônio de Menezes
Esteve Interno nesta Unidade Hospitalar, no dia 11/12/2016 a 13/12/2016

**Registro Hospitalar: 212386**

**Diagnostico: Fratura dos Dedos**

**Tratamento: Cirúrgico.**

**OBS: Vítima de Acidente de Transito.**

**ESSAS INFORMAÇÕES ESTÃO CONTIDAS NO PRONTUARIO DO PACIENTE.**

Setor de Arquivo/SAME

23 MAR 2017

À LIDER

CPF : 057.795.014-41

De : JOÃO ANTONIO DE MENESES

ASSUNTO: ATO DECLARATÓRIO

(EXIGÊNCIA)

Prezado(a)s,

Em atendimento a Vossa exigência, venho por meio desta informar que, na data do sinistro, qual seja, o dia 11/12/2015, sofri um acidente de trânsito fui SOCORRIDO POR PUPULARES que me levaram ATÉ a UNIDADE MISTA OLIA MEDEIROS CAOUTO MAIOR por onde passei pelos primeiros procedimentos,depois fui transferido para o HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE , motivo este que não é possível apresentar o ATO DECLARATÓRIO, exigido por esta conceituada Seguradora. Ademais, o SAM ( Boletim de 1º Atendimento Médico) do já mencionado Hospital ... informa claramente a Queixa Principal **APÓS ACIDENTE DE MOTO** , além de conter o (s) **EXAME(S) REALIZADO(S), DIAGNÓSTICO(S), CONDUTA(S) MÉDICA(S) E MÉDICO RESPONSÁVEL,** inclusive com a assinatura do mesmo e carimbo. Por isto, comunico que não possuo outra documentação e , caso esta seguradora entenda necessário, que seja realizada auditoria para a confirmação da veracidade do acontecido, sob pena de tenho que tomar as medidas judiciais cabíveis.

Diante deste quadro, coloco-me também à disposição para a realização de eventual perícia, por uma junta médica de Vossa competência.

Sem mais, fico no aguardo

SANRE (PE), 17 de ABRIL de 2017

Vítima: JOÃO ANTONIO DE MENESES

CPF: 057.795.014-41

CL 802.494 [illegible]
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

23 MAI 2017

Rua da Aurora, [illegible]
Boa Vista, CEP 50 [illegible]

SAIRE

Hora de atendimento:

20:42

Nome: João Antonio de Menezes

Profissão:

Sexo: Data 11 / 12 / 16

Estado civil: Idade: 41 anos

Filiação: Azita Maria da Conceição

Endereço: R. Noemia Stos de Albuquerque

Enfermeira: Rafaela Médico: Dr. João

Relato do paciente atual:

Pressão arterial: Pulso: Temp.:

Diagnóstico provisório:

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA
Rua da Aurora, nº 175, SL 903 BL C
Boa Vista - CEP: 50.060-030
RECIFE-PE

Conduta:

Hora da liberação:

Assinatura

Dr. João Sérgio A. Santos
Médico
CREMEPE: 29455

# HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE
## EMERGÊNCIA

HRA

Evolução / Exames

Cir. Geral

Paciente vítima de acidente de moto ontem 11/11, cursando com dor torácica à direita. Nega perda de consciência ou vomito. Nega drogas.

Ao exame: A - vias aéreas livres
B - MVBS + RA
C - RCR - 2T ⌀ sopro
D - Glasgow 15
E - PCC no pleu

Cond: Rx de tórax + Rx de pelve
- Avl. de CBMF - Av. de Ortopedia

Jéssica Santos
Médica Residente
Cirurgia Geral
CRM/SE 4731

Termo de Responsabilidade de Alta a Pedido ( ) Paciente ( ) Familiar

Responsabilizo-me pela imediata retirada do paciente deste nosocômio, bem como tenho absoluto conhecimento de todas as conseguencias que esse ato possa acarretar.

Nome: SR Soaul RG:
Parentesco: irmão Tel.:

Assinatura

Autorização de Procedimeto ( ) Paciente ( ) Familiar

Nome: RG:
Endereço: Tel.:
Procedimento:

Assinatura

Definitivo:

Destino do Paciente

Alta ( ) Cirurgia ( ) Óbito ( ) Evadiu-se ( ) Termo de Alta a Pedido
Transferência: ( ) Internamento

05.802.494/0001-41
UNIÃO CORRETORA

Condição de Alta

Curado ( ) Melhorado ( ) Inalterado ( ) Óbito

12 JUN 2013

/ / Hora: Médico: CRM:

Rua da Aurora, Nº 125, S. 903 B, Boa Vista - CEP 50.060-000

2016 11:49:14 PM
=2

Usuario do Atendimento
LUCIANAAP

SUS — Sistema Único de Saúde — Ministério da Saúde

# LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

## Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE: HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE WALDEMIRO FERREIRA

2 - CNES: 2 4 2 7 4 1

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE:

4 - CNES:

## Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE: João Antonio de Menezes

6 - Nº DO PRONTUÁRIO: 012386

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS): 898 0012 3924 1214 82

8 - DATA DE NASCIMENTO: 21/07/75

9 - SEXO: Masc. [X] 1 Fem. [ ] 3

10 - RAÇA/COR:

11 - NOME DA MÃE: Osita Maria da Conceição

12 - TELEFONE DE CONTATO: DDD / Nº DO TELEFONE

13 - NOME DO RESPONSÁVEL:

14 - TELEFONE DE CONTATO: DDD / Nº DO TELEFONE

15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO): Rua Maria Santos Albuquerque Nº 36 B. Centro

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA: Gravatá

17 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO:

18 - UF:

19 - CEP:

## JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS: Refere trauma em 2º dedo e joelho direito nos acidentes de moto. Politrauma + 041503001 3

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO: * Fratura - 041080205 9 — quadro agudo 06/12/1926 * Sutura ext. - 041304017 8

22 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS): — VR + Anamnese 04/11/2009

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL: Trauma 2º dedo + ferimento contuso coxa e joelho

24 - CID 10 PRINCIPAL:

25 - CID 10 SECUNDÁRIO:

26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS:

## PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO: Tratamento

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO:

29 - CLÍNICA: Ortopedia

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO: Urgência

31 - DOCUMENTO: ( ) CNS ( ) CPF

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

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE: Dr. Moacyr Ferreira

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO: 12/12/16

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

## PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - ( ) ACIDENTE DE TRÂNSITO
37 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TÍPICO
38 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

39 - CNPJ DA SEGURADORA:

40 - Nº DO BILHETE:

41 - SÉRIE:

42 - CNPJ EMPRESA:

43 - CNAE DA EMPRESA:

44 - CBO:

45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA: ( ) EMPREGADO ( ) EMPREGADOR ( ) AUTÔNOMO ( ) DESEMPREGADO ( ) APOSENTADO ( ) NÃO SEGURADO

## AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR:

47 - CÓD. ÓRGÃO EMISSOR: PE - 40 - 004

52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR: 261610735586-2

48 - DOCUMENTO: ( ) CNS ( ) CPF

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

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO: / /

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

## SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO

## RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

Unidade de Saúde: HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE

Paciente: JOÃO ANTONIO DE MENEZES — Nº do Registro:

Clínica: ORTOPEDIA — Nº do Leito:

Operador: LEONARDO CUNEJO

1º Assistente: — 2º Assistente:

Instrumentador: — Anestesista:

Anestesia: RAQUI — Duração:

Data da Operação: 12/12/16 — Início: — Término:

Diagnóstico Pré-Operatório:

FEMURTO EXTENSO COXA (D) F

Diagnóstico Pós-Operatório:

CASO EM MANTELHO EXPOSTO 2º GRAU

Operação Proposta:

Operação Realizada: RC + SUTURA

### DESCRIÇÃO DO ATO OPERATÓRIO

1. PACIENTE EM DECUBITO SOB ANESTESIA
2. ASSEPSIA E ANTISSEPSIA
3. APOSIÇÃO DE CAMPOS
4. LAVAGEM EXAUSTIVA C/ SF0,9% + DESBRIDAMENTO DE TECIDOS DESVITALIZADOS
5. SUTURA DOS REMANENTES C/ NYLON
6. NÃO FOI FEITO A FIXAÇÃO DO SECUD POR FALTA DE FIO DE K
7. CURATIVO

05.[illegible]/0001-41
TRANSMONTEIRO
DE SEGUROS LTDA
Rua da Aurora, Nº 175 S/ 302 BL C
Boa Vista - CEP 50.060-010

DR. LEONARDO CUNEJO
ORTOPEDIA - TRAUMATOLOGIA
CRM 1750 - TEOT 1142

COOPAGRESTE

COOPERATIVA DOS MÉDICOS ANESTESIOLOGISTAS DO INTERIOR DE PE

# FICHA DE ANESTESIA

N 148663

VALOR

NOME: João Antônio de Menezes | REGISTRO: 21 2336 | CATEGORIA: 503

HOSPITAL: HAG | SEXO: M ☑ F ☐ | COR: Br ☐ Pg ☐ N ☐ | IDADE: 41 | HORÁRIO: 13:30 | DATA: 12/12/13

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: Fenômeno extenso (Cordão)

PESO: 70 Kg | PA: 140 x 40 | FC: 3.. BPM | RESPIRAÇÃO: 16 IRPM | ASA: II

DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO: O mesmo

OPERAÇÃO PROPOSTA: Omento Cirurgica + Sutura

OPERAÇÃO REALIZADA: O mesmo

| CÓDIGO CIRURGIA | PORTE | % |
|---|---|---|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

| HORÁRIO | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| O2 | | | | | | |
| SpO2% | | | | | | |
| ETCO2 | | | | | | |
| FR (Ventilação) | | | | | | |

200 180 160 140 120 100 80 60 40 20 0

ANOTAÇÕES

05.892.498/0001-42

| AGENTES | CONC. | QUANTIDADE |
|---|---|---|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

TÉCNICA ANESTÉSICA: Raqui Anestesia

DURAÇÃO DA OPERAÇÃO: 1h 00 DURAÇÃO DA ANESTESIA:

☑ CARDIOSCÓPIO ☐ CAPNÓGRAFO ☐ PVC ☐
☐ OXIMETRO ☐ S. VESICAL ☐ TEMPERATURA ☐
☑ PNI ☐ LINHA ARTERIAL ☐ MONITOR DO ESTADO CEREBRAL

ENCAMINHADO: ☐ ACORDADO ☐ ADORMECIDO ☐ SONOLENTO ☐ INTUBADO

DESTINO: ☐ RPA ☐ UTI ☐ QUARTO ☐

127.991 a 152.990 (Maio 2013)

# SECRETARIA DO ESTADO DE PERNAMBUCO
## CONSUMO DE MEDICAMNETOS E MATERIAIS EM CIRURGIAS
## HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE

BLOCO CIRÚRGICO Nº 283415

PACIENTE: João Antonio de Menezes REGISTRO Nº 262386

SALA CIRÚRGICA Nº 02 DATA 12/12/16

CIRURGIA: tratamento cirurgico de ferimento esfaqueado CIRURGIÃO: Dr. Leonardo Canejo

ANESTESIA: Raqui + sedação ANESTESIOLOGISTA: Dr. Rami

| QUANT. | ESPECIFICAÇÃO | PREÇO UNIT. | PREÇO TOTAL | QUANT | ESPECIFICAÇÃO | PREÇO UNIT. | PREÇO TOTAL |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1X | Oxigênio | | | | Agulha Descartável | | |
| | Água Destilada | | | | Agulha para Pendura | | |
| | Atropina | | | 01 | Agulha para Raqui 25 | 1 | |
| | Bupivacaina | | | | Atadura Gessada | | |
| 02 | Cefazolina 1g | 1 | | 02 | Atadura Crepom 16cm | 1 | |
| | Clonidina | | | 04 | Cateter para Oxigênio | 1 | |
| | Dezametasona 4mg | | | | Cateter para Venopunção | | |
| | Diclofenaco | | | | Coletor de Urina Aberto | | |
| 02 | Dipirona | 1 | | | Coletor de Urina Fechado | | |
| | Etilefrina | | | | Dreno | | |
| | Glicose 50% | | | 05 | Eletrodo p/ Monitorização | [illegible] | |
| | Lidocaina | | | | Equipo para Sangue | | |
| | Metoclopramida | | | | Equipo para Soro | | |
| | Neostgmina | | | | Fio Cat Gut Cromado | | |
| | Prometazina | | | | Fio Gat Gut Simples | | |
| | Ranitidina | | | | Fio de Aço | | |
| | Ringer co Lactato | | | | Fio de Algodão | | |
| 15 | Soro Fisiológico | [illegible] | | 04 | Fio de Nylon 3.0 | [illegible] | |
| | Soro Glicosado | | | | Fio de Polipropileno | | |
| | Succinato de Estriol | | | 10 | Gase 7,5x7,5 | [illegible] | |
| 02 | Tenoxicam | 1 | | 01 | Lâmina de Bisturi 21 | 1 | |
| 01 | Tutanil | 1 | | 01 | Luvas Estéreis 7,0 | 1 | |
| 01 | Midazolam | 1 | | 03 | Luvas Estéreis 7,5 | 1 | |
| 01 | Bupivacaina | 1 | | 01 | Luvas Estéreis 8,0 | 1 | |
| | | | | 02 | Seringa 5ml | 1 | |
| | | | | 02 | Seringa 10ml | 1 | |
| | | | | | Seringa 20ml | | |
| | | | | | Sonda de Foley | | |
| | | | | | Sonda Endotraqueal | | |
| | | | | | Sonda Nasogástrica | | |
| | | | | | Sonda Uretal | | |
| | | | | | Tubo para Aspiração | | |
| | | | | 1X | Clorexidine degermante | | |
| | | | | 1X | Alcool 70% | | |
| | | | | 1X | Lençol cirúrgico | | |
| | | | | 02 | Compressas 9,5 | 1 | |
| SUBTOTAL | | | | SUBTOTAL | | | |
| | | | | TOTAL | | | |

Observação: No caso de serem utilizados outros itens especificá-los.

Dr. Leonardo Canejo
Ortopedia - Traumatologia
CRM 11783 - TEOT 11153
Assinatura do Cirurgião

Marta Elizabeth
Assinatura do Responsável pela Sala de Cirurgia

Prefeitura Municipal de Bezerros
Secretaria Municipal de Saúde
Unidade Mista São José

## AUTORIZAÇÃO PARA INTERNAÇÃO REFERENCIADA

**PACIENTE:** João Antonio de Mello 41

**PRONTUÁRIO:**

**DATA:** 11/12/16 **HORA:** 2200

**MOTIVO DA TRANSFERÊNCIA:** acidente moto, paciente alcoolizado, queixa-se de dor e compressão pélvica

HD - Fratura Pélvica ?

**HOSPITAL REFERENCIADO:** HRA

**SENHA AUTORIZADA:** 5060 720

**ASS. / CARIMBO DO MÉDICO REGULADOR:** CRM-PE 24452

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA DE SEGUROS LTDA
11 JUN 2014
Rua da Aurora, Nº 175, Sl. 902 BL. C
Boa Vista - CEP 50.060-010

**OBS.:** A transferência para o Hospital referenciado só deverá ser realizada após estar assegurado o leito para a internação.

# HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE
## EMERGÊNCIA

ORT

**IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE**

Atendimento: 283011 Prontuário: 212380

Nome: JOAO ANTONIO DE MENEZES
Nascimento: 21/07/1975 Idade: 41 Sexo: MASCULINO Cor: PARDA Religião:
RG: CNS: 898002392412482
Endereço: RUA NOEMIA SANTOS ALBUQUERQUE Nº: 98
Bairro: CENTRO Cidade: SAIRE Estado: PE
CEP: 55695970 Fone: 98099211 Profissão:
Nome da Mãe: OSITA MARIA DA CONCEICAO
Acompanhante:
Motivo do Atendimento: ATT COM MOTOCICLETA
Clínica: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

**ATENDIMENTO** Data: 11/10/2016 23:48 Médico: MEDICO PLANTONISTA

Queixa Principal / HDA: Paciente vítima de colisão como veículo há 8h, referindo dor em tórax (D) e em joelho (D). Nega demais. Refere hemiparesia após acidente.

Exame Físico: Consciente, orientado, corado, hidratado, eupneico. Extensa ferimento em coxa/joelho (D) com lesão do quadríceps. Boa perfusão distal do membro.

PA: FC: FR:

Hipótese Diagnóstica Provisória: Contusão de tórax, Extensa ferimento em joelho (D)

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA DE SEGUROS LTDA
14 OUT 2016
Rua da Aurora, Nº 125, S 902 BL C
Boa Vista - CEP 50.060-010
RECIFE-PE

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA DE SEGUROS LTDA
14 OUT 2016
Rua da Aurora, Nº 125, S 902 BL C
Boa Vista - CEP 50.060-010
RECIFE-PE

Prescrição:

Dieta: _____

| | | Horário |
|---|---|---|
| 12/10 08:30 | Cefalotina 2g + 10 ml Agua | 3:30 |
| | (1) Tramal 100mg + 100ml SF 0,9% EV | 3:40 06 |
| | (2) Dipirona 1g 10 ml EV | 3:40 |
| | (3) Hosp 20mg + 10 ml EV | 3:40 |
| | (4) Dexametasona - 8mg + 100ml SF 0,9% EV | |
| | (5) Indicação do BAT | |
| | (6) Indicação da Cirurgia Geral | |
| | Tramal 100mg + 100ml SF 0,9% EV | |

(1) paciente evolui pós Bloqueio anestésico quando refere melhora sem falar. (2) assepsia anestésica e extensa

Dr. José Siqueira Filho
Cirurgia Geral
CRM 5.178

Dr. José Siqueira Filho
Cirurgia Geral
CRM 5.178

SATRE

Hora de atendimento:

20:42

Nome: João Antonio de Menezes

Profissão:

Sexo: Data 11 / 12 / 16

Estado civil: Idade: 41 anos

Filiação: Ozita Maria da Conceição

Endereço: Naomia Stos de Albuquerque

Enfermeiro: Rafaela Médico: Dr. João

Relato do paciente atual:

Pressão arterial: Pulso: Temp.:

Diagnóstico provisório:

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA
14 FEV 2019
Rua da Aurora, Nº 175, S. 902 BL. C
Boa Viagem - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE

Conduta:

Hora da liberação:

Assinatura

# HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE
## EMERGÊNCIA

HRA

...olução / Exames

Cir. Geral

Paciente vítima de acidente de moto ontem, 11/12, cursando com dor torácica e dispneia. Nega perda de consciência ou vômito. Nega clínicas.

Ao exame: A - vias aéreas próprias
B - MVBS + RA
C - RCR - 25 ø 80 bpm
D - Glasgow 15
E - FC no pré

Cons: Rx de tórax + Rx de pelve
- Av. do CBMF - Av. da Ortopedia

Jéssica Santos
Médica Residente
Cirurgia Geral
CRM/SE 4731

...ão de Responsabilidade de Alta a Pedido ( ) Paciente ( ) Familiar

...onsabilizo-me pela imediata retirada do paciente dese nosocômio, bem como tenho absoluto conhecimento de todas as consequencias que esse ato possa acarretar.

...: _____ RG: _____
...ecido: Sr Soeul _____ Tel.: _____
...: Ivanoco Cimerio

Assinatura

...orização de Procedimeto ( ) Paciente ( ) Familiar

...e: _____ RG: _____
...ereço: _____ Tel.: _____
...odimento: _____

Assinatura

...Definitivo:

...ão do Paciente

Alta ( ) Cirurgia ( ) Óbito ( ) Evadiu-se ( ) Termo de Alta a Pedido
Transferência: _____ ( ) Internamento _____

...ição de Alta

...urado ( ) Melhorado ( ) Inalterado ( ) Óbito

___/___/___ Hora: _____ Médico: _____ CRM: _____

/2016 11:49:14 PM
...e 2

Usuário do Atendimento
LUCIANAAP

05.802.494/0001-41
TRANSÁLI CORRETORA DE SEGUROS LTDA
14 SET 2019
Rua da Aurora, nº 175, SL 902 BL C
Boa Vista - CEP 50.060-010

SUS — Sistema Único de Saúde — Ministério da Saúde

# LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

## Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE: HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE WALDEMIRO FERREIRA

2 - CNES: 2427411

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE:

4 - CNES:

## Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE: João Antonio de Menezes

6 - Nº DO PRONTUÁRIO: 012386

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS): 898100[illegible]4114814812

8 - DATA DE NASCIMENTO: 21/07/75

9 - SEXO: Masc. [X] 1 Fem. [ ] 3

10 - RAÇA/COR:

11 - NOME DA MÃE: Otacília Maria da Conceição

12 - TELEFONE DE CONTATO: DDD / Nº DO TELEFONE

13 - NOME DO RESPONSÁVEL:

14 - TELEFONE DE CONTATO: DDD / Nº DO TELEFONE

15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO): Rua Veneza Santos Albuquerque Nº 36 B. Centro

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA: Gravatá-PE

17 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO:

18 - UF:

19 - CEP:

## JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS: Refere tumor em 2º uso à jejuno direito nos últimos 90 dias. Patologia nº 041503001-3

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO: Cirurgia. Frat - 04080200334 Sutura ext - 041304017-8

05.802.494/0001-41 TRAÇÃO CORRETORA DE SEGUROS LTDA

22 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS): VDRL + Anamnese

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL: Tumor 2º uso, Pericardite Estenose coxa e pulm

24 - CID 10 PRINCIPAL:

25 - CID 10 SEGUNDÁRIO:

26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS:

## PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO: Tumor cirúrgico

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO:

29 - CLÍNICA: Cirúrgica

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO: Urgência

31 - DOCUMENTO: ( ) CNS ( ) CPF

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

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE: Ms. Moozino Ferreira

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO: 12/12/16

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

## PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - ( ) ACIDENTE DE TRÂNSITO

37 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

38 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

39 - CNPJ DA SEGURADORA:

40 - Nº DO BILHETE:

41 - SÉRIE:

42 - CNPJ EMPRESA:

43 - CNAE DA EMPRESA:

44 - CBO:

45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA: ( ) EMPREGADO ( ) EMPREGADOR ( ) AUTÔNOMO ( ) DESEMPREGADO ( ) APOSENTADO ( ) NÃO SEGURADO

## AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR:

47 - CÓD. ÓRGÃO EMISSOR: PE - 40 - 004

48 - DOCUMENTO: ( ) CNS ( ) CPF

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

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO:

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

52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR: 261610735586-2

## SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO

## RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

| | |
|---|---|
| Unidade de Saúde: HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE | |
| Paciente: JOÃO ANTONIO DE MENEZES | Nº do Registro: |
| Clínica: ORTOPEDIA | Nº do Leito |
| Operador: LEONARDO CUNHA | |
| 1º Assistente: | 2º Assistente: |
| Instrumentador: | Anestesista: |
| Anestesia: RAQUI | Duração: |
| Data da Operação: 12/12/16 | Início: / Término: |

Diagnóstico Pré-Operatório:

FERIMENTO EXTENSO COXA (D) +

Diagnóstico Pós-Operatório:

COXA EM MANTELHO EXPOSTO 2º GRAU

Operação Proposta:

Operação Realizada: RC + SUTURA

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA DE SEGUROS LTDA
14 SET 2019
Rua da Aurora, Nº 175, S. 902 SL. 1
Boa Vista - CEP 50.060-000
RECIFE-PE

## DESCRIÇÃO DO ATO OPERATÓRIO

1. PACIENTE EM DECUBITO SOB ANESTESIA
2. ASSEPSIA E ANTISSEPSIA
3. APOSIÇÃO DE CAMPOS
4. PACIENTE EXPOSTA C/ SFIO 9% + DESBRIDAMENTO DE TECIDOS DESVITALIZADOS
5. SUTURA DOS FERIMENTOS C/ NYLON
6. NÃO FOI FEITO A FIXAÇÃO DO ZOOD POR FALTA DE FIO DE K
7. CURATIVO

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA DE SEGUROS LTDA
Rua da Aurora, Nº 175, S. 902 SL. 1
Boa Vista - CEP 50.060-000
RECIFE-PE

DR. LEONARDO CUNHA
ORTOPEDIA - TRAUMATOLOGIA
CRM-PE 14.571

COOPAGRESTE

COOPERATIVA DOS MÉDICOS ANESTESIOLOGISTAS DO INTERIOR DE PE

# FICHA DE ANESTESIA

N 148663

VALOR

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| NOME: JOÃO DA SILVA DE MENEZES | | | REGISTRO: 212336 | CATEGORIA: SUS | |
| HOSPITAL: HAG | SEXO: M ☒ F ☐ | COR: Br ☐ Pe ☐ N ☐ | IDADE: 91 | HORÁRIO: 12:30 | DATA: 12/12/12 |

| DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO | PESO | PA | FC | RESPIRAÇÃO | ASA |
|---|---|---|---|---|---|
| FEMURALTO EXTENSO COVADO | 70 Kg | 140 x 40 | 5[illegible] BPM | 16 IRPM | II |

DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO: O MESMO

OPERAÇÃO PROPOSTA: CONTROLE CIRÚRGICO + SÍNTESE

OPERAÇÃO REALIZADA: O MESMO

| CÓDIGO CIRURGIA | PORTE | % |
|---|---|---|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

| HORÁRIO | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| O2 | | | | | |
| SpO2% | | | | | |
| ECG | | | | | |
| Glicemia | | | | | |

DR. SOLANO TRAÇÃO CORRETORA DE SEGURIDADE LTDA

Dr. [illegible] CRM-PE 902 BLC

Dr. [illegible] CRM-PE 902 BLC

ANOTAÇÕES

| AGENTES | CONC. | QUANTIDADE |
|---|---|---|
| [illegible] | | 10 g |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

TÉCNICA ANESTÉSICA: RAQUI [illegible] ASSISTIDA / [illegible] [illegible] [illegible] [illegible] [illegible] [illegible]

DR. SOLANO TRAÇÃO CORRETORA DE SEGURIDADE LTDA

Dr. [illegible] CRM-PE 902 BLC

Dr. [illegible] CRM-PE 902 BLC

DURAÇÃO DA OPERAÇÃO: 1[illegible] – [illegible] DURAÇÃO DA ANESTESIA: [illegible]

MONITORIZAÇÃO: ☒ CARDIOSCÓPIO ☐ OXÍMETRO ☐ PNI ☐ CAPNÓGRAFO ☐ S. VESICAL ☐ LINHA ARTERIAL ☐ PVC ☐ TEMPERATURA ☐ MONITOR DO ESTADO CEREBRAL ☐ _____ ☐ _____

| ENCAMINHADO | DESTINO |
|---|---|
| ☐ ACORDADO | ☐ SPA |
| ☐ ADORMECIDO | ☐ UTI |
| ☐ SONOLENTO | ☐ QUARTO |
| ☐ INTUBADO | ☐ _____ |

ASSINATURA CARIMBO

ABT-a 153.938 Maio 2015

**SECRETARIA DO ESTADO DE PERNAMBUCO**
**CONSUMO DE MEDICAMNETOS E MATERIAIS EM CIRURGIAS**
**HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE**

BLOCO CIRÚRGICO Nº 283415

PACIENTE: João Antonio de Menezes REGISTRO Nº 21238
SALA CIRÚRGICA Nº 02 DATA 12/12/16
CIRURGIA: tratamento cirurgico de ferimento extensos CIRURGIÃO: Dr. Leonardo Canejo
ANESTESIA: Raqui + sedação ANESTESIOLOGISTA: Dr. Raeni

| QUANT. | ESPECIFICAÇÃO | PREÇO UNIT. | PREÇO TOTAL | QUANT. | ESPECIFICAÇÃO | PREÇO UNIT. | PREÇO TOTAL |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| TX | Oxigênio | | | | Agulha Descartável | | |
| | Água Destilada | | | | Agulha para Pendura | | |
| | Atropina | | | 01 | Agulha para Raqui 25 | 1 | |
| | Bupivacaina | | | | Atadura Gessada | | |
| 02 | Cefazolina 1g | L | | 02 | Atadura Crepom 15cm | L | |
| | Clonidina | | | 01 | Cateter para Oxigênio | 1 | |
| | Dexametasona 4mg | | | | Cateter para Venopunção | | |
| | Diclofenaco | | | | Coletor de Urina Aberto | | |
| 02 | Dipirona | L | | | Coletor de Urina Fechado | | |
| | Etilefrina | | | | Dreno | | |
| | Glicose 50% | | | 05 | Eletrodo p/ Monitorização | | |
| | Lidocaina | | | | Equipo para Sangue | | |
| | Metoclopramida | | | | Equipo para Soro | | |
| | Neostgmina | | | | Fio Cat Gut Cromado | | |
| | Prometazina | | | | Fio Gat Gut Simples | | |
| | Ranitidina | | | | Fio de Aço | | |
| | Ringer co Lactato | | | | Fio de Algodão | | |
| 15 | Soro Fisiológico | | | 04 | Fio de Nylon 3.0 | | |
| | Soro Glicosado | | | | Fio de Polipropileno | | |
| | Succinato de Estriol | | | 10 | Gase 7,5x7,5 | | |
| 02 | Tenoxicam | L | | 01 | Lâmina de Bisturi 24 | 1 | |
| 01 | Tutargil | 1 | | 01 | Luvas Estéreis 7,0 | 1 | |
| 01 | Midazolam | 1 | | 01 | Luvas Estéreis 7,5 | 1 | |
| 01 | Bupivacaina | 1 | | 01 | Luvas Estéreis 8,0 | 1 | |
| | | | | 02 | Seringa 5ml | L | |
| | | | | 02 | Seringa 10ml | L | |
| | | | | | Seringa 20ml | | |
| | | | | | Sonda de Folev | | |
| | | | | | Sonda Endotraqueal | | |
| | | | | | Sonda Nasogástrica | | |
| | | | | | Sonda Uretal | | |
| | | | | | Tubo para Aspiração | | |
| | | | | TX | Clorexidine degl | | |
| | | | | TX | Alcool 70º | | |
| | | | | TX | Esparadrapo | | |
| | | | | 02 | Compressa 9,5 | L | |
| SUBTOTAL | | | | SUBTOTAL | | | |
| | | | | TOTAL | | | |

05.802.494/0001-41
TRIAÇÃO CORRETORA DE SEGUROS LTDA
14 OUT 2013
Rua da Aurora, Nº 175, Sl 902 Bl. C
Boa Vista - CEP 50.060-010
RECIFE-PE

Observação: No caso de serem utilizados outros itens especificá-los.

Dr. Leonardo Canejo
Ortopedia - Traumatologia
CRM 11783 - TEOT 11153
Assinatura do Cirurgião

Marta Elizabeth
Assinatura do Responsável pela Sala de Cirurgia

Prefeitura Municipal de Bezerros
Secretaria Municipal de Saúde
Unidade Mista São José

## AUTORIZAÇÃO PARA INTERNAÇÃO REFERENCIADA

**PACIENTE:** João Antonio de Melo 41

**PRONTUÁRIO:**

**DATA:** 11/12/16 **HORA:** 2200

**MOTIVO DA TRANSFERÊNCIA:** Acidente moto, paciente alcoolizado, queixa-se de dor e compressão pélvica

HD - Fratura Pélvica ?

05.802.404/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA DE SEGUROS LTDA
14 SET 2016
Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 AL C
Boa Vista - CEP 50.060-010
RECIFE-PE

**HOSPITAL REFERENCIADO:** HRA

**SENHA AUTORIZADA:** 50 60 720

**ASS. / CARIMBO DO MÉDICO REGULADOR:** Dr. [illegible] CREMEPE 23452

05.802.404/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA DE SEGUROS LTDA
14 SET 2016
Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 AL C
Boa Vista - CEP 50.060-010
RECIFE-PE

**OBS.:** A transferência para o Hospital referenciado só deverá ser realizada após estar assegurado o leito para a internação.

Pedro Marques
Ortopedia e Traumatologia
CRM 8594

Laudo Médico

Paciente João Antonio de Menezes, vítima de acidente de trânsito em 11/12/2016 segundo BO de nº 17E0191000089

Sofreu extenso ferimento na coxa direita, fratura exposta do 2º QDD; Foi submetido a tratamento cirúrgico (lavagem extensiva da coxa direita + debridamento + sutura da coxa direita + limpeza + debridamento + fixação do 2 DDD.

O mesmo evolui com sequelas de

- Deformidade anatômicamente a coxa direita + 2 QDD
- Limitação dos movimentos + impotência funcional

Alta Ambulatorial Definitiva

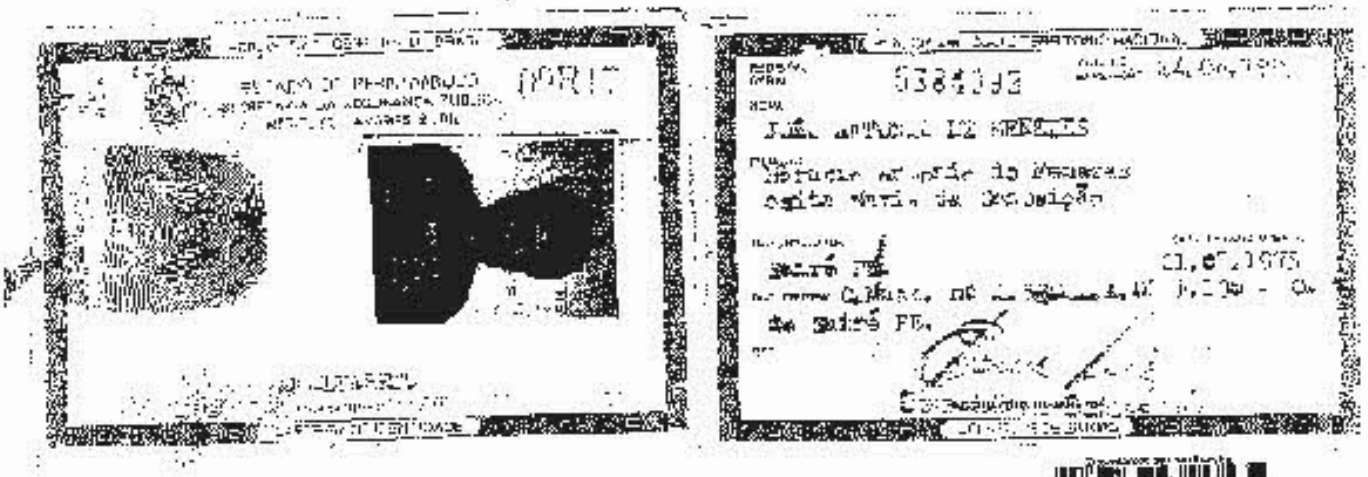
CID 10 S62

04/07/18

Dr. Pedro Marques
Ortopedia e Traumatologia
CREMEPE 8594
CPF: 172.678.334-04

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA
14 SET 2018
Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL C
Boa Vista - CEP 50.060-010
RECIFE-PE

Rua Castelo Branco, 470 - Abreu e Lima/PE
Tel.: (81) 3542.3278 / 98897.4003



CÓDIGO DE CONTROLE
B133.34CC.FDAE.1017

A autenticidade deste comprovante deverá ser confirmada na internet no endereço

www.receita.fazenda.gov.br

Comprovante de Situação Cadastral
Secretaria da Receita Federal do Brasil
Data de Nascimento: 21/07/1975 Nome da Mãe: [illegible]
Dígito Verificador: 30

MINISTÉRIO DA FAZENDA
Receita Federal
Cadastro de Pessoas Físicas

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número
067.795.074-47

Nome
JOÃO ANTONIO DE MENEZES

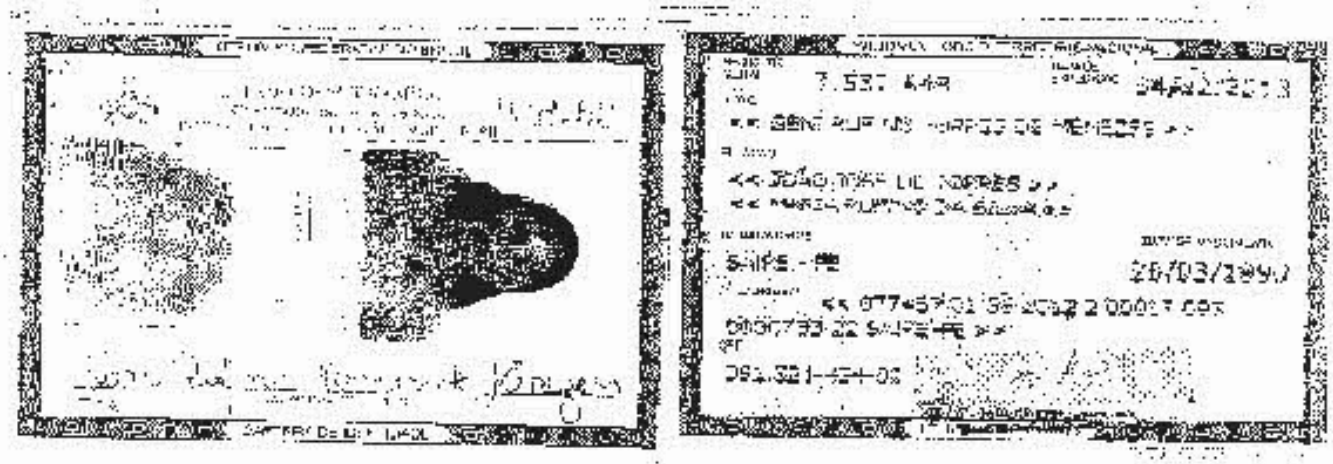
Nascimento
21/07/1975

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIDADE

DS.802.304/[illegible]
TRACTO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

23 maio 2017

Rua [illegible]





05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA
10 JUN 2[illegible]
Rua da Aurora, nº 175, S1 902 BL. C
Boa Vista - CEP 50.060-010

MINISTÉRIO DA FAZENDA

Receita Federal
Cadastro de Pessoas Físicas

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número
067.796.014-41

Nome
JOAO ANTONIO DE MENEZES

Nascimento
21/07/1976

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEG[illegible]

1 8 [illegible]

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
PE/[illegible]


7.533.548 04/02/2013
<< GENI RUFINO TORRES DE MENEZES >>
<< JOÃO JOSE DE TORRES >>
<< MARIA RUFINO DA SILVA >>
SAIRÉ - PE 28/03/1990
<< 077487 4 SS 2012 2 00017 093
0000733 22 SAIRÉ-PE >>
091.321.424-80


REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
CARTEIRA DE IDENTIDADE

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA
1 8 JUN 2013
Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL C
CEP 50.060-010



05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

MINISTÉRIO DA FAZENDA

Receita Federal
Cadastro de Pessoas Físicas

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número
067.795.014-41

Nome
JOAO ANTONIO DE MENEZES

Nascimento
21/07/1975

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

14 OUT 2009

Rua do Aurora, nº 175, SL 502 BL C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

Rua do Aurora, nº 175, SL 502 BL C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE


7.532.548 04/02/2013
<< GENÍ RUFINO TORRES DE MENEZES >>
<< JOÃO JOSÉ DE TORRES >>
<< MARIA RUFINO DA SILVA >>
SAIRÉ - PE 28/03/1990
<< 077407 8 SS 2012 2 00017 093
0000733 22 SAIRÉ-PE >>
091.321.424-80


05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA
14 SET 2014
Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL C
Boa Vista - CEP 50.060-010
RECIFE-PE

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA
Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL C
Boa Vista - CEP 50.060-010

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

05.305.494/0001-4
TRACTO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

25 MAIO 2011

Rua do Ouvidor, nº 15 - 10º andar
Rio de Janeiro - RJ 20.040-030
Tel: (21) 2516-2000

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTERIO DAS CIDADES

DETRAN PE
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEICULO
Nº 012237377180

1 | 98836721[illegible] | ********** | 2016

MARIA JOSE DOS SANTOS LIRA

BEZERROS-PE

087.576.024-41 | 07237862

**********[illegible]BC2KC1[illegible]ER516621

[illegible] MOTOCICLETA | [illegible]

HONDA/CG150 FAN ESDI | 2014 | 2014

2P/14BCL | FARTIC | VERMELHA

IPVA 2016 QUITADO

SEGURO PAGO

SEM RESERVA

BEZERROS-PE | 06/06/16

Charles Andrews Souza Ribeiro
Diretor Presidente DETRAN-PE

DENATRAN | CONTRAN

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, EM VIAS ABERTAS A ATUAL PESSOAS TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

PE Nº 012237377180 BILHETE DE SEGURO

MARIA JOSE DOS SANTOS LIRA

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA
www.dpvatsegurodotransito.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

BEZERROS-PE | 2016 | 06/06/

1 | 087.576.024-41 | 07237862

98836721[illegible] | HONDA/CG150 FAN ESDI

2014 | 08 | 9C2KC1[illegible]ER516621

PRÊMIO TARIFÁRIO

SEGURADORA LÍDER - DPVAT
CNPJ: 09.248.608/0001-39
www.seguradoralider.com.br

DESTAQUE E GUARDE O SELHEIRO DPVAT
CLIENTE: [illegible]

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA
18 JUN 2019
Rua da Aurora, nº 175, SL 902 BL C
Boa Vista - CEP 50.060-020
RECIFE-PE

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTERIO DAS CIDADES

DENATRAN

Nº 012237377180

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

1 99836723 VALIDADE 2016

MARIA JOSE DOS SANTOS LIRA

SERRINHA-PE

087.576.024-41 0727863

9BWZK16860ER516621

PAO MOTOCICLETAS

HONDA/CG150 FAN ESDI 2014 2014

2P/149CL PARTIC VERMELHA

IPVA 2016 QUITADO

SEGURO PAGO

SEM RESERVA

SERRINHA-PE 06/06/16

Charles Andrews Souza Ribeiro

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NÃO - LEI Nº 6194/74

PE Nº 012237377180

MARIA JOSE DOS SANTOS LIRA

PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA AO VERSO AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.davisseguros.com.br

SAC DPVAT 0800 022 1204

SERRINHA-PE 2016 06/06/

087.576.024-41 0727863

99836723 HONDA/CG150 FAN ESDI

2014 09 9BWZK16860ER516621

PRÊMIO TARIFÁRIO

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

DESTAQUE E GUARDE O BILHETE DPVAT

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA
12 SET 2019
Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL C
Boa Vista - CEP 50.060-010
RECIFE-PE

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA
12 SET 2019
Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL C
Boa Vista - CEP 50.060-010
RECIFE-PE

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

Seguradora LÍDER

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180428339 **Cidade:** Sairé **Natureza:** Invalidez Permanente

**Vítima:** JOAO ANTONIO DE MENEZES **Data do acidente:** 11/12/2016 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 10/01/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** TRAUMA CORTO CONTUSO DO JOELHO DIREITO.
FRATURA EXPOSTA DO 2º DEDO DA MÃO DIREITA

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO E ALTA MÉDICA.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO 2º DEDO DA MÃO DIREITA E DO JOELHO DIREITO.

**Sequelas:** Com sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO 2º DEDO DA MÃO DIREITA E LEVE DO JOELHO DIREITO.

**Documentos complementares:**

**Observações:** MEMBRO INFERIOR DIREITO INDENIZADO COM 50% DE DANO NO PROCESSO 2014107909 - O TRAUMA NO JOELHO DIREITO SOFRIDO NO ACIDENTE EM QUESTÃO NÃO ULTRAPASSA O VALOR JÁ INDENIZADO.

## 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 |
|---|---|---|---|---|
| Dedos mão-Perda funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão | 10 % | Em grau médio - 50 % | 5% | R$ 675,00 |
| | | **Total** | **5 %** | **R$ 675,00** |

## ESPECIALISTA

**Empresa:** Líder- Serviços AMD

**Grupo:** EQ3

**Nome:** MARTHA MARIA RAUSCH DE QUEIROGA

**CRM:** 5245228-1

**UF do CRM:** RJ

**Assinatura:**

# Cartório de Notas e Protesto de Títulos

**Maurício José de Vasconcelos**
**Tabelião**
Rua Dr. José Mariano, 62, Centro – CEP: 55600-000 – Bezerros – PE.
Fone: (081) 3728-1182 – Email: cartoriobezerros@yahoo.com.br

LIVRO: 264-P – FOLHA: 112 **TRASLADO: 1º**

PROCURAÇÃO bastante que faz: **JOÃO ANTONIO DE MENEZES** na forma abaixo:

**SAIBAM** quantos este público instrumento de procuração bastante virem, que, aos seis (06) dias do mês de março do ano de dois mil e dezessete (2017), nesta cidade de Bezerros, Estado de Pernambuco, no Cartório do 1º Ofício, sito à Rua Dr. José Mariano, nº 62, compareceu como outorgante: **JOÃO ANTONIO DE MENEZES**, brasileiro, casado, capaz, motorista, agricultor, nascido em 21/07/1975, portador da Cédula de identidade RG nº **5384053-SSP PE** e inscrito no CPF/MF nº **067.795.014-41**, residente e domiciliado na RUA UM, Nº 16, LOTE VALE VERDE, COHAB, SAIRÉ II, CEP: 55095-100; reconhecido de mim, tabelião, à vista dos documentos de identificação, e por ser de me dito, que por este público instrumento e nos termos de DIREITO nomeia e constitui sua bastante procuradora: **GENI RUFINO TORRES DE MENEZES**, brasileira, casada, aposentada, agricultora, nascida em 28/03/1950, portadora da Cédula de Identidade RG nº **7.503.586-SDS/PE** e inscrita no CPF/MF nº **047.357.024-00**, residente e domiciliada na RUA UM, LOTE VALE VERDE, Nº 32, SAIRÉ II, CEP: 55095-000; a quem confere poderes específicos para representar o outorgante perante as **SEGURADORAS** que constituem o **CONSÓRCIO DO SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT**. Podendo para isso nomear quaisquer substabelecimentos que se façam necessários, cumprir exigências, cláusulas, assinar e requerer documentos e praticar tudo mais que o fiel cumprimento do presente mandato e finalidade para o que, a isso, lhe são outorgados todos os poderes que não expressos, mas que sejam implícitos e decorrentes da finalidade deste mandato. Em fé de verdade assim o disse e outorgou e, sendo-lhe este lido por mim, Tabelião, aceita e assina a presente. Dispensada a presença e a assinatura das testemunhas nos termos do Art. 215, § 5º do Código Civil Brasileiro; dou fé. A rogo do outorgante por ser analfabeto que deixa a margem sua digital, assina Janaina Patrícia de Melo, brasileira, portadora de RG nº 4.828.858-SSP/PE e CPF/MF nº 027.000.854-00, residente e domiciliada nesta cidade. **Emolumentos** – quitados **R$ 58,05**; **ISSQN (20%) R$ 12,91**; **FERC R$ 6,46**. Eu, (a) Maurício José de Vasconcelos, Tabelião Substituto, o digitei, conferi e subscrevo. Bezerros/PE, 06 de março de 2017. (a) JANAINA PATRICIA DE MELO. Copia fielmente do original. Dou fé. Esta procuração somente é válida com o selo de autenticidade e legalidade aposto abaixo e se não contiver nenhuma emenda. Selo digital de Fiscalização: **0077727.ZHY02201702-01155**. Consulte autenticidade em www.tjpe.jus.br/selodigital.

Bezerros/PE, 06 de março de 2017
Em testemunho da verdade
Maurício José de Vasconcelos - Substituto

CARTÓRIO DO 1º OFÍCIO
Maurício José Vasconcelos
Tabelião
Maurício José de Vasconcelos
Substituto

TRASLADO DE NOTAS
Bezerros - PE
Maurício José de Vasconcelos
Substituto

13 MAR 2017

VÁLIDO EM TODO TERRITÓRIO NACIONAL, SEM QUALQUER ALTERAÇÃO OU RASURA (NULIDA DE PLENO DIREITO)

Tribunal de Justiça de Pernambuco
PJe - Processo Judicial Eletrônico

29/10/2020

# Número: **0059476-68.2019.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**
Órgão julgador: **Seção B da 2ª Vara Cível da Capital**
Última distribuição : **19/09/2019**
Valor da causa: **R$ 8.775,00**
Assuntos: **Acidente de Trânsito**
Segredo de justiça? **NÃO**
Justiça gratuita? **SIM**
Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

| Partes | Procurador/Terceiro vinculado |
|---|---|
| JOAO ANTONIO DE MENEZES (AUTOR) | ANA CRISTINA ALEIXO PEREIRA SANTOS (ADVOGADO)<br>AMANDA KARLA SOARES DA SILVA (ADVOGADO) |
| MAPFRE VERA CRUZ SEGURADORA S/A (REU) | RAFAELLA BARBOSA PESSOA DE MELO (ADVOGADO) |
| SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (REU) | RAFAELLA BARBOSA PESSOA DE MELO (ADVOGADO) |
| RODRIGO CASTRO DE MEDEIROS (PERITO) | |

**Documentos**

| Id. | Data da Assinatura | Documento | Tipo |
|---|---|---|---|
| 70283297 | 29/10/2020 09:43 | ANEXO 1 (2) | Outros (Documento) |

República Federativa do Brasil

# Cartório de Notas e Protesto de Títulos

**Mauricio José de Vasconcelos**
**Tabelião**
Rua Dr. José Mariano, 62, Centro - CEP: 55660-000 - Bezerros – PE.
Fone: (081) 3728-1182 - Email: cartoriobezerros@yahoo.com.br

**LIVRO: 264-P - FOLHA: 112** **TRASLADO: 1º**

PROCURAÇÃO bastante que faz: **JOÃO ANTONIO DE MENEZES na forma abaixo:**

**S A I B A M/** quantos este público instrumento de procuração bastante virem que, aos seis (06) dias do mês de março do ano de dois mil e dezessete (2017), nesta cidade e Comarca dos Bezerros, Estado de Pernambuco, no Cartório do 2.º Ofício à meu cargo, à Rua Dr. José Mariano, n.º 62, compareceu como outorgante: **JOÃO ANTONIO DE MENEZES**, brasileiro, casado, capaz, analfabeto, agricultor, nascido em 21/07/1975, portador da Cédula de Identidade RG nº **5384093-SSP/PE** e inscrito no CPF/MF nº **067.795.014-41**, residente e domiciliado na RUA/UM, Nº 36, LOTE VALE VERDE, COHAB, SAIRÉ/PE, CEP: 55695-000; reconhecido de mim, tabelião, à vista dos documentos de identificação, e por ele me foi dito, que por este público instrumento, e nos termos de DIREITO nomeia e constitui sua bastante procuradora: **GENI RUFINO TORRES DE MENEZES**, brasileira, casada, alfabetizada, agricultora, nascida em 28/03/1990, portadora da Cédula de Identidade RG. nº **7.552.548-SDS/PE** e inscrita no CPF/MF nº **091.321.424-80**, residente e domiciliada RUA SETE VALE VERDE, Nº 33, SAIRÉ/PE, CEP: 55695-000; a quem confere poderes específicos para representar o outorgante perante as **SEGURADORAS** que constituem o **CONSÓRICIO DO SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT**. Podendo para isso assinar quaisquer documentos que se façam necessários; cumprir exigências; obedecer os rituais, apresentar e exibir documentos e praticar tudo mais para o fiel cumprimento do presente mandato e finalidade. Para o que, ainda, lhe são outorgados todos os poderes que não expressos, mas que sejam implícitos e decorrentes da finalidade deste mandato. Em fé da verdade assim o disse e outorgou e, sendo-lhe esta lida por mim, Tabelião, aceita e assina a presente. Dispensada a presença e a assinatura das testemunhas nos termos do Art. 215 § 5º do Código Civil Brasileiro; **dou fé**. A rogo da outorgante por ser analfabeta que deixa a margem sinais digitais, assina Janaina Patrícia de Melo, brasileira, portadora do RG. nº 4.828.858-SSP/PE e CPF/MF nº 027.006.854-66, residente e domiciliada, nesta cidade. **Emolumentos líquidos R$ 58,09; T.S.N.R.(20%) R$ 12,91; FERC: R$ 6,46.** Eu, (a) Marinaldo José de Vasconcelos, Tabelião Substituto a digitei, subscrevo e assino. Bezerros(PE), 06 de março de 2017. (a) JANAINA PATRICIA DE MELO. **Copiado fielmente do original; dou fé.** Esta procuração somente é valida com o selo de autenticidade e fiscalização aposto abaixo e se não contiver nenhuma rasura. Selo digital de fiscalização: **0077727.ZHY02201702.01155**. Consulte autenticidade em www.tjpe.jus.br/selodigital.

**Bezerros(PE), 06 de março de 2017.**
**Em testemunho da verdade.**

**Marinaldo José de Vasconcelos - Substituto**

CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO
Mauricio José Vasconcelos
TABELIÃO
Marinaldo José de Vasconcelos
Mauricio Vasconcelos

2º TABELIÃO de NOTAS
Bezerros - PE
Marinaldo José de Vasconcelos
Substituto

TABELIONATO VASCONCELOS - CARTÓRIO DE NOTAS E PROTESTO
Autenticação de Documento. 06/03/2017 10:23:11
Confere com o original que me foi apresentado. Dou fé.
Marcia Vasconcelos Lima - Escrevente
Selo Digital: 0077727.ZHY02201702.01155
Consulte autenticidade em www.tjpe.jus.br/selodigital

Estado de Pernambuco

República Federativa do Brasil

# Cartório de Notas e Protesto de Títulos

**Mauricio José de Vasconcelos**
**Tabelião**
**Rua Dr. José Mariano, 62, Centro – CEP: 55600-000 - Bezerros – PE.**
**Fone: (081) 3728-1182 - Email: cartoriobezerros@yahoo.com.br**

**LIVRO: 264-P - FOLHA: 112** **TRASLADO: 1º**

PROCURAÇÃO bastante que faz: **JOÃO ANTONIO DE MENEZES na forma abaixo:**

**S A I B A M**/ quantos este público instrumento de procuração bastante virem que, aos seis (06) dias do mês de março do ano de dois mil e dezesseis (2017), nesta cidade e Comarca dos Bezerros, Estado de Pernambuco, no Cartório do 2.º Ofício à meu cargo, à Rua Dr. José Mariano, n.º 62, compareceu como outorgante: **JOÃO ANTONIO DE MENEZES**, brasileiro, casado, capaz, analfabeto, agricultor, nascido em 21/07/1975, portador da Cédula de Identidade RG nº **5384093-SSP/PE** e inscrito no **CPF/MF nº 067.795.014-41**, residente e domiciliado na RUA/UM, Nº 36, LOTE VALE VERDE, COHAB, SAIRÉ/PE, CEP: 55695-000; reconhecido de mim, tabelião, à vista dos documentos de identificação, e por ele me foi dito, que por este público instrumento, e nos termos de DIREITO nomeia e constitui sua bastante procuradora: **GENI RUFINO TORRES DE MENEZES**, brasileira, casada, alfabetizada, agricultora, nascida em 28/03/1990, portadora da Cédula de Identidade RG nº **7.532.548-SDS/PE** e inscrita **no CPF/MF nº 091.321.424-80**, residente e domiciliada RUA SETE VALE VERDE, Nº 33, SAIRÉ/PE, CEP: 55695-000; a quem confere poderes específicos para representar o outorgante perante as **SEGURADORAS** que constituem o **CONSÓRCIO DO SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT**. Podendo para isso assinar quaisquer documentos que se façam necessários; cumprir exigências; obedecer os rituais, apresentar e exibir documentos e praticar tudo mais para o fiel cumprimento do presente mandato e finalidade. Para o que, ainda, lhe são outorgados todos os poderes que não expressos, mas que sejam implícitos e decorrentes da finalidade deste mandato. Em fé da verdade assim o disse e outorgou e, sendo-lhe esta lida por mim, Tabelião, aceita e assina a presente. Dispensada a presença e a assinatura das testemunhas nos termos do Art. 215 § 5º do Código Civil Brasileiro; dou fé. A rogo da outorgante por ser analfabeta que deixa a margem sinais digitais, assina Janaina Patrícia de Melo, brasileira, portadora do RG. nº 4.828.858-SSP/PE e CPF/MF nº 027.006.854-66, residente e domiciliada, nesta cidade. **Emolumentos líquidos R$ 58,09; T.S.N.R.(20%) R$ 12,91; FERC: R$ 6,46.** Eu, (a) Marinaldo José de Vasconcelos, Tabelião Substituto a digitei, subscrevo e assino. Bezerros(PE), 06 de março de 2017. (a) JANAINA PATRICIA DE MELO. **Copiado fielmente do original; dou fé.** Esta procuração somente é válida com o selo de autenticidade e fiscalização aposto abaixo e se não contiver nenhuma rasura. Selo digital de fiscalização: **0077727.ZHY02201702.01155.** Consulte autenticidade em www.tjpe.jus.br/selodigital.

**Bezerros(PE), 06 de março de 2017.**
**Em testemunho da verdade.**

**Marinaldo José de Vasconcelos - Substituto**

CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO
Mauricio José Vasconcelos
TABELIÃO
Marinaldo José de Vasconcelos
Renato Vasconcelos
SUBSTITUTOS

2º TABELIÃO de NOTAS
Bezerros - PE
Marinaldo José de Vasconcelos
Substituto

TABELIONATO VASCONCELOS - CARTÓRIO DE NOTAS E PROTESTO
Autenticação de Documento
Confere com o original que me foi apresentado. Dou fé.
Custas R$ 3,32
Partilha Vasconcelos Ltda - Escrevente TFF R$ 0,46
Selo Digital: 0077727.ZHY02201702.01157 Total: R$ 3,78
Consulte autenticidade em www.tjpe.jus.br/selodigital

# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT

## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0337444/18

**Número do Sinistro:** 3180428339

**Vítima:** JOAO ANTONIO DE MENEZES

**Data do acidente:** 11/12/2016

**CPF:** 067.795.014-41 **CPF de:** Próprio **Titular do CPF:** JOAO ANTONIO DE MENEZES

**Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

## DOCUMENTOS ENTREGUES

**GENI RUFINO TORRES DE MENEZES : 091.321.424-80**

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 | Responsável pelo cadastramento na seguradora |
|---|---|
| Data da entrega: 29/11/2018 | Data do cadastramento: 29/11/2018 |
| Nome: GENI RUFINO TORRES DE MENEZES | Nome: Steffany Caroliny Line Veloso |
| CPF: 091.321.424-80 | CPF: 115.938.994-29 |
| GENI RUFINO TORRES DE MENEZES | Steffany Caroliny Line Veloso |

Seguradora LÍDER

Rio de Janeiro, 17 de Setembro de 2018

Aos Cuidados de: JOAO ANTONIO DE MENEZES

Nº Sinistro: 3180428339
Vítima: JOAO ANTONIO DE MENEZES
Data do Acidente: 11/12/2016
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: GENI RUFINO TORRES DE MENEZES

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180428339.**

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

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

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

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente

**Seguradora Líder-DPVAT**

Pag 00661/01/dia - carta_11 - INVALIDEZ

0092023

Carta nº 1160461

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 4020-1594 (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 922 81 39. 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, 31 de Janeiro de 2019**

**Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 318042639** **Vítima: JOAO ANTONIO DE MENEZES**

**Data do Acidente: 11/11/2016** **Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: GENI RUFINO TORRES DE MENEZES**

**Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE**

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

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder DPVAT**

Estamos aqui para Você

Seguradora Líder - DPVAT

# AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Nº DO SINISTRO ________

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

Este formulário deve ser utilizado exclusivamente com dados do beneficiário da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que procuradores ou advogados. Recomendamos o preenchimento em letra de forma e com caneta para evitar atrasos no recebimento da indenização [illegible].

Eu [illegible]

PORTADOR(A) DO RG Nº [illegible] EXPEDIDO POR [illegible] EM [illegible]

CPF [illegible] PROFISSÃO [illegible]

E ESTADO CIVIL [illegible] NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA [illegible] AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

[illegible] Seguradora Líder [illegible] prevenção à fraude [illegible] no mercado segurador [illegible] cadastro [illegible] pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos [illegible] informações [illegible] do processo [illegible]

Para evitar que a liberação do seu pagamento seja atrasada, as contas [illegible] não devem ser informadas:

- Conta salário para benefício – nos documentos aparecem termos como INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Benefício.
- Conta Empresarial – nos documentos aparecem termos como CNPJ, ME, MEI [illegible] ou LTDA.
- Conta conjunta quando o beneficiário não for o titular.
- Conta tipo FÁCIL (isenção para o limite de movimentação financeira mensal).
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal).
- Conta POUPANÇA operação 013 da CEF [illegible] com limite de movimentação financeira mensal de até R$ 3.000,00
- [illegible] em processo [illegible] a abertura [illegible] de conta [illegible] dados [illegible]
- [illegible] no site da RECEITA FEDERAL www.receita.fazenda.gov.br [illegible] DPVAT [illegible]
- Contas [illegible] beneficiários.

[illegible] não devem ser [illegible] que comprovem os dados bancários [illegible] por meio de extrato bancário [illegible] de segurança.

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE [illegible]
Nº DO BANCO ___ Nº DA AGÊNCIA (com dígito se houver) ________ Nº DA CONTA (com dígito) ________

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCO DO BRASIL, [illegible] E CAIXA [illegible])
Nº DO BANCO ________ Nº DA AGÊNCIA (com dígito se houver) ________ Nº DA CONTA (com dígito) ________

DECLARO QUE A CONTA ACIMA [illegible] DE MINHA TITULARIDADE [illegible] RECEBIMENTO DA INDENIZAÇÃO DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES [illegible] O RECEBIMENTO [illegible] QUITAÇÃO [illegible] INDENIZAÇÃO.

[illegible], 22 de [illegible] de 20[illegible]

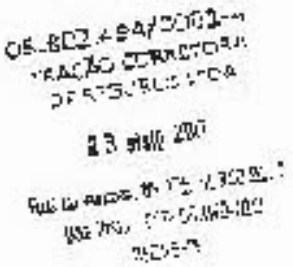
LOCAL E DATA

ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT [illegible] indenização de R$ 13.500,00 em caso de morte [illegible] indenização de até R$ 13.500,00 [illegible] invalidez permanente [illegible] despesas médicas [illegible] até R$ 2.700,00 [illegible]
- [illegible] SAC DPVAT 0800 022 1204.


5067 2712 8851 2108



Seguradora LÍDER

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO [illegible] STRO
DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA F[illegible]

Para [illegible] acesse o site http://www.seguradoralider.com.br ou ligue para o SAC DPVAT [illegible] 209 ou [illegible] exclusivo para pessoas com deficiência auditiva.

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos, dados do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL, [illegible] análise e seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos dificultam o bom desenvolvimento do pagamento.

A conta [illegible] deve estar regularizada, sob pena de bloqueio e devolução do crédito de indenização/pagamento.

Documento Representante Legal para:

Beneficiário entre 16 e 18 anos - Obrigatório. Deverá ser assinado por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor, Curador). O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal. Após o Representante Legal preencher o formulário, ele deverá assinar o formulário no campo "Assinatura do Representante Legal".
Beneficiário entre 18 e 19 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor, Curador). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade no campo "Assinatura do Beneficiário" e por o Representante Legal (campo "Assinatura do Representante Legal").

Número do Sinistro (DPVAT): [illegible]

CPF do Falecido: 007.[illegible]-64

Nome completo do falecido: [illegible]

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo: [illegible] CPF (pessoa física): [illegible] Profissão: [illegible]

Endereço: [illegible] Número: 30 Complemento: [illegible]

Bairro: Centro Cidade: [illegible] Estado: [illegible] CEP: [illegible]

e-mail:

Telefone(s) (DDD): [illegible]

Informo que estou ciente de que a falta de veracidade dos dados informados à Seguradora Líder – DPVAT, resultará em encerramento do processo, bem como em ações de ressarcimento de eventuais prejuízos.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

☐ [illegible] ☐ [illegible] ☐ [illegible] ☐ [illegible]
☐ [illegible] ☐ [illegible] ☐ [illegible] ☐ [illegible]

CONTA POUPANÇA (Somente contas abertas/cadastradas antes de 01/01/2003)
☐ [illegible] ☐ [illegible] ☐ [illegible]
☐ [illegible]

Agência (nº): [illegible] DV: Conta (nº): [illegible] DV:
(Informe o número sem dígito) (Informe o número sem dígito)

CONTA CORRENTE (Somente contas abertas/cadastradas após 01/01/2003)
Banco: [illegible] Nº: [illegible]
Agência (nº): [illegible] DV: [illegible] Conta (nº): [illegible] DV: [illegible]
(Informe o número sem dígito) (Informe o número sem dígito)

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, [illegible] a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da Indenização do Seguro DPVAT [illegible] quando estiver indenizável.

Local e Data: [illegible] 03/[illegible]/2020

Assinatura do Beneficiário: [illegible]

Assinatura do Representante Legal: [illegible]

# Cartório de Notas e Protesto de Títulos

**Mauricio José de Vasconcelos**
**Tabelião**
**Rua Dr. José Mariano, 62 , Centro – CEP: 55660-000 - Bezerros – PE.**
**Fone: (081) 3728-1182 - Email: cartoriobezerros@yahoo.com.br**

***LIVRO Nº 245-E*** - ***FLS. 019*** ***Traslado: 1º***

ESCRITURA PUBLICA DE DECLARAÇÃO

SAIBAM, quantos este público instrumento de escritura de Declaração virem que, ao primeiro (1º) dia do mês de setembro do ano de dois mil e dezessete (2017), nesta cidade e Comarca dos Bezerros, Estado de Pernambuco, no Cartório do 2º Ofício a meu cargo, à Rua Dr. José Mariano, nº 62, compareceu como outorgante Declarante: **JOÃO ANTONIO DE MENEZES**, brasileiro, casado, agricultor, analfabeto, nascido em 21-07-1975, filho de Horacio Antonio de Menezes e de dona Osita Maria da Conceição, portador da Cédula de Identidade RG. nº 5.384.003-SSP/PE., e do CPF/MF. nº 067.795.014-41, residente e domiciliado na Rua Um, nº 36, loteamento Vale Verde, Cohab – Sairé – PE. CEP: 55695-000, de passagem por esta cidade; reconhecido por mim Tabelião, mediante a apresentação de documentos públicos de identificação, do que dou fé. E, pelo **Declarante**, sendo sob as penas da Lei para fazer prova perante órgãos públicos e/ou privados, em especial perante o **Seguro DPVAT,** me foi declarado que é residente na Rua Um, nº 36, loteamento Vale Verde, Cohab – Sairé – PE. CEP: 55695-000, e não possui o laudo **do Instituto Médico Legal – IML**, pois não existe o mesmo em seu Município, declarando ainda, possuir conta no **Banco Bradesco – Agencia 2530-5,** conta corrente de nº **631089-3**. Declara estar ciente de que caso esta declaração não traduza a expressão da verdade, terá de ressarcir a Seguradora dos prejuízos dela decorrentes, além de responder criminalmente, por infração do art. 299, do Código Penal Brasileiro. Assim o disse, outorgou e aceitou, pediu-me a presente escritura que lhe sendo lida e achada conforme assina; dou fé. Certifico que foram observadas todas as exigências prescritas pelo art. 215 do Código Civil Brasileiro; ficando dispensadas as testemunhas nos termos do Art. 215 § 5º do Código Civil Brasileiro: dou fé. A rogo do declarante por ser analfabeto que deixa a margem sinais digital, assina Geni Rufino Torres de Menezes, brasileira, casada, agricultora, nascida em 28-03-1990, portadora da Cédula de Identidade RG. nº 7.532.548-SDS/PE., e do CPF/MF. nº 091.321.424-80, residente e domiciliada na Rua Sete, nº 33, Vale Verde – na cidade de Sairé – PE.; dou fé. Emolumentos líquidos: R$ 143,71; FERC: R$ 15,97; TSNR: R$ 31,94. Eu, (a) Mauricio José de Vasconcelos, Tabelião de Notas a digitei, subscrevo e assino. Bezerros, 01 de setembro de 2017. (a) GENI RUFINO TORRES DE MENEZES. Copiado fielmente do original; dou fé. Esta escritura somente é válida com o selo de autenticidade e fiscalização aposto abaixo e se não contiver nenhuma rasura. Selo digital de fiscalização: **0077727.XBH07201701.04473**. Consulte autenticidade em www.tjpe.jus.br/selodigital.

CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO
Mauricio José Vasconcelos
TABELIÃO
Bezerros - PE

*Bezerros(PE), 01 de setembro de 2017.*

*Em testemunho da verdade*

*Mauricio José de Vasconcelos - Tabelião de Notas*

05.802.494/0001-41
TRADUÇÃO CORRETORA DE SEGUROS LTDA
14 SET 2017
Rua de Aurora, nº 175 SL 80 B. C
Boa Viagem 51020-000
RECIFE-PE

05.802.494/0001-41
TRADUÇÃO CORRETORA DE SEGUROS LTDA
14 SET 2017
Rua de Aurora, nº 175 SL 80 B. C
Boa Viagem 51020-000
RECIFE-PE

**Estado de Pernambuco**

GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLICIA DA 101ª CIRCUNSCRIÇÃO - SARE -
DEPARTAMENTO INTERIOR/DEGEC

# BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 170419000089

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 30/03/2017 às 14:55

**ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado)**
Data/Hora: [illegible] no período de Noite

Local: MUNICIPIO DE SARE, 81, ESTRADA DO [illegible] DO VALE VERDE [illegible] - CENTRO - SARE/PERNAMBUCO /BRASIL
Local de Trabalho: NÃO INFORMADO

Pessoas envolvidas na ocorrência:

O CONDUTOR (AUTOR VÍTIMA)
MARIA JOSE DOS SANTOS LIRA (OUTROS)
JOAO ANTONIO DE MENEZES (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência

VEÍCULO (Classificação genérica do veículo): [illegible] Placa: [illegible]
JOAO ANTONIO DE MENEZES

Qualificação dos(as) pessoa(s) envolvida(s)

**JOAO ANTONIO DE MENEZES** (presente no plantão) - Sexo: Masculino Nome: **DONA MARIA DA CONCEIÇÃO** Pai: **MORAENO ANTONIO DE MENEZES** Data de Nascimento: [illegible] Naturalidade: **SARE - PERNAMBUCO - BRASIL** Documentos: **[illegible] SSP/PE (RG)** [illegible] (CPF) Estado Civil: **CASADO(A)** Endereço: **AMARAGISO** Profissão: **AGRICULTOR(A)** Telefone: Celular: [illegible]

Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE SARE, 56, RUA RUA JOSE [illegible] DO VALE VERDE - DEPARTAMENTO - SANTA CRUZ - SARE/PERNAMBUCO /BRASIL** 25 ago 2017

**MARIA JOSE DOS SANTOS LIRA** (não presente no plantão) [illegible] Sexo: Feminino Naturalidade: **NÃO INFORMADO - PERNAMBUCO - BRASIL** [illegible]

**O CONDUTOR** (presente no plantão) - Sexo: Masculino Nome: **DONA MARIA DA CONCEIÇÃO** Data de Nascimento: [illegible] Naturalidade: **NÃO INFORMADO - PERNAMBUCO /**

Sistema de Controle [illegible]

BRASIL

## Qualificação dos objeto(s) envolvido(s)

MOTOCICLETA (BICICLETA) de propriedade de(a) [illegible] MARIA JOSE DOS SANTOS
[illegible] em posse de(a) JOAO ANTONIO DE MENEZES
Categoria/modelo: MOTOCICLETA/HONDA/CG 125 Ano/modelo: [illegible]
Cor: VERMELHA - Chassi/serie: (UNIDADE NÃO INFORMADA)

Dono: [illegible] (PESSOA FISICA) Fone: [illegible]
[illegible]
Ano: [illegible]

## Complemento / Observação

AS 14:18 HORAS DE HOJE COMPARECEU NESTA DELEGACIA SE VERIFICA COM A SENHORA MARIA JOSE ANTONIO DE MENEZES, NATURAL DESTA CIDADE E SAIDE, CONFIRMANDO DE QUE NO DIA 11/12/2016 CONSULTA SUA MOTOCICLETA DOI VOLTANO A SUA RESIDENCIA, FOI BATIDO EM UM VEICULO AUTO CARGA NA PARTE DA MADRUGADA, NAO SENDO O VEICULO IDENTIFICADO, QUANDO A VITIMA ESTAVA CHEGANDO COM SUA MOTO EM UMA RUA DE ACESSO AO BAIRRO VALE VERDE. VIRAO A VITIMA SOFREU FRATURAS NA PERNA DIREITA, SENDO A VITIMA SOCORRIDA POR POPULARES PARA A UNIDADE MISTA DULIA MENDONCA DEPOIS DAMAS FOI LEVADO APOS RECEBIDO PARA O HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE NA CIDADE DE CARUARU, DIANTE DE EXPOSTO FICA O FATO REGISTRADO

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

JOAO ANTONIO DE MENEZES
(VITIMA)

O CONDUTOR
(AUTOR / AGENTE)

S.C. registrado por: JOSE JOAQUIM DE [illegible] NETO - Matrícula: [illegible]-8

Delegacia Civil
1º Circunscrição
Bairro

[illegible]
TRADUTOR CORRETOR
[illegible]

23 MAR 2017

[illegible]
[illegible]
[illegible]

[illegible]

GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 101ª CIRCUNSCRIÇÃO - SAIRÉ -
DP101ªCIRC DINTER1/14ªDESEC

# BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 17E0191000089

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 30/03/2017 às 14:55

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado) que aconteceu no dia 11/12/2016 no período da Noite

Fato ocorrido no endereço: **MUNICIPIO DE SAIRE, 01, ESTRADA DO SAIRE DO VALE VERDE SAIRE -PE** - Bairro: **CENTRO - SAIRE/PERNAMBUCO /BRASIL**
Local de Fato: **VIA PUBLICA**

**Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:**

O CONDUTOR ( AUTOR \ AGENTE )
MARIA JOSE DOS SANTOS LIRA ( OUTRO )
JOAO ANTONIO DE MENEZES ( VITIMA )

**Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:**

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): JOAO ANTONIO DE MENEZES

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

**JOAO ANTONIO DE MENEZES (presente ao plantão)** - Sexo: **Masculino** Mãe: **OSITA MARIA DA CONCEIÇAO** Pai: **HORACIO ANTONIO DE MENEZES** Data de Nascimento: **21/7/1975** Naturalidade: **SAIRE / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **4284893/SSP/PE (RG)**, **01279661441 (CPF)** Estado Civil: **CASADO(A)** Escolaridade: **ANALFABETO** Profissão: **AGRICULTOR(A)** Telefones Celulares:
**996381647**

Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE SAIRE, 16, RUA RUA NOEMI SANTOS ALBUQUERQUE BAIRRO VALE VERDE - CEP: 55000-001 - Bairro: CENTRO - SAIRE/PERNAMBUCO /BRASIL**

**MARIA JOSE DOS SANTOS LIRA (não presente ao plantão)** - Sexo: **Feminino** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

**O CONDUTOR (presente ao plantão)** - Sexo: **Masculino** Mãe: **OSITA MARIA DA CONCEIÇAO** Data de Nascimento: **21/7/1975** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO /**

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

**MOTOCICLETA (VEICULO)** de propriedade de(a) Sr(a): **MARIA JOSE DOS SANTOS LIRA**, que estava em posse de(a) Sr(a): **JOAO ANTONIO DE MENEZES**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 150** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **VERMELHA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **DTZ7863** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Renavam: **[illegible]** Chassi: **9C2KC1660[illegible]**
Ano Fabricação/Modelo: **2014/2014**

## Complemento / Observação

**AS 14; 15 HORAS DE HOJE COMPARECEU NESTA DELEGACIA DE POLICIA CIVIL O SENHOR DE NOME JOAO ANTONIO DE MENEZES, NATURAL DESTA CIDADE DE SAIRE, COMUNICANDO DE QUE NO DIA 11/12/2016 CONDUZIA SUA MOTOCICLETA COM DESTINO A SUA RESIDENCIA , COLIDIU EM UM VEICULO AUTO CARGA NA PARTE DA CARROCERIA , NÃO SENDO O VEICULO IDENTIFICADO , QUANDO A VITIMA ESTAVA ENTRANDO COM SUA MOTO EM UMA RUA QUE DA ACESSO AO BAIRRO VALE VERDE, VINDO A VITIMA SOFREU FRATURAS NO DEDO MAO DIREITA, SENDO A VITIMA SOCORRIDA POR POPULARES PARA A UNIDADE MISTA DILIA MENDONÇA SOUTO MAIOR E LOGO APOS REMOVIDO PARA O HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE NA CIDADE DE CARUARU, DIANTE DO EXPOSTO FICA O FATO REGISTRADO**

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

**JOAO ANTONIO DE MENEZES**
**(VITIMA)**

**O CONDUTOR**
**(AUTOR / AGENTE)**

Polícia Civil - PE
14ª DSPC
101ª Circunscrição
Saire

B.O. registrado por: **JOSE JOAQUIM DE MELO NETO** - Matrícula: **159841-5**

05.802.434/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA
10 JUN 2018
Rua da Aurora, Nº 175, S.902 BL C

30/03/2017 14:55

GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 101ª CIRCUNSCRIÇÃO - SAIRÉ -
DP101ªCIRC DINTER1/14ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 17E0191000089

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 30/03/2017 às 14:55

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado)
que aconteceu no dia 11/12/2016 no período da Noite

Fato ocorrido no endereço: MUNICIPIO DE SAIRE, 01, ESTRADA DO SAIRÉ DO VALE VERDE SAIRE -PE - Bairro: CENTRO - SAIRE/PERNAMBUCO /BRASIL
Local do Fato: VIA PUBLICA

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA DE SEGUROS LTDA

DGSP Polícia
14ª DSPC
101ª Circunscrição
Sairé

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

O CONDUTOR ( AUTOR / AGENTE )
MARIA JOSE DOS SANTOS LIRA ( OUTRO )
JOÃO ANTONIO DE MENEZES ( VITIMA )

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): JOÃO ANTONIO DE MENEZES

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

JOAO ANTONIO DE MENEZES (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: OSITA MARIA DA CONCEIÇAO Pai: HORACIO ANTONIO DE MENEZES Data de Nascimento: 21/7/1978 Naturalidade: SAIRE / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 8284693/SSP/PE (RG) 05779561441 (CPF) Estado Civil: CASADO(A) Escolaridade: ANALFABETO Profissão: AGRICULTOR(A) Telefones Celulares:
- 986582947

Endereço Residencial: MUNICIPIO DE SAIRE, 36, RUA RUA NOEMI SANTOS ALBUQUERQUE BAIRRO VALE VERDE - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - SAIRE/PERNAMBUCO /BRASIL

MARIA JOSE DOS SANTOS LIRA (não presente ao plantão) - Sexo: Feminino Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

O CONDUTOR (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: OSITA MARIA DA CONCEIÇAO Data de Nascimento: 21/7/1978 Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO /

BRASIL

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

**MOTOCICLETA (VEICULO)** de propriedade do(a) Sr(a): **MARIA JOSE DOS SANTOS LIRA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **JOAO ANTONIO DE MENEZES**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 150** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **VERMELHA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **OYZ7863** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Renavam: **993367273** Chassi: **9C2KC1660ER516621**
Ano Fabricação/Modelo: **2014/2014**

## Complemento / Observação

**AS 14: 18 HORAS DE HOJE COMPARECEU NESTA DELEGACIA DE POLICIA CIVIL O SENHOR DE NOME JOAO ANTONIO DE MENEZES, NATURAL DESTA CIDADE DE BAIRE, COMUNICANDO DE QUE NO DIA 11/12/2016 CONDUZIA SUA MOTOCICLETA COM DESTINO A SUA RESIDENCIA , COLIDIU EM UM VEICULO AUTO CARGA NA PARTE DA CARROCERIA , NAO SENDO O VEICULO IDENTIFICADO , QUANDO A VITIMA ESTAVA ENTRANDO COM SUA MOTO EM UMA RUA QUE DA ACESSO AO BAIRRO VALE VERDE, VINDO A VITIMA SOFREU FRATURAS NO DEDO MAO DIREITA, SENDO A VITIMA SOCORRIDA POR POPULARES PARA A UNIDADE MISTA DILILA MENDONÇA SOUTO MAIOR E LOGO APOS REMOVIDO PARA O HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE NA CIDADE DE CARUARU, DIANTE DO EXPOSTO FICA O FATO REGISTRADO**

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

**JOAO ANTONIO DE MENEZES**
**(VITIMA)**

**O CONDUTOR**
**(AUTOR / AGENTE)**

Policia Civil
14ª DEPC
101ª Circunscrição
Baire

B.O. registrado por: **JOSE JOAQUIM DE MELO NETO** - Matrícula: **559961-8**

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA
18 JUN 2018
Rua do Rosário, Nº 175, S 902 NL C
Boa Vista - CEP 50.060-010
RECIFE-PE

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA
11 SET 2019
Rua do Rosário, Nº 175, S 902 NL C
Boa Vista - CEP 50.060-010
RECIFE-PE

30/03/2017 14:55

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, [illegible], portador da carteira de identidade nº [illegible] e inscrito no CPF/MF sob o nº [illegible], residente e domiciliado na [illegible], cidade [illegible], Estado [illegible], declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal - IML para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

( ) não há estabelecimento do IML no município de minha residência; ou

( ) o estabelecimento do IML localizado no Município em que reside não realiza perícias para fins de pleito do Seguro DPVAT; ou

( ) o estabelecimento do IML localizado no Município em que reside realiza perícias somente quando ocorrer a 90 (noventa) dias do respectivo pedido.

Sendo assim, requeiro a análise do meu pedido de indenização no Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento à análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica do órgão de Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da extensão e afeição do grau da lesão ou lesões, para os fins do Art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica de tentativa de direito de indenização, caso diversa do seu conteúdo.

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

Local e data

SEGURADORA LÍDER DPVAT
TRANSÇÃO CORRETORA DE SEGUROS LTDA
12 MAI 2017
Avenida Nilo Peçanha, nº 170, 5º andar, Centro
Rio de Janeiro - CEP 20020-100
Brasil

República Federativa do Brasil

# Cartório de Notas e Protesto de Títulos

**Mauricio José de Vasconcelos**
Tabelião
**Rua Dr. José Mariano, 62, Centro CEP: 55660-000 - Bezerros – PE.**
**Fone: (081) 3728-1182 - Email: cartoriobezerros@yahoo.com.br**

***LIVRO N° 245-E*** - ***FLS. 019*** ***Traslado: 1º***

ESCRITURA PÚBLICA DE DECLARAÇÃO

SAIBAM, quantos este público instrumento de escritura de Declaração virem que, ao primeiro (1º) dia do mês de setembro do ano de dois mil e dezessete (2017), nesta cidade e Comarca dos Bezerros, Estado de Pernambuco, no Cartório do 2º Ofício a meu cargo, à Rua Dr. José Mariano, nº 62, compareceu como outorgante Declarante: **JOÃO ANTONIO DE MENEZES**, brasileiro, casado, agricultor, analfabeto, nascido em 21-07-1975, filho de Horacio Antonio de Menezes e de dona Osita Maria da Conceição, portador da Cédula de Identidade RG nº 5.384.093-SSP/PE., e do CPF/MF. nº 067.795.014-41, residente e domiciliado na Rua Um, nº 36, loteamento Vale Verde, Cohab – Sairé – PE. CEP: 55695.000, de passagem por esta cidade; reconhecido por mim Tabelião, mediante a apresentação de documentos públicos de identificação; do que dou fé. E, pelo **Declarante**, falando sob as penas da Lei para fazer prova perante órgãos públicos e/ou privados, em especial perante o **Seguro DPVAT**, me foi declarado que é residente na Rua Um, nº 36, loteamento Vale Verde, Cohab – Sairé – PE. CEP: 55695.000, e não possui o laudo do **Instituto Médico Legal – IML**, pois não existe o mesmo em seu Município, declarando ainda, possuir conta no **Banco Bradesco – Agencia 2530-5**, conta corrente de nº **631089-3**. Declara estar ciente de que caso esta declaração não traduza a expressão da verdade, terá de ressarcir a Seguradora dos prejuízos dela decorrentes, além de responder criminalmente, por infração do art. 299, do Código Penal Brasileiro. Assim o disse, outorgou e aceitou, pediu-me a presente escritura que lhe sendo lida e achada conforme assina; dou fé. Certifico que foram observadas todas as exigências prescritas pelo art. 215 do Código Civil Brasileiro; ficando dispensadas as testemunhas nos termos do Art. 215 § 5º do Código Civil Brasileiro; dou fé. A rogo do declarante por ser analfabeto que deixa a margem suas digital, assino Geni Rufino Torres de Menezes, brasileira, casada, agricultora, nascida em 28-03-1990, portadora da Cédula de Identidade RG. nº 7.532.548-SDS/PE., e do CPF/MF. nº 091.321.424-80, residente e domiciliada na Rua Sete, nº 33, Vale Verde – na cidade de Sairé – PE.; dou fé. Emolumentos líquidos: R$ 143,71; FERC: R$ 15,97; TSNR: R$ 31,94. Eu, (a) Mauricio José de Vasconcelos, Tabelião de Notas a digitei; subscrevo e assino. Bezerros, 01 de setembro de 2017. (a) GENI RUFINO TORRES DE MENEZES. Copiado fielmente do original; dou fé. Esta escritura somente é válida com o selo de autenticidade e fiscalização aposto abaixo e se não contiver nenhuma rasura. Selo digital de fiscalização: **0077727.XDH07201701.04473**. Consulte autenticidade em www.tjpe.jus.br/selodigital.

*Bezerros(PE), 01 de setembro de 2017.*

*Em testemunho* ___ *da verdade.*

*Mauricio José de Vasconcelos – Tabelião de Notas*

CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO
Mauricio José Vasconcelos
Tabelião
Mauricio Vasconcelos
Mauricio José Vasconcelos
SUBSTITUTO

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA DE SEGUROS LTDA

14 SET 2017

SERVIÇO DE NOTAS

Estado de Pernambuco

HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE
EMERGÊNCIA

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Atendimento: 2500

Prontuário:

JOÃO ANTONIO DE MENEZES

Data: 27/04/1970 Idade: 47 Sexo: MASCULINO Cor: PARDA Religião:

RG: CNS: 900070367612462

Nº: 36

Bairro: CENTRO Cidade: SANTA CRUZ Estado: PE

Telefone: 98096217 Profissão:

Nome da Mãe: DELTA MARIA DA CONCEIÇÃO

Acompanhante

Médico do Atendimento: ATT COVINDO DO DELTA

CIDADE DR. GUEDES TRAUMATOLOGIA

ATENDIMENTO Data: 11/05/2020 23:45 Médico: MEDICO PLANTONISTA

[illegible]

Tipo:

[illegible]

# HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE
## EMERGÊNCIA

Tipo / Exames

Termo de Responsabilidade de Alta a Pedido ( ) Paciente ( ) Familiar

Responsabilizo-me por imediata retirada do paciente deste nosocômio, bem como sinto absoluto conhecimento de todas as consequências que esse ato possa acarretar.

RG:

Tel.:

Assinatura

Recusa de Procedimento ( ) Paciente ( ) Familiar

RG

Tel.:

Assinatura

Definitivo

Motivo do Encaminhamento:

Alta ( ) Cirurgia ( ) Óbito ( ) Evadiu-se ( ) Termo de Alta a Pedido

Especificação ( ) Informatizado

Destino da Alta

Transferido ( ) Melhorado ( ) Inalterado ( ) Outro

/ / Hora Médico: CRM:

Carimbo e Assinatura

Setor de Atendimento

UCIA/NAAD

# HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE
## EMERGÊNCIA

ORT

**IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE**

Atendimento: 283911 Prontuário: 212306

Nome: JOAO ANTONIO DE MENEZES
Dt. Nasc.: 21/07/1975 Idade: 41 Sexo: MASCULINO Cor: PARDA Religião:
RG: CNS: 898092382412482
Endereço: RUA NOEMIA SANTOS ALBUQUERQUE Nº: 16
Bairro: CENTRO Cidade: SAIRE Estado: PE
CEP: 55555970 Fone: 98099211 Profissão:
Nome da Mãe: OSITA MARIA DA CONCEICAO
Acompanhante:
Motivo do Atendimento: ATT COM MOTOCICLETA
Clínica: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

**ATENDIMENTO** Data: 11/12/2015 23:48 Médico: MEDICO PLANTONISTA

HDA Principal: Paciente chega de ônibus com quadro há 3h, referindo queda de moto. Refere hemiface esquerda dolorosa. Nega demais queixas. Refere hemiface dolorosa.

Exame Físico: PA: FC: FR:
Paciente consciente, orientado, corado, hidratado, eupneico. Extenso ferimento em face, joelho (D) e ombro do quadriceps. Boa perfusão distal do membro.

Diagnóstico provisório:
Politrauma
Extenso ferimento em joelho (D)

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA DE SEGUROS LTDA
19 JAN 2018
Rua da Aurora, Nº 175, S. 102 BL C
Boa Vista - CEP 50.060-030
RECIFE-PE

Conduta:

Cirurgia: _____

| | | Horário |
|---|---|---|
| 12/16 00:30 | Celebrina 2g + Ans 1a. dose | 3:30 |
| | (1) Tramadol 100mg + Dipirona 1g EV | 3:30 |
| | (2) Dipirona (1g) 1ml EV | 3:30 |
| | (3) Hidrocortisona 1ml EV | 3:30 |
| | (4) Dipirona - Tramadol + Soro fisiológico | |
| | (5) Medição do BHT | |
| | (6) Medição da Glicemia capilar | |
| | Trata-se com Tramadol 100mg. EV | |
| | D paciente vítima de Bike | |
| | acide quando [illegible] | |
| | (2) assepsia [illegible] e sutura | |

Dr. João Siqueira Filho
Cirurgião Bucal
CRO-PE 3.[illegible]

Dr. João Siqueira Filho
Cirurgião Bucal
CRO-PE 3.[illegible]

# HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE
## EMERGÊNCIA

ORT

**IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE**

**Atendimento:** 283911 **Prontuário:** 212996

JOAO ANTONIO DE MENEZES
Dt. Nasc.: 21/07/1975 **Idade:** 41 **Sexo:** MASCULINO **Cor:** PARDA **Religião:**
**RG:** **CNS:** 898002392412462
**Endereço:** RUA NOEMIA SANTOS ALBUQUERQUE **Nº:** 36
**Bairro:** CENTRO **Cidade:** SAIRE **Estado:** PE
**CEP:** 55660000 **Fone:** 98099211 **Profissão:**
**Nome da Mãe:** OSITA MARIA DA CONCEICAO
**Acompanhante:**
**Motivo do Atendimento:** ATT COM MOTOCICLETA
**Clínica:** ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

**ATENDIMENTO** **Data:** 11/12/2016 23:46 **Médico:** MEDICO PLANTONISTA

**Queixa Principal / HDA:** Paciente vítima de acidente com moto há 8h, referindo dor no tornozelo (D) e em joelho (D). Nega demais queixas. Refere hemiparesia após acidente.

**Exame Físico:** Paciente orientado, lucido, PA: ____ FC: ____ FR: ____
[illegible] em prancha. extensão forçada em joelho (D) [illegible] do quadriceps. Boa perfusão distal do membro

**Diagnóstico provisório:**
Fratura do tíbia,
entorse joelho (D)

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA DE SEGUROS LTDA
14 SET 2019
Rua da Aurora Nº 175, S. 502 SL C
Boa Vista - CEP 50060-010
RECIFE - PE

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA DE SEGUROS LTDA
14 SET 2019
Rua da Aurora Nº 175, S. 502 SL C
Boa Vista - CEP 50060-010
RECIFE - PE

**Medicação**

**Dieta:** ____

| | | Horário |
|---|---|---|
| 11/12 23:30 | Celestone 2g + AM 5% 100ml | 3/30 |
| | (1) Tramadol 100mg + SF 100ml 0,9% EV | |
| | (2) Dipirona 1g 100ml EV | 3/30 |
| | (3) Tilsal Cetoprofeno 100ml EV | 3/30 |
| | (4) Dipirona + Tramadol + SF 0,9% 100ml EV | |
| | (5) Sedação do BAF | |
| | (6) Sedação da Cirurgia Geral | |
| | Tramadol 100mg + SF 0,9% 100ml EV | |
| | (1) paciente parte para Bloco Cirúrgico [illegible] | |
| | (2) [illegible] | |

Dr. José Siqueira Filho
Cirurgião Bucal
CRO 2-[illegible]

Dr. José Siqueira Filho
Cirurgião Bucal
CRO 2-[illegible]

BRADESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 237 AGÊNCIA: 2373-6 CONTA: 000000429200-6

---

DATA DA TRANSFERENCIA: 14/01/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 675,00

*******TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOAO ANTONIO DE MENEZES

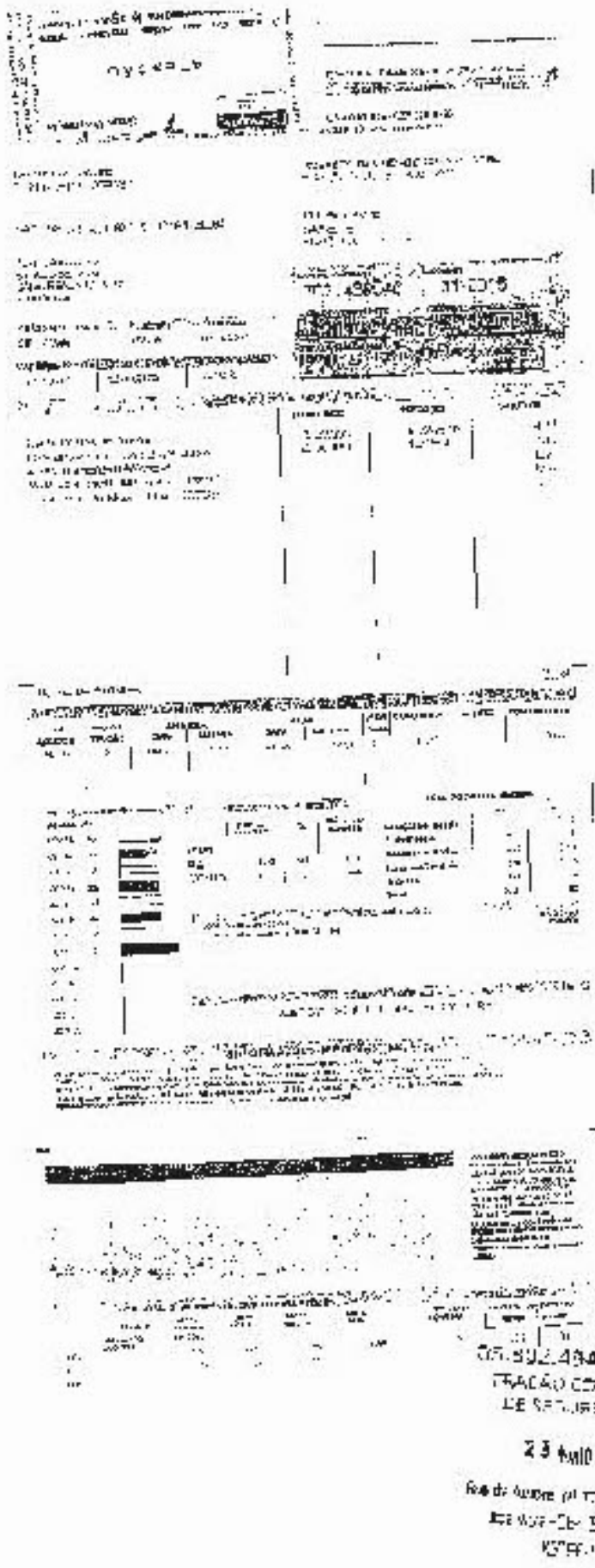
BANCO: 237

AGÊNCIA: 02530-5

CONTA: 000000631089-3

---

Nr. Autenticação
BRADESCO1401201905000000000002350253000000063108967500 PAGO



## PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT

**IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO**

[illegible]

**DOCUMENTOS ENTREGUES**

**Sinistro**
Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Declaração ou Prontuário de Veículo
Documento(s) médico-hospitalar
Documento de identidade
DUT

**GENI RUFINO TORRES DE MENEZES** [illegible]
Comprovante de residência
Declaração Simples SUSEP [illegible]
Documento de identidade
Procuração
**JOÃO ANTONIO DE MENEZES** [illegible]
Sinistro [illegible]
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 0800-1221204

- 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 6.194 / 74.

Documentação recebida sem conferência

| Portador da documentação entregue | Responsável pelo preenchimento no seguradora |
|---|---|
| Data: 22/05/2017 | Data: 22/05/2017 |
| NOME: GENI RUFINO TORRES DE MENEZES | Nome: [illegible] |
| CPF/CNPJ: [illegible] | CPF: [illegible] |
| GENI RUFINO TORRES DE MENEZES | [illegible] |

## DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Carlos Rufino Vieira de Jesus

RG nº 4 [illegible] 549 data de expedição 04/02/13 órgão [illegible]

CPF nº 051.[illegible].464-90 venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que reside no endereço acima descrito e seguindo, sem anexo documento comprobatório em nome de terceiro.

| | |
|---|---|
| Logradouro (Rua/Avenida/Praça) | Rua [illegible] |
| Número | 242 |
| Apto / Complemento | |
| Bairro | |
| Cidade | Cachoeira |
| Estado | BA |
| CEP | 45600-000 |
| Telefone de Contato | (75) 9.8667-4814 |
| Email | |

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Cachoeira 02.05.17

Assinatura do Declarante: X [illegible]

CC.BC.[illegible]/0001-4
TRAÇÃO CONSTRUÇÃO
[illegible] LTDA

23 MAI 2017

[illegible]

# Cartório de Notas e Protesto de Títulos

Marinaldo José de Vasconcelos
Tabelião
Rua Dr. José Mariano 42, Centro – CEP: 55600-000 – Buíque – PE
Fone: (081) [illegible] – E-mail: [illegible]

LIVRO: 264-P – FOLHA: 112 TESTLAN 0-17

PROCURAÇÃO bastante que faz JOÃO ANTONIO DE MENEZES na forma abaixo:

SAIBAM quantos este público instrumento de procuração virem que, aos seis (06) dias do mês de março do ano de dois mil e dezessete (2017), nesta cidade de Buíque, Estado de Pernambuco, no Cartório do 2º Ofício, com cargo, à Rua Dr. José Mariano, nº 42, compareceu como outorgante JOÃO ANTONIO DE MENEZES, brasileiro, casado, capaz, agricultor, nascido em 01/07/1975, portador da Cédula de Identidade RG nº [illegible] e inscrito no CPF/MF nº [illegible] residente e domiciliado na RUA SEIT VALE VERDE, CORAL, SALGUEIRO, CEP: 56605-000, conforme os mesmos declaram, pelos documentos de identificação, e por ele me foi dito que por este público instrumento, e por todos os DIREITOS nomeia e constitui seu bastante procurador: CLAILTONO CORREIA DE MENEZES, [illegible] casado, agricultor, nascido em 26/08/1990, portador da Cédula de Identidade RG nº 1532-544-SDS/PE e inscrito no CPF/MF nº 091.[illegible]-90, residente e domiciliado na RUA SEIT VALE VERDE, Nº 13, SALGUEIRO, CEP: 56605-000, a quem confere poderes [illegible] para as AGÊNCIAS que envolvem o CONSÓRCIO DO SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT, podendo para isso assinar quaisquer documentos, prestar informações, [illegible] obrigações, [illegible] de riscos, apresentar e receber documentos e provas, [illegible] do pedido e mandato e finalmente, para o que ainda, lhe foi outorgado todos os poderes que são necessários, mas que sejam [illegible] e necessários, inclusive, desde os mais [illegible] da verdade [illegible] e substabelecer, sendo-lhe válida por [illegible], sob a sua presença. Dispensado a procura e a assinatura no instrumento nos termos do Art. 215 § 2º do Código Civil Brasileiro com [illegible] por ser [illegible] brasileira, portadora do RG nº 858-35[illegible] e CPF/MF nº 02[illegible]-60, residente e domiciliada nesta, [illegible] Encomendas Ligadas LS 58,09, TSNL 20% R$ 12,91 TERC: R$ [illegible] Marinaldo José de Vasconcelos, Tabelião Substituto e digital, [illegible] Pernambuco(PE), 16 de março de 2017. (a) JANAINA PATRICIA DE [illegible] Cópia fiel de seu original; com fé. Esta procuração somente é válida para o ato de que [illegible] e finalidade, [illegible] e se não [illegible] acima. Selo digital de fiscalização: [illegible].ZIY.CA201702.01555. Consulte a autenticidade em www.tjpe.jus.br/selodigital.

Buíque-PE, 06 de março de 2017.
Reconhecimento de firma por verdade.
Marinaldo José de Vasconcelos – Substituto

CARTÓRIO DE NOTAS
Marinaldo José de Vasconcelos
Tabelião Substituto
Buíque - PE
Marinaldo José de Vasconcelos
Substituto

# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

[illegible]

IDENTIFICAÇÃO DO SEGURADO

[illegible]

DOCUMENTOS ENTREGUES

[illegible]

[illegible]

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhamento do processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-022 1204.

- 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 do seguro prevista na Lei 6.194 / 74.

Documentação recebida sem manuscritos.

Responsável pela documentação entregue

Data de entrega: 26/11/2017

Nome: MARIA APARECIDA DE ARAUJO SILVA

CPF: [illegible]

MARIA APARECIDA DE ARAUJO SILVA

Responsável pelo recebimento da seguradora

Data de recebimento: 26/11/2017

Nome: [illegible]

CPF: [illegible]

[illegible]

2a Via da Fatura

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

COMPANHIA ENERGÉTICA DE PERNAMBUCO
AV.JOÃO DE BARROS, 111, BOA VISTA
RECIFE, PERNAMBUCO
CEP 50050-902
INSCRIÇÃO ESTADUAL 0800940-50

celpe
Grupo Neoenergia
www.celpe.com.br

Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de 26/4/02
COMERCIAL 114 | PROPRIEDADE 116
Atendimento ao deficiente auditivo ou de fala: 0800 281 3147
Ouvidoria 0800 282 3569
Agência de Regulação dos Serviços Públicos Delegados do Estado de Pernambuco-ARPE: 0800-727-0147-Ligação Gratuita de Telefones Fixos
Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL: 167-Ligação Gratuita de telefones fixos e móveis

DADOS DO CLIENTE

UNIDADE CONSUMIDORA

| DATA DE VENCIMENTO | DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL | CONTA CONTRATO |
|---|---|---|
| 18/05/2018 | 11/05/2018 | 9079214020540 |
| TOTAL A PAGAR (R$) 12,35 | DATA DA APRESENTAÇÃO 11/05/2018 | Nº DO CLIENTE |
| | Nº DA NOTA FISCAL 006187179 | Nº DA INSTALAÇÃO |

CLASSIFICAÇÃO
B1 RESIDENCIAL - BAIXA RENDA COM MS
Monofásico

RESERVADO AO FISCO
4048.B01F.EDA4.3A0A.2C7F.A902.08A7.1008

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

| DESCRIÇÃO | QUANTIDADE | PREÇO | VALOR (R$) |
|---|---|---|---|
| [illegible] | [illegible] | [illegible] | [illegible] |
| [illegible] | [illegible] | [illegible] | [illegible] |
| [illegible] | | | [illegible] |
| [illegible] | | | [illegible] |
| [illegible] | | | [illegible] |
| [illegible] | | | [illegible] |
| TOTAL DA FATURA | | | 12,35 |

TRAÇÃO CORRETORA DE SEGUROS LTDA
14 SET 2017
Rua do Aterro, Nº 175, SL 302 BL C

Tarifas Aplicadas
RESIDENCIAL
[illegible]

HISTÓRICO DE CONSUMO

| | |
|---|---|
| MAI 18 | [illegible] |
| ABR 18 | [illegible] |
| MAR 18 | [illegible] |
| FEV 18 | [illegible] |
| JAN 18 | [illegible] |
| DEZ 17 | [illegible] |
| NOV 17 | [illegible] |
| OUT 17 | [illegible] |
| SET 17 | [illegible] |
| AGO 17 | [illegible] |
| JUL 17 | [illegible] |
| JUN 17 | [illegible] |
| MAI 17 | [illegible] |

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

| | R$ | % |
|---|---|---|
| Energia | [illegible] | [illegible] |
| Transmissão | [illegible] | [illegible] |
| Distribuição (uso) | [illegible] | [illegible] |
| Encargos setoriais | [illegible] | [illegible] |
| Tributos | [illegible] | [illegible] |
| Total | [illegible] | [illegible] |

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS

| ICMS | | | PIS | | | COFINS | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| BASE DE CÁLCULO | % | VALOR DO IMPOSTO | BASE DE CÁLCULO | % | VALOR DO IMPOSTO | BASE DE CÁLCULO | % | VALOR DO IMPOSTO |
| [illegible] | [illegible] | [illegible] | [illegible] | [illegible] | [illegible] | [illegible] | [illegible] | [illegible] |

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

| [illegible] | [illegible] | [illegible] | [illegible] | [illegible] | [illegible] | [illegible] | [illegible] | [illegible] |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| [illegible] | [illegible] | [illegible] | [illegible] | [illegible] | [illegible] | [illegible] | [illegible] | [illegible] |

INFORMAÇÃO DE FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES

| DESCRIÇÃO | CONJUNTO | [illegible] | [illegible] | [illegible] | [illegible] |
|---|---|---|---|---|---|
| [illegible] | [illegible] | [illegible] | [illegible] | [illegible] | [illegible] |
| [illegible] | [illegible] | [illegible] | [illegible] | [illegible] | [illegible] |
| [illegible] | [illegible] | [illegible] | [illegible] | [illegible] | [illegible] |

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

[illegible]

| CÓDIGO DE BARRAS | DESCONTO | TOTAL A PAGAR (R$) | VENCIMENTO |
|---|---|---|---|
| [illegible] | [illegible] | 12,35 | 18/05/2018 |

SALDO DA FATURA
Evite dobrar, perfurar ou rasurar.
Este cartão será usado em leitora ótica.

[illegible]

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

compesa

Nº Documento: 2018052071743 Escritório: [illegible]

FATURA MENSAL DE ÁGUA E ESGOTO

GERI RUBIO DORES
R [illegible], N. 38 - VALE VERDE BRIMI VE 55190-000
INSCRIÇÃO: 135.710.[illegible].2/0 GRUPO/3 OPÇÃO DÉB. AUTOMÁTICO: 02071745.9

02071745.9 05/2018-1

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| LIGADO | POTENTIAL | | | | |
| 41[illegible] | 06/04/2018 | [illegible] 26/05/2014 | | | TIPO DE FORNECIMENTO REAL / |

ÁGUA
LEIT. ANT.: 182
LEIT. ATUAL: 189
LEIT. PRÓX.: 199

CONSUMO: 8

ESGOTO
LEIT. ANT.:
LEIT. ATUAL:
LEIT. PRÓX.:

VOLUME: 0

HISTÓRICO DE CONSUMO
APRESENTADO/CONSUMO

| | | |
|---|---|---|
| 01/2018 | 17 | [illegible] |
| 02/2018 | 17 | [illegible] |
| 03/2018 | 17 | [illegible] |
| 04/2018 | 18 | [illegible] |
| 11/2017 | 17 | [illegible] |
| 12/2017 | 17 | [illegible] |
| MÉDIA | 17 | [illegible] |

| PARÂMETROS | NÚMERO DE AMOSTRAS | | |
|---|---|---|---|
| | EXIG. PELA PORT. MS 2.914/11 | ANÁLISES REALIZADAS | ATENDEM A LEGISLAÇÃO |
| TURBIDEZ | 15 | 15 | 15 |
| COR APARENTE | 15 | 15 | 15 |
| CLORO RESIDUAL | 15 | 15 | 15 |
| COLIFORMES TOTAIS | 15 | 15 | 15 |
| E.COLI | 15 | 15 | 15 |

OBSERVAÇÕES: [illegible]

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS E TARIFAS — CONSUMO POR FAIXA — VALOR R$

ÁGUA
RESIDENCIAL 001 UNIDADE
CONSUMO DE ÁGUA — 8,00 — 8,00

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA
14 OUT 2019
Rua do Ouvidor, nº 19, S 902 RJ
Boa Vista - CEP 50.060-030
RECIFE-PE

| | | | |
|---|---|---|---|
| ESG | 8,00 | 1,40 | 0,16 |
| CONSUMO | 8,00 | 7,60 | 0,16 |

VENCIMENTO 05/05/2018 TOTAL A PAGAR: 8,65

QUA NÃO AO PREFEITO: PAGAMENTO DEPOSITO PIRAPA 100

Emitido por: INTERNET Emissão em: 17/04/2018

compesa
ATENDIMENTO: 0800 0810195
VAZAMENTOS: 0800-0810.80

Arpe Agência de Regulação de Pernambuco
0800 7813844

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

AUTENTICAÇÃO 02071745.9 05/2018-1

VENCIMENTO 05/05/2018 8,65

CÓDIGO DE BARRAS VIA COMPESA

82340000000-2 08650018120-6 02071745901-7 05201690003-0

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

## DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu Geni Rufino Torres de Menezes

RG nº 7.532.518 data de expedição 04/02/13 Órgão SDS/PE

CPF nº 001.331.424.80 venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

| | |
|---|---|
| Logradouro (Rua/Avenida/Praça) | rua Sete |
| Número | 33 |
| Apto / Complemento | |
| Bairro | Vale Verde |
| Cidade | Bairé |
| Estado | PE |
| CEP | 55695.000 |
| Telefone de Contato | 81.99710.1338 |
| Email | |

Por ser verdade, firma-me.

Local e Data: Bairé - PE, 29.11.18

Assinatura do Declarante: Geni Rufino Torres de Menezes

05.802.494/0001-43
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA
29 NOV 2018
RUA DA AURORA, Nº 175 E 177 SLJ
BOA VISTA - CEP 50.070-010
RECIFE-PE

compesa

[illegible]
CNPJ: [illegible]
[illegible] www.compesa.com.br

Nº Documento: [illegible]  Escritório: [illegible]

## FATURA MENSAL DE ÁGUA E ESGOTO

[illegible]
INSCRIÇÃO: [illegible]  GRUPO: [illegible]  OPÇÃO DÉB. AUTOMÁTICO: [illegible]

24/11/2018  MÉDIA M3: [illegible]

HISTÓRICO DE CONSUMO

| PARÂMETROS | EXIG. [illegible] | ANÁLISES REALIZADAS | ATENDEM A LEGISLAÇÃO |
|---|---|---|---|
| [illegible] | [illegible] | [illegible] | [illegible] |

OBSERVAÇÕES: [illegible]

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS E TARIFAS  CONSUMO POR FAIXA  VALOR R$

[illegible]

05/12/2018  8,95

compesa

Arpe

0800-2813844

11/2018-7

05/12/2018  8,95

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO COM [illegible]
DE SEGURO [illegible]
29 NOV 2018
[illegible]

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

Tribunal de Justiça de Pernambuco
PJe - Processo Judicial Eletrônico

29/10/2020

# Número: **0059476-68.2019.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**
Órgão julgador: **Seção B da 2ª Vara Cível da Capital**
Última distribuição : **19/09/2019**
Valor da causa: **R$ 8.775,00**
Assuntos: **Acidente de Trânsito**
Segredo de justiça? **NÃO**
Justiça gratuita? **SIM**
Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

| Partes | Procurador/Terceiro vinculado |
|---|---|
| JOAO ANTONIO DE MENEZES (AUTOR) | ANA CRISTINA ALEIXO PEREIRA SANTOS (ADVOGADO)<br>AMANDA KARLA SOARES DA SILVA (ADVOGADO) |
| MAPFRE VERA CRUZ SEGURADORA S/A (REU) | RAFAELLA BARBOSA PESSOA DE MELO (ADVOGADO) |
| SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (REU) | RAFAELLA BARBOSA PESSOA DE MELO (ADVOGADO) |
| RODRIGO CASTRO DE MEDEIROS (PERITO) | |

**Documentos**

| Id. | Data da Assinatura | Documento | Tipo |
|---|---|---|---|
| 70283299 | 29/10/2020 09:43 | ANEXO 2 | Outros (Documento) |

BRADESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 237 AGÊNCIA: 2373-6 CONTA: 000000429200-6

---

DATA DA TRANSFERENCIA: 14/01/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 675,00

*******TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOAO ANTONIO DE MENEZES

BANCO: 237

AGÊNCIA: 02530-5

CONTA: 000000631089-3

---

Nr. Autenticação
BRADESCO140120190500000000002370253000000063108967500 PAGO

Tribunal de Justiça de Pernambuco
PJe - Processo Judicial Eletrônico

29/10/2020

# Número: **0059476-68.2019.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**
Órgão julgador: **Seção B da 2ª Vara Cível da Capital**
Última distribuição : **19/09/2019**
Valor da causa: **R$ 8.775,00**
Assuntos: **Acidente de Trânsito**
Segredo de justiça? **NÃO**
Justiça gratuita? **SIM**
Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

| Partes | Procurador/Terceiro vinculado |
|---|---|
| JOAO ANTONIO DE MENEZES (AUTOR) | ANA CRISTINA ALEIXO PEREIRA SANTOS (ADVOGADO)<br>AMANDA KARLA SOARES DA SILVA (ADVOGADO) |
| MAPFRE VERA CRUZ SEGURADORA S/A (REU) | RAFAELLA BARBOSA PESSOA DE MELO (ADVOGADO) |
| SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (REU) | RAFAELLA BARBOSA PESSOA DE MELO (ADVOGADO) |
| RODRIGO CASTRO DE MEDEIROS (PERITO) | |

**Documentos**

| Id. | Data da Assinatura | Documento | Tipo |
|---|---|---|---|
| 70283300 | 29/10/2020 09:43 | ANEXO 3 | Outros (Documento) |

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180428339 **Cidade:** Sairé **Natureza:** Invalidez Permanente

**Vítima:** JOAO ANTONIO DE MENEZES **Data do acidente:** 11/12/2016 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 10/01/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** TRAUMA CORTO CONTUSO DO JOELHO DIREITO.
FRATURA EXPOSTA DO 2º DEDO DA MÃO DIREITA

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO E ALTA MÉDICA.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO 2º DEDO DA MÃO DIREITA E DO JOELHO DIREITO.

**Sequelas:** Com sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO 2º DEDO DA MÃO DIREITA E LEVE DO JOELHO DIREITO.

**Documentos complementares:**

**Observações:** MEMBRO INFERIOR DIREITO INDENIZADO COM 50% DE DANO NO PROCESSO 2014107909 - O TRAUMA NO JOELHO DIREITO SOFRIDO NO ACIDENTE EM QUESTÃO NÃO ULTRAPASSA O VALOR JÁ INDENIZADO.

## 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 |
|---|---|---|---|---|
| Dedos mão-Perda funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão | 10 % | Em grau médio - 50 % | 5% | R$ 675,00 |
| | | **Total** | **5 %** | **R$ 675,00** |

## ESPECIALISTA

**Empresa:** Líder- Serviços AMD

**Grupo:** EQ3

**Nome:** MARTHA MARIA RAUSCH DE QUEIROGA

**CRM:** 5245228-1

**UF do CRM:** RJ

**Assinatura:**

Tribunal de Justiça de Pernambuco
PJe - Processo Judicial Eletrônico

29/10/2020

# Número: **0059476-68.2019.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**
Órgão julgador: **Seção B da 2ª Vara Cível da Capital**
Última distribuição : **19/09/2019**
Valor da causa: **R$ 8.775,00**
Assuntos: **Acidente de Trânsito**
Segredo de justiça? **NÃO**
Justiça gratuita? **SIM**
Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

| Partes | Procurador/Terceiro vinculado |
|---|---|
| JOAO ANTONIO DE MENEZES (AUTOR) | ANA CRISTINA ALEIXO PEREIRA SANTOS (ADVOGADO)<br>AMANDA KARLA SOARES DA SILVA (ADVOGADO) |
| MAPFRE VERA CRUZ SEGURADORA S/A (REU) | RAFAELLA BARBOSA PESSOA DE MELO (ADVOGADO) |
| SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (REU) | RAFAELLA BARBOSA PESSOA DE MELO (ADVOGADO) |
| RODRIGO CASTRO DE MEDEIROS (PERITO) | |

**Documentos**

| Id. | Data da Assinatura | Documento | Tipo |
|---|---|---|---|
| 70283301 | 29/10/2020 09:43 | ANEXO 4 | Outros (Documento) |

BRADESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 237 AGÊNCIA: 2373-6 CONTA: 000000429200-6

---

DATA DA TRANSFERENCIA: 25/04/2014

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 4.725,00

*******TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOAO ANTONIO DE MENEZES

BANCO: 237

AGÊNCIA: 02530-5

CONTA: 000000631089-3

---

Nr. Autenticação
BRADESCO2504201405000000000002370253000000063108947250 0 PAGO

Tribunal de Justiça de Pernambuco
PJe - Processo Judicial Eletrônico

29/10/2020

# Número: **0059476-68.2019.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**
Órgão julgador: **Seção B da 2ª Vara Cível da Capital**
Última distribuição : **19/09/2019**
Valor da causa: **R$ 8.775,00**
Assuntos: **Acidente de Trânsito**
Segredo de justiça? **NÃO**
Justiça gratuita? **SIM**
Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

| Partes | Procurador/Terceiro vinculado |
|---|---|
| JOAO ANTONIO DE MENEZES (AUTOR) | ANA CRISTINA ALEIXO PEREIRA SANTOS (ADVOGADO)<br>AMANDA KARLA SOARES DA SILVA (ADVOGADO) |
| MAPFRE VERA CRUZ SEGURADORA S/A (REU) | RAFAELLA BARBOSA PESSOA DE MELO (ADVOGADO) |
| SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (REU) | RAFAELLA BARBOSA PESSOA DE MELO (ADVOGADO) |
| RODRIGO CASTRO DE MEDEIROS (PERITO) | |

**Documentos**

| Id. | Data da Assinatura | Documento | Tipo |
|---|---|---|---|
| 70283302 | 29/10/2020 09:43 | ANEXO 5 | Outros (Documento) |

DOCUMENTACAO MEDICO HOSPITALAR *1004

RESINTRAN
07 FEV 2014

**Unidade Mista Olília Mendonça Souto Maior**

CLÍNICA MÉDICA, CIRÚRGICA, GINECOLÓGICA, LABORATÓRIO, OBSTETRÍCIA, ODONTOLOGIA, PEDIATRIA E VACINAÇÃO

Rua Dantas Barreto, 18 - Saúde - PE - CEP: 55695-000 - Fone: (81) 3748.1145

CNPJ: 09.794.975/0110-97

**RECEITUÁRIO**

João Antonio Menezes
HRA (Tauma)
Senha 4310564.
Vítima acidente de motocicleta há ± 3h.
Fratura fechada joelho)

14 12 13
Data ____/____/____

Dra. Jurema Xavier
Médica
CREMEPE - 7895

Médico

PSF: _____

Paciente: _____

| DESCRIÇÃO | QUANT. | APRESENTAÇÃO | DOSAGEM |
|---|---|---|---|
| | | | |
| | | | |
| | | | |

Data ____/____/____

Ass. médico

# HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE
## EMERGÊNCIA

**1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE**

**Atendimento:** 19387 **Prontuário:** 212386

**Nome:** JOAO ANTONIO DE MENEZES
**Data Nasc.:** 21/07/1975 **Idade:** 38 **Sexo:** MASCULINO **Cor:** PARDA **Religião:**
**CPF:** **RG:** **CNS:** 898002392412482
**Endereço:** RUA NOEMIA SANTOS ALBUQUERQUE **Nº:** 0
**Bairro:** CENTRO **Cidade:** SAIRE **Estado:** PE
**CEP:** 55695970 **Fone:** 98099211 **Profissão:**
**Nome da Mãe:** OSITA MARIA DA CONCEICAO
**Acompanhante:**
**Motivo do Atendimento:** ACIDENTE MOTOCICLISTICO
**Clinica:** ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

**2 - ATENDIMENTO** **Data:** 14/12/2013 19:28 **Médico:** MEDICO PLANTONISTA

**Queixa Principal / HDA:**
Trauma no pelho D.

**Exame Físico:** **PA:**_____ **FC:**_____ **FR:**_____
Derram Art. pelho D (+++/4+)

**Diag. Provisório:**

RESINTRAN
07 FEV 2014

**Prescrição:** **Dieta:**_____

| Data | | Horário |
|---|---|---|
| | Rx de pelho | |
| | Dr. Marcelo Rosenio IRINEU CRM 17.221 TEOT 12.921 | |
| | Epidemiologia-HRA | |
| | HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE RAIO - X DATA 14/12/13 | |

1 de 2

# HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE
## EMERGÊNCIA

HRA

**3 - Evolução / Exames**

14/12/13

Dr. Marcelo Rosendo
TRAUMATO - ORTOPEDISTA
CRM - 17.221
TEOT - 12.921

**Termo de Responsabilidade de Alta a Pedido** ( ) Paciente ( ) Familiar

Responsabilizo-me pela imediata retirada do paciente dese nosocômio, bem como tenho absoluto conhecimento sobre todas as conseguencias que esse ato possa acarretar.

Nome: _____ RG: _____

Endereço: _____ Tel.: _____

Data: ____ / ____ / _____

_____
Assinatura

**Autorização de Procedimeto** ( ) Paciente ( ) Familiar

RESINTRAN
07 FEV 2014

Nome: _____ RG: _____

Endereço: _____ Tel.: _____

Procedimento: _____

_____
Assinatura

**Diag. Definitivo:**

Lesão do pulso

**Destino do Paciente**

(/) Alta ( ) Cirurgia ( ) Óbito ( ) Evadiu-se ( ) Termo de Alta a Pédido

( ) Transferência: _____ ( ) Internamento _____

**Condição de Alta**

( ) Curado (/) Melhorado ( ) Inalterado ( ) Óbito

Data: 14/12/13 Hora: 20:45 Médico: _____ CRM: _____

12/14/2013 7:29:05 PM
2 de 2

/ Usuario do Atendimento
ROSANGELASSB

Dr. Marcelo Rosendo
TRAUMATO - ORTOPEDISTA
CRM - 17.221
TEOT - 12.921

DOCUMENTOS DE IDENTIFICAÇÃO

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 5384093 DATA DE EXPEDIÇÃO 24.04.1995

NOME
JOÃO ANTONIO DE MENEZES

FILIAÇÃO
Horacio Antonio de Menezes
Osita Maria da Conceição

NATURALIDADE
Sairé PE.

DATA DE NASCIMENTO
21.07.1975

DOC ORIGEM C.Nasc. nº 1.530 L.A.01 F.136 - Cart de Sairé PE.

CPF

Belo Jardim PE

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

RESINTRAN
07 FEV 2014

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO TAVARES BURIL

09R17

ANALFABETO

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

# Ministério da Fazenda

## Secretaria da Receita Federal do Brasil

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: 067.795.014-41

Nome da Pessoa Física: JOAO ANTONIO DE MENEZES

Situação Cadastral: REGULAR

Digito Verificador: 00

RESINTRAN
07 FEV 2014

Comprovante emitido às: **16:35:03:** do dia **07/02/2014** (hora e data de Brasilia).
Código de controle do comprovante: **DBD8.60F2.417A.E609**
A autenticidade deste comprovante deverá ser confirmada na página da Secretaria da Receita Federal do Brasil na Internet, no endereço www.receita.fazenda.gov.br.

Aprovado pela IN/RFB nº 1.042, de 10/06/2010.

DUT *1004032*

RESINTRAN
07 FEV 2014

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PE
Nº 010102210095
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA: 1 | COD. RENAVAM: 118080130 | INTRC: ********** | EXERCÍCIO: 2013

NOME: GENI RUFINO TORRES

SAIRE-PE

CPF/CNPJ: 091.321.424-80 | PLACA: KKI2738

PLACA ANT/UF: ********** | CHASSI: 9C2HB02109R013632

ESPÉCIE/TIPO: PAS MOTOCICLETA | COMBUSTÍVEL: GASOLINA

MARCA/MODELO: HONDA/POP100 | ANO FAB.: 2008 | ANO MOD.: 2009

CAP/POT/CIL: 2P/97CL | CATEGORIA: PARTIC | COR PREDOMINANTE: AZUL

IPVA
COTA ÚNICA: IPVA 2013 QUITADO | VENC. COTA ÚNICA:
VENC. COTAS: 1ª ******** 2ª ******** 3ª ********
FAIXA I.P.V.A.: 1 | PARCELAMENTO/COTAS: **********

PRÊMIO TARIFÁRIO (R$): SEGURO PAGO | IOF (R$): | PRÊMIO TOTAL (R$): | DATA DE PAGAMENTO:

OBSERVAÇÕES: SEM RESERVA

LOCAL: SAIRE-PE | DATA: 30/07/13

Maria de Fátima Descrza R. Costa
Diretora Presidente
TRAN/PE

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

PE Nº 010102210095 BILHETE DE SEGURO DPVAT

EXERCÍCIO: 2013

CPF/CNPJ: 091.321.424-80 | PLACA: KKI2738

GENI RUFINO TORRES

SAIRE-PE

BILHETE DE SEGURO DPVAT

PE Nº 010102210095 | EXERCÍCIO: 2013 | DATA EMISSÃO: 30/07/13

CPF/CNPJ: 091.321.424-80 | PLACA: KKI2738

RENAVAM: 118080130 | MARCA/MODELO: HONDA/POP100

ANO FAB.: 2008 | CATEGORIA: 09 | Nº CHASSI: 9C2HB02109R013632

PRÊMIO TARIFÁRIO

FNS (R$): | DENATRAN (R$): | CUSTO DO SEGURO (R$):

CUSTO DO BILHETE (R$): | IOF (R$): | TOTAL A SER PAGO PELO SEGURADO:

PAGAMENTO: ☐ COTA ÚNICA ☐ PARCELADO | DATA DE QUITAÇÃO:

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

DESTAQUE E GUARDE O BILHETE DPVAT
É NÃO É DE PORTE OBRIGATÓRIO

**DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML**

RESINTRAN

Eu, Socorro Antonio de Menezes, portador da carteira de identidade nº 5384093 e inscrito no CPF/MF sob o nº 067.794.331-49, residente e domiciliado na R. [illegible], Cidade Sousa, Estado Pernambuco, declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal - IML para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

( X ) Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou

( ) O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou

( ) O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido;

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

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

RESINTRAN
07 FEV 2014

Geni Rufino Torres de Menezes

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

Sousa 03/02/14

Local e data

OUTROS *1004054*

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 7.532.548

DATA DE EXPEDIÇÃO 04/02/2013

NOME

<< GENI RUFINO TORRES DE MENEZES >>

FILIAÇÃO

<< JOÃO JOSÉ DE TORRES >>

<< MARIA RUFINO DA SILVA >>

NATURALIDADE

SAIRÉ - PE

DATA DE NASCIMENTO

28/03/1990

DOC. ORIGEM

<< 077487 01 55 2012 2 00017 093 0000733 22 SAIRÉ-PE >>

CPF

091.321.424-80

F-53 90.706 - 3113

RESINTRAN

07 FEV 2014

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE PERNAMBUCO

SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL

INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO TAVARES BURIL

09R-53

FOLCIANO PEDRO

Geni Rufino Torres de Menezes

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

Seguradora Líder • DPVAT

# AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

Nº DO SINISTRO _____ CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com **dados do beneficiário** da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiro ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento d indenização no banco.

EU, Sonia Antonio de Menezes

PORTADOR(A) DO RG Nº 5384093 EXPEDIDO POR _____ EM ___/___/___

CPF 06399130141 /CNPJ ___-___-___, PROFISSÃO —

E RENDA MENSAL DE R$ — (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO D SEGURO DPVAT DA VÍTIMA João Antonio de Menezes, AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGUR DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(*) A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

AUTORIZACAO DE PAGAMENTO *10

RESINTRAN 07 FEV 2018

**Para evitar a reprogramação de um pagamento, lembre-se:**

1) Os seguintes documentos **não devem, de forma nenhuma,** ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício;
- Conta pessoa jurídica;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for o titular;
- Conta tipo FÁCIL: atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta-POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em **Unidades Lotéricas** com limite de movimentação financeira mensal de até R$2000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (não será aceita proposta de abertura de conta como **documento comprobatório dos dados bancários**);

2) O CPF do beneficiário/vítima não pode estar inválido, pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL - www.receita.fazenda.gov.br);

3) O CPF da conta informada para depósito não pode ser diferente do CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistro.

☒ **CRÉDITO EM CONTA-CORRENTE (ACEITAS CONTAS DE TODOS OS BANCOS)**
BANCO 237 AGÊNCIA 2530-5 (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-CORRENTE 0310 89-

☐ **CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO BRADESCO**
BANCO 237 • AGÊNCIA _____ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA _____

☐ **CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO DO BRASIL**
BANCO 001 • AGÊNCIA _____ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA _____

☐ **CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO ITAÚ**
BANCO 341 • AGÊNCIA _____ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA _____

☐ **CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DA CAIXA ECONÔMICA FEDERAL**
BANCO 104 • AGÊNCIA _____ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA _____

**DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ACIMA DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERID INDENIZAÇÃO.**

LOCAL Poho Seira DATA 03/02/14

**ASSINATURA DO(A) BENEFICIÁRIO (A)** Geni Rufino Torres de Menezes

**ATENÇÃO**

- O Seguro DPVAT garante indenização de R$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigen na data do acidente), indenização de até R$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de até R$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares.
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatsegurodotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.

RESINTRAN

07 FEV 2014

FIRST DATA BRASIL

Data: 13/01/2014 Hora: 09:15:25

Depósito em Conta Corrente

Favorecido
Banco : 237
Agência: 0250 - REZENDE
Conta : 0000000011020 - 2
Nome : JOAO ANTONIO DE MENEZES

C PROPRIO

Depositante
FAVORECIDO 110,00
Valor em dinheiro 0,00
Valor em cheque
Valor total 110,00

Ag Bradesco : 0250 - REZENDE
Corrente Bra : 096 FARMACIA MALE
SALDO
NSU: 0229400900190 Autenticação: 187B00

O JESSICA MENDES MONTEIRO DA SILVA
ME atua como Correspondente Bancário
do Banco Bradesco S/A

Conserve este Recibo

OUVIDORIA BRADESCO
0800 727 9933

07 FEV 2014

GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLICIA DA 101A. CIRCUNSCRICAO - SAIRE

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 14E0191000022

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **21/01/2014** às **10:31**

**ACIDENTE DE TRANSITO COM VITIMA NAO FATAL - Doloso (Consumado)** que aconteceu no dia **14/12/2013** às **17:30**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICIPIO DE SAIRE, 1, ACIDENTE OCORRIDO NO SITIO BREJO VELHO** - Bairro: **CENTRO** - Municipio: **SAIRE** - Estado: **PERNAMBUCO** - Pais: **BRASIL**
Local do Fato: **PROPRIEDADE RURAL** - Próximo: **NAO INFORMADO**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:
JOÃO ANTONIO DE MENEZES ( VITIMA )

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:
VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): JOÃO ANTONIO DE MENEZES

SDS/Polícia Civil
14ª US
101ª Circunscrição
Sairé

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

(VITIMA) - JOÃO ANTONIO DE MENEZES (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino**
Mãe: **OSITA MARIA DA CONCEIÇÃO**; Pai: **HORÁCIO ANTONIO DE MENEZES** Data de Nascimento: **21/7/1976**; Naturalidade: **SAIRE / PERNAMBUCO / BRASIL**
Documentos: **5384093/SSP/PE (RG)** Estado Civil: **CASADO(A)**; Escolaridade: **ANALFABETO**; Profissão: **AGRICULTOR(A)**; Telefone de Contato: **NÃO INFORMADO**; Telefone Celular: **NÃO INFORMADO**
Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE SAIRE, 1, RUA NOEMIA SANTOS ALBUQUERQUE, Nº36 VALE VERDE, 56000-000, CENTRO, SAIRE, PERNAMBUCO, BRASIL**
Endereço Comercial: **NÃO INFORMADO**
Dados Comerciais: **NÃO INFORMADO**

RESINTRAN
BOLETIM DE OCORRÊNCIA "1004020"

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

MOTO HONDA POP **(VEICULO)** de propriedade do(a) Sr(a): **JOÃO ANTONIO DE MENEZES**, que estava em posse do(a) Sr(a): JOÃO ANTONIO DE MENEZES
Categoria/Marca/Modelo: **NÃO INFORMADO / NÃO INFORMADO / NÃO INFORMADO** - Objeto apreendido: **Não** - Número de Série: **NÃO INFORMADO**
Cor: **NAO INFORMADO** - Quantidade: **1 (UNIDADE)** - Valor Unitário: **(MOEDA NÃO INFORMADA)**

Placa: **NÃO INFORMADO** ( PERNAMBUCO / NÃO INFORMADO )

Complemento / Observação

**A VITIMA COMPARECEU NESTA DELEGACIA DE POLICIA NOTICIANDO QUE QUANDO NO MES DE DEZEMBRO PILOTAVA SUA MOTO HONDA POP, QUANDO EM UMA CURVA DO SITIO BREJO VELHO, PERDEU O CONTROLE DA CITADA MOTO E VEIO A CAIR E TORCEU O JOELHO DIREITO SENDO SOCORRIDO PARA O HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE DEVIDO A**

GRAVIDADE DO FERIMENTO RECEBENDO ALTA APÓS UM DIA DE INTERNAMENTO. DIANTE DO EXPOSTO NOTICIOU O ACIDENTE NO TRANSITO.

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

JOÃO ANTONIO DE MENEZES
(VITIMA)

X

SDS/Polícia Civil - PE
14ª USPC
101ª Circunscrição
Sairé

B.O. registrado pelo policial: JOÃO GENUINO DO NASCIMENTO - Matrícula: 143096-5

RESINTRAN
07 FEV 2014

RESINTRAN

Polícia Civil - PE
14ª USPC
Circunscrição
Sairé

Secretaria de Defesa Social :: INFOPOL



**GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO**
**SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL**
**POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO**
**DELEGACIA DE POLICIA DA 101A. CIRCUNSCRICAO - SAIRE**

**BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 14E0191000072**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **11/03/2014** às **12:49**

Número do BO que este complementa: **14E0191000022**
**ACIDENTE DE TRANSITO COM VITIMA NAO FATAL - Doloso (Consumado)** que aconteceu no dia **14/12/2013** às **17:30**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICIPIO DE SAIRE, 1, ACIDENTE OCORRIDO NO SITIO BREJO VELHO** - Bairro: **CENTRO** - Município: **SAIRE** - Estado: **PERNAMBUCO** - País: **BRASIL**
Local do Fato: **PROPRIEDADE RURAL** - Próximo: **NAO INFORMADO**

RESINTRAN
27 MAR 2014

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:
GENI RUFINO TORRES ( OUTRO )
JOÃO ANTONIO DE MENEZES ( VITIMA )

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:
VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): JOÃO ANTONIO DE MENEZES

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

(VITIMA) - JOÃO ANTONIO DE MENEZES (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino**
Mãe: **OSITA MARIA DA CONCEIÇÃO**; Pai: **HORÁCIO ANTONIO DE MENEZES** Data de Nascimento: **21/7/1976**; Naturalidade: **SAIRE / PERNAMBUCO / BRASIL**
Documentos: **6384093/SSP/PE (RG)** Estado Civil: **CASADO(A)**; Escolaridade: **ANALFABETO**; Profissão: **AGRICULTOR(A)**; Telefone de Contato: **NÃO INFORMADO**; Telefone Celular: **NÃO INFORMADO**
Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE SAIRE, 1, RUA NOEMIA SANTOS ALBUQUERQUE, Nº38 VALE VERDE, 55000-000, CENTRO, SAIRE, PERNAMBUCO, BRASIL**
Endereço Comercial: **NÃO INFORMADO**
Dados Comerciais: **NÃO INFORMADO**

(OUTRO) - GENI RUFINO TORRES (presente ao plantão) - Sexo: **Feminino**
Mãe: **MARIA RUFINO DA SILVA**; Pai: **JOÃO JOSE DE TORRES** Data de Nascimento: **20/3/1990**; Naturalidade: **SAIRE / PERNAMBUCO / BRASIL**
Documentos: **7632548/SDS/PE (RG), 09132142480 (CPF)** Estado Civil: **CASADO(A)**; Escolaridade: **NAO INFORMADO**;
Profissão: **AGRICULTOR(A)**; Telefone de Contato: **NÃO INFORMADO**; Telefone Celular: **95129451**
Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE SAIRE, 1, RUA NOEMIA SANTOS ALBUQUERQUE, Nº38 VALE VERDE., 55000-000, CENTRO, SAIRE, PERNAMBUCO, BRASIL**
Endereço Comercial: **NÃO INFORMADO**
Dados Comerciais: **NÃO INFORMADO**

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

MOTO HONDA POP **(VEICULO)** de propriedade do(a) Sr(a): **GENI RUFINO TORRES**, que estava em posse do(a) Sr(a): JOÃO ANTONIO DE MENEZES

- Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA / HONDA / POP 100** - Objeto apreendido: **Não** - Número de Série: **NÃO INFORMADO**



Cor: **AZUL** - Quantidade: **1 (UNIDADE)** - Valor Unitário: **0,00 (MOEDA NÃO INFORMADA)**

Placa: **KK12738** ( PERNAMBUCO / NÃO INFORMADO ) Renavam: **118080130** Chassi: **9C2HB02109R013632**
Ano Fabricação/Modelo: **2008 / 2009** Combustível: **GASOLINA**

Complemento / Observação

**A VITIMA COMPARECEU NESTA DELEGACIA DE POLICIA NOTICIANDO QUE QUANDO NO MES DE DEZEMBRO PILOTAVA SUA MOTO HONDA POP100, QUANDO EM UMA CURVA DO SITIO BREJÒ VELHO, PERDEU O CONTROLE DA CITADA MOTO E VEIO A CAIR E TORCEU O JOELHO DIREITO, SENDO SOCORRIDO PARA O HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE DEVIDO A GRAVIDADE DO FERIMENTO RECEBENDO ALTA APÓS UM DIA DE INTERNAMENTO. DIANTE DO EXPOSTO NOTICIOU O ACIDENTE NO TRANSITO. O BO QUE ESTE COMPLEMENTA É REFERENTE A PROPRIETARIA DA MOTO.**

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

X Geni Rufino Torres

**JOÃO ANTONIO DE MENEZES**
**(VITIMA)**

**GENI RUFINO TORRES**
**(OUTRO)**

B.O. registrado pelo policial: **JOÃO GENUINO DO NASCIMENTO** - Matricula: **143096-5**

SDS/Polícia Civ
14ª USPC
10ª Circunscriç
Salgé

RESINTRAN

RESINTRAN
27 MAR 2014

COMPROVANTE DE RESIDENCIA *1004040*

## DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, João Antonio de Menezes,

RG nº 5384093, data de expedição ___/___/___, Órgão _____,

CPF nº 067.795014-41 venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

| | |
|---|---|
| Logradouro (Rua/Avenida/Praça) | R. Um |
| Número | 36 |
| Apto / Complemento | Lote Vale Verde |
| Bairro | Serire / COHAB |
| Cidade | Lot vale verde Serire |
| Estado | Pernambuco |
| CEP | 55695000 |
| Telefone de Contato | (81) 9926-8193 |
| E-mail | |

Por ser verdade, firmo-me.

RESINTRAN
07 FEV 2014

Local e Data: Sarre 03/02/14

Assinatura do Declarante: Geni Rufino Torres de Menezes

RESINTRAN

07 FEV 2014

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

celpe
Grupo Neoenergia

www.celpe.com.br
Companhia Energética de Pernambuco
Av. João de Barros, 111, Boa Vista
Recife, Pernambuco - CEP 50050-902
CNPJ 10.835.932/0001-08 | Insc. Est. 0920243-03

Comercial: 0800 081 0120 | Prontidão: 0800 081 0196
Atendimento ao deficiente auditivo ou de fala: 0800 281 0142
Ouvidoria Celpe: 0800 282 5009
Agência de Regulação dos Serviços Públicos Delegados do Estado de Pernambuco - ARPE: 0800 727 0187 - Ligação gratuita de telefones fixos
Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL: 167 - Ligação gratuita de telefones fixos e tarifada no código para telefones celulares

Data de Vencimento
07/01/2013

Total a Pagar (R$)
40,80

Conta Contrato 2601301019

CLASSIFICAÇÃO
01 RESIDENCIAL
RESIDENCIAL
Monofásico

DADOS DO CLIENTE
MARCO FELIPE DE OLIVEIRA
CPF: 244.693.864-72

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
RUA UAI 35
LOTE VALE VERDE
COHAB SAONE
53609-000 IPOJUCA-PE

| NÚMERO DA NOTA FISCAL | DATA DA EMISSÃO DA NOTA FISCAL | DATA DA APRESENTAÇÃO |
|---|---|---|
| 000865392 | 12/12/2012 | 27/12/2012 |
| SÉRIE DA NOTA FISCAL | NÚMERO DO CLIENTE | NÚMERO DA INSTALAÇÃO |
| SERIE UNICA | 2001365969 | 3345474 |

Reconhecido ao Fisco
F169.25ED EE90.24E2.8F8C.8594.0626.62CE

ATENÇÃO!
A CELPE SOLICITA QUE VOCÊ POSSUA CONTAS EM ABERTO

Comunicamos o não pagamento da(s) conta(s) de energia elétrica:

| Vencto | Dt reenvio | Valor | Vencto | Dt reenvio | Valor |
|---|---|---|---|---|---|
| 07/12/12 | 27/12/12 | 32,28 | | | |

Em caso de não pagamento do débito, o fornecimento de energia poderá ser suspenso, bem como poderá ocorrer sua inclusão nos registros de restrição de crédito do SPC e SERASA, com transtornos emotivos. Evite comunicações indesejáveis e evite de dívidas em discussão judicial, que poderão ser cobradas após o fim do processo.

As condições gerais de fornecimento (Resolução ANEEL 414/2010), [illegible] estão à disposição, para [illegible]

NOTA FISCAL

| Valor (R$) |
|---|
| 40,03 |
| 0,53 |
| 0,24 |

HISTÓRICO DO CONSUMO
DEZ 12
NOV 12
OUT 12
SET 12
AGO 12
JUL 12
JUN 12
MAI 12
ABR 12
MAR 12
FEV 12
JAN 12
DEZ 11

TARIFAS APLICADAS

Celpe Serviços

COMERCIAL STENIO
RUA CEL. JOSÉ FLORIO, 139 A
CENTRO-NAVE

ATENÇÃO
[illegible] do dia do pagamento [illegible]

## Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e Quantificação de Lesões Permanentes em Vitimas do Seguro DPVAT

### Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Nome do(a) Examinado(a): Joao Antonio de Menezes
Endereço do(a) Examinado(a): Rua Um, 36
Lote Vale Verde Sairé PE CEP: 55695-000
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [ SSP / PE ] 5384093
Data local do exame: [ 15/04/2014 ] Caruaru [ PE ]

### Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva as lesões produzidas pelo trauma, o resultado do exame físico voltado para as regiões lesionadas e o(s) diagnóstico(s)

**Contusão de joelho direito.**

a) O quadro clínico documentado neste exame decorre de lesão que tenha sido provocada em acidente automobilístico registrado na forma de sinistro que indicou esta avaliação?

**( X) Sim** ( ) Não

**Caso a resposta seja "Não", favor NÃO preencher os demais campos abaixo, exceto o das observações (item V(*)), se necessário**

b) A(s) queixa(s) do(a) Examinado(a) está(ão) relacionada(s) com as lesões decorrentes deste acidente, inclusive com os registros em boletim de atendimento médico?

**( X) Sim** ( ) Não

**Caso a resposta seja "Não", prosseguir SOMENTE se houver alguma correlação entre a queixa e o histórico do acidente, justificando-a nas observações (item V(*))**

II. Descreva a evolução atual do quadro clínico, os tratamentos realizados, a data da alta e os resultados, incluindo complicações.

**tratado conservadoramente, sem complicações.**

III. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)?

**( X) Sim** ( ) Não

Existindo sequela(s) que seja(m) geradora(s) de invalidez total ou parcial informe qual(is) e descreva as perdas anatômicas e/ou funcionais que sejam definitivas e que justifiquem os danos corporais permanentes.

**Perda de força moderada no membro inferior direito, claudicação de marcha.**

**Caso a resposta seja "Não", concluir dentre as opções no item IV "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item IV opções "b" ou "c"**

IV. Segundo o previsto no inciso II, §1° do art. 3° da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

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

( ) "Vítima em tratamento"
*Esta avaliação médica deve ser repetida em dias*

( ) "Exame não permite conclusão"
*Vide motivo do impedimento no campo das observações*

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

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

Região Corporal (Sequela):
**membro inferior**
% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve
**( X ) 50% médio** ( ) 75% intensa ( ) 100% completo

Região Corporal (Sequela):
% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve
( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo

Região Corporal (Sequela):
% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve
( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo

Região Corporal (Sequela):
% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve
( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo

c) Havendo dano corporal total com repercussão na íntegra do patrimônio físico - assinale a opção abaixo sempre apresentando a justificativa médica para este enquadramento no campo das observações (*).

( ) Total = "100% da IS"

V. (*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.

Assinatura d(a)o Médico(a) Examinador(a)
Carimbo com Nome e CRM

Leonardo Neves
Médico
CRM 17 742

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL

Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT

## DADOS DO SINISTRO

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Número:** | 2014107909 | **Cidade:** | Sairé | **Natureza:** | Invalidez |
| **Vítima:** | JOAO ANTONIO DE MENEZES | **Data do acidente:** | 14/12/2013 | **Emissor do parecer:** | José Artur Fialho Amorim |
| **Seguradora:** | ARUANA SEGUROS S/A | **Prestadora:** | AMORIM E MATTOS SERVIÇOS MÉDICOS ESPECIALIZADOS LT | **CRM do médico:** | 314742 |

## PARECER

**Data da análise:** 08/04/2014

**Valoração do IML:** 0,00

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** TRAUMA EM JOELHO DIREITO

**Resultados terapêuticos:** DOR E LIMITAÇÃO DE MOVIMENTO

**Sequelas permanentes:** DEBILIDADE FUNCIONAL

**Sequelas:** Com sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** JOELHO 50%

**Documentos complementares:**

**Observações:**

**Valor pleiteado:** 3.375,00

**Médico avaliador:** ARTUR

**UF do CRM do médico:** RJ

## DANOS

| Dano | % | Dimensão | Graduação |
|---|---|---|---|
| Perda completa da mobilidade de um joelho | 25 | 1 | 50 |

**Valor avaliado:** 1.687,50

# PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT

## DADOS DO SINISTRO

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Número:** | 2014107909 | **Cidade:** | Sairé | **Natureza:** | Invalidez |
| **Vítima:** | JOAO ANTONIO DE MENEZES | **Data do acidente:** | 14/12/2013 | **Emissor do parecer:** | GALDINO LEONARDO |
| **Seguradora:** | ARUANA SEGUROS S/A | **Prestadora:** | SAUDESEG Sistemas de Saude Ltda. | **CRM do médico:** | 17742 |

## PARECER

**Diagnóstico:** TRAUMA EM MID

**Descrição do exame médico pericial:** Perda de força moderada no membro inferior direito, claudicação de marcha.

**Resultados terapêuticos:** TTT CONSERVADOR

**Sequelas permanentes:** DANO MÉDIO EM MID

**Sequelas :** Com sequela

**Data da perícia:** 15/04/2014

**Conduta mantida:**

**Observações:**

**Valor pleiteado:** 13.500,00

**Médico avaliador:** LEONARDO NEVES

**UF do CRM do médico:** PE

## DANOS

| Dano | % | Dimensão | Graduação |
|---|---|---|---|
| Perda funcional completa de um dos membros inferiores | 70 | 1 | 50 |

**Valor avaliado:** 4.725,00