



Número: **0060590-42.2019.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção B da 25ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **24/09/2019**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **NÃO**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
ANA MARIA NENEU DE OLIVEIRA E SILVA (AUTOR)	ANA CRISTINA ALEIXO PEREIRA SANTOS (ADVOGADO)
MAPFRE VERA CRUZ SEGURADORA S/A (REU)	RAFAELLA BARBOSA PESSOA DE MELO (ADVOGADO)
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (REU)	RAFAELLA BARBOSA PESSOA DE MELO (ADVOGADO)
PAULO FERNANDO BEZERRA DE MENEZES FILHO (PERITO)	

Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
77571755	25/03/2021 10:02	<a href="#">Microsoft Word - 2727971_MANIFESTACAO_LAUDO</a>	Petição em PDF



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 25ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE RECIFE/PE

Processo n.º 00605904220198172001

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

A Lei que regula a indenização pleiteada pela parte Autoral é a Lei n.º 6.194/74, a qual determina que deve existir nexo de causalidade e efeito entre a invalidez e o acidente noticiado.

Em que pese à parte autora ter juntado aos autos documentos médicos e uma comunicação policial unilateral, não há elementos capazes de comprovar **que a lesão apresentada seja em decorrência do acidente de trânsito**.

Constata-se, pela simples leitura dos documentos acostados aos autos, que os mesmos atestam que inexistente nexo causal entre o acidente e a suposta invalidez da vítima, não podendo de forma alguma o i. julgador ficar indiferente a estes documentos.

Como é de sabença não só é necessário, mas obrigatória, a comprovação do nexo entre a ocorrência do dano e o fato gerador do mesmo.

Ocorre que, após a devida regulação na esfera administrativa, quando a parte autora foi submetida a exame pericial constatou-se a ausência de sequela indenizável, motivo pelo qual não há cobertura para o acidente narrado nos autos, fazendo-se mister a improcedência do pleito inicial.

**PORTANTO, NO QUE PESE O LAUDO PERICIAL ATESTAR A EXISTÊNCIA DE INVALIDEZ PERMANENTE, QUANTIFICANDO-A, O MESMO NÃO SE PRESTA A COMPROVAR CABALMENTE NEXO DE CAUSALIDADE ENTRE AS LESÕES E UM ACIDENTE AUTOMOTOR. PERCEBA QUE TODA DOCUMENTAÇÃO CARREADA AOS AUTOS, EM ESPECIAL O BOLETIM DE ATENDIMENTO MÉDICO JUNTADO AOS AUTOS, BEM COMO O PROCESSO ADMINISTRATIVO EM ANEXO, APONTAM NO SENTIDO DA AUSÊNCIA DE CORRESPONDÊNCIA ENTRE O DANO SUPOSTO E UM SINISTRO DE TRÂNSITO.**

**Frisa-se não se apresentar crível, nem verossímil, que a parte autora venha apresentar lesão invalidante vários meses após ter sido submetido à avaliação médica administrativa. Digno de destaque todos os avanços**

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



na área da medicina, que oportunizam uma melhora, atenuação, do quadro clínico da parte autora, não se justificando a ideia do aparecimento tardio de uma permanente invalidez.

Prestigiando o princípio da eventualidade, destacamos que foi nomeado perito, tendo as partes apresentado quesitos com o escopo de se verificar qual o grau de comprometimento da Invalidez apurada, não obstante a impossibilidade de condenação ante a ausência do elemento causal (acidente x invalidez).

Repita-se, não é crível que com os avanços da medicina, os tratamentos realizados na parte autora serviram para agravar a doença e não oportunizaram uma melhora ou, no mínimo, a manutenção da lesão apurada na esfera administrativa.

É certo que o julgador não está adstrito à conclusão contida no laudo pericial, mas a simples leitura do mesmo demonstra que a r. Perito não buscou comprovar o suposto agravamento da lesão, somente limitando-se a responder os quesitos apresentados de maneira simplista e sem qualquer fundamentação

VEJA AINDA EXA., QUE O I. EXPERT, NÃO INFORMA QUAL SERIA O TIPO DE RESTRIÇÃO, LIMITAÇÃO OU INUTILIZAÇÃO DO R. ÓRGÃO INFORMADO NO LAUDO PERICIAL.

Diante do exposto, não tendo sido cabalmente comprovado o nexo de causalidade entre o suposto acidente automotor e a invalidez constatada, merece ser julgada totalmente improcedente a presente demanda nos termos do art. 487, I do CPC.

Nestes Termos,  
Pede Deferimento,

RECIFE, 18 de março de 2021.

**JOÃO BARBOSA**  
**OAB/PE 4246**

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





Número: **0060590-42.2019.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção B da 25ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **24/09/2019**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **NÃO**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
ANA MARIA NENEU DE OLIVEIRA E SILVA (AUTOR)	ANA CRISTINA ALEIXO PEREIRA SANTOS (ADVOGADO)
MAPFRE VERA CRUZ SEGURADORA S/A (REU)	RAFAELLA BARBOSA PESSOA DE MELO (ADVOGADO)
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (REU)	RAFAELLA BARBOSA PESSOA DE MELO (ADVOGADO)
PAULO FERNANDO BEZERRA DE MENEZES FILHO (PERITO)	

Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
77571756	25/03/2021 10:02	<a href="#">ANEXO 1</a>	Outros (Documento)

derrogado e usá-lo, para prevenir acidentes e evitar as doenças profissionais.

Mantenha ao seu novo companheiro os perigos que o cercam no trabalho.

Cada acidente é uma lição que deve ser aprendida, para evitar males desagradáveis.

Tudo o acidente tem uma causa que é preciso ser pesquisada, para evitar a sua repetição.

Se você for acidentado, procure logo o socorro médico tão rápido. Não deixe que "entendidos" e "curiosos" causem mais o agravamento de sua lesão.

Se você não é electricista, não se meta a fazer serviços de electricidade.

Procure o socorro médico imediato, se você for vítima de um acidente, mesmo que não tenha ferimentos.

As máquinas não possuem inteligência, mas você deve respeitá-las. Atenda às recomendações dos manuais de CIPA e de suas análises e estudos.

Conheça sempre as regras de segurança da seção onde você trabalha. Correria e descuido no trabalho produzem acidentes e prejuízos.

Leite e refilam sempre os equipamentos usados nos circuitos e avisos sobre prevenção de acidentes.

Os aços, pulantes, gravadores e mangas cortantes não ficam perto do seu uniforme de trabalho.

Mantenha sempre as guardas protetoras das máquinas nos devidos lugares.

Para a máquina quando tiver que encerrá-la ou lubrificá-la, habilite-se à trabalhar protegido contra as acidentalidades.

Conheça o manuseio dos extintores e demais dispositivos de combate ao fogo existentes em seu local de trabalho. Você pode ser necessário de usá-los alguns dias.



MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO  
CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL

CONTINUAÇÃO

Número 26538 Série 00058

Érica de Meneses Silva  
ASSINATURA DO PORTADOR



DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO  
04 JUL 2008  
Gente Seguradora S/A.  
Av. Rui Barbosa, 715 - 11.º  
Rio de Janeiro - RJ



### QUALIFICAÇÃO CIVIL

Nome Enrica de Menezes Silva  
 Loc. Nasc. Caruaru Est. PE Data 02.09.1985  
 Filiação Luiz Sereno da Silva e Jacelide  
Castanho de Menezes  
 Doc. Nº R.G. 36.415.2052-X SSR/SP

### ESTRANGEIROS

Chegada ao Brasil em ...../...../..... Doc. Ident. Nº .....  
 Exp. em ...../...../..... Estado .....

Obs.:  
 Data Emissão 23.07.2012 SRTE AG DO TRABALHO

Edvanilson Rodrigues de Sousa

Assinatura do Funcionário  
Edvanilson Rodrigues de Sousa

Mat: 1704-3

### ALTERAÇÕES DE IDENTIDADE

(Com relação a nome, est. civil e data de nasc.)

9

DEPARTAMENTO DE REGISTROS  
 CIVIL  
 CONTEUDO NÃO VERIFICADO  
 04 JUL 2018  
 Gente Seguradora S/A.  
 Av. Rui Barbosa 715 - 3º F.  
 Recife - PE



02/12/2017

Receita Federal do Brasil

**COMPROVANTE DE SITUAÇÃO  
CADASTRAL NO CPF**

ASL-0060060/18  
maria.santos  
05/07/2018 15:10:56



ASL-0060060/18  
maria.santos  
05/07/2018 15:10:56

**MINISTÉRIO DA FAZENDA**

Secretaria da Receita Federal do Brasil

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: 057.822.294-97

Nome: ERICA DE MENEZES SILVA

Data Nascimento: 02/09/1983

Situação Cadastral: **REGULAR**

Data de inscrição no CPF: 27/01/2003

Dígito Verificador: 00

Comprovante emitido às: 13:24:21 do dia 02/12/2017 (hora e data de Brasília)

Código de controle do comprovante: 964E.A34D.FE56.C93A

ASL-0060060/18  
maria.santos  
05/07/2018 15:10:56



ASL-0060060/18  
maria.santos  
05/07/2018 15:10:56

ASL-0060060/18  
maria.santos  
05/07/2018 15:10:56

Aprovado pela IN/RFB nº 1.548, de 13/02/2015.

**Nova Consulta**

Nº do CPF: 057.822.294-97

Nome: ERICA DE MENEZES SILVA

ASL-0060060/18  
maria.santos

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

05 JUL 2018

Genie Seguradora S/A.  
Av. Rui Barbosa, 715 - 15.º  
São Paulo - SP



Aprovado pela IN/RFB nº 1.548, de 13/02/2015.





REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PE Nº 013100251198  
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VEICULO: 1001384344 - FUNDO: 2011

NOME: MARIA JOSE BATISTA

ALFONSO-PE

CPF/CNPJ: 097.670.874-09

PLACA ANT./UF: 000000/PE

CHASSI: 9C6D9254040000000000

ESPÉCIE TIPO: PAS - MOTOCICLETA

CONEXÃO: ALDO BASSO

MARCA/MODELO: PAS 150

ANOSAS: 2011

CAP/NOT/IC: 2P/149CL

CATEGORIA: PARTIO

CONFIRMAR: VERANDA

COTA UNICA: IPVA 2017 QUITADO

VENIO COTA UNICA: 1ª

PASSA LEVA: A

PARCELAMENTO/NOTAS: 2ª

3ª

PREMIO TANTUM (R\$): 360,00

PREMIO TOTAL (R\$): 360,00

DATA DE PAGAMENTO: 08/02/11

**SEGURO OBRIGATORIO**  
OBSERVAÇÕES: AL EID SANGU YAHUA MOTOR DO EPA DOCUMENTO DE PONTE OBRIGATORIO NAO PARA TRANSFERENCIA

ALFONSO

Carla Andreia Sousa Cabral  
Diretor Presidente DETRAN/PE

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NAO - SEGURO DPVAT

PE Nº 013100251198 - BILHETE DE SEGURO DPVAT

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

www.seguradoralider.com.br  
SAC-DPVAT 0800 022 1204

PLACA: 0005399

DATA EMISSAO: 08/02/11

MARCA/MODELO: PAS 150

ANOSAS: 2011

CONFIRMAR: VERANDA

PREMIO TANTUM (R\$): 360,00

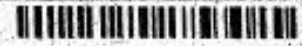
PREMIO TOTAL (R\$): 360,00

DATA DE PAGAMENTO: 08/02/11

DATA DE EMISSAO: 08/02/11

**SEGUROADORA LIDER - DPVAT**

CNPJ 04.748.660/0001-04



DETRAN/PE  
DPVAT  
CONTEUDO NAO VERIFICADO  
05 JUL 2018  
Gente Seguradora S/A  
Av. Rui Barbosa, 715 - U. 5  
Recife - PE





REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

UNIDADE DE SERVIÇOS ADMINISTRATIVOS

SECRETARIA DE DEFESA NACIONAL

DEPARTAMENTO DE INSCRIÇÃO DE ELEITORES

01R-17



ANNA MARIA NENEU DE OLIVEIRA E SILVA

CARTEIRA DE IDENTIDADE

UNIDADE DE SERVIÇOS ADMINISTRATIVOS

SECRETARIA DE DEFESA NACIONAL

DEPARTAMENTO DE INSCRIÇÃO DE ELEITORES

7.536.928

19/12/2008

<< ANA MARIA NENEU DE OLIVEIRA E SILVA >>

<< MANOEL ALVES DE OLIVEIRA SOBRINHO >>

<< JUDITE NENEU DE SOBRAL >>

IBIRAJUBA - PE

26/01/1984

<< CC.928 L.83 F.212 CART. 1º

ALTINHO-PE 01.10.2002 >>

Cartão de uso pessoal e intransferível.  
Deve ser apresentado junto com um documento de identidade.

DEZ/2008

**CORREIOS**  
www.correios.com.br

MINISTÉRIO DA FAZENDA  
**Receita Federal**

**CPF**

066.439.504-06

ANA MARIA NENEU DE OLIVEIRA E SILVA

26/01/1984

DEPARTAMENTO DE SISTEMAS  
DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO  
05 JUL 2018

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

GOV. DO ESTADO DE PERNAMBUCO

SECRETARIA DE DEFESA NACIONAL

DEPARTAMENTO DE INSCRIÇÃO DE ELEITORES

ANNA MARIA NENEU DE OLIVEIRA E SILVA

ASSINATURA DIGITAL DO ELEITOR

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

TÍTULO ELEITORAL

IDENTIFICAÇÃO BIOMÉTRICA

NOME DO ELEITOR

ANA MARIA NENEU DE OLIVEIRA

DATA DE NASCIMENTO

26/01/1984

CPF

0609 6948 0825

MUNICÍPIO

ALTINHO/PE

DATA DE EMISSÃO

21/05/2013

JUIZ ELEITORAL



MS-DATASUS  
VERSÃO 15.10

PROGRAMA DE APOIO A ENTRADA DE DADOS DE AIH - SISAIH01  
INSTITUTO ALCIDES DANORADE LIMA  
ESPELHO DA AIH

PAG: 1  
DATA: 17/07/2018

O.E: M260190001 ESFERA: PRIVADO APRESENTAÇÃO: 07/2018  
Num AIH: 261810541291-2 Situação: EXPORTADA Tipo: 01-INICIAL Apresentação: 07/2018 Data Autorização: 28/05/2018

Especialidade: 01 - CIRURGICO Orgão Emissor: M260190001 CRC: 0570603EBD  
Doc autorizador: 980019003872395 Doc med resp: 204322839720003 Doc diretor clínico: 204322839720003 Doc médico soc: 100512953070003  
CNS: 2344254 INSTITUTO ALCIDES DANORADE LIMA CNS: 70000473362910-7  
Paciente: ANA MARIA NENEU DE OLIVEIRA E SILVA Prontuário: 113601  
Data Nasc: 28/01/1984 Sexo: FEMININO Nacionalidade: 010 - BRASILEIRO Tipo Doc: Identidade Doc: 7538920  
Responsável pac.: ANA MARIA NENEU DE OLIVEIRA E SILVA Nome da Mãe: JUDITE NENEU DE SOBRAL  
Endereço: RUA PRACA JULIO RODRIGUES FILHO 42, Bairro: CENTRO Raza/Cor: 01-BRANCA Etnia: 0000-NAO SE APLICA  
Município: 20000 - ALTINHO UF: PE CEP: 53400-000 Telefone: (51)9955-91614 Mada Prop: 7: N/A  
Procedimento solicitado: 04.15.01.001-2 - TRATAMENTO C/ CIRURGIAS MULTIPLAS  
Procedimento principal: 04.15.01.001-2 - TRATAMENTO C/ CIRURGIAS MULTIPLAS  
Diag. principal: S822-FRATURA DA DIAFISE DA TIBIA  
Complementar:  
Caráter atendimento: 01 - ELETIVO  
Data internação: 28/05/2018 Data saída: 30/05/2018 Mot saída: 12 - ALTA MELHORADO  
Liberação SISAIH01: Idade Maior  
[ Causas Externas (Acidente ou Violência) ]  
CNPJ do Empregador: CNAER:  
Vínculo Previdência: CBOR:

Diag. secundário:  
Causa Óbito:  
Modalidade: HOSPITALAR

AIH Anterior: AIH Posterior:

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

Unid	Procedimento	Documento CEG	CNE/CNPE	Autor	Valor	Qtd	Concl	Descrição
1	0408060508	980016003798055 225270(1)		2344254				05/2018 TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA LESAO
2	0406050608	204322571080018 225151(8)	2344254	2344254				05/2018 TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA LESAO
3	0702031003		41249434000107	2344254				05/2018 PUNCA EM T 4.5 MM (INJEÇÃO PARAFUSOS)
4	0408060190	980016003798055 225270(1)		2344254				05/2018 OSTEOTOMIA DE OSSOS LONGOS EXCETO DA
5	0406060190	204322571080018 225151(8)	2344254	2344254				05/2018 OSTEOTOMIA DE OSSOS LONGOS EXCETO DA
6	0415040035	980016003798055 225270(1)		2344254				05/2018 DEBRIDAMENTO DE ULCERA DE TECIDOS
7	0415040035	204322571080018 225151(8)	2344254	2344254				05/2018 DEBRIDAMENTO DE ULCERA DE TECIDOS
8	0802010018			2344254				05/2018 DIARIA DE ACOMPANHANTE ADULTO (COM

DADOS DE CEM

Link: Nota Fiscal: CNPJ Fornecedor: Log: Selo: Res. ANVISA: CNPJ Fabricante:  
3 064 773 41.245.434/0001-07

CID SECUNDÁRIO

CM: Características: Descrição:  
Y319 PREEXISTENTE OUTROS FATOS OU EVENTOS ESPECIFICADOS - LOCAL NAO ESPECIFICADO

Número de Nascidos: Número de Saídas: Nº Pré-História:  
Vivos: Mortos: Altas: Transf.: Óbitos:

De acordo com a Portaria SAS/MS Nº 92 de 22 de agosto de 1995 publicada no Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 24.08.1995, Seção I, p. 12096, esta via deste relatório deve ser arquivada no prontuário do paciente.

ASSINATURA E CARIMBO  
DIRETOR DO HOSPITAL

De Ramon...  
16 NOV 2018  
DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
CONTÉUDO NÃO VERIFICADO  
DPM  
31 NOV 2018

Conferido Com Documento  
Original Beterras: 30 PHLO  
Hospital Jesus Pequeno

And Amorim  
Assistente Social  
CRESS/PE: 4.471

Av. Rui Barbosa, 715 - 1º, 5  
Gente Seguradora S/A.  
16 NOV 2018  
DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
CONTÉUDO NÃO VERIFICADO  
DPM  
31 NOV 2018





## SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE RECEITUÁRIO

Nome: Anna M. Nunes de O. Silva

Declaro para os devidos fins, que esta paciente realiza fisioterapia neste serviço para reabilitação de tornozelo D. A mesma apresenta boa evolução, com diminuição do quadro clínico e aumento de ADM e força. Paciente caminhando sem auxílio de muletas.

Atenciosamente,

08/11/2018  
Data



[Assinatura]  
Médico

Paciente:

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	APRESENTAÇÃO	DOSAGEM

   
Data

   
Assinatura do Médico





## SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

### UNIDADE MISTA DO ALTINHO

#### FICHA DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

FICHA Nº 68

1 - Identificação do Paciente: Data: 22/06/2018 Hora: 16:32

Nome: Gina Maria Nemeu de Oliveira Profissão: \_\_\_\_\_

Nº do Cartão do SUS: \_\_\_\_\_ Sexo: F ( ) M ( ) Fone: \_\_\_\_\_

Endereço: R: Manoel Omena nº 98 Bairro: centro Cidade: \_\_\_\_\_

Data de Nascimento: 26/01/1983 Idade: 34 Naturalidade: \_\_\_\_\_

Nome da Mãe: Judite Nemeu de Sales Escolaridade: \_\_\_\_\_ PESO: \_\_\_\_\_

SSVV	Admissão	1º Horário	2º Horário	3º Horário
Temperatura				
HGT				
Pulso				
Pressão Arterial	<u>120x80</u>			

1 - Histórico do paciente:

Queda de um balcão de 2m de altura.  
Nesse TCE. Hemodinamicamente estável.  
Edema ede em MI

2 - Hipótese Diagnóstica:

3 - Prescrição Médica:

Tramadol 100mg + SF, 12/1000 6x.  
A UPA, a seguir  
Saia: HRA - 5432237

4 - Conduta de Enfermagem:

Dr. Allan Queiroz  
MÉDICO  
CRM nº 10412

Dr. Allan Queiroz  
MÉDICO  
CRM nº 10412

Hora da liberação: \_\_\_\_\_  
Gretchen Silva  
RECEPCIONISTA

Assinatura, carimbo e CRM do Médico

OBS: Todos os dados deverão ser preenchidos com letra legível, apresentando assinatura e carimbo do profissional.

Rua Manoel Omena, 32- Centro- Altinho/Pe Cep: 55490-000 Fone: (81)3739-1140





PREFEITURA MUNICIPAL DO ALTINHO  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
UNIDADE MISTA DO ALTINHO  
FORMULÁRIO DE TRANSFERÊNCIA DE  
PACIENTES

Nome: Antonio YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR sexo M  
Data de nascimento: 21/01/1985 idade: 36 anos  
Pais ou responsáveis: \_\_\_\_\_  
Endereço: \_\_\_\_\_  
Cidade: \_\_\_\_\_ telefone \_\_\_\_\_ hora do atendimento \_\_\_\_\_ h

DESTINO DO PACIENTE: HRA - ortopedia SENHA: 5932237

**MOTIVO DA TRANSFERÊNCIA**

ANAMNESE: Acidente de trânsito no trânsito  
Neg. TBC. Cateter e absorção  
de RX no SNUX

EXAME FÍSICO: \_\_\_\_\_

DROGAS ADMINISTRADAS: \_\_\_\_\_

EXAMES COMPLEMENTARES: \_\_\_\_\_

HD: \_\_\_\_\_

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM: \_\_\_\_\_



Dr. Allan Queiroz  
Médico  
CRM 17810412

ASSINATURA, CARIMBO E CRM DO MÉDICO

DATA: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_





## Declaração do Proprietário do Veículo

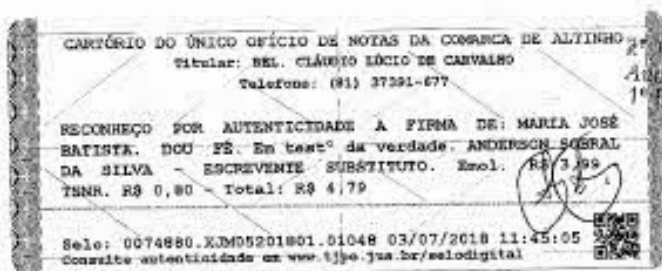
Eu Maria José Batista  
RG nº 895.765, data de expedição 14/11/1986  
Órgão SSP-PE, portador do CPF nº 099.670.874-04, com  
domicílio na cidade de Altinho, no Estado de  
Pernambuco, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)  
Av. Manoel Barbosa N. Centro., nº 91,  
complemento casa., declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo  
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a  
vítima Am. Maria Nemes de Oliveira o condutor era

Veículo: motocicleta  
Modelo: Yamaha XTZ 150 CROSSER.  
Ano: 2015  
Placa: PD 0 5399  
Chassi: QC6D G 2510 F00 29137  
Data do Acidente: 22/05-2018  
Local e Data: \_\_\_\_\_

Maria José Batista  
Assinatura do Declarante



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



2º TABELADO DE NOTAS  
Anderson Sobral da Silva  
1º Escrevente Substituto  
Altinho - PE





Pedido de serviço para Via para Pagamento Grupo B n° 1352640881

## NOTA FISCAL | FATURA | CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

## COMPANHIA ENERGÉTICA DE PERNAMBUCO

AV. JOÃO DE BARROS, 111, BOA VISTA,  
RECIFE, PERNAMBUCO  
CEP 50060-902  
CNPJ 10.835.912/0001-08  
INSCRIÇÃO ESTADUAL 0005943-73



www.celpe.com.br

Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de 25/04/02  
COMERCIAL 0800 0810120 PRONTIDÃO 0800 0810156  
Atendimento ao deficiente auditivo ou de fala: 0800 281 0142  
Ouvidoria 0800 282 5599  
Agência de Regulação dos Serviços Públicos Delegados  
do Estado de Pernambuco-ARPE: 0500 727 0187-  
Ligação Gratuita de Telefones Fixos  
Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL: 157-  
Ligação Gratuita de telefones fixos e tarifada  
na origem para telefones celulares

<b>DADOS DO CLIENTE!</b> <b>INGLIDA MENEZES SILVA LEMOS</b>	<b>DATA DE VENCIMENTO</b> <b>28/02/2018</b>	<b>DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL</b> 21/02/2018	<b>CONTA CONTRATO</b> <b>7026635572</b>
<b>ENDEREÇO</b> RUA ANTONIO DE FREITAS SOBRINHO 194 - CENTRO/GRAVATA - 55640-000 GRAVATA PE -	<b>TOTAL A PAGAR</b> <b>R\$ 85,18</b>	<b>DATA DA APRESENTAÇÃO</b> 21/02/2018	<b>CLASSIFICAÇÃO</b> RESIDENCIAL Monofásico B1
<b>PERÍODO CONSUMO</b> 23/01/2018 a 21/02/2018	<b>CONSUMO</b> 119	<b>NÚMERO DA NOTA FISCAL</b> 006548465	

ICMS - BASE DE CÁLCULO R\$ 0,00 Alíquota 25,00 valor do imposto R\$ 19,89

## AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

## VIA PARA PAGAMENTO

Destaque aqui

<b>CONTA CONTRATO</b> 7026635572	<b>MÊS/ANO</b> 02/2018	<b>TOTAL A PAGAR</b> R\$ 85,18	<b>VENCIMENTO</b> 28/02/2018	<b>TALÃO DE PAGAMENTO</b> Evite dobrar e perfurar ou rasurar. Este canhoto será usado em leitora ótica.
838600000000 851800110078 026635572102 112979189136				<b>AUTENTICAÇÃO MECÂNICA</b>



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

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

**INFORMAÇÕES IMPORTANTES:**

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

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECASWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

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

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

<sup>1</sup> Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

<sup>2</sup> Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Enrico de Menezes Silva inscrito (a) no CPF/CNPJ 057.822.294 / 97 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Ana Maria Nemes de Oliveira e Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 066.439.504 / 06 do sinistro de DPVAT cobertura Invalididade da Vítima Ana Maria Nemes de Oliveira e Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 066.439.504 / 06, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

☐ Declaro Profissão: \_\_\_\_\_ Renda: \_\_\_\_\_ e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso informar

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

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

Endereço <u>Rua Antonio de Freitas Salgado</u>		Número <u>194</u>	Complemento <u>Casa</u>
Bairro <u>Centro</u>	Cidade <u>Gravatá</u>	Estado <u>PE</u>	CEP <u>55640-000</u>
Email <u>enricomenezes@hotmail.com</u>		Telefone comercial(DDD) <u>-</u>	Telefone celular (DDD) <u>(81) 99360-5567</u>

Gravatá, 04 de Julho de 2018  
Local e Data

Enrico de Menezes Silva  
Assinatura do Declarante

DLDR001 V001/2017





Tarifa Social de Energia Elétrica Filada pela Lei 10.438, de 28/04/02  
Companhia Energética de Pernambuco  
Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife, Pernambuco - CEP 50090-900  
CNPJ 18.025.932/0001-08 | Insc. Est. 800949-81 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE  
ABILIO GUILHERMINO DE SOBRAL

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA  
RUA SIQUEIRA CAMPOS 80

CPF: 590.735.314-15

CENTROALTO  
ALTINO PE  
55490-000

CLASSIFICAÇÃO  
BT RESIDENCIAL  
RESIDENCIAL  
Monofásico

PERÍODO DE FATURAMENTO  
01/07/2018 JUNTA 25/08/2018  
05/05/2018 20/11/2018 15/06/2018

25/07/2018 08/2018  
2/06/2018 04/07/2018  
358,58

CONSUMO	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo (kW)	415,000000	0,7922710	330,76
Acrescimo Bandeira AMARELA			0,00
Acrescimo Bandeira VERMELHA			4,33
Contribuição Iluminação Pública			33,93
ICMS Subvenção COE-NF 011353250-03/04/10			1,89
Multa por atraso NF 011353250-03/04/10			2,87
Juros por atraso NF 011353250-03/04/10			2,26
Avaliação GPM-NF 011353250-03/04/10			

DESPACHAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

0-5 JUL 2018

Gente Seguradora S/A.  
Av. Rui Barbosa, 715 - 1J. 5  
Recife - PE

TOTAL DA FATURA

Nº DO RECIBO	Tipo da Fatura	Valor	Valor de Cobrança	Valor de Pagamento	Nº DO RECIBO	Tipo da Fatura	Valor	Valor de Cobrança	Valor de Pagamento
11000	11000	358,58	358,58	358,58	11000	11000	358,58	358,58	358,58

PERÍODO		VALOR		VALOR		VALOR		VALOR		VALOR	
JAN 18	110	358,58	358,58	358,58	358,58	358,58	358,58	358,58	358,58	358,58	358,58
FEB 18	110	358,58	358,58	358,58	358,58	358,58	358,58	358,58	358,58	358,58	358,58
MAR 18	110	358,58	358,58	358,58	358,58	358,58	358,58	358,58	358,58	358,58	358,58
ABR 18	110	358,58	358,58	358,58	358,58	358,58	358,58	358,58	358,58	358,58	358,58
MAY 18	110	358,58	358,58	358,58	358,58	358,58	358,58	358,58	358,58	358,58	358,58
JUN 18	110	358,58	358,58	358,58	358,58	358,58	358,58	358,58	358,58	358,58	358,58
JUL 18	110	358,58	358,58	358,58	358,58	358,58	358,58	358,58	358,58	358,58	358,58
AUG 18	110	358,58	358,58	358,58	358,58	358,58	358,58	358,58	358,58	358,58	358,58
SET 18	110	358,58	358,58	358,58	358,58	358,58	358,58	358,58	358,58	358,58	358,58
OCT 18	110	358,58	358,58	358,58	358,58	358,58	358,58	358,58	358,58	358,58	358,58
NOV 18	110	358,58	358,58	358,58	358,58	358,58	358,58	358,58	358,58	358,58	358,58
DEZ 18	110	358,58	358,58	358,58	358,58	358,58	358,58	358,58	358,58	358,58	358,58
JAN 19	110	358,58	358,58	358,58	358,58	358,58	358,58	358,58	358,58	358,58	358,58
FEB 19	110	358,58	358,58	358,58	358,58	358,58	358,58	358,58	358,58	358,58	358,58
MAR 19	110	358,58	358,58	358,58	358,58	358,58	358,58	358,58	358,58	358,58	358,58
ABR 19	110	358,58	358,58	358,58	358,58	358,58	358,58	358,58	358,58	358,58	358,58
MAY 19	110	358,58	358,58	358,58	358,58	358,58	358,58	358,58	358,58	358,58	358,58
JUN 19	110	358,58	358,58	358,58	358,58	358,58	358,58	358,58	358,58	358,58	358,58
JUL 19	110	358,58	358,58	358,58	358,58	358,58	358,58	358,58	358,58	358,58	358,58
AUG 19	110	358,58	358,58	358,58	358,58	358,58	358,58	358,58	358,58	358,58	358,58
SET 19	110	358,58	358,58	358,58	358,58	358,58	358,58	358,58	358,58	358,58	358,58
OCT 19	110	358,58	358,58	358,58	358,58	358,58	358,58	358,58	358,58	358,58	358,58
NOV 19	110	358,58	358,58	358,58	358,58	358,58	358,58	358,58	358,58	358,58	358,58
DEZ 19	110	358,58	358,58	358,58	358,58	358,58	358,58	358,58	358,58	358,58	358,58
JAN 20	110	358,58	358,58	358,58	358,58	358,58	358,58	358,58	358,58	358,58	358,58
FEB 20	110	358,58	358,58	358,58	358,58	358,58	358,58	358,58	358,58	358,58	358,58
MAR 20	110	358,58	358,58	358,58	358,58	358,58	358,58	358,58	358,58	358,58	358,58
ABR 20	110	358,58	358,58	358,58	358,58	358,58	358,58	358,58	358,58	358,58	358,58
MAY 20	110	358,58	358,58	358,58	358,58	358,58	358,58	358,58	358,58	358,58	358,58
JUN 20	110	358,58	358,58	358,58	358,58	358,58	358,58	358,58	358,58	358,58	358,58
JUL 20	110	358,58	358,58	358,58	358,58	358,58	358,58	358,58	358,58	358,58	358,58
AUG 20	110	358,58	358,58	358,58	358,58	358,58	358,58	358,58	358,58	358,58	358,58
SET 20	110	358,58	358,58	358,58	358,58	358,58	358,58	358,58	358,58	358,58	358,58
OCT 20	110	358,58	358,58	358,58	358,58	358,58	358,58	358,58	358,58	358,58	358,58
NOV 20	110	358,58	358,58	358,58	358,58	358,58	358,58	358,58	358,58	358,58	358,58
DEZ 20	110	358,58	358,58	358,58	358,58	358,58	358,58	358,58	358,58	358,58	358,58
JAN 21	110	358,58	358,58	358,58	358,58	358,58	358,58	358,58	358,58	358,58	358,58
FEB 21	110	358,58	358,58	358,58	358,58	358,58	358,58	358,58	358,58	358,58	358,58
MAR 21	110	358,58	358,58	358,58	358,58	358,58	358,58	358,58	358,58	358,58	358,58
ABR 21	110	358,58	358,58	358,58	358,58	358,58	358,58	358,58	358,58	358,58	358,58
MAY 21	110	358,58	358,58	358,58	358,58	358,58	358,58	358,58	358,58	358,58	358,58
JUN 21	110	358,58	358,58	358,58	358,58	358,58	358,58	358,58	358,58	358,58	358,58
JUL 21	110	358,58	358,58	358,58	358,58	358,58	358,58	358,58	358,58	358,58	358,58
AUG 21	110	358,58	358,58	358,58	358,58	358,58	358,58	358,58	358,58	358,58	358,58
SET 21	110	358,58	358,58	358,58	358,58	358,58	358,58	358,58	358,58	358,58	358,58
OCT 21	110	358,58	358,58	358,58	358,58	358,58	358,58	358,58	358,58	358,58	358,58
NOV 21	110	358,58	358,58	358,58	358,58	358,58	358,58	358,58	358,58	358,58	358,58
DEZ 21	110	358,58	358,58	358,58	358,58	358,58	358,58	358,58	358,58	358,58	358,58
JAN 22	110	358,58	358,58	358,58	358,58	358,58	358,58	358,58	358,58	358,58	358,58
FEB 22	110	358,58	358,58	358,58	358,58	358,58	358,58	358,58	358,58	358,58	358,58
MAR 22	110	358,58	358,58	358,58	358,58	358,58	358,58	358,58	358,58	358,58	358,58
ABR 22	110	358,58	358,58	358,58	358,58	358,58	358,58	358,58	358,58	358,58	358,58
MAY 22	110	358,58	358,58	358,58	358,58	358,58	358,58	358,58	358,58	358,58	358,58
JUN 22	110	358,58	358,58	358,58	358,58	358,58	358,58	358,58	358,58	358,58	358,58
JUL 22	110	358,58	358,58	358,58	358,58	358,58	358,58	358,58	358,58	358,58	358,58
AUG 22	110	358,58	358,58	358,58	358,58	358,58	358,58	358,58	358,58	358,58	358,58
SET 22	110	358,58	358,58	358,58	358,58	358,58	358,58	358,58	358,58	358,58	358,58
OCT 22	110	358,58	358,58	358,58	358,58	358,58	358,58	358,58	358,58	358,58	358,58
NOV 22	110	358,58	358,58	358,58	358,58	358,58	358,58	358,58	358,58	358,58	358,58
DEZ 22	110	358,58	358,58	358,58	358,58	358,58	358,58	358,58	358,58	358,58	358,58
JAN 23	110	358,58	358,58	358,58	358,58	358,58	358,58	358,58	358,58	358,58	358,58
FEB 23	110	358,58	358,58	358,58	358,58	358,58	358,58	358,58	358,58	358,58	358,58
MAR 23	110	358,58	358,58	358,58	358,58	358,58	358,58	358,58	358,58	358,58	358,58
ABR 23	110	358,58	358,58	358,58	358,58	358,58	358,58	358,58	358,58	358,58	358,58
MAY 23	110	358,58	358,58	358,58	358,58	358,58	358,58	358,58	358,58	358,58	358,58
JUN 23	110	358,58	358,58	358,58	358,58	358,58	358,58	358,58	358,58	358,58	358,58
JUL 23	110	358,58	358,58	358,58	358,58	358,58	358,58	358,58	358,58	358,58	358,58
AUG 23	110	358,58	358,58	358,58	358,58	358,58	358,58	358,58	358,58	358,58	358,58
SET 23	110	358,58	358,58	358,58	358,58	358,58	358,58	358,58	358,58	358,58	358,58
OCT 23	110	358,58	358,58	358,58	358,58	358,58	358,58	358,58	358,58	358,58	358,58
NOV 23	110	358,58	358,58	358,58	358,58	358,58	358,58	358,58	358,58	358,58	358,58
DEZ 23	110	358,58	358,58	358,58	358,58	358,58	358,58	358,58	358,58	358,58	358,58
JAN 24	110	358,58	358,58	358,58	358,58	358,58	358,58	358,58	358,58	358,58	358,58
FEB 24	110	358,58	358,58	358,58	358,58	358,58	358,58	358,58	358,58	358,58	358,58
MAR 24	110	358,58	358,58	358,58	358,58	358,58	358,58	358,58	358,58	358,58	358,58
ABR 24	110	358,58	358,58	358,58	358,58	358,58	358,58	358,58	358,58	358,58	358,58
MAY 24	110	358,58	358,58	358,58	358,58	358,58	358,58	358,58	358,58	358,58	358,58
JUN 24	110	358,58	358,58	358,58	358,58	358,58	358,58	358,58	358,58	358,58	358,58
JUL 24	110	358,58	358,58	358,58	358,58	358,58	358,58	358,58	358,58	358,58	358,58
AUG 24	110	358,58	358,58	358,58	358,58	358,58	358,58	358,58	358,58	358,58	358,58
SET 24	110	358,58	358,58	358,58	358,58	358,58	358,58	358,58	358,58	358,58	358,58
OCT 24	110	358,58	358,58	358,58	358,58	358,58	358,58	358,58	358,58	358,58	358,58
NOV 24	110	358,58	358,58	358,58	358,58	358,58	358,58	358,58	358,58	358,58	358,58
DEZ 24	110	358,58	358,58	358,58	358,58	358,58	358,58	358,58	358,58	358,58	358,58
JAN 25	110	358,58	358,58	358,58	358,58	358,58	358,58	358,58	358,58	358,58	358,58
FEB 25	110	358,58	358,58	358,58	358,58	358,58	358,58	358,58	358,58	358,58	358,58
MAR 25	110	358,58	358,58	358,58	358,58	358,58	358,58	358,58	358,58	358,58	358,58
ABR 25	110	358,58	358,58	358,58	358,58	358,58	358,58	358,58	358,58	358,58	358,58
MAY 25	110	358,58	358,58	358,58	358,58	358,58	358,58	358,58	358,58	358,58	358,58
JUN 25	110	358,58	358,58	358,58	358,58	358,58	358,58	358,58	358,58	358,58	358,58
JUL 25	110	358,58	358,58	358,58	358,58	358,58	358,58	358,58	358,58	358,58	358,58
AUG 25	110	358,58	358,58	358,58	358,58	358,58	358,58	358,58	358,58	358,58	358,58
SET 25	110	358,58	358,58	358,58	358,58	358,58	358,58	358,58	358,58	358,58	358,58
OCT 25	110	358,58	358,58	358,58	358,58	358,58	358,58	358,58	358,58	358	



Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

**INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:**

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL\* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal\* é obrigatório para os seguintes casos:

**Casos com vítima entre 0 a 15 anos** - O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

**Casos com vítima entre 16 e 17 anos** - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

**Casos com vítima interdita com curador** - Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima

CPF da Vítima

Data do Acidente

Ana Maria Nemeu de Oliveira e Silva

066.539.504-06

22-05-2018

**REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA**

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante legal

Email

Telefone (DDD)

(81)

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

**Assinalar uma das opções abaixo:**

- ☒ Não há estabelecimento do IML que atenda a região do acidente ou da minha residência ou do estabelecimento onde ocorreu o acidente;
- ☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência ou do estabelecimento onde ocorreu o acidente não realiza perícia para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- ☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícia com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido.

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

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

Boacata 05 de julho de 2018

Local e Data

Ana Maria Nemeu de Oliveira e Silva

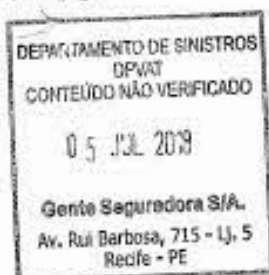
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

DALL001 V001/2017







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

DELEGACIA DE POLÍCIA DA 095ª CIRCUNSCRIÇÃO - ALTINHO - DP95ºCIRC  
DINTER1/14ºDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 18E0185000466

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 02/07/2018 às 11:56

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia 22/6/2018 às 16:32

Fato ocorrido no endereço: CHÁCARA DE R.O, SÍTIO PONTES, ZONA RURAL, ANTES DE ROSALVO - ALTINHO/PERNAMBUCO/BRASIL Próximo a: MUNICÍPIO DE ALTINHO, 01 - Bairro: CENTRO - ALTINHO/PERNAMBUCO/BRASIL  
Local do Fato: OUTRO LOCAL

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR/AGENTE)  
MARIA JOSÉ BATISTA (OUTRO)  
MARIA APARECIDA DA SILVA BARBOSA (TESTEMUNHA)  
ANA MARIA NENEU DE OLIVEIRA E SILVA (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a) ANA MARIA NENEU DE OLIVEIRA E SILVA



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

ANA MARIA NENEU DE OLIVEIRA E SILVA (presente ao plantão) - Sexo: Feminino Mãe: JUDITE NENEU DE SOBRAL  
Pai: MANOEL ALVES DE OLIVEIRA SOBRINHO Data de Nascimento: 26/1/1984 Naturalidade: IBIRAJUBA / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 7636928/SDS/PE (RG), 08643950406 (CPF) Estado Civil: DIVORCIADO(A) Escolaridade: 2º. GRAU COMPLETO Profissão: AUTÔNOMO(A) Telefones Celulares: - 081995591814

Endereço Residencial: RUA SIQUEIRA CAMPOS, 90 - CEP: 0 - Bairro: CENTRO - ALTINHO/PERNAMBUCO/BRASIL, DELEGACIA

MARIA APARECIDA DA SILVA BARBOSA (presente ao plantão) - Sexo: Feminino Mãe: JOSEFA SEVERINA DA SILVA  
Pai: JOSÉ HERON DA SILVA Data de Nascimento: 22/10/1988 Naturalidade: ALTINHO / PERNAMBUCO / BRASIL  
Endereço Residencial: RUA DOUTOR RABELO, 121 - CEP: 0 - Bairro: CENTRO - ALTINHO/PERNAMBUCO/BRASIL, ACCUGUE

DESCONHECIDO (não presente ao plantão) - Sexo: Desconhecido

MARIA JOSÉ BATISTA (não presente ao plantão) - Sexo: Feminino  
Endereço Residencial: MUNICÍPIO DE ALTINHO, 01 - CEP: 0 - Bairro: CENTRO - ALTINHO/PERNAMBUCO/BRASIL

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

MOTO (VEÍCULO) de propriedade do(a) Sr(a) MARIA JOSÉ BATISTA, que estava em posse do(a) Sr(a) ANA MARIA

02/07/2018 11:56





JESU DE OLIVEIRA E SILVA

Categoria/Marca/Modelo: MOTOCICLETA/YAMAHA/XTZ Objeto apreendido: Não  
Cor: BRANCA - Quantidade: 01 (UNIDADE)Placa: PDS5399 (PERNAMBUCO/ALTINHO) Chassi: 9CE0G2510F0029137  
Ano Fabricação/Modelo: 2016/2016 Combustível: ALCO/GASOL  
Descrição: MODELO XTZ 160 CROSSER

## Complemento / Observação

A SRA. ANA MARIA NENEU DE OLIVEIRA INFORMA QUE NO DIA 22/06/2018, POR VOLTA DAS 16:32 HORAS DEU ENTRADA NA UNIDADE MISTA DE ALTINHO VÍTIMA DE UM ACIDENTE DE TRÂNSITO NO SÍTIO PONTES, ZONA RURAL, QUANDO CONDUZIA A MOTO DE PLACA PDS5399, E AO TENTAR PASSAR POR CIMA DE UM BANCO DE AREIA ACABOU CAINDO. FOI SOCORRIDA PELO SAMU LOCAL E APÓS FAZER EXAME DE RAIO X NO HOSPITAL LOCAL, FOI ENCAMINHADA ATÉ O HOSPITAL REGIONAL EM CARUARU-PE, ONDE DEU ENTRADA AS 18:19 HORAS COM O DIAGNÓSTICO DE UMA FRATURA NA TÍBIA DA PERNA DIREITA. A VÍTIMA INFORMA QUE APÓS FAZER OUTRO RAIO X, PERMANECERU INTERNADA NO REFERIDO HOSPITAL DURANTE 10 DIAS, AGUARDANDO A CIRURGIA, E ACABOU SENDO TRANSFERIDA AO HOSPITAL JESUS PEQUENINO EM BEZERROS, ONDE APÓS UM DIA DE ESPERA FOI SUBMETIDA A UMA CIRURGIA NA TÍBIA DA PERNA DIREITA, SENDO LIBERADA 24 HORAS APÓS O PROCEDIMENTO CIRÚRGICO. SEGUEM DOCUMENTOS EM ANEXO.

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

*Ana Maria Neneu de Oliveira e Silva*ANA MARIA NENEU DE OLIVEIRA E SILVA  
(VÍTIMA)*Maria Aparecida da Silva Barbosa*  
MARIA APARECIDA DA SILVA BARBOSA  
(TESTEMUNHA)

B.O.: registrado por CARLOS FLAVIANO DE MELO - Matrícula: 200575-5



02/07/2018 11



024 5327/18



# AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

## INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL** sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL** e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

### É obrigatório Representante Legal para:

**Beneficiário entre 0 a 15 anos** (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2 - "Assinatura do Representante Legal").

**Beneficiário entre 16 e 17 anos** - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

066.439.504-06

Nome completo da vítima

Ana Maria Nemeu de Oliveira e Silva

## DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo <u>Ana Maria Nemeu de Oliveira e Silva</u>		CPF titular da conta <u>066.439.504-06</u>		Profissão <u>Recebe</u>
Endereço <u>Rua Siqueira Campos</u>		Número <u>40</u>	Complemento <u>Casa</u>	
Bairro <u>Centro</u>	Cidade <u>Altinho</u>	Estado <u>PE</u>	CEP <u>55</u>	
Email		Telefone (DDD)		

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Lider - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

## FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

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

<input checked="" type="checkbox"/> <b>CONTA POUPANÇA</b> (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) <input type="checkbox"/> BRADESCO (237) <input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001) <input type="checkbox"/> ITAÚ (341) <input checked="" type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)		<input type="checkbox"/> <b>CONTA CORRENTE</b> (todos os bancos)	
AGÊNCIA Nº: <u>3036</u> D.V.V. <u>013</u> (Informar dígito se existir)		BANCO Nome: _____ NED: _____	
CONTA Nº: <u>042.056</u> D.V.V. <u>2</u> (Informar dígito se existir)		AGÊNCIA Nº: _____ D.V.V. _____ (Informar dígito se existir)	
		CONTA Nº: _____ D.V.V. _____ (Informar dígito se existir)	

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Lider a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

Brasília, 08 de Outubro de 2018

Local e Data

Ana Maria Nemeu de Oliveira e Silva

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



FAPPF.001 V001/2017



Rio de Janeiro, 27 de Novembro de 2018

Aos Cuidados de: ANA MARIA NENEU DE OLIVEIRA E SILVA

Nº Sinistro: 3180310175

Vítima: ANA MARIA NENEU DE OLIVEIRA E SILVA

Data do Acidente: 22/05/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ERICA DE MENEZES SILVA

Assunto: NEGATIVA TÉCNICA - SEM SEQUELAS

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no seu pedido de indenização (sinistro número **3180310175**), esclarecemos que não foram identificadas sequelas permanentes em razão do acidente ocorrido em **22/05/2018**. Por esse motivo, o seu pedido de indenização foi **negado**.

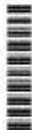
Qualquer dúvida, é só ir até o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br), ou ligue através do telefone **0800 022 12 04** (ligação gratuita) ou **0800 022 12 06** que atende apenas aos deficientes auditivos e de fala. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 00036/00036 - carta\_04 - INVALIDEZ

00050410



Carta nº 13643084



Rio de Janeiro, 23 de Outubro de 2018

Aos Cuidados de: **ANA MARIA NENEU DE OLIVEIRA E SILVA**

Nº Sinistro: **3180310175**

Vítima: **ANA MARIA NENEU DE OLIVEIRA E SILVA**

Data do Acidente: **22/05/2018**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **ERICA DE MENEZES SILVA**

**Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL**

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o número **3180310175**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Documentação médico-hospitalar não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **GENTE SEGURADORA S/A**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

**Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias**, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Pag. 0020/00204 - carta\_03 - INVALIDEZ

00050142



Carta nº 13505727



Rio de Janeiro, 21 de Novembro de 2018

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3180310175

Vítima: ANA MARIA NENEU DE OLIVEIRA E SILVA

Data do Acidente: 22/05/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ERICA DE MENEZES SILVA

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), ANA MARIA NENEU DE OLIVEIRA E SILVA

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

Documentação médico-hospitalar

Sendo assim, favor entrar em contato com um dos canais relacionados a seguir para as informações necessárias.

Ponto de atendimento, onde o seu pedido do Seguro DPVAT foi entregue, ou site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br) ou 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 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.

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

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

Pag. 00007/00069 - carta\_03 - INVALIDEZ

00050034

Carta nº 13614132



Rio de Janeiro, 16 de Julho de 2018

Aos Cuidados de: ANA MARIA NENEU DE OLIVEIRA E SILVA  
Nº Sinistro: 3180310175  
Vítima: ANA MARIA NENEU DE OLIVEIRA E SILVA  
Data do Acidente: 22/05/2018  
Cobertura: INVALIDEZ  
Procurador: ERICA DE MENEZES SILVA

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o número **3180310175**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Autorização de pagamento faltando página

A documentação deve ser entregue na **GENTE SEGURADORA S/A**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

**Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias**, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Pag. 0183301634 - carta\_03 - INVALIDEZ

00040817



Carta nº 1309541





Rio de Janeiro, 16 de Julho de 2018

Aos Cuidados de: ANA MARIA NENEU DE OLIVEIRA E SILVA

Nº Sinistro: 3180310175

Vítima: ANA MARIA NENEU DE OLIVEIRA E SILVA

Data do Acidente: 22/05/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ERICA DE MENEZES SILVA

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180310175**.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

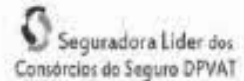
Carta nº 13096403

Pag. 00227/00228 - carta\_01 - INVALIDEZ

00020114



## PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0245327/18

Número do Sinistro: 3180310175

Vítima: ANA MARIA NENEU DE OLIVEIRA E SILVA

CPF: 066.439.504-06

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

Data do acidente: 22/05/2018

Titular do CPF: ANA MARIA NENEU DE OLIVEIRA E SILVA

CPF de: Próprio

### DOCUMENTOS ENTREGUES

#### Sinistro

Documentação médico-hospitalar

### ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue 0800-0221204.
- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

#### Portador da documentação entregue

Data da entrega: 16/11/2018  
Nome: ERICA DE MENEZES SILVA  
CPF: 057.822.294-97

ERICA DE MENEZES SILVA

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 16/11/2018  
Nome: Marta Marinho dos Santos  
CPF: 492.294.514-87

Marta Marinho dos Santos



## PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0245327/18

Número do Sinistro: 3180310175

Vítima: ANA MARIA NENEU DE OLIVEIRA E SILVA

CPF: 066.439.504-06

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

Data do acidente: 22/05/2018

Titular do CPF: ANA MARIA NENEU DE OLIVEIRA E SILVA

CPF de: Próprio

### DOCUMENTOS ENTREGUES

#### Sinistro

Documentação médico-hospitalar

### ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue 0800-0221204.
- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

#### Portador da documentação entregue

Data da entrega: 22/11/2018  
Nome: ERICA DE MENEZES SILVA  
CPF: 057.822.294-97

ERICA DE MENEZES SILVA

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 22/11/2018  
Nome: Marta Marinho dos Santos  
CPF: 492.294.514-87

Marta Marinho dos Santos



## PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0245327/18

Número do Sinistro: 3180310175

Vítima: ANA MARIA NENEU DE OLIVEIRA E SILVA

CPF: 066.439.504-06

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

Data do acidente: 22/05/2018

Titular do CPF: ANA MARIA NENEU DE OLIVEIRA E SILVA

CPF de: Próprio

### DOCUMENTOS ENTREGUES

ANA MARIA NENEU DE OLIVEIRA E SILVA : 066.439.504-06

Autorização de pagamento

### ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue 0800-0221204.

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

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

#### Portador da documentação entregue

Data da entrega: 17/10/2018  
Nome: ERICA DE MENEZES SILVA  
CPF: 057.822.294-97

ERICA DE MENEZES SILVA

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 17/10/2018  
Nome: JULIANA BEZERRA DE LUNA  
CPF: 114.202.964-69

JULIANA BEZERRA DE LUNA



# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

Número: 3180310175 Cidade: Altinho Natureza: Invalidez Permanente  
 Vítima: ANA MARIA NENEU DE OLIVEIRA E SILVA Data do acidente: 22/05/2018 Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

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

Data da análise: 23/10/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURAS DOS OSSOS DA PERNA DIREITA.

Resultados terapêuticos: NÃO DEFINIDO.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Não definido

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

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

- RELATÓRIO MÉDICO DA INTERNAÇÃO/INTERNAMENTO COM DESCRIÇÃO DO TRATAMENTO REALIZADO OU EM CURSO;
- LAUDOS DE EXAMES DE IMAGEM, CASO REALIZADOS DURANTE A INTERNAÇÃO, TAIS COMO: RAIOS X, TOMOGRAFIA OU RESSONÂNCIA MAGNÉTICA E DE CONTROLE PÓS PROCEDIMENTO CIRÚRGICO OU TRATAMENTO CONSERVADOR, COM RESPECTIVA IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE SEGURADO E DATA DE REALIZAÇÃO;
- ENVIAR FOLHAS DO CENTRO CIRÚRGICO, DESCREVENDO PROCEDIMENTO ADOTADO E MATERIAIS USADOS, FOLHA DE ANESTESIA, FOLHAS DE EVOLUÇÃO MÉDICA E SUMÁRIO DE ALTA.

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

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

## 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



## PROCURAÇÃO PARTICULAR

PROCURADOR

Nome: Erica de Menezes Lima

Nacionalidade: Brasileira Est. Civil: Solteira

Profissão: Analista de Seguros

Identidade: 36.415.052-x CPF: 057.022.294-97

Endereço: Rua Antônia de Brito Salgueiro nº 194 Guaratã - PE

**BENEFICIÁRIO VITIMA**  
 Nome: Ana Maria Mendes de Oliveira e Silva  
 Nacionalidade: Brasileira Est. Civil: Solteira  
 Profissão: Autônoma  
 Identidade: 7.534.928 SDS-PE CPF: 066.439.504-06  
 Endereço: Rua. Siqueira Campos - N.º 90 - J. P. P. PE.

Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a qualquer Seguradora pertencente ao Consorcio DPVAT, também perante aos pontos de atendimento da Seguradora Lider (Correios, Sincor(s) e Corretores), a fim de receber a indenização referente ao Seguro Obrigatório – DPVAT e poderes para assinatura em ficha de Autorização de Pagamento, Credito de Indenização de Sinistros DPVAT, a que tenho direito, podendo para tanto requerer o que necessário for, assinar, substabelecer esta, dar quitação e praticar enfim, todos os atos de direito, permitindo para perfeito cumprimento deste mandato, da vítima

permissão para perfeito cumprimento deste mandato, da vítima

Ana Maria Nogueira de Almeida e Silva

03.07.2018.  
Local e data

X. Ana Maria Mendes de Oliveira e Silva  
Assinatura do Beneficiário/Vítima  
(reconhecer firma por autenticidade)

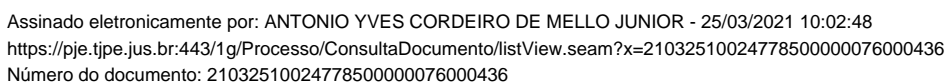
CARTÓRIO DO ÚNICO OFÍCIO DE NOTAS DA COMARCA DE ALTINHO  
 Titular: SR. CLAUDIO LÚCIO DE CARVALHO  
 Telefone: (81) 37391-677

RECONHEÇO POR AUTENTICIDADE A FIRMA DE: ANA MARIA  
 MENEU DE OLIVEIRA E SILVA. DOU FE. Em 08/07/2018  
 verdade. ANDERSON SOBRAL DA SILVA - ESCRIVENTE  
 SUBSTITUTO. Empl. R\$ 3,99 - TSMR. R\$ 0,80 - Total: R\$ 4,79

Seio: 0074880.MYT05201801.01049 03/07/2018 11:45:05  
 Consulte autenticidade em [www.juc.br/seledigital](http://juc.br/seledigital)

2º ABELEIRO DE NOTAS  
 Anderson Sobral da Silva  
 1º Escrevente Substituto  
 Altinho - PE

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO  
05 JUL 2018  
Gente Seguradora S/A.  
Av. Rui Barbosa, 15 - 11.  
R. - PE





## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

Número: 3180310175

Cidade: Altnho

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: ANA MARIA NENEU DE OLIVEIRA E SILVA

Data do acidente: 22/05/2018

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

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

Data da análise: 27/11/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO TORNOZELO DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: EM TODOS OS DOCUMENTOS MÉDICOS ACOSTADOS NÃO SE EVIDENCIA PRESENÇA DE SEQUELAS PERMANENTES QUE NÃO SEJAM SUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO PROPORCIONADA POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA.

## 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

## ESPECIALISTA

Empresa: Líder- Serviços AMD

Grupo: EQ3

Nome: RICARDO DE OLIVEIRA BLANCO

CRM: 902330

UF do CRM: RJ

Assinatura:



# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

Número: 3180310175 Cidade: Altinho Natureza: Invalidez Permanente  
 Vítima: ANA MARIA NENEU DE OLIVEIRA E SILVA Data do acidente: 22/05/2018 Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

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

Data da análise: 21/11/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DOS OSSOS DA PERNA DIREITA.

Resultados terapêuticos: NÃO DEFINIDO.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Não definido

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

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

- RELATÓRIO MÉDICO DA INTERNAÇÃO/INTERNAMENTO COM DESCRIÇÃO DO TRATAMENTO REALIZADO OU EM CURSO;
- LAUDOS DE EXAMES DE IMAGEM, CASO REALIZADOS DURANTE A INTERNAÇÃO, TAIS COMO: RAIOS X, TOMOGRAFIA OU RESSONÂNCIA MAGNÉTICA E DE CONTROLE PÓS PROCEDIMENTO CIRÚRGICO OU TRATAMENTO CONSERVADOR, COM RESPECTIVA IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE SEGURADO E DATA DE REALIZAÇÃO;
- ENVIAR FOLHAS DO CENTRO CIRÚRGICO, DESCREVENDO PROCEDIMENTO ADOTADO E MATERIAIS USADOS, FOLHA DE ANESTESIA, FOLHAS DE EVOLUÇÃO MÉDICA E SUMÁRIO DE ALTA.

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

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

## 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: 3180310175

Cidade: Altnho

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: ANA MARIA NENEU DE OLIVEIRA E SILVA

Data do acidente: 22/05/2018

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

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

Data da análise: 27/11/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO TORNOZELO DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: EM TODOS OS DOCUMENTOS MÉDICOS ACOSTADOS NÃO SE EVIDENCIA PRESENÇA DE SEQUELAS PERMANENTES QUE NÃO SEJAM SUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO PROPORCIONADA POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA.

### 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

