



Número: **0009079-68.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção A da 4ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **17/02/2020**

Valor da causa: **R\$ 8.437,50**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
PAULO ROBERTO BEZERRA (AUTOR)		EWEERSON VILAR DE LIMA (ADVOGADO)	
COMPANHIA EXCELSIOR DE SEGUROS (RÉU)			
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (RÉU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
59455987	18/03/2020 15:26	2705176_CONTESTACAO_01	Petição em PDF



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 4ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE RECIFE/PE

Processo: 00090796820208172001

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

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

CONTESTAÇÃO

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

BREVE SÍNTESE DA DEMANDA

Alega a parte Autora em sua peça vestibular que foi vítima de acidente automobilístico na data de **13/07/2019**, restando permanentemente inválida.

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

Deste modo, a Ré procedeu com o pagamento da verba indenitária na monta de **R\$ 5.062,50 (cinco mil e sessenta e dois reais e cinquenta centavos)**, valor este correspondente ao percentual da invalidez parcial e permanente apresentada pela parte Autora em sede administrativa.

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

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



PRELIMINARMENTE

DA TEMPESTIVIDADE

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

DO DESINTERESSE NA REALIZAÇÃO DA AUDIÊNCIA PRELIMINAR DE CONCILIAÇÃO

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

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

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

DA AUSÊNCIA DE CAPACIDADE POSTULATÓRIA

DA AUSÊNCIA DE DATA NA PROCURAÇÃO ACOSTADA AOS AUTOS

Verifica-se que o instrumento de mandato outorgado ao advogado da parte Autora, viola a regra esculpida no art. 104 do CPC, tendo em vista a ausência de data na procuração acostada aos autos.

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

A intimação para sanar tal vício se faz mister, pois no caso dos autos, é indubitável que a ausência de procuração válida não produz nenhum efeito legal aos atos processuais, sendo estes considerados inexistentes.

Assim sendo, se após determinação judicial para sanar o vício a parte autora permanecer inerte, deverá o processo ser extinto sem resolução do mérito de acordo com a regra contida no artigo 485, III, do CPC.

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.

DO MÉRITO

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

Pode-se observar que a parte autora não apresentou qualquer documento conclusivo no que tange ao direito de receber a íntegra do teto indenizatório no que se refere à invalidez de caráter permanente, vez que não

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

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



trouxe aos autos laudo do IML que atenda o disposto no Art. 5º § 5º da Lei 6.194/74, documento imprescindível para que se estabeleça o grau de limitação do membro afetado, a fim de quantificar da indenização.

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

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

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

DO PAGAMENTO REALIZADO NA ESFERA ADMINISTRATIVA

É incontroverso na presente demanda que a parte Autora recebeu efetivamente na esfera administrativa o pagamento da indenização oriunda do Seguro Obrigatório DPVAT, referente ao sinistro em tela na monta de **R\$ 5.062,50 (cinco mil e sessenta e dois reais e cinquenta centavos)**, após a regulação do sinistro.

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

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

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

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

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

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

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

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

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



Desta forma, a Ré efetuou o pagamento da importância legalmente estabelecida, no caso em apreço, referente a monta de R\$ 5.062,50 (cinco mil e sessenta e dois reais e cinquenta centavos), o qual foi aceito pela beneficiária legal.

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

DO PAGAMENTO PROPORCIONAL À LESÃO

Conforme ilação dos documentos acostados pelo requerente, o mesmo foi vítima de acidente ocasionado por veículo automotor na data de **13/07/2019**. Ademais, **houve pagamento administrativo na razão de de R\$ 5.062,50 (cinco mil e sessenta e dois reais e cinquenta centavos)**.

Mister destacar ao ilustre Magistrado a edição da Medida Provisória nº 451/08, atualmente convertida na Lei nº 11.945/2009, em vigência desde 15 de dezembro de 2008, que alterou o texto dos arts. 3º e 5º da Lei nº 6.194/74 em seu art. 31, assim como anexou tabela à aludida Lei, estabelecendo percentuais indenizatórios aos danos corporais, subdividindo-os em totais e parciais⁴.

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

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

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

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

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

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

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

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

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



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

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

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

Sendo assim, na hipótese de condenação da seguradora, o valor indenizatório deverá ser apontado após a realização de perícia médica, constatando a extensão da lesão do autor, observando-se o método de cálculo apresentado em seguida abatido o valor pago na seara administrativa na monta de **R\$ 5.062,50 (CINCO MIL E SESENTA E DOIS REAIS E CINQUENTA CENTAVOS)**.

DOS JUROS DE MORA E DA CORREÇÃO MONETÁRIA

Em relação aos juros de mora, o Colendo Superior Tribunal de Justiça editou a Súmula nº 426 pacificando a incidência dos juros a partir da citação⁶.

Com relação à correção monetária, é curial que seja analisada questão acerca a forma da Lei 6.899/1981, ou seja, a partir da propositura da ação⁷

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

DOS HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS

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

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

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

CONCLUSÃO

Requer a Ré o acolhimento das preliminares suscitadas.

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

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

⁶“SÚMULA N. 426: Os juros de mora na indenização do seguro DPVAT fluem a partir da citação.”

⁷art. 1º. (...)

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



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

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

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

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

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

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

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

RECIFE, 11 de março de 2020.

ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELO JUNIOR
30225 - OAB/PE



QUESITOS DA RÉ

1 - Queira o Sr. Perito informar se há nexo de causalidade entre o acidente narrado na petição inicial e a lesão apresentada pelo autor. Caso haja, informar se da referida lesão resultou invalidez permanente ou temporária;

2 - Queira o Sr. Perito informar se a invalidez permanente é notória ou de fácil constatação;

3 - Queira o Sr. Perito esclarecer quando a vítima teve ciência de sua incapacidade com base nos documentos médicos acostados aos autos;

4 - Queira o Sr. Perito informar se a vítima encontra-se em tratamento ou já se esgotaram todas as possibilidades existentes na tentativa de minimizar o dano;

5 - Queira o Sr. Perito informar se à época do acidente o membro afetado já contava com alguma sequela oriunda de circunstância anterior;

6 - Queira o Sr. Perito informar se a lesão apresenta caráter parcial ou total. Sendo a invalidez parcial incompleta, queira o Ilustre Perito informar o membro afetado e se a redução proporcional da indenização corresponde a 75% (setenta e cinco por cento) para as perdas de repercussão intensa, 50% (cinquenta por cento) para as de média repercussão, 25% (vinte e cinco por cento) para as de leve repercussão, 10% (dez por cento) para as de sequelas residuais, consoante o disposto no Art. 3º, inciso II, da Lei 6.194/74;

7 - Considerando que a tabela inserida à Lei 11.945/09 em três casos faz distinção quando a vítima é acometida por lesão em ambos os membros, seria possível o Sr. Perito indicar adequadamente a média da lesão sofrida nos termos da tabela? Em caso positivo qual seria a gradação?

- Perda anatômica e/ou funcional completa de ambos os membros superiores ou inferiores;
- Perda anatômica e/ou funcional completa de ambas as mãos ou de ambos os pés;
- Perda anatômica e/ou funcional completa de um membro superior e de um membro inferior;

8 - Queira o Sr. Perito esclarecer todo e qualquer outro elemento necessário ao deslinde da causa.

Por fim com fulcro no artigo 5º, LV, da Constituição Federal, requer que após a produção da prova pericial, seja aberto prazo para as partes se manifestarem sobre o laudo, a fim de que não se cause na demanda o cerceamento de defesa, frente ao princípio constitucional do devido processo legal.



TABELA DE GRADAÇÃO

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



SUBSTABELECIMENTO

JOÃO ALVES BARBOSA FILHO, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/CE 27.954-A, **JOÃO PAULO RIBEIRO MARTINS**, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB/ RJ sob o nº 144.819; **JOSELAINE MAURA DE SOUZA FIGUEIREDO**, brasileira, casada, advogada, inscrita na OAB/ RJ sob o nº 140.522; **FERNANDO DE FREITAS BARBOSA**, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/ RJ sob o n.º 152.629 substabelecem, com reserva de iguais, na pessoa do advogado **ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELO JUNIOR**, inscrito na **30225 - OAB/PE** os poderes que lhes foram conferidos por **SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A**, nos autos de Ação de Cobrança de Seguro DPVAT, que lhe move **PAULO ROBERTO BEZERRA**, em curso perante a **4ª VARA CÍVEL** da comarca de **RECIFE**, nos autos do Processo nº 00090796820208172001.

Rio de Janeiro, 11 de março de 2020.

JOÃO ALVES BARBOSA FILHO - OAB/PE 4246

FERNANDO DE FREITAS BARBOSA - OAB RJ 152.629

JOSELAINE MAURA DE SOUZA FIGUEIREDO - OAB RJ 140.522

JOAO PAULO RIBEIRO MARTINS - OAB RJ 144.819

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





18/03/2020

Número: **0009079-68.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção A da 4ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **17/02/2020**

Valor da causa: **R\$ 8.437,50**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
PAULO ROBERTO BEZERRA (AUTOR)		EWEERSON VILAR DE LIMA (ADVOGADO)	
COMPANHIA EXCELSIOR DE SEGUROS (RÉU)			
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (RÉU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
59455988	18/03/2020 15:26	ANEXO 1	Outros (Documento)

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 23/10/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 4.050,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: PAULO ROBERTO BEZERRA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 02192

CONTA: 000000089917-0

Nr. da Autenticação 8B3F5CD08FE95176



2a VLA



CELPE
www.celpe.com.br

Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438 de 28-04-03
COMERCIA, 116, PRATONICA 116
Atendimento ao deficiente auditivo de tarifa 0800 281 0142
Cuidadora 0800 281 5556
Agência de Regulação dos Serviços Públicos Delegados do Estado
de Pernambuco-ARPE 0800-77-0187-Ligação Gratuita de Telefones Fixos
Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL
167-Ligação Gratuita de telefones fixos e móveis

DATA DE EMISSÃO DA NOTA FISCAL 30/09/2019		DATA DE EMISSÃO DA NOTA FISCAL 23/09/2019		CÓDIGO CONTRATO 000891484011	
DATA DE REPRESENTAÇÃO 13/09/2019		DATA DE REPRESENTAÇÃO 13/09/2019		Nº DO DOCUMENTO 0002459740	
VALOR TOTAL A PAGAR (R\$): 29,00		VALOR DA QUOTA FISCAL 0087644444		Nº DA INSTALAÇÃO 0084338244	
ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA RUA ANTONIO B. VASCONCELOS JR					
CENTRO DE SERVIÇOS 1566-000 BEZERRAS PE					
CLASSIFICAÇÃO B1 RESIDENCIAL - BAIXA RENDA COM MTS Monofásico					
RESERVAÇÃO AO FISCO 5ABB ED48.1F88 DB02 49B5 7201 10A2 8AE8					
As condições gerais de fornecimento (Resolução ANEEL 414/2010), tarifas, prazos, serviços prestados e tributos se encontram disponíveis para consulta em diversas unidades de atendimento e no site www.eneel.com.br					

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR UNIT.	VALOR TOTAL
Concreto Armado 20 mm	30.00	2.198,12	6.594.36	
Concreto Armado 20 mm 100 mm	54.50	2.239,17	122.134.82	
Acabamento Bandeira VERMELHA			1.79	
Corante, Tinta, Pintura, Manchas			3.13	
Módulo para estrutura 07123836 - 24.07.19			0.50	
Unidade para estrutura 07123836 - 24.07.19			0.50	
Armação 07123836 - 24.07.19			3.50	
TOTAL DA FATURA				122.763.16

INFORMAÇÕES DE PREÇOS			
ITEM	%	PIB	CONSUMO
BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	%
1.00	0.00	11.37	0.00

Tabela Aplicada			
ITEM	%	VALOR DO IMPOSTO	VALOR
1.00	0.00	11.37	0.00
1.01	0.00	11.37	0.00
1.02	0.00	11.37	0.00
1.03	0.00	11.37	0.00
1.04	0.00	11.37	0.00
1.05	0.00	11.37	0.00
1.06	0.00	11.37	0.00
1.07	0.00	11.37	0.00
1.08	0.00	11.37	0.00
1.09	0.00	11.37	0.00
1.10	0.00	11.37	0.00
1.11	0.00	11.37	0.00
1.12	0.00	11.37	0.00
1.13	0.00	11.37	0.00
1.14	0.00	11.37	0.00
1.15	0.00	11.37	0.00
1.16	0.00	11.37	0.00
1.17	0.00	11.37	0.00
1.18	0.00	11.37	0.00
1.19	0.00	11.37	0.00
1.20	0.00	11.37	0.00
1.21	0.00	11.37	0.00
1.22	0.00	11.37	0.00
1.23	0.00	11.37	0.00
1.24	0.00	11.37	0.00
1.25	0.00	11.37	0.00
1.26	0.00	11.37	0.00
1.27	0.00	11.37	0.00
1.28	0.00	11.37	0.00
1.29	0.00	11.37	0.00
1.30	0.00	11.37	0.00
1.31	0.00	11.37	0.00
1.32	0.00	11.37	0.00
1.33	0.00	11.37	0.00
1.34	0.00	11.37	0.00
1.35	0.00	11.37	0.00
1.36	0.00	11.37	0.00
1.37	0.00	11.37	0.00
1.38	0.00	11.37	0.00
1.39	0.00	11.37	0.00
1.40	0.00	11.37	0.00
1.41	0.00	11.37	0.00
1.42	0.00	11.37	0.00
1.43	0.00	11.37	0.00
1.44	0.00	11.37	0.00
1.45	0.00	11.37	0.00
1.46	0.00	11.37	0.00
1.47	0.00	11.37	0.00
1.48	0.00	11.37	0.00
1.49	0.00	11.37	0.00
1.50	0.00	11.37	0.00
1.51	0.00	11.37	0.00
1.52	0.00	11.37	0.00
1.53	0.00	11.37	0.00
1.54	0.00	11.37	0.00
1.55	0.00	11.37	0.00
1.56	0.00	11.37	0.00
1.57	0.00	11.37	0.00
1.58	0.00	11.37	0.00
1.59	0.00	11.37	0.00
1.60	0.00	11.37	0.00
1.61	0.00	11.37	0.00
1.62	0.00	11.37	0.00
1.63	0.00	11.37	0.00
1.64	0.00	11.37	0.00
1.65	0.00	11.37	0.00
1.66	0.00	11.37	0.00
1.67	0.00	11.37	0.00
1.68	0.00	11.37	0.00
1.69	0.00	11.37	0.00
1.70	0.00	11.37	0.00
1.71	0.00	11.37	0.00
1.72	0.00	11.37	0.00
1.73	0.00	11.37	0.00
1.74	0.00	11.37	0.00
1.75	0.00	11.37	0.00
1.76	0.00	11.37	0.00
1.77	0.00	11.37	0.00
1.78	0.00	11.37	0.00
1.79	0.00	11.37	0.00
1.80	0.00	11.37	0.00
1.81	0.00	11.37	0.00
1.82	0.00	11.37	0.00
1.83	0.00	11.37	0.00
1.84	0.00	11.37	0.00
1.85	0.00	11.37	0.00
1.86	0.00	11.37	0.00
1.87	0.00	11.37	0.00
1.88	0.00	11.37	0.00
1.89	0.00	11.37	0.00
1.90	0.00	11.37	0.00
1.91	0.00	11.37	0.00
1.92	0.00	11.37	0.00
1.93	0.00	11.37	0.00
1.94	0.00	11.37	0.00
1.95	0.00	11.37	0.00
1.96	0.00	11.37	0.00
1.97	0.00	11.37	0.00
1.98	0.00	11.37	0.00
1.99	0.00	11.37	0.00
2.00	0.00	11.37	0.00

DEBACÃO E FREQUÊNCIA DAS VARIÁVEIS

[illegible]

103-434-425, 100129-3475

[illegible]

THESE DE THESE

TICKER SYMBOL	LIMIT OF VARIATION	
	MONTH	YEAR
200	201	201

ALL INFORMATION CONTAINED HEREIN IS UNCLASSIFIED

CONTA CONTRATO		QNTD EMB	TOTAL A PAGAR R\$.	VENCIMENTO	TALÃO DE PAGAMENTO
000891484011		09/2019	29,00	30/09/2019	Este dobrar, perfurar ou rasurar. Este cartão será usado em forma física

338100003030 290030110009 891484011108 141934262334



CONSULTA REVALIAÇÃO CONSULTA MEDICAÇÃO

COMITÊ DE AVALIAÇÃO CONSUMO MEDICACAO

1. *Chlorophyll a* (Chl *a*)

SYSTEM OVERVIEW

1411

✓ 5.12.10

1990年12月
 1991年1月
 1991年2月

1	100
2	100
3	100
4	100
5	100
6	100
7	100
8	100
9	100
10	100
11	100
12	100
13	100
14	100
15	100
16	100
17	100
18	100
19	100
20	100
21	100
22	100
23	100
24	100
25	100
26	100
27	100
28	100
29	100
30	100
31	100
32	100
33	100
34	100
35	100
36	100
37	100
38	100
39	100
40	100
41	100
42	100
43	100
44	100
45	100
46	100
47	100
48	100
49	100
50	100
51	100
52	100
53	100
54	100
55	100
56	100
57	100
58	100
59	100
60	100
61	100
62	100
63	100
64	100
65	100
66	100
67	100
68	100
69	100
70	100
71	100
72	100
73	100
74	100
75	100
76	100
77	100
78	100
79	100
80	100
81	100
82	100
83	100
84	100
85	100
86	100
87	100
88	100
89	100
90	100
91	100
92	100
93	100
94	100
95	100
96	100
97	100
98	100
99	100
100	100

1008

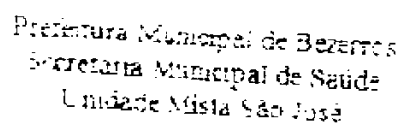
2000

1195

145

NOTES ON THE CONTRIBUTORS





TIPO DE OCORRÊNCIA

TIPO DE OCORRÊNCIA

SEE-4

IDENTIFICACAO

IDENTIFICAÇÃO

CAUSA EXTERNA (ACIDENTE/VIOLENCIA)

[illegible]

CAUSAS CLÍNICAS

AVALIAÇÃO CLÍNICA

[illegible]

100-35-50 100-35-51 100-35-52 100-35-53	100-35-54 100-35-55 100-35-56 100-35-57
--	--



HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE
EMERGENCIA

[illegible]

Figure 1. Schematic representation of the experimental design. The subjects were divided into three groups: EA, EG, and EC. The EA group received the EA treatment, the EG group received the EG treatment, and the EC group received the EC treatment. The subjects were then divided into two groups: the EA group and the EG group. The EA group received the EA treatment, and the EG group received the EG treatment. The subjects were then divided into two groups: the EA group and the EG group. The EA group received the EA treatment, and the EG group received the EG treatment.

Figure 1. The effect of the concentration of the *Agrobacterium* suspension on the transformation efficiency of *Agrobacterium* strains.

Figure 1 illustrates the experimental design. It shows a sequence of events: a stimulus (a line drawing of a face), a response (a line drawing of a face with a response box), and feedback (a line drawing of a face with a feedback box). The sequence is repeated for multiple trials.



FICHA DE ANEXOS

Nº 220606

Nome do Autor

Nome

Assinatura do Autor

Assinatura do Autor



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

UNIDADE DE SAÚDE REGIONAL DO ARARIPE

Em 18/03/2020, no município de Araripe, realizou-se a reunião de trabalho com o objetivo de discutir o plano de contingência para o enfrentamento da COVID-19. A reunião foi realizada no auditório da Unidade de Saúde Regional do Araripe, com a presença de representantes das secretarias de Saúde, Educação, e Assistência Social, além de representantes das comunidades e do Conselho Municipal de Saúde. O plano de contingência foi elaborado com base nas orientações da Organização Mundial da Saúde (OMS) e do Ministério da Saúde, e tem como objetivo prevenir, controlar e eliminar a transmissão da COVID-19 na comunidade. O plano prevê a implementação de medidas de distanciamento físico, uso de máscara e higienização das mãos, além de medidas de isolamento e tratamento dos casos suspeitos e confirmados. O plano também prevê a realização de campanhas de educação em saúde e a implementação de medidas de controle de acesso aos locais de trabalho e de estudo. O plano será implementado em conjunto com as demais secretarias e com a comunidade, e será avaliado regularmente para garantir sua eficácia.

DESCRIÇÃO DO ATO OPERATÓRIO

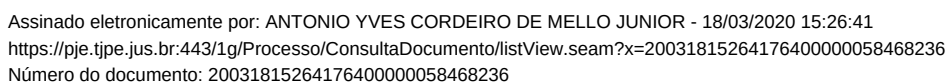
A reunião foi realizada no auditório da Unidade de Saúde Regional do Araripe, com a presença de representantes das secretarias de Saúde, Educação, e Assistência Social, além de representantes das comunidades e do Conselho Municipal de Saúde. O plano de contingência foi elaborado com base nas orientações da Organização Mundial da Saúde (OMS) e do Ministério da Saúde, e tem como objetivo prevenir, controlar e eliminar a transmissão da COVID-19 na comunidade. O plano prevê a implementação de medidas de distanciamento físico, uso de máscara e higienização das mãos, além de medidas de isolamento e tratamento dos casos suspeitos e confirmados. O plano também prevê a realização de campanhas de educação em saúde e a implementação de medidas de controle de acesso aos locais de trabalho e de estudo. O plano será implementado em conjunto com as demais secretarias e com a comunidade, e será avaliado regularmente para garantir sua eficácia.





MEDICAMENTOS - MATERIAIS E TAXAS USADAS

Paciente _____ Registro N° _____
 C.I. _____ Enfermera _____ Data _____
 Cirujano _____
 Anestesista _____
 Terminó _____

[illegible]

**LADO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR**

Assinatura do Estabelecimento de Saúde

Assinatura do Responsável

Assinatura do Paciente

Assinatura do Responsável

Assinatura do Responsável

Assinatura do Responsável

Assinatura do Responsável

Assinatura do Responsável

Assinatura do Responsável

Assinatura do Responsável

Assinatura do Responsável

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

Assinatura do Responsável

Assinatura do Responsável

Assinatura do Responsável

Assinatura do Responsável

Assinatura do Responsável

Assinatura do Responsável

Assinatura do Responsável

Assinatura do Responsável

Assinatura do Responsável

Assinatura do Responsável

Assinatura do Responsável

Assinatura do Responsável

Assinatura do Responsável

Assinatura do Responsável

Assinatura do Responsável

Assinatura do Responsável

Assinatura do Responsável

Assinatura do Responsável

Assinatura do Responsável

Assinatura do Responsável

Assinatura do Responsável

Assinatura do Responsável

Assinatura do Responsável

Assinatura do Responsável

Assinatura do Responsável

Assinatura do Responsável

Assinatura do Responsável

Assinatura do Responsável

Assinatura do Responsável

Assinatura do Responsável

Assinatura do Responsável

Assinatura do Responsável

Assinatura do Responsável

Assinatura do Responsável

Assinatura do Responsável

Assinatura do Responsável

Assinatura do Responsável

Assinatura do Responsável

Assinatura do Responsável

Assinatura do Responsável

Assinatura do Responsável

Assinatura do Responsável

Assinatura do Responsável

Assinatura do Responsável

Assinatura do Responsável

Assinatura do Responsável

PROCEDIMENTO SOLICITADO

Assinatura do Responsável

Assinatura do Responsável

Assinatura do Responsável

Assinatura do Responsável

Assinatura do Responsável

Assinatura do Responsável

Assinatura do Responsável

Assinatura do Responsável

Assinatura do Responsável

Assinatura do Responsável

Assinatura do Responsável

Assinatura do Responsável

Assinatura do Responsável

Assinatura do Responsável

Assinatura do Responsável

Assinatura do Responsável

Assinatura do Responsável

Assinatura do Responsável

Assinatura do Responsável

Assinatura do Responsável

Assinatura do Responsável

Assinatura do Responsável

Assinatura do Responsável

Assinatura do Responsável

Assinatura do Responsável

Assinatura do Responsável

Assinatura do Responsável

Assinatura do Responsável

Assinatura do Responsável

Assinatura do Responsável

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

Assinatura do Responsável

Assinatura do Responsável

Assinatura do Responsável

Assinatura do Responsável

Assinatura do Responsável

Assinatura do Responsável

Assinatura do Responsável

Assinatura do Responsável

Assinatura do Responsável

Assinatura do Responsável

Assinatura do Responsável

Assinatura do Responsável

Assinatura do Responsável

Assinatura do Responsável

Assinatura do Responsável

Assinatura do Responsável

Assinatura do Responsável

Assinatura do Responsável

Assinatura do Responsável

Assinatura do Responsável

Assinatura do Responsável

Assinatura do Responsável

Assinatura do Responsável

Assinatura do Responsável

AUTORIZAÇÃO

Assinatura do Responsável

Assinatura do Responsável

Assinatura do Responsável

Assinatura do Responsável

Assinatura do Responsável

Assinatura do Responsável

Assinatura do Responsável

Assinatura do Responsável

Assinatura do Responsável

Assinatura do Responsável

Assinatura do Responsável

Assinatura do Responsável

Assinatura do Responsável

Assinatura do Responsável

Assinatura do Responsável

Assinatura do Responsável

Assinatura do Responsável

Assinatura do Responsável



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO

[illegible]

1949 24

1940 ~~1941~~ 1942 Full Year 1942

2000

1845

-38-39-36-7



ANEXO II - ATRIBUÍÇÃO DE INTERNAÇÃO (Complemento)

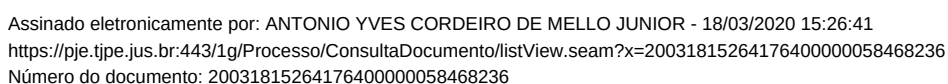
Nome	Qualificação	Matrícula	Assunto	Transferência	Exame	Nota	Assinatura do Proff	Assinatura do Cor
Aluno								

Transferência Hospitalar	Data _____	Diagnósticos
_____	_____	Diagnóstico principal _____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

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

[illegible]

Figure 1. The effect of the concentration of the *Agrobacterium* suspension on the transformation efficiency of *Agrobacterium* strains. The *Agrobacterium* strains were grown in the medium containing 100 mg/l of tetracycline. The cell concentration of the *Agrobacterium* strains was adjusted to 10⁸ cells/ml. The cell suspension was mixed with the plant tissue and the transformation efficiency was determined. The results are shown as the mean $\pm$ SD of three independent experiments. The asterisk indicates a significant difference ($p < 0.05$) between the control and the treated groups.





RELATÓRIO CIRÚRGICO

1. NAME _____
 2. ADDRESS _____
 3. CITY _____
 4. STATE _____
 5. ZIP _____
 6. PHONE _____
 7. DATE _____
 8. SIGNATURE _____
 9. PRINT NAME _____
 10. PRINT ADDRESS _____
 11. PRINT CITY _____
 12. PRINT STATE _____
 13. PRINT ZIP _____
 14. PRINT PHONE _____
 15. PRINT DATE _____
 16. PRINT SIGNATURE _____
 17. PRINT NAME _____
 18. PRINT ADDRESS _____
 19. PRINT CITY _____
 20. PRINT STATE _____
 21. PRINT ZIP _____
 22. PRINT PHONE _____
 23. PRINT DATE _____
 24. PRINT SIGNATURE _____
 25. PRINT NAME _____
 26. PRINT ADDRESS _____
 27. PRINT CITY _____
 28. PRINT STATE _____
 29. PRINT ZIP _____
 30. PRINT PHONE _____
 31. PRINT DATE _____
 32. PRINT SIGNATURE _____
 33. PRINT NAME _____
 34. PRINT ADDRESS _____
 35. PRINT CITY _____
 36. PRINT STATE _____
 37. PRINT ZIP _____
 38. PRINT PHONE _____
 39. PRINT DATE _____
 40. PRINT SIGNATURE _____
 41. PRINT NAME _____
 42. PRINT ADDRESS _____
 43. PRINT CITY _____
 44. PRINT STATE _____
 45. PRINT ZIP _____
 46. PRINT PHONE _____
 47. PRINT DATE _____
 48. PRINT SIGNATURE _____
 49. PRINT NAME _____
 50. PRINT ADDRESS _____
 51. PRINT CITY _____
 52. PRINT STATE _____
 53. PRINT ZIP _____
 54. PRINT PHONE _____
 55. PRINT DATE _____
 56. PRINT SIGNATURE _____
 57. PRINT NAME _____
 58. PRINT ADDRESS _____
 59. PRINT CITY _____
 60. PRINT STATE _____
 61. PRINT ZIP _____
 62. PRINT PHONE _____
 63. PRINT DATE _____
 64. PRINT SIGNATURE _____
 65. PRINT NAME _____
 66. PRINT ADDRESS _____
 67. PRINT CITY _____
 68. PRINT STATE _____
 69. PRINT ZIP _____
 70. PRINT PHONE _____
 71. PRINT DATE _____
 72. PRINT SIGNATURE _____
 73. PRINT NAME _____
 74. PRINT ADDRESS _____
 75. PRINT CITY _____
 76. PRINT STATE _____
 77. PRINT ZIP _____
 78. PRINT PHONE _____
 79. PRINT DATE _____
 80. PRINT SIGNATURE _____
 81. PRINT NAME _____
 82. PRINT ADDRESS _____
 83. PRINT CITY _____
 84. PRINT STATE _____
 85. PRINT ZIP _____
 86. PRINT PHONE _____
 87. PRINT DATE _____
 88. PRINT SIGNATURE _____
 89. PRINT NAME _____
 90. PRINT ADDRESS _____
 91. PRINT CITY _____
 92. PRINT STATE _____
 93. PRINT ZIP _____
 94. PRINT PHONE _____
 95. PRINT DATE _____
 96. PRINT SIGNATURE _____
 97. PRINT NAME _____
 98. PRINT ADDRESS _____
 99. PRINT CITY _____
 100. PRINT STATE _____
 101. PRINT ZIP _____
 102. PRINT PHONE _____
 103. PRINT DATE _____
 104. PRINT SIGNATURE _____
 105. PRINT NAME _____
 106. PRINT ADDRESS _____
 107. PRINT CITY _____
 108. PRINT STATE _____
 109. PRINT ZIP _____
 110. PRINT PHONE _____
 111. PRINT DATE _____
 112. PRINT SIGNATURE _____
 113. PRINT NAME _____
 114. PRINT ADDRESS _____
 115. PRINT CITY _____
 116. PRINT STATE _____
 117. PRINT ZIP _____
 118. PRINT PHONE _____
 119. PRINT DATE _____
 120. PRINT SIGNATURE _____
 121. PRINT NAME _____
 122. PRINT ADDRESS _____
 123. PRINT CITY _____
 124. PRINT STATE _____
 125. PRINT ZIP _____
 126. PRINT PHONE _____
 127. PRINT DATE _____
 128. PRINT SIGNATURE _____
 129. PRINT NAME _____
 130. PRINT ADDRESS _____
 131. PRINT CITY _____
 132. PRINT STATE _____
 133. PRINT ZIP _____
 134. PRINT PHONE _____
 135. PRINT DATE _____
 136. PRINT SIGNATURE _____
 137. PRINT NAME _____
 138. PRINT ADDRESS _____
 139. PRINT CITY _____
 140. PRINT STATE _____
 141. PRINT ZIP _____
 142. PRINT PHONE _____
 143. PRINT DATE _____
 144. PRINT SIGNATURE _____
 145. PRINT NAME _____
 146. PRINT ADDRESS _____
 147. PRINT CITY _____
 148. PRINT STATE _____
 149. PRINT ZIP _____
 150. PRINT PHONE _____
 151. PRINT DATE _____
 152. PRINT SIGNATURE _____
 153. PRINT NAME _____
 154. PRINT ADDRESS _____
 155. PRINT CITY _____
 156. PRINT STATE _____
 157. PRINT ZIP _____
 158. PRINT PHONE _____
 159. PRINT DATE _____
 160. PRINT SIGNATURE _____
 161. PRINT NAME _____
 162. PRINT ADDRESS _____
 163. PRINT CITY _____
 164. PRINT STATE _____
 165. PRINT ZIP _____
 166. PRINT PHONE _____
 167. PRINT DATE _____
 168. PRINT SIGNATURE _____
 169. PRINT NAME _____
 170. PRINT ADDRESS _____
 171. PRINT CITY _____
 172. PRINT STATE _____
 173. PRINT ZIP _____
 174. PRINT PHONE _____
 175. PRINT DATE _____
 176. PRINT SIGNATURE _____
 177. PRINT NAME _____
 178. PRINT ADDRESS _____
 179. PRINT CITY _____
 180. PRINT STATE _____
 181. PRINT ZIP _____
 182. PRINT PHONE _____
 183. PRINT DATE _____
 184. PRINT SIGNATURE _____
 185. PRINT NAME _____
 186. PRINT ADDRESS _____
 187. PRINT CITY _____
 188. PRINT STATE _____
 189. PRINT ZIP _____
 190. PRINT PHONE _____
 191. PRINT DATE _____
 192. PRINT SIGNATURE _____
 193. PRINT NAME _____
 194. PRINT ADDRESS _____
 195. PRINT CITY _____
 196. PRINT STATE _____
 197. PRINT ZIP _____
 198. PRINT PHONE _____
 199. PRINT DATE _____
 200. PRINT SIGNATURE _____
 201. PRINT NAME _____
 202. PRINT ADDRESS _____
 203. PRINT CITY _____
 204. PRINT STATE _____
 205. PRINT ZIP _____
 206. PRINT PHONE _____
 207. PRINT DATE _____
 208. PRINT SIGNATURE _____
 209. PRINT NAME _____
 210. PRINT ADDRESS _____
 211. PRINT CITY _____
 212. PRINT STATE _____
 213. PRINT ZIP _____
 214. PRINT PHONE _____
 215. PRINT DATE _____
 216. PRINT SIGNATURE _____
 217. PRINT NAME _____
 218. PRINT ADDRESS _____
 219. PRINT CITY _____
 220. PRINT STATE _____

DESCRIÇÃO DO ATQ OPERATÓRIO

- [illegible]

507

2000

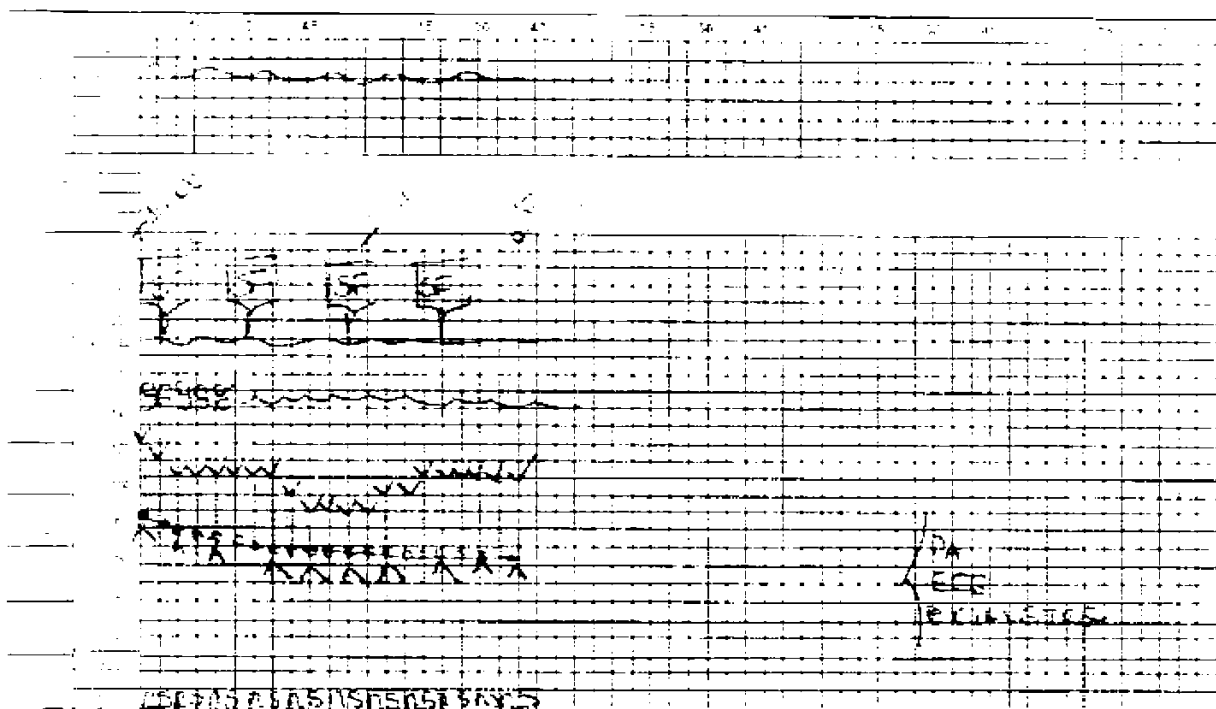
1885



FICHA DE ANESTESIA

Data 02/05/20

Paciente: Campanella, Ana - 61 anos
 Nome: Roberto B. B. B.
 Sexo: F Estado: Paraná
 Profissão: Enfermeira Endereço: Rua da Lapa
 Telefone: 3333-3333 Data de Nascimento: 02/05/20
 Tipo de Anestesia: Intubação Endotraqueal E - Respiração Artificial
 Anestésico: Propofol Dose: 100mg Tempo: 10min Monitorização: ECG, SpO2, PA, EtCO2
 Risco de Complicação: BAIXO

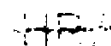


Quantidade	Dose	Observações	Assinatura
Propofol	100mg	Intubação Endotraqueal	Dr. Augusto A. Mendes d'Andrade Lima
Respiração Artificial	100%	Respiração Artificial	
Monitorização	ECG, SpO2, PA, EtCO2	Monitorização	
Tempo de Anestesia	10min	Tempo de Anestesia	
TOTAL			





SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE DR. WALDEMAR DE FREITAS



SERVIÇO DE ARQUIVO MÉDICO E ESTATÍSTICA - SAME

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins, que se fizeram necessários, que o paciente
Sr(a) Paulo Roberto Bezerra

Encontra-se internado (a) nesta unidade hospitalar, na sala de recuperação do
bloco cirúrgico no leito 27 desde o dia 13/07/2019 (sem previsão de alta)

REGISTRO: 341761

Diagnóstico: Fratura Exposta de Antebraço.

Tratamento: Cirúrgico.

OBS: Vítima de Acidente de Trânsito (atropelamento) CID: S52

ESSAS INFORMAÇÕES ESTÃO CONTIDAS NO PRONTUÁRIO DO PACIENTE

Caruaru, 17 de Julho de 2019

ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR

Serviço de Arquivo Médico



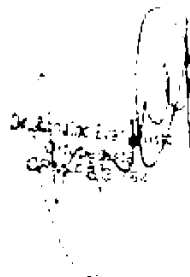


NOME Paulo Roberto Bezerra

LAUDO MÉDICO

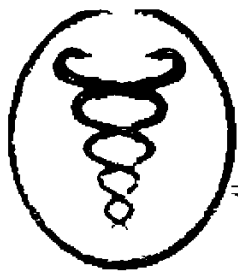
O paciente supracitado foi vítima de trauma, tendo apresentado o diagnóstico de fratura de fêmur direito CID-10 S62.1 submetido a tratamento cirúrgico nesta unidade hospitalar no dia 11/03/2020. Atualmente se encontra em acompanhamento ambulatorial.

Bezerros 11.03.2020


Antonio Yves Cordeiro de Mello Junior
CRM 123456







Associação Brasileira de Fisioterapia
ABRATO - 2014
P.O. Box 100, 12131-900, São João do Rio Preto, SP

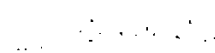
Laudo Fisioterapêutico

Paciente Paulo Roberto Bezerra portador do CPF 100.420.284-93 vítima de acidente de trânsito no dia 13 de Julho de 2019, apresentando diagnóstico de fratura de Antebraço esquerdo e fratura do fêmur esquerdo. Com sinais e sintomas de dor, edema, limitação de ADM e deambulação.

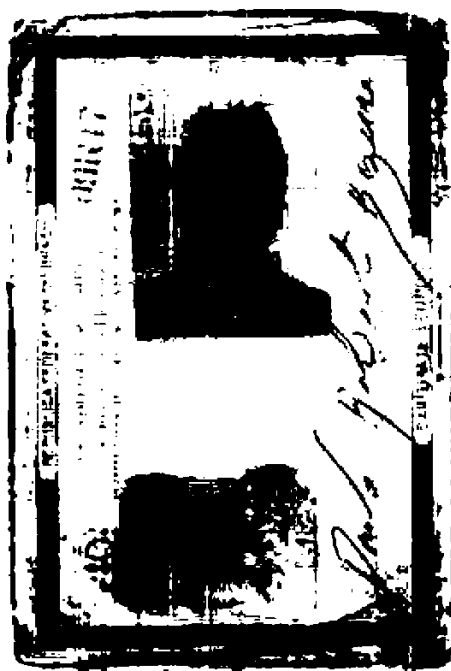
Foi realizado 25 sessões de fisioterapia com ênfase principal em Cinesioterapia. Eletroterapia com objetivo de diminuir dor, edema e recuperar a ADM. Porém, o mesmo ainda se encontra com limitação para deambular, com perda funcional dos movimentos 70% da perna e 60% do antebraço, dificultando realizar suas atividades diárias.

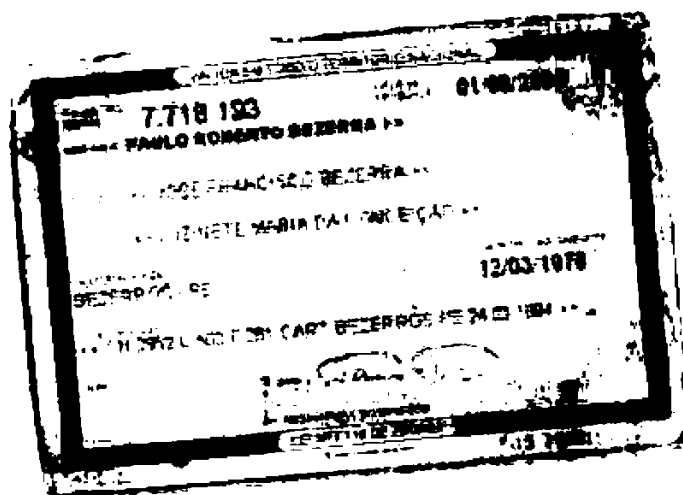
Bezerras de 2019

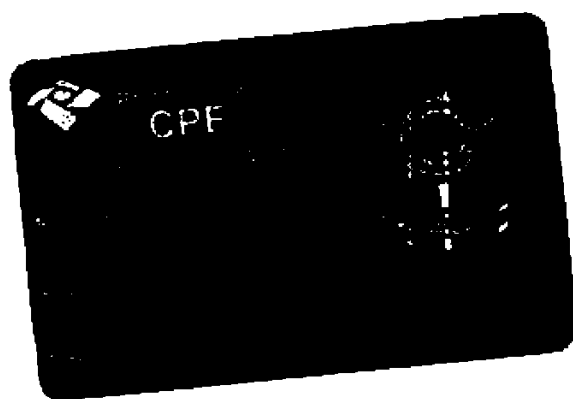

Dr. Eliana Salvador
Fisioterapeuta
CPF: 100.170.194-4


Dr. Antonio Yves Cordeiro de Mello Junior
Fisioterapeuta
CPF: 100.170.194-4









PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190582180

Cidade: Bezerros

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: PAULO ROBERTO BEZERRA

Data do acidente: 13/07/2019

Seguradora: ALFA SEGURADORA

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DE RÁDIA DISTAL ESQUERDO
FRATURA DE ULNA DISTAL ESQUERDA
FRATURA DE CABEÇA DO FÊMUR À ESQUERDA

Descrição do exame físico: APRESENTA GRANDE LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS SOLICITADOS DO PUNHO ESQUERDO
APRESENTA GRANDE LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DA ARTICULAÇÃO DO QUADRIL ESQUERDO E DEAMBULA COM AUXÍLIO DE MULETA UNILATERAL À ESQUERDA + PERDA DE FORÇA MUSCULAR EM ANTEBRAÇO E COXA E.

Resultados terapêuticos: OBTVEU BOA CONSOLIDAÇÃO ÓSSEA MAS FICOU COM RIGIDEZ ARTICULAR

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU INTENSO DO(A) PUNHO ESQUERDO E LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU INTENSO DO(A) QUADRIL ESQUERDO

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 05/12/2019

Conduta mantida: Não

Observações: REALIZOU 35 SESSÕES DE FISIOTERAPIA NAS REGIÕES ACOMETIDAS

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos punhos	25 %	Complemento por reanálise - 5 %	1,25%	R\$ 168,75
Perda completa da mobilidade de um quadril	25 %	Em grau intenso - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			7,5 %	R\$ 1.012,50



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190582180

Cidade: Bezerros

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: PAULO ROBERTO BEZERRA

Data do acidente: 13/07/2019

Seguradora: ALFA SEGURADORA

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DE RÁDIA DISTAL ESQUERDO
FRATURA DE ULNA DISTAL ESQUERDA
FRATURA DE CABEÇA DO FÊMUR À ESQUERDA

Descrição do exame físico: APRESENTA GRANDE LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS SOLICITADOS DO PUNHO ESQUERDO
APRESENTA GRANDE LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DA ARTICULAÇÃO DO QUADRIL ESQUERDO E DEAMBULA COM AUXÍLIO DE MULETA UNILATERAL À ESQUERDA + PERDA DE FORÇA MUSCULAR EM ANTEBRAÇO E COXA E.

Resultados terapêuticos: OBTVEU BOA CONSOLIDAÇÃO ÓSSEA MAS FICOU COM RIGIDEZ ARTICULAR

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU INTENSO DO(A) PUNHO ESQUERDO E LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU INTENSO DO(A) QUADRIL ESQUERDO

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 05/12/2019

Conduta mantida: Não

Observações: REALIZOU 35 SESSÕES DE FISIOTERAPIA NAS REGIÕES ACOMETIDAS

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos punhos	25 %	Complemento por reanálise - 5 %	1,25%	R\$ 168,75
Perda completa da mobilidade de um quadril	25 %	Em grau intenso - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
		Total	7,5 %	R\$ 1.012,50



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190582180

Cidade: Bezerros

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: PAULO ROBERTO BEZERRA

Data do acidente: 13/07/2019

Seguradora: ALFA SEGURADORA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 26/11/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DOS OSSOS DO ANTEBRAÇO ESQUERDO.
FRATURA TRANSTROCANTÉRICA À ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO. ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

Nome do documento
faltante:

Apontamento do Laudo
do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das
sequelas:

Documentos
complementares:

Observações: SOLICITO PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNOSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, CASO EXISTAM. NA VIGÊNCIA DESTAS INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros superiores	70 %	Em grau leve - 0 %	0%	R\$ 0,00
Total			0 %	R\$ 0,00



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190582180

Cidade: Bezerros

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: PAULO ROBERTO BEZERRA

Data do acidente: 13/07/2019

Seguradora: ALFA SEGURADORA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 26/11/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DOS OSSOS DO ANTEBRAÇO ESQUERDO.
FRATURA TRANSTROCANTÉRICA À ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO. ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO SUPERIOR E DO QUADRIL ESQUERDOS.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento
faltante:

Apontamento do Laudo
do IML:

Conduta mantida: Sim

Quantificação das
sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEFICIT FUNCIONAL:
LEVE DO MEMBRO SUPERIOR E MODERADO DO QUADRIL ESQUERDO.

Documentos
complementares:

Observações: REANÁLISE CONCLUÍDA. NÃO FOI VISUALIZADA, DOCUMENTAÇÃO MÉDICA-HOSPITALAR NOVA, QUE EVIDENCIE AGRAVAMENTO DE SEQUELA JÁ INDENIZADA ANTERIORMENTE, SEGUNDO LEI VIGENTE. CONDUTA MANTIDA.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190582180

Cidade: Bezerros

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: PAULO ROBERTO BEZERRA

Data do acidente: 13/07/2019

Seguradora: ALFA SEGURADORA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 15/10/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DOS OSSOS DO ANTEBRAÇO ESQUERDO.
FRATURA TRANSTROCANTÉRICA À ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE).PGS 6,12
ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO SUPERIOR E DO QUADRIL ESQUERDOS.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento
faltante:

Apontamento do Laudo
do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEFICIT FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO SUPERIOR E
MODERADO DO QUADRIL ESQUERDOS.

Documentos
complementares:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros superiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Perda completa da mobilidade de um quadril	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			30 %	R\$ 4.050,00



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190582180

Cidade: Bezerros

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: PAULO ROBERTO BEZERRA

Data do acidente: 13/07/2019

Seguradora: ALFA SEGURADORA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 17/10/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DOS OSSOS DO ANTEBRAÇO ESQUERDO.
FRATURA TRANSTROCANTÉRICA À ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE).PGS 6,12
ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO SUPERIOR E DO QUADRIL ESQUERDOS.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento
faltante:

Apontamento do Laudo
do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEFICIT FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO SUPERIOR E
MODERADO DO QUADRIL ESQUERDOS.

Documentos
complementares:

Observações:

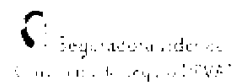
Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros superiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Perda completa da mobilidade de um quadril	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			30 %	R\$ 4.050,00



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0356401/19

Número do Sinistro: 3190582180

Vítima: PAULO ROBERTO BEZERRA

CPF: 100.420.284-93

Seguradora: ALFA SEGURADORA

Data do acidente: 13/07/2019

Titular do CPF: PAULO ROBERTO
BEZERRA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Documentação médico-hospitalar

ATENÇÃO

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

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 18/11/2019
Nome: PAULO ROBERTO BEZERRA
CPF: 100.420.284-93

Responsável pelo cadastramento na seguradora

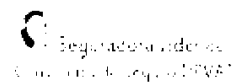
Data do cadastramento: 18/11/2019
Nome: Steffany Carolyn Lins Veloso
CPF: 115.938.994-24

PAULO ROBERTO BEZERRA

Steffany Carolyn Lins Veloso



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0356401/19

Vítima: PAULO ROBERTO BEZERRA

CPF: 100.420.284-93

Seguradora: ALFA SEGURADORA

Data do acidente: 13/07/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: PAULO ROBERTO
BEZERRA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

PAULO ROBERTO BEZERRA : 100.420.284-93

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 14/10/2019
Nome: PAULO ROBERTO BEZERRA
CPF: 100.420.284-93

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 14/10/2019
Nome: Steffany Carolyn Lins Veloso
CPF: 115.938.994-24

PAULO ROBERTO BEZERRA

Steffany Carolyn Lins Veloso





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

Rio de Janeiro, 15 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190582180

Vítima: PAULO ROBERTO BEZERRA

Data do Acidente: 13/07/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), PAULO ROBERTO BEZERRA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 14968861





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

Rio de Janeiro, 30 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190582180

Vítima: PAULO ROBERTO BEZERRA

Data do Acidente: 13/07/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), PAULO ROBERTO BEZERRA

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 4.050,00

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

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 = R\$ 2.362,50

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

Graduação: Em grau médio 50%

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

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

Recebedor: **PAULO ROBERTO BEZERRA**

Valor: **R\$ 4.050,00**

Banco: **104**

Agência: **000002192**

Conta: **0000089917-0**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

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

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

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

Atenciosamente,





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

Rio de Janeiro, 28 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190582180

Vítima: PAULO ROBERTO BEZERRA

Data do Acidente: 13/07/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: INTERRUÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), PAULO ROBERTO BEZERRA

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 01537/01538 - carta_02 - INVALIDEZ

00060769



Carta nº 15169191





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

Rio de Janeiro, 25 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190582180

Vítima: PAULO ROBERTO BEZERRA

Data do Acidente: 13/07/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), PAULO ROBERTO BEZERRA

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 1.012,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos punhos
25%

Graduação: Complemento por reanálise 5%

% Invalidez Permanente DPVAT: (5% de 25%) 1,25%

Valor a indenizar: 1,25% x 13.500,00 = R\$ 168,75

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

Graduação: Em grau intenso 75%

% Invalidez Permanente DPVAT: (75% de 25%) 18,75%

Valor a indenizar: 18,75% x 13.500,00 = R\$ 2.531,25

Recebedor: **PAULO ROBERTO BEZERRA**

Valor: **R\$ 1.012,50**

Banco: **104**

Agência: **000002192**

Conta: **0000089917-0**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

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

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

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

Atenciosamente,





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

1. FAVOR MARCAR TIPO(S) DE COBERTURA: ☐ DANO (GASTOS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTAR) ☐ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MONTE

2. Nº do acidente: _____ 3. Nº do sinistro: _____ 4. Nº do contrato do seguro: _____

5. FAVOR PREENCHER AS INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAMILIARES DA PESSOA QUE A VITIMIZOU E DO REPRESENTANTE LEGAL (CÓPIA DAS PESSOAS COM 18 ANOS OU MAIS)

6. Nome completo: _____ 7. Data de nascimento: _____ 8. Sexo: _____ 9. Estado civil: _____ 10. Profissão: _____ 11. Endereço: _____ 12. Cidade: _____ 13. Estado: _____ 14. CEP: _____ 15. Telefone: _____ 16. E-mail: _____

17. NOME DO REPRESENTANTE LEGAL (PAI, TUTOR E CURADOR PARA VITIMAS MENORES DE 18 ANOS OU INCAPAZES COM SUPLENTE)

18. Nome completo do Representante Legal: _____ 19. Nome completo do Representante Legal: _____

20. PREENCHER AS INFORMAÇÕES DO REPRESENTANTE LEGAL: ☐ NECESSÁRIO INFORMAR ☐ NÃO É NECESSÁRIO ☐ NÃO É NECESSÁRIO

21. ENDEREÇO BÁSICO: ☐ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAI, TUTOR/TUTORA)

22. ENDEREÇO BÁSICO: ☐ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAI, TUTOR/TUTORA)

23. ENDEREÇO BÁSICO: ☐ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAI, TUTOR/TUTORA)

24. ENDEREÇO BÁSICO: ☐ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAI, TUTOR/TUTORA)

25. ENDEREÇO BÁSICO: ☐ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAI, TUTOR/TUTORA)

26. ENDEREÇO BÁSICO: ☐ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAI, TUTOR/TUTORA)

27. ENDEREÇO BÁSICO: ☐ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAI, TUTOR/TUTORA)

28. ENDEREÇO BÁSICO: ☐ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAI, TUTOR/TUTORA)

29. ENDEREÇO BÁSICO: ☐ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAI, TUTOR/TUTORA)

30. ENDEREÇO BÁSICO: ☐ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAI, TUTOR/TUTORA)

31. ENDEREÇO BÁSICO: ☐ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAI, TUTOR/TUTORA)

32. ENDEREÇO BÁSICO: ☐ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAI, TUTOR/TUTORA)

33. ENDEREÇO BÁSICO: ☐ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAI, TUTOR/TUTORA)

34. ENDEREÇO BÁSICO: ☐ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAI, TUTOR/TUTORA)

35. ENDEREÇO BÁSICO: ☐ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAI, TUTOR/TUTORA)

36. ENDEREÇO BÁSICO: ☐ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAI, TUTOR/TUTORA)

37. ENDEREÇO BÁSICO: ☐ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAI, TUTOR/TUTORA)

38. ENDEREÇO BÁSICO: ☐ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAI, TUTOR/TUTORA)

39. ENDEREÇO BÁSICO: ☐ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAI, TUTOR/TUTORA)

40. ENDEREÇO BÁSICO: ☐ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAI, TUTOR/TUTORA)

41. ENDEREÇO BÁSICO: ☐ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAI, TUTOR/TUTORA)

42. ENDEREÇO BÁSICO: ☐ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAI, TUTOR/TUTORA)

43. ENDEREÇO BÁSICO: ☐ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAI, TUTOR/TUTORA)

44. ENDEREÇO BÁSICO: ☐ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAI, TUTOR/TUTORA)

45. ENDEREÇO BÁSICO: ☐ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAI, TUTOR/TUTORA)

46. ENDEREÇO BÁSICO: ☐ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAI, TUTOR/TUTORA)

47. ENDEREÇO BÁSICO: ☐ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAI, TUTOR/TUTORA)

48. ENDEREÇO BÁSICO: ☐ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAI, TUTOR/TUTORA)





AUTO-ATENDIMENTO - Ag Bezerras

DATA: 09/10/2019

HORA:

TERMINAL: 21921572

CONTROLE: 2192

AGÊNCIA: 2192 - BEZERROS

CONTA: 013.00089917-0

CLIENTE: PAULO ROBERTO BEZERRA

EXTRATO PARA SIMPLES CONFERÊNCIA



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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Número do Sinistro: 3190582180
Nome do(a) Examinado(a): Paulo Roberto Bezerra
Endereço do(a) Examinado(a): Rua Antonio B Vasconcelos, 36
Centro Bezerros PE CEP: 55660-000
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SSP / PE] 7718193
Data local do acidente: [13/07/2019]
Data local do exame: [05/12/2019] Garanhuns [PE]

Resultado da Avaliação Médica

- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:
**FRATURA DE RÁDIA DISTAL ESQUERDO
FRATURA DE ULNA DISTAL ESQUERDA
FRATURA DE CABEÇA DO FÊMUR À ESQUERDA**
- II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.
**Tratamento: TRATAMENTO CIRÚRGICO EM TODAS AS FRATURAS COM COLOCAÇÃO DE FIXADORES METÁLICOS.
Complicações: NENHUMA
Data da Alta: 14/11/2019**
- III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado:
**APRESENTA GRANDE LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS SOLICITADOS DO PUNHO ESQUERDO
APRESENTA GRANDE LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DA ARTICULAÇÃO DO QUADRIL ESQUERDO E DEAMBULA COM
AUXÍLIO DE MULETA UNILATERAL À ESQUERDA + PERDA DE FORÇA MUSCULAR EM ANTEBRAÇO E COXA E.**
- IV. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?
(X) Sim () Não
- V. Existe seqüela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)?
(X) Sim () Não
- VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:
**RIGIDEZ ARTICULAR EM PUNHO ESQUERDO.
RIGIDEZ ARTICULAR EM QUADRIL ESQUERDO.**
Caso a resposta do item V seja "Não", concluir utilizando apenas as opções no item VII "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item VII "b"
- VII. Segundo o previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.
- a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).
- | | |
|--|---|
| () "Vítima em tratamento"
<i>Esta avaliação médica deve ser repetida em dias</i> | () "Sem seqüela permanente"
<i>(Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)</i> |
|--|---|
- b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.
- | | |
|--|--|
| Região Corporal (Sequela):
PUNHO - Lado Esquerdo
% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio (X) 75% intensa () 100% completo | Região Corporal (Sequela):
QUADRIL - Lado Esquerdo
% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio (X) 75% intensa () 100% completo |
| Região Corporal (Sequela):
% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo | Região Corporal (Sequela):
% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo |

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

Realizou 35 sessões de fisioterapia nas regiões acometidas

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





PRF

BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO



Manter o veículo acessível: www.prfgov.br/boletim



Para cópia do seu Boletim acesse o site: www.prfgov.br/boletim
ou envie o Boletim por e-mail para: boletim@prf.gov.br ou PRF - Centro de Lan-
çamentos de Boletins de Acidentes de Trânsito - RJ



Atenção: As vítimas de acidente têm direito ao recebimento do
Serviço PRVAT. Para maiores informações, acesse: www.prfgov.br/boletim
ou consulte o site: www.prfgov.br/boletim. Em casos de avaliação de danos com MÉDIA
ou GRANDE MONTA, verificar os trâmites da Resolução 544 do
CONTRAN. Procure o órgão estadual de trânsito (DETRAN) do
seu Estado, antes de fazer reparos no veículo.



Este documento foi assinado eletronicamente por ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR em 18/03/2020 às 15:26:41.
Para verificar a autenticidade do documento, acesse o site: <https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20031815264176400000058468236>
ou acesse o link: <https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20031815264176400000058468236>

191





MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTOCOLO Nº 19040110801

IMAGENS COMPLEMENTARES

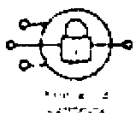


V1 - VEÍCULO 1 - KLK9368 - AUTOMÓVEL

V1 - Informações

Placa: KLK9368 - Marca/Modelo: FIAT LUNO MILIO L4
Ano Fabricação: 2004 - Chassi: 55B168018A4001680
Categoria: Passagem - Categoria: Particular
Mandante no momento do acidente: Segundo afluxo na taxa de reclamação

Correspondente: 19040110801
Tipo de veículo: Automóvel
Tipo: Branco



Este documento é protegido por uma senha de acesso. Para garantir a segurança das informações, o acesso é restrito apenas aos usuários autorizados. Qualquer tentativa de acesso não autorizado será considerada uma violação das políticas de segurança da informação.

191





MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL

BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTOCOLO Nº 19040110801



V1 - Relatório de Avarias - Resolução nº 544/2015-CONTRAN

Veículo: V1 - FIAT UNO MILLE LX

Placa: KKK9365

Nº BOAT: 19040110801

Nome do Agente: FORT NOLLI

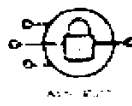
Matrícula do Agente: 1461831

Data: 18/07/2019

Item	Descrição do item	Valor	Item danificado no acidente		
			Sim	Não	NA
1	Capô (teto) traseiro			X	
2	Lamparina dianteira esquerda			X	
3	Lamparina traseira esquerda			X	
4	Estrutura da soleira esquerda			X	
5	Amortecedor			X	
6	Amortecedor			X	
7	Estrutura da coluna traseira esquerda			X	
8	Estrutura da coluna central esquerda			X	
9	Estrutura da coluna traseira esquerda			X	
10	Linha de roda traseira esquerda			X	
11	Assento central esquerdo			X	
12	Lamparina traseira esquerda			X	
13	Assento porta traseira (passageiro)			X	
14	Lamparina traseira direita			X	
15	Lamparina traseira direita			X	
16	Estrutura da coluna traseira direita			X	
17	Estrutura da soleira direita			X	
18	Estrutura da coluna central direita			X	
19	Estrutura da coluna traseira direita			X	
20	Assento central direito			X	
21	Linha de roda traseira direita			X	
22	Lamparina traseira direita			X	

Examinado por: Agente

V1 - Imagens Obrigatórias



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 18/03/2020 15:26:41
https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20031815264176400000058468236
Número do documento: 20031815264176400000058468236

191





MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTOCOLO Nº 19040110B01

V1 - Proprietário

Nome: NAPOLEÃO CORDEIRO DO NASCIMENTO NETO
CPF: 024.121.254-00
Endereço: Avenida Trilussa Siqueira, 14 - PEZINHO, RJ
Telefone: (24) 3657.8440

V1C - CONDUTOR DE V1 - NAPOLEAO CORDEIRO DO NASCIMENTO NETO

V1C - Informações

Nome: NAPOLEÃO CORDEIRO DO NASCIMENTO NETO
CPF: 024.121.254-00
Sexo: Masculino
Data de Nascimento: 09/03/1954
Estado Civil: Não informado
Estado Civil Legal: Casado

V1C - Dados da Habilitação para Conduzir Veículo Automotor

Categoria: A
Primeira habilitação: 17/12/1981
Data de Registro: 04/04/2019
Validade: 04/04/2024
Vencimento da habilitação: 06/12/2019
Motociclista profissional: Não

V1C - Alterações da Capacidade Motora

Realizou exame de teste do equilíbrio: Não
Condição de saúde para realizar teste: Não
Visualização de emergência: Não
Sinal de uso de substitutos psicomotivos: Não

V1C - Dados do Contato

Endereço: Avenida Trilussa Siqueira, 14 - PEZINHO, RJ
Telefone: (24) 3657.8440
E-mail: napoleao.cordeiro@pezinho.com.br

E1 - PEDESTRE - PAULO ROBERTO BEZERRA

E1 - Informações

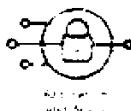
Nome: PAULO ROBERTO BEZERRA
CPF: 070.420.384-63
Sexo: Masculino
Data de Nascimento: 12/03/1994
Estado Civil: Casado (divorciado)

E1 - Alterações da Capacidade Motora

Realizou exame de teste do equilíbrio: Não
Condição de saúde para realizar teste: Não
Visualização de emergência: Não
Sinal de uso de substitutos psicomotivos: Não

E1 - Dados do Contato

Endereço: LUIZ KONZAGA SALVADOR, 45 - SANTO AMARDO, RJ
Telefone: (24) 3657.8440



Este documento foi gerado automaticamente pelo sistema de gerenciamento de processos da Polícia Rodoviária Federal. Para mais informações, consulte o site: <https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20031815264176400000058468236>

191





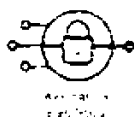
MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL

BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTOCOLO Nº 19040110B01



Telefone

Celular - paulo.levezera@pf.gov.br



Este documento foi assinado eletronicamente por ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR em 18/03/2020 às 15:26:41. Para verificar a autenticidade e a validade jurídica, acesse o link: <https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20031815264176400000058468236>

191

Página 2 de 7





1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100	101	102	103	104	105	106	107	108	109	110	111	112	113	114	115	116	117	118	119	120	121	122	123	124	125	126	127	128	129	130	131	132	133	134	135	136	137	138	139	140	141	142	143	144	145	146	147	148	149	150	151	152	153	154	155	156	157	158	159	160	161	162	163	164	165	166	167	168	169	170	171	172	173	174	175	176	177	178	179	180	181	182	183	184	185	186	187	188	189	190	191	192	193	194	195	196	197	198	199	200	201	202	203	204	205	206	207	208	209	210	211	212	213	214	215	216	217	218	219	220	221	222	223	224	225	226	227	228	229	230	231	232	233	234	235	236	237	238	239	240	241	242	243	244	245	246	247	248	249	250	251	252	253	254	255	256	257	258	259	260	261	262	263	264	265	266	267	268	269	270	271	272	273	274	275	276	277	278	279	280	281	282	283	284	285	286	287	288	289	290	291	292	293	294	295	296	297	298	299	300	301	302	303	304	305	306	307	308	309	310	311	312	313	314	315	316	317	318	319	320	321	322	323	324	325	326	327	328	329	330	331	332	333	334	335	336	337	338	339	340	341	342	343	344	345	346	347	348	349	350	351	352	353	354	355	356	357	358	359	360	361	362	363	364	365	366	367	368	369	370	371	372	373	374	375	376	377	378	379	380	381	382	383	384	385	386	387	388	389	390	391	392	393	394	395	396	397	398	399	400	401	402	403	404	405	406	407	408	409	410	411	412	413	414	415	416	417	418	419	420	421	422	423	424	425	426	427	428	429	430	431	432	433	434	435	436	437	438	439	440	441	442	443	444	445	446	447	448	449	450	451	452	453	454	455	456	457	458	459	460	461	462	463	464	465	466
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----

[illegible][illegible]

1.5. $\frac{1}{2} - \frac{1}{2} = 0$

CIUDAD DEL REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TITULO E CUPA) PARA VITIMAS/GENOCIDARIO MENOS DE 15 AÑOS DE EDAD Y CON DOMICILIO EN:

14. Nombre completo de la persona que firmó: _____

14. *Chrysomelidae*, 1897

10 - ASIA MENOR E IL TERRITORIO CONFINANTE

☐ **RECEIVED BY THE ADDRESSEE** ☐ **RETURNED BY ADDRESSEE** ☐ **NOT DELIVERABLE TO ADDRESSEE**

☐ 24 HOURS ☐ 48 HOURS ☐ 72 HOURS ☐ 96 HOURS

☐ REPRESENTANTE DA MODERIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEIAT (SO DESEJANDO EM MODERIZAÇÃO (PAIS, CRIADOR, TUTOR)

☐ CONTA CORRENTE (para depósito em nome de terceiros)

☐ Business to Business (B2B) ☐ Consumer to Consumer (C2C)

AGENCIA: [] [] CONTA: [] [] AGÊNCIA: [] [] COTA: [] []

Author	Year	Sample Size	Study Design	Intervention	Outcome
...	...	...	...	...	...

[illegible]

22. DECLARAÇÃO DE ATENDÊNCIA DE LAZER DO IND - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COMPLETURA DE INDICADOR 2. FIRMANTE (NT)

Deixaria, sob as penas da lei, que estas crianças fossem de propriedade e laudem do próprio Medisimil e, ao mesmo tempo, de seu nome, de sua imagem e de sua fama por meio de publicidade, uma vez que (assim) seria das opções;

☐ Não há dúvida que atenda a exigência de aprovação ou de mérito resultante ou

☐ () Não. O(a) estudante a respeito do trabalho ou da matéria em questão não recebeu nenhuma nota final do Sanguin (DPA) e, portanto, não pode ser considerado aprovado.

1. O talão deverá ser entregue a seguir da ocorrência ou da primeira residência dos pais, parentes ou responsáveis com idade mínima de 90 (noventa) dias da ocorrência.

CONFIDENTIAL - SECURITY INFORMATION - This document contains information that is exempt from public release under the Freedom of Information Act, 5 U.S.C. 552, and is to be controlled, stored, handled, transmitted, and disposed of in accordance with the provisions of the Department of Defense Information Security Manual, DoD 5200.101, and the Department of Defense Information Security Manual, DoD 5200.102.

DECLARAÇÃO DE LÍMITES BENEFÍCIOS PRESENCIAIS E/OU SOMENTE PARA CONSULTORIA DE NOTÍTI

* ☐ Individual ☐ Substituído ☐ Cores (ou Cores) ☐ Alterado ☐ Separado (ou Separado) ☐ Outros

12. The following information is available for the year ended 31/12/2019:

[illegible]

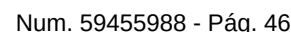
12-11-68

.....

[illegible]

1. The first step is to identify the problem or question that needs to be answered. This involves understanding the context and the specific requirements of the task.

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

[illegible]



PREFEITURA MUNICIPAL DOS BEZERROS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
COORDENAÇÃO DO SAMU



DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO DO SAMU BEZERROS - PE

Declaro para os devidos fins e em atenção ao pedido da Sra Rosilene Maria Bezerra, Identidade 7 081.317 SDS-PE, residente na Rua Antonio B. Vasconcelos n. 36, Centro, Bezerros - PE, que Constam nos registros de Ocorrências do SAMU Bezerros, atendimento realizado ao Sr Paulo Roberto Bezerra, id 7.7181993SDS-PE, na data 13/07/2019, Referente ao atropelamento, na Avenida Major Aprigio da Fonseca - Bezerro, número da ocorrência 5118, as 17hs e 55 min., o mesmo foi encaminhado a Unidade Mista São José.

Bezerros PE; 16/07/2019

Sem mais para o momento, elevamos votos de estima e apreço

Atenciosamente,

Regina T. Lolaia
Coordenadora do SAMU Bezerros
COREN - PE Nº 142524

Coordenadora do SAMU/BEZERROS - PE
Dr. Enf. Regina Lolaia
COREN - PE Nº 142524



BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 18/12/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.012,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: PAULO ROBERTO BEZERRA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 02192

CONTA: 000000089917-0

Nr. da Autenticação 9574D84C8D77529F

