



Número: **0019788-65.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção A da 12ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **20/04/2020**

Valor da causa: **R\$ 5.906,25**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
MARIA GORETE DA SILVA (AUTOR)		RENATHA CATHARINA CAVALCANTI E SILVA (ADVOGADO)	
COMPANHIA EXCELSIOR DE SEGUROS (REU)			
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (REU)			
PAULO FERNANDO BEZERRA DE MENEZES FILHO (PERITO)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
63890797	25/06/2020 14:53	2729744_CONTESTACAO_01	Petição em PDF



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 12ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE RECIFE/PE

PROCESSO: 00197886520208172001

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

CIA EXCELSIOR DE SEGUROS, empresa seguradora com sede à Av. Marques de Olinda, 175 - Bairro do Recife - Recife - PE - CEP: 50030-000, inscrita no CNPJ sob o número 33.054.826/0001-92 e **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 **MARIA GORETE DA SILVA**, 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 **15/07/2019**, restando permanentemente inválida.

Destaca-se que a parte apenas procedeu com o registro na Delegacia de Polícia na data 29/11/2019.

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

Deste modo, a Ré procedeu com o pagamento da verba indenitária na monta de **R\$ 3.543,75 (três mil e quinhentos e quarenta e três reais e setenta e cinco centavos)**, valor este correspondente ao percentual da invalidez parcial e permanente apresentada pela parte Autora em sede administrativa.

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



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

PRELIMINARMENTE

DA TEMPESTIVIDADE

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

DO DESINTERESSE NA REALIZAÇÃO DA AUDIÊNCIA PRELIMINAR DE CONCILIAÇÃO

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

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

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

DO MÉRITO

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

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

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

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

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

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

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



Caso este não seja o entendimento deste Douto Juízo, prossigue 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\$ 3.543,75 (três mil e quinhentos e quarenta e três reais e setenta e cinco 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 irretratável quitação para mais nada reclamar quanto ao sinistro noticiado.”

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

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

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

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

Desta forma, a Ré efetuou o pagamento da importância legalmente estabelecida, no caso em apreço, referente a monta de R\$ 3.543,75 (três mil e quinhentos e quarenta e três reais e setenta e cinco 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 **15/07/2019**. Ademais, **houve pagamento administrativo na razão de de R\$ 3.543,75 (três mil e quinhentos e quarenta e três reais e setenta e cinco centavos)**.

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



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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Sendo assim, na hipótese de condenação da seguradora, o valor indenizatório deverá ser apontado após a realização de perícia médica, constatando a extensão da lesão do autor, observando-se o método de cálculo apresentado em seguida abatido o valor pago na seara administrativa na monta de **R\$ 3.543,75 (TRÊS MIL E QUINHENTOS E QUARENTA E TRÊS REAIS E SETENTA E CINCO CENTAVOS)**.

⁴ RECURSO CÍVEL. SEGURO DPVAT. AÇÃO DE COBRANÇA. COMPLEMENTAÇÃO DE INDENIZAÇÃO. i) EM CASO DE INVALIDEZ PARCIAL, O PAGAMENTO DO SEGURO DPVAT DEVE, POR IGUAL, OBSERVAR A RESPECTIVA PROPORCIONALIDADE. É VÁLIDA A UTILIZAÇÃO DE TABELA PARA REDUÇÃO PROPORCIONAL DA INDENIZAÇÃO A SER PAGA POR SEGURO DPVAT, EM SITUAÇÕES DE INVALIDEZ PARCIAL, AINDA QUE O ACIDENTE TENHA OCORRIDO ANTES DA LEI N.º 11.945/09. ii) INDENIZAÇÃO INDEVIDA. HIPÓTESE EM QUE A PARTE AUTORA NÃO FAZ JUS À COMPLEMENTAÇÃO DA INDENIZAÇÃO, POIS NÃO 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.”



DA IMPOSSIBILIDADE DA INVERSÃO DO ÔNUS DA PROVA

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

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

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

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

DOS JUROS DE MORA E DA CORREÇÃO MONETÁRIA

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

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

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

DOS HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS

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

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

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

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

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

⁸ art. 1º. (...)

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



CONCLUSÃO

Considerando a sua criação com a única finalidade de atuar como administradora do Seguro Obrigatório DPVAT, requer a substituição do pólo passivo para que passe constar a Seguradora Líder dos Consórcios de Seguro DPVAT.

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

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

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

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

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

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

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

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

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

RECIFE, 19 de junho de 2020.

ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELO JUNIOR
30225 - OAB/PE

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



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 (10%, 25%, 50%, 75% ou 100%)?

- 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 bço					



SUBSTABELECIMENTO

JOÃO ALVES BARBOSA FILHO, brasileiro, casado, advogado, inscrito na OAB/PE 4246, **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 **CIA EXCELSIOR DE SEGUROS e SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A**, nos autos de Ação de Cobrança de Seguro DPVAT, que lhe move **MARIA GORETE DA SILVA**, em curso perante a **12ª VARA CÍVEL** da comarca de **RECIFE**, nos autos do Processo nº 00197886520208172001.

Rio de Janeiro, 19 de junho 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





25/06/2020

Número: **0019788-65.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção A da 12ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **20/04/2020**

Valor da causa: **R\$ 5.906,25**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes			Procurador/Terceiro vinculado
MARIA GORETE DA SILVA (AUTOR)			RENATHA CATHARINA CAVALCANTI E SILVA (ADVOGADO)
COMPANHIA EXCELSIOR DE SEGUROS (REU)			
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (REU)			
PAULO FERNANDO BEZERRA DE MENEZES FILHO (PERITO)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
63890798	25/06/2020 14:53	ANEXO 1	Outros (Documento)

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190696798

Cidade: Santa Cecília

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: MARIA GORETE DA SILVA

Data do acidente: 15/07/2019

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: Fratura da diáfise do fêmur esquerdo. Fratura do quinto metacarpo esquerdo.

Descrição do exame físico: Ao exame, apresenta-se deambulando com muletas, apresentando boa cicatrização e com rigidez articular do joelho esquerdo com flexão até 90º graus. Rigidez articular do quinto dedo da mão esquerda com rotação interna aumentada durante flexão do 5º quirodáctilo esquerdo.

Resultados terapêuticos: Realizado tratamento cirúrgico em 27/07/2019 com redução cruenta da fratura do 5º metacarpo esquerdo e com fixação com fios de Kirschner. E em 27/07/2019 limpeza cirúrgica com desbridamento de tecidos desvitalizados com redução cruenta e fixação com uso de placa DCP larga com parafusos. Evoluindo sem complicações, com alta hospitalar.

Sequelas permanentes: Limitação funcional do 5º quirodáctilo esquerdo, Limitação funcional do joelho esquerdo

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 06/01/2020

Conduta mantida:

Observações:

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 joelho	25 %	Em grau intenso - 75 %	18,75%	R\$ 2.531,25
Dedos mão-Perda funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão	10 %	Em grau intenso - 75 %	7,5%	R\$ 1.012,50
Total			26,25 %	R\$ 3.543,75



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190696798

Cidade: Santa Cecília

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: MARIA GORETE DA SILVA

Data do acidente: 15/07/2019

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 31/03/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: (PARECER DA PERÍCIA MÉDICA)

Fratura da diáfise do fêmur esquerdo. Fratura do quinto metacarpo esquerdo.

Resultados terapêuticos: (PARECER DA PERÍCIA MÉDICA)

Realizado tratamento cirúrgico em 27/07/2019 com redução cruenta da fratura do 5º metacarpo esquerdo e com fixação com fios de Kirschner. E em 27/07/2019 limpeza cirúrgica com desbridamento de tecidos desvitalizados com redução cruenta e fixação com uso de placa DCP larga com parafusos. Evoluindo sem complicações, com alta hospitalar.

Sequelas permanentes: (PARECER DA PERÍCIA MÉDICA)

Limitação funcional do 5º quirodáctilo esquerdo, Limitação funcional do joelho esquerdo

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento
faltante:

Apontamento do Laudo
do IML:

Conduta mantida: Sim

Quantificação das
sequelas: DEBILIDADE FUNCIONAL INTENSA DO JOELHO ESQUERDO E INTENSA DO 5º DEDO DA MÃO ESQUERDA.

Documentos
complementares:

Observações: VÍTIMA AVALIADA POR MEIO DE PERÍCIA MÉDICA PRESENCIAL, EM 06/01/2020, ONDE SEGUNDO O MÉDICO PERITO, VÍTIMA INDENIZADA POR DEBILIDADE FUNCIONAL INTENSA DO JOELHO ESQUERDO E INTENSA DO 5º DEDO DA MÃO ESQUERDA.

REANÁLISE CONCLUÍDA E NÃO 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: 3190696798

Cidade: Santa Cecília

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: MARIA GORETE DA SILVA

Data do acidente: 15/07/2019

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 20/12/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DA DIÁFISE DE FÊMUR ESQUERDO.(PAG.02.05)

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (FIXAÇÃO COM FIOS DE K) E ALTA MÉDICA (PAG.10)

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, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VIGÊNCIA DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E/OU ANATÔMICAS 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 inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190696798

Cidade: Santa Cecília

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: MARIA GORETE DA SILVA

Data do acidente: 15/07/2019

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 31/03/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: (PARECER DA PERÍCIA MÉDICA)

Fratura da diáfise do fêmur esquerdo. Fratura do quinto metacarpo esquerdo.

Resultados terapêuticos: (PARECER DA PERÍCIA MÉDICA)

Realizado tratamento cirúrgico em 27/07/2019 com redução cruenta da fratura do 5º metacarpo esquerdo e com fixação com fios de Kirschner. E em 27/07/2019 limpeza cirúrgica com desbridamento de tecidos desvitalizados com redução cruenta e fixação com uso de placa DCP larga com parafusos. Evoluindo sem complicações, com alta hospitalar.

Sequelas permanentes: (PARECER DA PERÍCIA MÉDICA)

Limitação funcional do 5º quirodáctilo esquerdo, Limitação funcional do joelho esquerdo

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento
faltante:

Apontamento do Laudo
do IML:

Conduta mantida: Sim

Quantificação das
sequelas: DEBILIDADE FUNCIONAL INTENSA DO JOELHO ESQUERDO E INTENSA DO 5º DEDO DA MÃO ESQUERDA.

Documentos
complementares:

Observações: VÍTIMA AVALIADA POR MEIO DE PERÍCIA MÉDICA PRESENCIAL, EM 06/01/2020, ONDE SEGUNDO O MÉDICO PERITO, VÍTIMA INDENIZADA POR DEBILIDADE FUNCIONAL INTENSA DO JOELHO ESQUERDO E INTENSA DO 5º DEDO DA MÃO ESQUERDA.

REANÁLISE CONCLUÍDA E NÃO 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: 3190696798

Cidade: Santa Cecília

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: MARIA GORETE DA SILVA

Data do acidente: 15/07/2019

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 20/12/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DA DIÁFISE DE FÊMUR ESQUERDO.(PAG.02.05)

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (FIXAÇÃO COM FIOS DE K) E ALTA MÉDICA (PAG.10)

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, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VIGÊNCIA DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E/OU ANATÔMICAS 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 inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50





FORMULÁRIO PARA PEDIDO DE REANÁLISE - DPVAT

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:
Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios): Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1598 / Outros regiões: 0800 022 12 04 / Das 8h às 20h
SAC (para dúvidas e reclamações): 0800 022 9189 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 05
Canal de Denúncia: 0800 591 2563 | Ouvidoria: 0800 021 9135

Número do pedido DPVAT: 31900696798 Data da solicitação: 13/03/2020
Nome do beneficiário: MARIA GORETE DA SILVA CPF do beneficiário: 393.317.558
Nome do solicitante: _____ CPF do solicitante: 56

DADOS PARA CONTATO

Tel. Celular: (81) 99663-0454 Tel. Comercial: () _____ Tel. Residencial: () _____
E-mail: _____

INFORME A COBERTURA DO SEU PEDIDO

☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

MOTIVO DA SOLICITAÇÃO

☐ DISCORDO DA NEGATIVA ☒ DISCORDO DO VALOR RECEBIDO ☐ DISCORDO DA EXIGÊNCIA DE DOCUMENTOS

ESTA APRESENTANDO UM NOVO DOCUMENTO PARA COMPLEMENTAR O PEDIDO DE REANÁLISE?

☐ NÃO ☒ SIM, informe qual(is) documento(s) estão sendo entregues:
☒ Novos documentos médicos
☐ Laudo do IML
☐ Boletim de Ocorrência
☐ Notas fiscais complementares
☒ Outros: CARTA [DESCREVER]

NO CAMPO ABAIXO, SE DESEJAR, DESCREVA A JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO.

SANTA CECÍLIA/PB 13/03/2020

Local e Data

Maria Gorete da Silva
Assinatura do solicitante ou de quem assina a pedido (a rgo)

IMPORTANTE:

Depois de preencher todos os dados, imprima o formulário, assine e entregue no mesmo ponto de atendimento em que deu entrada inicialmente no seu pedido do Seguro DPVAT.

Observação sobre beneficiário/vítima não alfabetizado:

O não alfabetizado deverá escolher pessoa de sua família, alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o formulário, a seu pedido (a seu rgo).



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190696798

Cidade: Santa Cecília

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: MARIA GORETE DA SILVA

Data do acidente: 15/07/2019

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: Fratura da diáfise do fêmur esquerdo. Fratura do quinto metacarpo esquerdo.

Descrição do exame físico: Ao exame, apresenta-se deambulando com muletas, apresentando boa cicatrização e com rigidez articular do joelho esquerdo com flexão até 90º graus. Rigidez articular do quinto dedo da mão esquerda com rotação interna aumentada durante flexão do 5º quirodáctilo esquerdo.

Resultados terapêuticos: Realizado tratamento cirúrgico em 27/07/2019 com redução cruenta da fratura do 5º metacarpo esquerdo e com fixação com fios de Kirschner. E em 27/07/2019 limpeza cirúrgica com desbridamento de tecidos desvitalizados com redução cruenta e fixação com uso de placa DCP larga com parafusos. Evoluindo sem complicações, com alta hospitalar.

Sequelas permanentes: Limitação funcional do 5º quirodáctilo esquerdo, Limitação funcional do joelho esquerdo

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 06/01/2020

Conduta mantida:

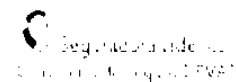
Observações:

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 joelho	25 %	Em grau intenso - 75 %	18,75%	R\$ 2.531,25
Dedos mão-Perda funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão	10 %	Em grau intenso - 75 %	7,5%	R\$ 1.012,50
Total			26,25 %	R\$ 3.543,75



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0449111/19

Vítima: MARIA GORETE DA SILVA

CPF: 393.317.558-56

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

Data do acidente: 15/07/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: MARIA GORETE DA SILVA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES : 574.940.534-68

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

MARIA GORETE DA SILVA : 393.317.558-56

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: 12/12/2019
Nome: EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES
CPF: 574.940.534-68

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 12/12/2019
Nome: Luanna Karla Bezerra de Amorim Costa
CPF: 095.931.564-02

EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Luanna Karla Bezerra de Amorim Costa



REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA INFRAESTRUTURA

015100742139

REGULAMENTO DE TRÂNSITO DE VEÍCULOS E DE PASSADOUROS
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE (RDT) - RDT 1000 - RDT 1000
TRANSPORTES DE CARGA - RDT 1000

PE Nº 015100742139 - RENE DE SEGURANÇA

015100742139

REGULAMENTO DE TRÂNSITO DE VEÍCULOS E DE PASSADOUROS
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE (RDT) - RDT 1000 - RDT 1000
TRANSPORTES DE CARGA - RDT 1000

015100742139

REGULAMENTO DE TRÂNSITO DE VEÍCULOS E DE PASSADOUROS
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE (RDT) - RDT 1000 - RDT 1000
TRANSPORTES DE CARGA - RDT 1000

REGULAMENTO DE TRÂNSITO DE VEÍCULOS E DE PASSADOUROS
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE (RDT) - RDT 1000 - RDT 1000
TRANSPORTES DE CARGA - RDT 1000

REGULAMENTO DE TRÂNSITO DE VEÍCULOS E DE PASSADOUROS
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE (RDT) - RDT 1000 - RDT 1000
TRANSPORTES DE CARGA - RDT 1000

REGULAMENTO DE TRÂNSITO DE VEÍCULOS E DE PASSADOUROS
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE (RDT) - RDT 1000 - RDT 1000
TRANSPORTES DE CARGA - RDT 1000





• Rua Capitão José da Luz, 25 - Empresarial Joaquin Cardozo
Sala 901/902 - Coelhos - Recife/PE - CEP: 50.070-540
CNPJ: 26.295.089/0001-75

0885

Paciente: 00000000000000000000

Hospital: _____

Médico: _____

Data da Cirurgia: _____	Procedimento: _____
-------------------------	---------------------

Prontuario: _____

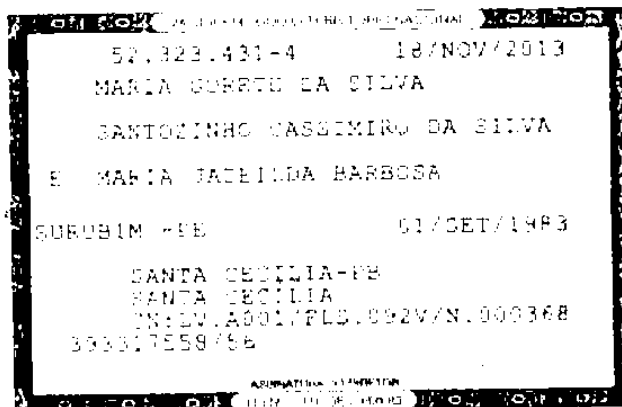
Instrumentadora(O): _____ Circulante: _____

Recife, _____ de _____ de 20____

Circulante

Médico Responsável





Alcandil-PB

Alcandil-PB







SECRETARIA DE SAUDE
HOSPITAL DE EMERGENCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES



PRONT (B.E) N°.1944657 CLASS. DE RISCO: VERMELHO

PRONT(B,E) Nº:1944657 CLASS. DE RISCO: VERMELHO

PACIENTE: MARIA GORETE DA

SILVA

— $\frac{1}{2} \log \frac{1}{2}$ —

[illegible][illegible]

1. *Introduction*

[illegible]
$$S^2_{\text{H}_2} = 1.0 \pm 0.1$$

005 FICHA:

MECANISMOS DO TRAUMA

DE ACORDO COM O LOCAL COM O NÚMERO CO-

7

100

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

[illegible]

—

[illegible]

1. $\frac{1}{2}$
 2. $\frac{1}{4}$
 3. $\frac{1}{8}$
 4. $\frac{1}{16}$
 5. $\frac{1}{32}$
 6. $\frac{1}{64}$
 7. $\frac{1}{128}$
 8. $\frac{1}{256}$
 9. $\frac{1}{512}$
 10. $\frac{1}{1024}$
 11. $\frac{1}{2048}$
 12. $\frac{1}{4096}$
 13. $\frac{1}{8192}$
 14. $\frac{1}{16384}$
 15. $\frac{1}{32768}$
 16. $\frac{1}{65536}$
 17. $\frac{1}{131072}$
 18. $\frac{1}{262144}$
 19. $\frac{1}{524288}$
 20. $\frac{1}{1048576}$
 21. $\frac{1}{2097152}$
 22. $\frac{1}{4194304}$
 23. $\frac{1}{8388608}$
 24. $\frac{1}{16777216}$
 25. $\frac{1}{33554432}$
 26. $\frac{1}{67108864}$
 27. $\frac{1}{134217728}$
 28. $\frac{1}{268435456}$
 29. $\frac{1}{536870912}$
 30. $\frac{1}{1073741824}$
 31. $\frac{1}{2147483648}$
 32. $\frac{1}{4294967296}$
 33. $\frac{1}{8589934592}$
 34. $\frac{1}{17179869184}$
 35. $\frac{1}{34359738368}$
 36. $\frac{1}{68719476736}$
 37. $\frac{1}{137438953472}$
 38. $\frac{1}{274877906944}$
 39. $\frac{1}{549755813888}$
 40. $\frac{1}{1099511627776}$
 41. $\frac{1}{2199023255552}$
 42. $\frac{1}{4398046511104}$
 43. $\frac{1}{8796093022208}$
 44. $\frac{1}{17592186044416}$
 45. $\frac{1}{35184372088832}$
 46. $\frac{1}{70368744177664}$
 47. $\frac{1}{140737488355328}$
 48. $\frac{1}{281474976710656}$
 49. $\frac{1}{562949953421312}$
 50. $\frac{1}{1125899906842624}$
 51. $\frac{1}{2251799813685248}$
 52. $\frac{1}{4503599627370496}$
 53. $\frac{1}{9007199254740992}$
 54. $\frac{1}{18014398509481984}$
 55. $\frac{1}{36028797018963968}$
 56. $\frac{1}{72057594037927936}$
 57. $\frac{1}{144115188075855872}$
 58. $\frac{1}{288230376151711744}$
 59. $\frac{1}{576460752303423488}$
 60. $\frac{1}{1152921504606846976}$
 61. $\frac{1}{2305843009213693952}$
 62. $\frac{1}{4611686018427387904}$
 63. $\frac{1}{9223372036854775808}$
 64. $\frac{1}{18446744073709551616}$
 65. $\frac{1}{36893488147419103232}$
 66. $\frac{1}{73786976294838206464}$
 67. $\frac{1}{147573952589676412928}$
 68. $\frac{1}{295147905179352825856}$
 69. $\frac{1}{590295810358705651712}$
 70. $\frac{1}{1180591620717411303424}$
 71. $\frac{1}{2361183241434822606848}$
 72. $\frac{1}{4722366482869645213696}$
 73. $\frac{1}{9444732965739290427392}$
 74. $\frac{1}{18889465931478580854784}$
 75. $\frac{1}{37778931862957161709568}$
 76. $\frac{1}{75557863725914323419136}$
 77. $\frac{1}{151115727451828646838272}$
 78. $\frac{1}{302231454903657293676544}$
 79. $\frac{1}{604462909807314587353088}$
 80. $\frac{1}{1208925819614629174706176}$
 81. $\frac{1}{2417851639229258349412352}$
 82. $\frac{1}{4835703278458516698824704}$
 83. $\frac{1}{9671406556917033397649408}$
 84. $\frac{1}{19342813113834066795298816}$
 85. $\frac{1}{38685626227668133590597632}$
 86. $\frac{1}{77371252455336267181195264}$
 87. $\frac{1}{154742504910672534362390528}$
 88. $\frac{1}{309485009821345068724781056}$
 89. $\frac{1}{618970019642690137449562112}$
 90. $\frac{1}{1237940039285380274899124224}$
 91. $\frac{1}{2475880078570760549798248448}$
 92. $\frac{1}{4951760157141521099596496896}$
 93. $\frac{1}{9903520314283042199192993792}$
 94. $\frac{1}{19807040628566084398385987584}$
 95. $\frac{1}{39614081257132168796771975168}$
 96. $\frac{1}{79228162514264337593543950336}$
 97. $\frac{1}{158456325028528675187087900672}$
 98. $\frac{1}{316912650057057350374175801344}$
 99. $\frac{1}{633825300114114700748351602688}$
 100. $\frac{1}{1267650600228229401496703205376}$
 101. $\frac{1}{2535301200456458802993406410752}$
 102. $\frac{1}{5070602400912917605986812821504}$
 103. $\frac{1}{10141204801825835211973625643008}$
 104. $\frac{1}{20282409603651670423947251286016}$
 105. $\frac{1}{40564819207303340847894502572032}$
 106. $\frac{1}{81129638414606681695789005144064}$
 107. $\frac{1}{162259276829213363391578010288128}$
 108. $\frac{1}{324518553658426726783156020576256}$
 109. $\frac{1}{649037107316853453566312041152512}$
 110. $\frac{1}{1298074214633706907132624082305024}$
 111. $\frac{1}{2596148429267413814265248164610048}$
 112. $\frac{1}{5192296858534827628530496329220096}$
 113. $\frac{1}{10384593717069655257060992658440192}$
 114. $\frac{1}{20769187434139310514121985316880384}$
 11

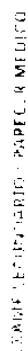
$\frac{1}{2}$
 $\frac{1}{3}$
 $\frac{1}{4}$
 $\frac{1}{5}$
 $\frac{1}{6}$
 $\frac{1}{7}$
 $\frac{1}{8}$
 $\frac{1}{9}$
 $\frac{1}{10}$
 $\frac{1}{11}$
 $\frac{1}{12}$
 $\frac{1}{13}$
 $\frac{1}{14}$
 $\frac{1}{15}$
 $\frac{1}{16}$
 $\frac{1}{17}$
 $\frac{1}{18}$
 $\frac{1}{19}$
 $\frac{1}{20}$
 $\frac{1}{21}$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

UEIMADURA

IGNOSTICO : CIE:

[illegible]

Num. 63890798 - Pág. 16



Num. 63890798 - Pág. 17

[illegible]

Data da internação: 15/07/2019 Hora: 22:55:00

SUSSistema Único de Saúde
Ministério da Saúde**LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR**

Identificação do Estabelecimento de Saúde		2 - CNES	
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE		2362856	
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO RECEBANTE		4 - CNES	
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES		2362856	
Identificação do Paciente		5 - NÚMERO PRONTUÁRIO	
6 - NOME DO PACIENTE		1944767	
7 - CARTÃO DO SUS		8 - DATA DE NASCIMENTO	
700607902385262		01/09/1983	
9 - SEXO		10 - TERCEIRO DE GRAU	
MASCULINO		83	
11 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL		12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)	
MARIA JADELDA BARBOSA		JOSE MOURA DO CENTRO	
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA		14 - CIDADE	
Santa Cecília		251315 PB 58463000	

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

15 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS	
16 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO	
17 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS/RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS	
18 - DIAGNÓSTICO INICIAL	
19 - ETIOLOGIA PRINCIPAL	
20 - ETIOLOGIA SECUNDÁRIA	
21 - ETIOLOGIA CAUSAS ASSOCIADAS	
22 - PROCEDIMENTO SOLICITADO	
23 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	
24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO	
25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	
26 - DATA DE INTERVENÇÃO	
27 - ASSINATURA E CARIMBO DO REGISTRO DO CONSELHO	
28 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE ASSISTENTE	
29 - DATA DE INTERVENÇÃO	
30 - ASSINATURA E CARIMBO DO REGISTRO DO CONSELHO	
31 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE ASSISTENTE	
32 - DATA DE INTERVENÇÃO	
33 - ASSINATURA E CARIMBO DO REGISTRO DO CONSELHO	

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

34 - ACIDENTE DE TRÂNSITO	35 - CNES DA SEGURADORA	36 - NÚMERO DO BILHETE	37 - SÉRIE
38 - ACIDENTE TRABALHO TÍPICO	39 - CNES DA EMPRESA	40 - NÚMERO DA EMPRESA	41 - SÉRIE
42 - ACIDENTE TRABALHO TRAJETO	43 - CNES DA EMPRESA	44 - NÚMERO DA EMPRESA	45 - SÉRIE
46 - VINCULO COM A PREVIDÊNCIA	47 - AUTÔNOMO	48 - SEM EMPREGADOR	49 - EMPREGADO
50 - VINCULO COM A PREVIDÊNCIA	51 - AUTÔNOMO	52 - SEM EMPREGADOR	53 - EMPREGADO

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR		44 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE ASSISTENTE	
45 - DATA DE AUTORIZAÇÃO		46 - ASSINATURA E CARIMBO DO REGISTRO DO CONSELHO	
47 - DATA DE AUTORIZAÇÃO		48 - ASSINATURA E CARIMBO DO REGISTRO DO CONSELHO	

Anexo 1 - 148 - protocolo para internamento - pje - contato 1944767



Data da Internação: 15/07/2019 Hora: 22:55:00

SUSSistema: Ministério
União da
Saúde da Saúde**LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR****Identificação do Estabelecimento de Saúde**1. NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES2. CNES
23628563. NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES4. CNES
2362856**Identificação do Paciente**5. NOME DO PACIENTE
MARIA GORETE DA SILVA6. NÚMERO DO PROMISSOR
19447677. CARTÃO DO SUS
7006079023852628. DATA DE NASCIMENTO
01/09/19839. SEXO
MALE ☒ FEMALE ☐10. NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL
MARIA JADELDA BARBOSA11. TELEFONE (CITY) (0)
8312. ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)
JOSE MOURA, 0, CENTRO13. MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA
Santa Cecília14. CÓDIGO DO MUNICÍPIO (CEP)
25131515. UF
PB16. CEP
58463000**JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO**

17. PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

18. CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

19. PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS/RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS

20. DIAGNÓSTICO INICIAL

21. CITO PRINCIPAL

22. CITO SECUNDÁRIO

23. CITO CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

25. CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

26. CLÍNICA

27. CLASSE DA INTERNAÇÃO
0328. DOCUMENTO
EXCERTE29. Nº DO DOCUMENTO (Nº DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSESSOR)
98001600286767330. NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSESSOR
ANA MARIA DA SILVA ANSELMO31. DATA DA SOLICITAÇÃO
15/07/2019

32. ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33. ACIDENTE DE TRÂNSITO

36. CNPJ DA VEICULADORA

37. Nº DO BILHETE

38. SÉRIE

34. ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

39. CNPJ EMPRESA

40. CNPJ DA EMPRESA

41. CNPJ

35. ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

42. VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

EMPREGADO

EMPREGADOR

AUTÔNOMO

DESEMPREGADO

PROSENTADO

NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

43. NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

44. CATEGORIA PROFISSIONAL

45. Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

46. DOCUMENTO
EXCERTE

47. Nº DO DOCUMENTO (Nº DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR)

48. DATA DA AUTORIZAÇÃO

49. ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

/ /



NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

PACIENTE

Num. 63890798 - Pág. 20

Nº	Nome do Paciente	Idade	Sexo	Profissão	Endereço	Cidade	UF	CEP	Data de Nascimento	Assinatura do Anestesiologista	Assinatura do Cirurgião	Assinatura do Enfermeiro	Assinatura do Médico	Assinatura do Anestesiologista	Assinatura do Cirurgião	Assinatura do Enfermeiro	Assinatura do Médico
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																	



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 25/06/2020 14:53:13

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 25/06/2020 14:53:13

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 25/06/2020 14:53:13

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 25/06/2020 14:53:13

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 25/06/2020 14:53:13

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 25/06/2020 14:53:13

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 25/06/2020 14:53:13

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 25/06/2020 14:53:13

HOSPITAL EMERGENCIA TRAUMA DE CAMPINA GRANDE

Nome do Paciente: MARIA CORREIA

Data da Cirurgia: 27/07/2019

Nome	Função	Nome	Função
Dr. ANDRÉ ROBERTO		Dr. Auxiliar DR VAREJA	
Dr. Auxiliar DR ELDIMAR		Instrumentador TIAGU	
Anestesiata DR SOLIMAR		Anestesiata BLOQUEIO	

Tipos de Cirurgia: REDUÇÃO + FIXAÇÃO

Diagnóstico Pré-operatório: COMPLEXO

Exame Complementar no Pré-diag: NÃO REALIZADO

Exame Radiológico no Pós: NÃO

Acidentes durante a cirurgia: NÃO POSSUI

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

- 01- PACIENTE EM DECUBITO DORSAL SOB ANESTESIA
- 02- ASSEPSIA E ANTISSEPSIA MIE
- 03- COLOCAÇÃO DE CAMPOS CIRURGICOS ESTÉREIS
- 04- REDUÇÃO CRUENTA
- 05- FIXAÇÃO COM PLACA E FIO
- 06- LAVAGEM SFO 9% + SUTURA + CURATIVO
- 07- TALA CURA E IMOBILIZAÇÃO

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR
Data: 25/06/2020 14:53:13



Nome do Paciente: MAH A. GURETE

Data da Cirurgia: 27/07/2019

CNS

Procedimento

Unidade

Prontuário

Medicação: DR. SODOLPHO

Anestesia

Relatório de Anestesia: NÃO FORNECE

Relatório de Anestesia: NÃO FORNECE

Relatório imediato do Patologista: NÃO FORNECE

Relatório

Acidentes Durante a Cirurgia: NÃO FORNECE

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

- 02- ANESTESIA E ANTISSEPSIA MH
- 03- COLOCAÇÃO DE CAMPOS CIRURGICOS ESTERIS
- 04- INC SAO FACE LATERAL DE FEMUR ESQ - DIVULSAO POR PLANOS
- 05- LIMPEZA E DESBRIDAMENTO TECIDOS DE VITALIZADOS
- 06- REPOSICAO FRATURA - FIXACAO COM PLACA 4.5MM DE PLACAS 10 TIPOS
- 07- POSICIONAMENTO MACULAO E CILIO MANUTENCAO DOS MEMBROS E SUTURAS
- 08- DRENATIVOS

Dr. Antonio YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR
CRM 100538 - ROR
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
Especialista em Ortopedia e Traumatologia





CELPE

CONTRATO DE PRECATORIO Nº 001/2019

Valor do contrato: R\$ 1.000.000,00

Valor do precatório: R\$ 1.000.000,00

Valor do precatório: R\$ 1.000.000,00

Valor do precatório: R\$ 1.000.000,00

Valor do precatório: R\$ 1.000.000,00

Valor do precatório: R\$ 1.000.000,00

Valor do precatório: R\$ 1.000.000,00

Valor do precatório: R\$ 1.000.000,00

Valor do precatório: R\$ 1.000.000,00

Item	Descrição	Valor
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	...	...

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DE ENERGIA ELÉTRICA

Consumo de energia elétrica em kWh

Consumo de energia elétrica em kWh



Consumo de energia elétrica em kWh

Consumo de energia elétrica em kWh

Item	Descrição	Valor
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	...	...

Consumo de energia elétrica em kWh

Consumo de energia elétrica em kWh

Consumo de energia elétrica em kWh

Consumo de energia elétrica em kWh

Consumo de energia elétrica em kWh



Para mais informações, acesse o site: <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para: **SAC DPVAT** (0800-0321204) ou (800) 221206
exclusivo para pessoas com deficiência: 0800-0321204

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

O preenchimento deste formulário é parte integrante do processo de liquidação do sinistro, conforme estabelecido a circular número 445/12 disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.susep.gov.br/8/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

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

Este formulário eletrônico, que pode ser acessado no endereço eletrônico <http://www2.susep.gov.br/8/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>, é válido para todos os tipos de seguros DPVAT.

Este formulário eletrônico, que pode ser acessado no endereço eletrônico <http://www2.susep.gov.br/8/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>, é válido para todos os tipos de seguros DPVAT.

Pelo exposto, eu, ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR, inscrito no CPF nº 017.916.179-0, residente e domiciliado na rua da liberdade, nº 123, bairro centro, cidade de São Paulo, SP, na qualidade de Procurador(a) Intermediário(a) do Beneficiário, informo que ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR, inscrito no CPF sob o nº 017.916.179-0, é o(s) beneficiário(s) do sinistro de DPVAT cobertura Acidente Pessoal da vítima ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR, inscrito no CPF sob o nº 017.916.179-0, conforme determinação da Circular Susep 445/12.

Declaro Profissão: Advogado Renda: R\$ 10.000,00 e apresento os documentos comprobatórios.

☒ Recusa Intencional

Declaro ainda, sob as penas da lei, que não sou de prova de residência junto a Seguradora Líder – DPVAT, residindo 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.

Assinatura do Beneficiário: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR Assinatura do Comprobatório: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR
Assinatura do Intermediário: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR Assinatura do Intermediário: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR
Assinatura do Intermediário: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR Assinatura do Intermediário: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR

Assinatura do Intermediário: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR

ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR
Assinatura do Intermediário



SILBERTO JOSE DA SILVA

Atendimento ao Cliente ENERGISA 0800 083 0196 Acesse: www.energisa.com.br

Conta referente a Apresentação Data prevista da próxima leitura CPF/CNPJ/RANI
Set/2018 11/09/2018 14/09/2018 04.104.344-04

UC (Unidade Consumidora): 6/1688293-8

Canal de contato

Endereço: Rua ...
Cidade: ...
UF: ...

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
Data	Leitura	Data	Leitura	

Demonstrativo

Consumo anterior: ...
Consumo atual: ...
Consumo constante: ...
Consumo médio: ...

Consumo médio: ...
Consumo médio: ...
Consumo médio: ...

Média último mês (kWh)

VENCIMENTO
18/09/2019

TOTAL A PAGAR
R\$ 96,28

Histórico de Consumo (kWh)

Consumo médio: ...

Indicadores de Qualidade

Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)
------------------	---------	----------------------

Consumo médio: ...
Consumo médio: ...
Consumo médio: ...

ATENÇÃO

Políticas em anexo





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nome completo do Vítima

CPF do Vítima

4 - Nome completo do Autor

572.704.113-04 000.000.000-00

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

7 - Nome completo

8 - Profissão

9 - Endereço

10 - Número

11 - Complemento

12 - Bairro

13 - Cidade

14 - Estado

15 - CEP

16 - Ufema

17 - Telefone

18 - Celular

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

19 - Nome completo do Representante Legal

20 - CPF do Representante Legal

21 - Endereço do Representante Legal

Declaro, por escrito, sob pena de crime, haver informado corretamente os dados acima e de anexar cópia (ANEXAR CÓPIA)

22 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA

☒

23 - RENDAS

☐

24 - RENDAS

☐

25 - RENDAS

☐ SEM RENDA

☐

26 - RENDAS

☐

27 - RENDAS

28 - DADOS BANCÁRIOS

☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☐ CONTA POUPANÇA - para depósito de poupança e aplicação financeira

☒ CONTA CORRENTE - para depósito e saque

☐ Bradesco [237]

☐ Itaú [341]

Nome do BANCO:

☐ Banco do Brasil [001]

☐ Caixa Econômica Federal [104]

AGÊNCIA:

CONTA:

AGÊNCIA:

CONTA:

Autorizo

o uso dos dados cadastrais e bancários para a emissão do seguro DPVAT e para a comunicação com a seguradora e a Superintendência do Seguro DPVAT, bem como para a emissão do seguro DPVAT e para a comunicação com a seguradora e a Superintendência do Seguro DPVAT.

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

☒

Declaro,

que não há IML que atenda a região do acidente ou da residência ou

• Não há IML que atenda a região do acidente ou da residência ou

• Não há IML que atenda a região do acidente ou da residência ou não realize laudo para fins do seguro DPVAT ou

• Não há IML que atenda a região do acidente ou da residência ou não realize laudo para fins do seguro DPVAT ou não realize laudo para fins do seguro DPVAT ou

• Não há IML que atenda a região do acidente ou da residência ou não realize laudo para fins do seguro DPVAT ou não realize laudo para fins do seguro DPVAT ou

• Não há IML que atenda a região do acidente ou da residência ou não realize laudo para fins do seguro DPVAT ou não realize laudo para fins do seguro DPVAT ou

• Não há IML que atenda a região do acidente ou da residência ou não realize laudo para fins do seguro DPVAT ou não realize laudo para fins do seguro DPVAT ou

• Não há IML que atenda a região do acidente ou da residência ou não realize laudo para fins do seguro DPVAT ou não realize laudo para fins do seguro DPVAT ou

• Não há IML que atenda a região do acidente ou da residência ou não realize laudo para fins do seguro DPVAT ou não realize laudo para fins do seguro DPVAT ou

• Não há IML que atenda a região do acidente ou da residência ou não realize laudo para fins do seguro DPVAT ou não realize laudo para fins do seguro DPVAT ou

• Não há IML que atenda a região do acidente ou da residência ou não realize laudo para fins do seguro DPVAT ou não realize laudo para fins do seguro DPVAT ou

• Não há IML que atenda a região do acidente ou da residência ou não realize laudo para fins do seguro DPVAT ou não realize laudo para fins do seguro DPVAT ou

• Não há IML que atenda a região do acidente ou da residência ou não realize laudo para fins do seguro DPVAT ou não realize laudo para fins do seguro DPVAT ou

• Não há IML que atenda a região do acidente ou da residência ou não realize laudo para fins do seguro DPVAT ou não realize laudo para fins do seguro DPVAT ou

• Não há IML que atenda a região do acidente ou da residência ou não realize laudo para fins do seguro DPVAT ou não realize laudo para fins do seguro DPVAT ou

• Não há IML que atenda a região do acidente ou da residência ou não realize laudo para fins do seguro DPVAT ou não realize laudo para fins do seguro DPVAT ou

• Não há IML que atenda a região do acidente ou da residência ou não realize laudo para fins do seguro DPVAT ou não realize laudo para fins do seguro DPVAT ou

• Não há IML que atenda a região do acidente ou da residência ou não realize laudo para fins do seguro DPVAT ou não realize laudo para fins do seguro DPVAT ou

• Não há IML que atenda a região do acidente ou da residência ou não realize laudo para fins do seguro DPVAT ou não realize laudo para fins do seguro DPVAT ou

• Não há IML que atenda a região do acidente ou da residência ou não realize laudo para fins do seguro DPVAT ou não realize laudo para fins do seguro DPVAT ou

• Não há IML que atenda a região do acidente ou da residência ou não realize laudo para fins do seguro DPVAT ou não realize laudo para fins do seguro DPVAT ou

• Não há IML que atenda a região do acidente ou da residência ou não realize laudo para fins do seguro DPVAT ou não realize laudo para fins do seguro DPVAT ou

• Não há IML que atenda a região do acidente ou da residência ou não realize laudo para fins do seguro DPVAT ou não realize laudo para fins do seguro DPVAT ou

• Não há IML que atenda a região do acidente ou da residência ou não realize laudo para fins do seguro DPVAT ou não realize laudo para fins do seguro DPVAT ou

• Não há IML que atenda a região do acidente ou da residência ou não realize laudo para fins do seguro DPVAT ou não realize laudo para fins do seguro DPVAT ou

• Não há IML que atenda a região do acidente ou da residência ou não realize laudo para fins do seguro DPVAT ou não realize laudo para fins do seguro DPVAT ou

• Não há IML que atenda a região do acidente ou da residência ou não realize laudo para fins do seguro DPVAT ou não realize laudo para fins do seguro DPVAT ou

• Não há IML que atenda a região do acidente ou da residência ou não realize laudo para fins do seguro DPVAT ou não realize laudo para fins do seguro DPVAT ou

• Não há IML que atenda a região do acidente ou da residência ou não realize laudo para fins do seguro DPVAT ou não realize laudo para fins do seguro DPVAT ou

• Não há IML que atenda a região do acidente ou da residência ou não realize laudo para fins do seguro DPVAT ou não realize laudo para fins do seguro DPVAT ou

• Não há IML que atenda a região do acidente ou da residência ou não realize laudo para fins do seguro DPVAT ou não realize laudo para fins do seguro DPVAT ou

• Não há IML que atenda a região do acidente ou da residência ou não realize laudo para fins do seguro DPVAT ou não realize laudo para fins do seguro DPVAT ou

• Não há IML que atenda a região do acidente ou da residência ou não realize laudo para fins do seguro DPVAT ou não realize laudo para fins do seguro DPVAT ou

• Não há IML que atenda a região do acidente ou da residência ou não realize laudo para fins do seguro DPVAT ou não realize laudo para fins do seguro DPVAT ou

• Não há IML que atenda a região do acidente ou da residência ou não realize laudo para fins do seguro DPVAT ou não realize laudo para fins do seguro DPVAT ou

• Não há IML que atenda a região do acidente ou da residência ou não realize laudo para fins do seguro DPVAT ou não realize laudo para fins do seguro DPVAT ou

• Não há IML que atenda a região do acidente ou da residência ou não realize laudo para fins do seguro DPVAT ou não realize laudo para fins do seguro DPVAT ou

• Não há IML que atenda a região do acidente ou da residência ou não realize laudo para fins do seguro DPVAT ou não realize laudo para fins do seguro DPVAT ou

• Não há IML que atenda a região do acidente ou da residência ou não realize laudo para fins do seguro DPVAT ou não realize laudo para fins do seguro DPVAT ou

• Não há IML que atenda a região do acidente ou da residência ou não realize laudo para fins do seguro DPVAT ou não realize laudo para fins do seguro DPVAT ou





BOLT LINE DE OCCURRENCE on 12/20/19

Versando sobre: ACIDINIL DE MOTOS

Received March 16, 1987; revised July 10, 1987; accepted August 11, 1987.

DOI: 10.1002/anie.201304267

Localiza Ocorrência PB 18 e nas proximidades da cidade de SANTO ANTONIO-PB.

COMUNICANTE/TH/MAI: MARIA GORETE DA SILVA – brasileira, casada – nasceu em 19/04/1964, em São João del-Rei, Minas Gerais, RG: N.º 1.235.431 – SSP/SP – CPF: N.º 933.317.228-560 – filha de SANTOZINHO ASSIMERO DA SILVA e de MARIA EMILIA DA BARBOSA – residiendo no sítio ZÉ CARLOS, km 2, s/n, rod. SANTOZINHO/PIRENEIA – 8558-240-74.

ACCESSION: A 78.5.10.2

TESTIMONIALS

HISTÓRICO: O Nô do dia, endereço: Av. Maria Chade, 10, morando em ESTRELA, em pesquisa de emprego em uma indústria de margem HONDA/CG-175, CORRUPÇÃO, ANO MOD. 2012, PLACA PUG-9886, CHASSI 99-210-41-10-K2-0-350. FICOU TALVA EM SUMO DE JOSÉ HELEO DE SALES, com luz da porção, placa 2-0890, KMA-AL-DA-SILVA, sendo o filho de ZÉ DE MOURA, de PRATES, mas não viu o caso, a credibilidade do Sr. Beto RODRIGUES, não se justificando por um indivíduo que vive a contradição, a sua moral e sinceridade, cobrando como sempre, no intuito de continuar a viver de maneira confortável, e por isso, QUEL-2, o número da carteira de trabalho, não se encontra atualizado, a sua filha, a criança, devido à falta de recursos, os estudos QUEL-2, não foram concluídos, que, de fato, se encontra no SAMU, por não se tratar de KMA-MADEIRA, AMPARO GRANDE, PB, onde agora, internada por 20 dias.

COMMUNICANTE AFFIDATO

MARIAGORETTI DASILVA

COMISSARIO DA CIVIL: MOACIR ANTONIO DA SILVA





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, 01 de Abril de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190696798

Vítima: MARIA GORETE DA SILVA

Data do Acidente: 15/07/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Assunto: REANÁLISE DO PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), MARIA GORETE DA SILVA

Após revisão da Análise Médica Documental ou perícia em 31/03/2020, verificou-se que a lesão permanente apresentada já foi adequadamente indenizada, nos termos da Lei nº 6.194, de 1974, não tendo sido identificado agravamento da invalidez permanente da vítima, ou nova lesão permanente decorrente do mesmo acidente de trânsito.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para você

Pag. 00251/00252 - carta_09 - INVALIDEZ

00060126



Carta nº 15675103





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, 16 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190696798

Vítima: MARIA GORETE DA SILVA

Data do Acidente: 15/07/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), MARIA GORETE DA SILVA

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\$ 3.543,75

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um joelho 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

Dano Pessoal: Dedos mão-Perda funcional completa de qualquer
um dentre os outros dedos da mão 10%
Graduação: Em grau intenso 75%
% Invalidez Permanente DPVAT: (75% de 10%) 7,50%
Valor a indenizar: 7,50% x 13.500,00 = R\$ 1.012,50

Recebedor: MARIA GORETE DA SILVA

Valor: R\$ 3.543,75

Banco: 237

Agência: 000000835-4

Conta: 0000022604-1

Tipo: CONTA CORRENTE

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, 23 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190696798

Vítima: MARIA GORETE DA SILVA

Data do Acidente: 15/07/2019

Cobertura: INVALEDEZ

Procurador: EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), MARIA GORETE DA SILVA

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. 00277/00278 - Carta_02 - INVALEDEZ

00020139



Carta nº 15284205





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, 17 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190696798

Vítima: MARIA GORETE DA SILVA

Data do Acidente: 15/07/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), MARIA GORETE DA SILVA

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 15253189



BRADESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA:	13/01/2020
NUMERO DO DOCUMENTO:	
VALOR TOTAL:	3.543,75

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: MARIA GORETE DA SILVA

BANCO: 237

AGÊNCIA: 00835-4

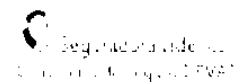
CONTA: 000000022604-1

Nr. Autenticação

BRADESCO1301202005000000000023700835000000022604354375 PAGO



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0449111/19

Número do Sinistro: 3190696798

Vítima: MARIA GORETE DA SILVA

CPF: 393.317.558-56

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

Data do acidente: 15/07/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: MARIA GORETE DA SILVA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Documentação médico-hospitalar

Outros

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: 30/03/2020

Nome: EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES

CPF: 574.940.534-68

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 30/03/2020

Nome: Luanna Karla Bezerra de Amorim Costa

CPF: 095.931.564-02

EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Luanna Karla Bezerra de Amorim Costa



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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo.

Número do Sinistro: **3190696798**

Nome do(a) Examinado(a): **MARIA GORETE DA SILVA**

Endereço do(a) Examinado(a):

RUA GETULIO VARGAS, SN - Santa Cecilia - PB - CEP 58463-000

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**ssp /PB**] **523234314**

Data e local do acidente: [**15/07/2019**] **saída da cidade Santa Cecilia - PB**

Data e local do exame: [**06/01/2020**] **Campina Grande** [**PB**]

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva o(s) diagnóstico(s) das lesões efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado.

Fratura da diáfise do fêmur esquerdo. Fratura do quinto metacarpo esquerdo.

II. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado.

Ao exame, apresenta-se deambulando com muletas, apresentando boa cicatrização e com rigidez articular do joelho esquerdo com flexão até 90° graus. Rigidez articular do quinto dedo da mão esquerda com rotação interna aumentada durante flexão do 5° quírodactilo esquerdo.

III. Nexô de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

[☒] Sim [☐] Não

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

Realizado tratamento cirúrgico em 27/07/2019 com redução cruenta da fratura do 5° metacarpo esquerdo e com fixação com fios de Kirschner. E em 27/07/2019 limpeza cirúrgica com desbridamento de tecidos desvitalizados com redução cruenta e fixação com uso de placa DCP larga com parafusos. Evoluindo sem complicações, com alta hospitalar.

V. Existe seqüela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a qualquer medida terapêutica)?

[☒] Sim [☐] Não

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

Limitação funcional do 5° quírodactilo esquerdo, Limitação funcional do joelho 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 previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.



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

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

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

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

Região Corporal (Sequela):
5º quirodáctilo 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):
Joelho 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

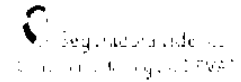
VIII. * Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou
a valoração do dano corporal.



Bruno Bezerra Brilhante - CRM: 6492 - PB



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0449111/19
Vítima: MARIA GORETE DA SILVA
CPF: 393.317.558-56
CPF de: Próprio
Data do acidente: 15/07/2019
Titular do CPF: MARIA GORETE DA SILVA
Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES : 574.940.534-68

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

MARIA GORETE DA SILVA : 393.317.558-56

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: 12/12/2019
Nome: EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES
CPF: 574.940.534-68

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 12/12/2019
Nome: Luanna Karla Bezerra de Amorim Costa
CPF: 095.931.564-02

EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Luanna Karla Bezerra de Amorim Costa



PROCURAÇÃO:

OUTORGANTE

NOME *MARIA JULIA D SILVA*
NACIONALIDADE *BRASILEIRA*
PROFISSÃO *PROFESSORA*
IDENTIDADE *52.23.431-4 SSP/PB*
DATA DO ACIDENTE *15/01/2019*
COBERTURA *TAMBÉM*
VÍTIMA *MARIA JULIA D SILVA*
ENDEREÇO

*RUA LORENTE, 1000, SAN ANTONIO, SALTO
CELESTINO/PB*

OUTORGADO

NOME *ANTONIO YVES DE ALBUQUERQUE FERNANDES*
NACIONALIDADE *BRASILEIRA*
PROFISSÃO *TRABALHADOR PÚBLICO*
IDENTIDADE *36.950.88-5 SSP/PB*
ENDEREÇO

*RUA JOSE B. LIMA, 200, P. 10, ALTA, C. 10000000
(PB)*

PELO PRESENTE INSTRUMENTO PARTICULAR DE PROCURAÇÃO NOMINIO E
CONSTITUO MEU BASTANTE PROCURADOR E OUTORGADO, ADMA QUALIFICADO A
QUEM CONTO PODERES PARA REPRESENTAR ME PERANTE AS SEGURADORAS QUE
CONSTITUI O CONSÓRCIO DE SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT.

Santa Cecília - PB, 06 de Dezembro de 2019.

Maria Julia D Silva

ASSINATURA DO OUTORGANTE

RECONHECIMENTO DE AUTENTICIDADE
de Tabelionato de Notas

Santa Cecília-PB

Maria Aparecida Albuquerque de Oliveira
Oficial e Tabelã



RECONHECIMENTO DE AUTENTICIDADE
RUA Manoel Rodrigues, 150, Centro, Santa Cecília-PB

Reconhecido por autenticidade no Tabelionato

Maria Garcia da Silva

Deputado Estadual, PB, 2012-2016

Procurador Municipal, Santa Cecília, PB, 2017-2018

São José do Bonfim, PB, 2019-2020

Comissão de Autenticidade de Notas - Tabelionato de Notas

Formulário de Autenticidade de Notas - Tabelionato de Notas



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190696798

Cidade: Santa Cecília

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: MARIA GORETE DA SILVA

Data do acidente: 15/07/2019

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 31/03/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: (PARECER DA PERÍCIA MÉDICA)

Fratura da diáfise do fêmur esquerdo. Fratura do quinto metacarpo esquerdo.

Resultados terapêuticos: (PARECER DA PERÍCIA MÉDICA)

Realizado tratamento cirúrgico em 27/07/2019 com redução cruenta da fratura do 5º metacarpo esquerdo e com fixação com fios de Kirschner. E em 27/07/2019 limpeza cirúrgica com desbridamento de tecidos desvitalizados com redução cruenta e fixação com uso de placa DCP larga com parafusos. Evoluindo sem complicações, com alta hospitalar.

Sequelas permanentes: (PARECER DA PERÍCIA MÉDICA)

Limitação funcional do 5º quirodáctilo esquerdo, Limitação funcional do joelho esquerdo

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento
faltante:

Apontamento do Laudo
do IML:

Conduta mantida: Sim

Quantificação das
sequelas: DEBILIDADE FUNCIONAL INTENSA DO JOELHO ESQUERDO E INTENSA DO 5º DEDO DA MÃO ESQUERDA.

Documentos
complementares:

Observações: VÍTIMA AVALIADA POR MEIO DE PERÍCIA MÉDICA PRESENCIAL, EM 06/01/2020, ONDE SEGUNDO O MÉDICO PERITO, VÍTIMA INDENIZADA POR DEBILIDADE FUNCIONAL INTENSA DO JOELHO ESQUERDO E INTENSA DO 5º DEDO DA MÃO ESQUERDA.

REANÁLISE CONCLUÍDA E NÃO 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: 3190696798

Cidade: Santa Cecília

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: MARIA GORETE DA SILVA

Data do acidente: 15/07/2019

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 20/12/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DA DIÁFISE DE FÊMUR ESQUERDO.(PAG.02.05)

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (FIXAÇÃO COM FIOS DE K) E ALTA MÉDICA (PAG.10)

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, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VIGÊNCIA DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E/OU ANATÔMICAS 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 inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190696798

Cidade: Santa Cecília

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: MARIA GORETE DA SILVA

Data do acidente: 15/07/2019

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 31/03/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: (PARECER DA PERÍCIA MÉDICA)

Fratura da diáfise do fêmur esquerdo. Fratura do quinto metacarpo esquerdo.

Resultados terapêuticos: (PARECER DA PERÍCIA MÉDICA)

Realizado tratamento cirúrgico em 27/07/2019 com redução cruenta da fratura do 5º metacarpo esquerdo e com fixação com fios de Kirschner. E em 27/07/2019 limpeza cirúrgica com desbridamento de tecidos desvitalizados com redução cruenta e fixação com uso de placa DCP larga com parafusos. Evoluindo sem complicações, com alta hospitalar.

Sequelas permanentes: (PARECER DA PERÍCIA MÉDICA)

Limitação funcional do 5º quirodáctilo esquerdo, Limitação funcional do joelho esquerdo

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento
faltante:

Apontamento do Laudo
do IML:

Conduta mantida: Sim

Quantificação das
sequelas: DEBILIDADE FUNCIONAL INTENSA DO JOELHO ESQUERDO E INTENSA DO 5º DEDO DA MÃO ESQUERDA.

Documentos
complementares:

Observações: VÍTIMA AVALIADA POR MEIO DE PERÍCIA MÉDICA PRESENCIAL, EM 06/01/2020, ONDE SEGUNDO O MÉDICO PERITO, VÍTIMA INDENIZADA POR DEBILIDADE FUNCIONAL INTENSA DO JOELHO ESQUERDO E INTENSA DO 5º DEDO DA MÃO ESQUERDA.

REANÁLISE CONCLUÍDA E NÃO 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: 3190696798

Cidade: Santa Cecília

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: MARIA GORETE DA SILVA

Data do acidente: 15/07/2019

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 20/12/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DA DIÁFISE DE FÊMUR ESQUERDO.(PAG.02.05)

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (FIXAÇÃO COM FIOS DE K) E ALTA MÉDICA (PAG.10)

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, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VIGÊNCIA DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E/OU ANATÔMICAS 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 inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190696798

Cidade: Santa Cecília

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: MARIA GORETE DA SILVA

Data do acidente: 15/07/2019

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: Fratura da diáfise do fêmur esquerdo. Fratura do quinto metacarpo esquerdo.

Descrição do exame físico: Ao exame, apresenta-se deambulando com muletas, apresentando boa cicatrização e com rigidez articular do joelho esquerdo com flexão até 90° graus. Rigidez articular do quinto dedo da mão esquerda com rotação interna aumentada durante flexão do 5º quirodáctilo esquerdo.

Resultados terapêuticos: Realizado tratamento cirúrgico em 27/07/2019 com redução cruenta da fratura do 5º metacarpo esquerdo e com fixação com fios de Kirschner. E em 27/07/2019 limpeza cirúrgica com desbridamento de tecidos desvitalizados com redução cruenta e fixação com uso de placa DCP larga com parafusos. Evoluindo sem complicações, com alta hospitalar.

Sequelas permanentes: Limitação funcional do 5º quirodáctilo esquerdo, Limitação funcional do joelho esquerdo

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 06/01/2020

Conduta mantida:

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 completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau intenso - 75 %	18,75%	R\$ 2.531,25
Dedos mão-Perda funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão	10 %	Em grau intenso - 75 %	7,5%	R\$ 1.012,50
Total			26,25 %	R\$ 3.543,75



PROCURAÇÃO:

OUTORGANTE

NOME *MARIA GARCIA DA SILVA*
NACIONALIDADE *BRASILEIRA*
PROFISSÃO *PROFESSORA*
IDENTIDADE *52.23.431-4 SSP/PB*
DATA DO ACIDENTE *15/01/2019*
COBERTURA *TAMBÉM*
VÍTIMA *MARIA GARCIA DA SILVA*
ENDEREÇO

*RUA CORONEL GURUÁ S/N HON. RUA SALV.
CEX. 601/PB*

OUTORGADO

NOME *ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR*
NACIONALIDADE *BRASILEIRA*
PROFISSÃO *TRABALHADOR PÚBLICO*
IDENTIDADE *36.450.008 SSP/PB*
ENDEREÇO

*RUA JOSE B. LIMA, 20310 - FLORES DO CARVALHO
(PB)*

PELO PRESENTE INSTRUMENTO PARTICULAR DE PROCURAÇÃO NOMINIO E
CONSTITUO MEU BASTANTE PROCURADOR E OUTORGADO, ADMA QUALIFICADO A
QUEM CONTO PODERES PARA REPRESENTAR ME PERANTE AS SEGURADORAS QUE
CONSTITUI O CONSÓRCIO DE SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT.

Santa Cecília - PB 06 de Dezembro de 2019.



Maria Garcia da Silva

ASSINATURA DO OUTORGANTE

RECONHECIMENTO DE AUTENTICIDADE
de Tabelionato de Notas

Santa Cecília-PB

Maria Aparecida Albuquerque de Oliveira
Oficial e Tabelã



CONSELHO DE TABELANTESSAIA-PE
Rua Manoel Rodrigues, 55 - Centro - Santa Cecília - PB

Reconheço a presente assinatura em 06 de Dezembro de 2019.

Maria Garcia da Silva

Identidade: Santa Cecília - PB - 06/12/2019

Tabelão: Maria Aparecida Albuquerque de Oliveira

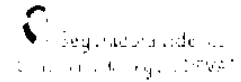
Santa Cecília - PB - 06/12/2019

Assinatura eletrônica do Tabelante: Tabelante: Maria Aparecida Albuquerque de Oliveira

Identidade: Santa Cecília - PB - 06/12/2019



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0449111/19
Vítima: MARIA GORETE DA SILVA
CPF: 393.317.558-56
CPF de: Próprio
Data do acidente: 15/07/2019
Titular do CPF: MARIA GORETE DA SILVA
Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES : 574.940.534-68

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

MARIA GORETE DA SILVA : 393.317.558-56

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: 12/12/2019
Nome: EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES
CPF: 574.940.534-68

Responsável pelo cadastramento na seguradora

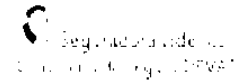
Data do cadastramento: 12/12/2019
Nome: Luanna Karla Bezerra de Amorim Costa
CPF: 095.931.564-02

EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Luanna Karla Bezerra de Amorim Costa



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0449111/19

Número do Sinistro: 3190696798

Vítima: MARIA GORETE DA SILVA

CPF: 393.317.558-56

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

Data do acidente: 15/07/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: MARIA GORETE DA SILVA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Documentação médico-hospitalar

Outros

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: 30/03/2020

Nome: EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES

CPF: 574.940.534-68

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 30/03/2020

Nome: Luanna Karla Bezerra de Amorim Costa

CPF: 095.931.564-02

EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Luanna Karla Bezerra de Amorim Costa



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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo.

Número do Sinistro: **3190696798**

Nome do(a) Examinado(a): **MARIA GORETE DA SILVA**

Endereço do(a) Examinado(a):

RUA GETULIO VARGAS, SN - Santa Cecilia - PB - CEP 58463-000

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**ssp /PB**] **523234314**

Data e local do acidente: [**15/07/2019**] **saída da cidade Santa Cecilia - PB**

Data e local do exame: [**06/01/2020**] **Campina Grande** [**PB**]

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva o(s) diagnóstico(s) das lesões efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado.

Fratura da diáfise do fêmur esquerdo. Fratura do quinto metacarpo esquerdo.

II. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado.

Ao exame, apresenta-se deambulando com muletas, apresentando boa cicatrização e com rigidez articular do joelho esquerdo com flexão até 90° graus. Rigidez articular do quinto dedo da mão esquerda com rotação interna aumentada durante flexão do 5° quírodáctilo esquerdo.

III. Nexô de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

[☒] Sim [☐] Não

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

Realizado tratamento cirúrgico em 27/07/2019 com redução cruenta da fratura do 5° metacarpo esquerdo e com fixação com fios de Kirschner. E em 27/07/2019 limpeza cirúrgica com desbridamento de tecidos desvitalizados com redução cruenta e fixação com uso de placa DCP larga com parafusos. Evoluindo sem complicações, com alta hospitalar.

V. Existe seqüela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a qualquer medida terapêutica)?

[☒] Sim [☐] Não

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

Limitação funcional do 5° quírodáctilo esquerdo, Limitação funcional do joelho 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 previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.



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

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

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

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

Região Corporal (Sequela):
5º quirodáctilo 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):
Joelho 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

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



Bruno Bezerra Brilhante - CRM: 6492 - PB





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, 17 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190696798

Vítima: MARIA GORETE DA SILVA

Data do Acidente: 15/07/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), MARIA GORETE DA SILVA

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 15253189





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, 23 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190696798

Vítima: MARIA GORETE DA SILVA

Data do Acidente: 15/07/2019

Cobertura: INVALEDEZ

Procurador: EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), MARIA GORETE DA SILVA

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. 00277/00278 - Carta_02 - INVALEDEZ

00020139



Carta nº 15284205





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, 16 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190696798

Vítima: MARIA GORETE DA SILVA

Data do Acidente: 15/07/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), MARIA GORETE DA SILVA

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\$ 3.543,75

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um joelho 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

Dano Pessoal: Dedos mão-Perda funcional completa de qualquer
um dentre os outros dedos da mão 10%
Graduação: Em grau intenso 75%
% Invalidez Permanente DPVAT: (75% de 10%) 7,50%
Valor a indenizar: 7,50% x 13.500,00 = R\$ 1.012,50

Recebedor: MARIA GORETE DA SILVA

Valor: R\$ 3.543,75

Banco: 237

Agência: 000000835-4

Conta: 0000022604-1

Tipo: CONTA CORRENTE

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, 01 de Abril de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190696798

Vítima: MARIA GORETE DA SILVA

Data do Acidente: 15/07/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Assunto: REANÁLISE DO PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), MARIA GORETE DA SILVA

Após revisão da Análise Médica Documental ou perícia em 31/03/2020, verificou-se que a lesão permanente apresentada já foi adequadamente indenizada, nos termos da Lei nº 6.194, de 1974, não tendo sido identificado agravamento da invalidez permanente da vítima, ou nova lesão permanente decorrente do mesmo acidente de trânsito.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para você

Pag. 00251/00252 - carta_09 - INVALIDEZ

00060126



Carta nº 15675103





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nome completo do Vítima

CPF do Vítima

4. Nome completo do Autor

572.704.113-04 000.000.000-00 ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR

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

7. Nome completo

8. Profissão

9. Endereço

10. Número

11. Complemento

12. Bairro

13. Cidade

14. Estado

15. CEP

16. Celular

17. Telefone

18. E-mail

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

19. Nome completo do Representante Legal

20. CPF do Representante Legal

21. Profissão do Representante Legal

Declaro, por escrito, sob pena de crime, haver informado corretamente os dados pessoais e profissionais acima e anexo (ANEXAR COPIA)

22. RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA

☒

23. RENDIMENTOS

☐

24. RENDIMENTOS

☐

25. RENDIMENTOS

☐

26. RENDIMENTOS

☐

27. RENDIMENTOS

☐

28. RENDIMENTOS

29. DADOS BANCÁRIOS

☒

30. BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

☐

31. REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☐

32. CONTA POUPANÇA (se beneficiário menor de idade ou incapaz)

☒

33. CONTA CORRENTE (se beneficiário maior de idade)

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

Nome do BANCO:

☐ Banco do Brasil (001)

☐ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA:

CONTAS:

AGÊNCIA:

CONTAS:

AGÊNCIA:

CONTAS:

Autorizo

o(a) Sr(a) _____, titular da conta bancária nº _____, Agência _____, do Banco _____, a ser debitada em nome do(a) Sr(a) _____, CPF nº _____, para a realização de pagamentos de indenização de acordo com o valor estabelecido no contrato de seguro DPVAT.

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

☒

Declaro,

que não há necessidade de realização de exame médico-legal para fins de cobertura de indenização por invalidez permanente.

- Não há IMI, que atenda a região do acidente ou da residência ou;
- O IMI, que atenda a região do acidente ou da residência não realizou exames para fins do seguro DPVAT ou;
- O IMI, que atenda a região do acidente ou da residência não realizou exames para fins do seguro DPVAT, dos dados pessoais e profissionais do Vítima/Beneficiário.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

34. Estado

☐

35. Estado

☐

36. Estado

☐

37. Estado

☐

38. Estado

☐

39. Estado

40. Grau de Parentesco com Vítima

41. Vítima de seu companheiro(a)

☐

42. Vítima de seu companheiro(a)

☐

43. Vítima de seu companheiro(a)

☐

44. Vítima de seu companheiro(a) informar nome completo

45. Vítima

☐

46. Vítima

☐

47. Vítima

☐

48. Vítima

☐

49. Vítima

☐

50. Vítima

☐

51. Vítima

☐

52. Vítima

☐

53. Vítima

☐

54. Vítima

☐

55. Vítima

☐

56. Vítima

☐

57. Vítima

☐

58. Vítima

☐

59. Vítima

☐

60. Vítima

☐

Estou cliente

do(a) Sr(a) _____, titular da conta bancária nº _____, Agência _____, do Banco _____, a ser debitada em nome do(a) Sr(a) _____, CPF nº _____, para a realização de pagamentos de indenização de acordo com o valor estabelecido no contrato de seguro DPVAT.

61. Nome

62. Nome completo do beneficiário a quem se paga

63. CPF legível de quem assina a petição a seguir

64. Assinatura de quem assina a petição a seguir

65. 1º Nome

CPF

Assinatura da testemunha

66. 2º Nome

CPF

Assinatura da testemunha

Assinatura do Vítima/Beneficiário ou de quem o representa

Assinatura do Vítima/Beneficiário ou de quem o representa

67. Assinatura do Representante legal (se for o caso)

FGD-0011-1/007/2019

68. Assinatura do Autorado (se for o caso)





BOLT LINE DE OCCURRENCE on 12/20/19

Versando sobre: ACIDINIL DE MOTOS

Received March 16, 1987; revised July 10, 1987; accepted August 11, 1987.

Received 1 June 2006; accepted 1 July 2006; first published online 18 August 2006

Localização: Ocorrência PB 15, nas proximidades da cidade de SANTA CECÍLIA-PB.

COMUNICANTE/THIAI: MARIA GORETE DA SILVA – brasileira, casada – nasceu em 19/04/1964, em São João del-Rei, Minas Gerais, RG: N.º 1.235.431 – SSP/SP – CPF: N.º 933.317.228-560 – filha de SANTOZINHO ASSIMERO DA SILVA e de MARIA EMILIA DA BARBOSA – residiendo no sítio ZÉ DO MURKVA, zona rural, SANTO ALEU, PE, tel.: 8538.24074.

ACCESSION: A 78.5.12.1

TESTIMONIALS

HISTÓRICO Os dados de endereço foram retirados do nome e endereço da pessoa inscrita no cadastro de eleitores em uma municipalidade HONDA/CG 175, CORREPTA, ANO MOD 2012, PLACA PUG 9886, CHASSI 09.2JC41100K203750. Foi encontrada EM SUMÉ, DE JOSÉ HELIO DE SALES, com luz da porção municipal 2008, KMALE DA SILVA, sendo o filho ZÉ DE MOURA, de PRATES, mas não há registro de filiação ao SR. B. RODRIGUES, não se supondo por um indivíduo que viveu com ele e sua mulher e filhos, morando obrigatoriamente com eles, no interior do município, e vivendo atualmente com a filha e o filho QUEL, e o menor do último casamento, não se podendo afirmar que se filia a ele, devido ao fato de que os filhos QUEL e a filha, portanto, que filia o menor, não filiam, pelo menos, ao SR. MAIA DE AMPARO GRANDE, PB, onde agora, internada por doença.

COMMUNICANTE AFFIDATO

MARIAGORETTI DA SILVA

COMISSARIO DA CIVIL: MOACIR ANTONIO DA SILVA



BRADESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA:	13/01/2020
NUMERO DO DOCUMENTO:	
VALOR TOTAL:	3.543,75

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: MARIA GORETE DA SILVA

BANCO: 237

AGÊNCIA: 00835-4

CONTA: 000000022604-1

Nr. Autenticação

BRADESCO1301202005000000000023700835000000022604354375 PAGO



SILBERTO JOSE DA SILVA

Atendimento ao Cliente ENERGISA 0800 083 0196 Acesse: www.energisa.com.br

Conta referente a Apresentação Data prevista da próxima leitura CPF/CNPJ/RANI
Set/2018 11/09/2018 14/09/2018 04.104.344-04

UC (Unidade Consumidora): 6/1688293-8

Canal de contato

Endereço: Rua ...
Cidade: ...
UF: ...

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
Data	Leitura	Data	Leitura	

Demonstrativo

Consumo anterior: ...
Consumo atual: ...
Consumo constante: ...
Consumo médio: ...

Consumo médio: ...
Consumo médio: ...
Consumo médio: ...

Média último mês (kWh)

VENCIMENTO
18/09/2019

TOTAL A PAGAR
R\$ 96,28

Histórico de Consumo (kWh)

Consumo médio: ...

Indicadores de Qualidade

Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)
------------------	---------	----------------------

Consumo médio: ...
Consumo médio: ...
Consumo médio: ...

ATENÇÃO

Políticas em anexo





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

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

1. *Chelidonium majus* L. (Papaveraceae) – Yellow Poppie

• • • • •

707-40302 10/20/89

[illegible]

*0274

[illegible]

Model	Variable	Parameter	Estimate	Standard Error	t-Statistic	Probability > t	Number of Observations	Number of Parameters	Adjusted R-Square	Log Likelihood	Information Criteria	Bayesian Information Criterion
Model 1	Constant	Intercept	1.0000	0.0000	1.0000	0.0000	100	1	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000
Model 2	Constant	Intercept	1.0000	0.0000	1.0000	0.0000	100	1	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000
Model 3	Constant	Intercept	1.0000	0.0000	1.0000	0.0000	100	1	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000
Model 4	Constant	Intercept	1.0000	0.0000	1.0000	0.0000	100	1	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000
Model 5	Constant	Intercept	1.0000	0.0000	1.0000	0.0000	100	1	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000
Model 6	Constant	Intercept	1.0000	0.0000	1.0000	0.0000	100	1	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000
Model 7	Constant	Intercept	1.0000	0.0000	1.0000	0.0000	100	1	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000
Model 8	Constant	Intercept	1.0000	0.0000	1.0000	0.0000	100	1	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000
Model 9	Constant	Intercept	1.0000	0.0000	1.0000	0.0000	100	1	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000
Model 10	Constant	Intercept	1.0000	0.0000	1.0000	0.0000	100	1	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000
Model 11	Constant	Intercept	1.0000	0.0000	1.0000	0.0000	100	1	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000
Model 12	Constant	Intercept	1.0000	0.0000	1.0000	0.0000	100	1	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000
Model 13	Constant	Intercept	1.0000	0.0000	1.0000	0.0000	100	1	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000
Model 14	Constant	Intercept	1.0000	0.0000	1.0000	0.0000	100	1	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000
Model 15	Constant	Intercept	1.0000	0.0000	1.0000	0.0000	100	1	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000
Model 16	Constant	Intercept	1.0000	0.0000	1.0000	0.0000	100	1	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000
Model 17	Constant	Intercept	1.0000	0.0000	1.0000	0.0000	100	1	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000
Model 18	Constant	Intercept	1.0000	0.0000	1.0000	0.0000	100	1	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000
Model 19	Constant	Intercept	1.0000	0.0000	1.0000	0.0000	100	1	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000
Model 20	Constant	Intercept	1.0000	0.0000	1.0000	0.0000	100	1	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000
Model 21	Constant	Intercept	1.0000	0.0000	1.0000	0.0000	100	1	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000
Model 22	Constant	Intercept	1.0000	0.0000	1.0000	0.0000	100	1	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000
Model 23	Constant	Intercept	1.0000	0.0000	1.0000	0.0000	100	1	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000
Model 24	Constant	Intercept	1.0000	0.0000	1.0000	0.0000	100	1	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000
Model 25	Constant	Intercept	1.0000	0.0000	1.0000	0.0000	100	1	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000
Model 26	Constant	Intercept	1.0000	0.0000	1.0000	0.0000	100	1	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000
Model 27	Constant	Intercept	1.0000	0.0000	1.0000	0.0000	100	1	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000
Model 28	Constant	Intercept	1.0000	0.0000	1.0000	0.0000	10					

[illegible][illegible]

The authors are grateful to the National Science Foundation for support of this work under Grant No. DMR-80-19765.



Para mais informações, acesse o site: <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para: **SAC DPVAT** (0800-0321204) ou (800) 221206
exclusivo para pessoas com deficiência: 0800-0321204

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

O preenchimento deste formulário é parte integrante do processo de liquidação do sinistro, conforme estabelecido a circular número 445/12 disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.susep.gov.br/8/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

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

O preenchimento deste formulário, não implica responsabilidade por parte da Seguradora Líder, e não constitui garantia de pagamento de indenização.

Este formulário é válido para todos os sinistros de DPVAT cobertos pelo seguro DPVAT, independentemente da data de ocorrência do sinistro, desde que o sinistro tenha sido registrado no sistema de DPVAT da Seguradora Líder.

Pelo exposto, eu, ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR, inscrito no CPF nº 019.119.119-01, residente na rua JOSE DE ALMEIDA, nº 100, bairro JOSE DE ALMEIDA, cidade JOSE DE ALMEIDA, Estado GOIÁS, na qualidade de Procurador(a) Intermediário(a) do Beneficiário, inscrito(a) no CPF nº 019.119.119-01, inscrito no CPF sob o nº 019.119.119-01, do sinistro de DPVAT cobertura 2 da vítima ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR, inscrito no CPF sob o nº 019.119.119-01, conforme determinação da Circular Susep 445/12.

Declaro Profissão: PROCURADOR Renda: até 1 salário mínimo e apresento os documentos comprobatórios.

☒ Recusa Intencional

Declaro ainda, sob as penas da lei, que não sou de prova de residência junto a Seguradora Líder – DPVAT, residing 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.

Assinatura do Beneficiário: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR Nome do Beneficiário: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR
Assinatura do Intermediário: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR Nome do Intermediário: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR
Assinatura do Segurado: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR Nome do Segurado: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR

Assinatura do Representante da Seguradora

ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR
Assinatura do Representante

DPVAT 15/06/2020

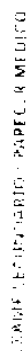


Alcandil-PB

Alcandil-PB







Num. 63890798 - Pág. 66

[illegible]

Data da internação: 15/07/2019 Hora: 22:55:00

SUSSistema Único de Saúde
Ministério da Saúde**LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR**

Identificação do Estabelecimento de Saúde		2 - CNES	
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE		2362856	
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO SUBSISTENTE		4 - CNES	
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES		2362856	
Identificação do Paciente		5 - NÚMERO PRONTUÁRIO	
6 - NOME DO PACIENTE		1944767	
7 - CARTÃO DO SUS		8 - DATA DE NASCIMENTO	
700607902385262		01/09/1983	
9 - SEXO		10 - TERMO DE CONSENTIMENTO	
10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL		11 - TERMO DE CONSENTIMENTO	
MARIA JADELDA BARBOSA		83	
12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)		13 - CIDADE (UF) - CEP	
JOSE MOURA - O CENTRO		251315 PB 58463000	
14 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA		15 - CIDADE (UF) - CEP	
Santa Cecília		251315 PB 58463000	

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

16 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS		17 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS/RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS	
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO		19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS/RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS	
20 - DIAGNÓSTICO INICIAL		21 - CÉDULA PRINCIPAL	
22 - CÉDULA SECUNDÁRIA		23 - CÉDULA CAUSAS ASSOCIADAS	
24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO		25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	
26 - LOCAL DA INTERNAÇÃO		27 - DOCUMENTO	
28 - DATA DE INTERNAÇÃO		29 - NÚMERO DO DOCUMENTO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE	
30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE		31 - DATA DE EMISSÃO	
32 - ASSINATURA E CARIMBO DO REGISTRO DO CONSELHO		33 - DATA DE EMISSÃO	

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

34 - ACIDENTE DE TRÂNSITO	35 - CÉDULA DA SEGURADORA	36 - NÚMERO DO BILHETE	37 - SÉRIE
38 - ACIDENTE TRABALHO TÍPICO	39 - CÉDULA DA EMPRESA	40 - NÚMERO DA EMPRESA	41 - SÉRIE
42 - ACIDENTE TRABALHO TRAJETO	43 - CÉDULA DA EMPRESA	44 - NÚMERO DA EMPRESA	45 - SÉRIE
46 - VINCULO COM A PREVIDÊNCIA	47 - AUTÔNOMO	48 - SEM EMPREGADOR	49 - EMPREGADO
50 - VINCULO COM A PREVIDÊNCIA	51 - AUTÔNOMO	52 - SEM EMPREGADOR	53 - EMPREGADO

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR		44 - NÚMERO DO DOCUMENTO DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR	
45 - DATA DE AUTORIZAÇÃO		46 - ASSINATURA E CARIMBO DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR	

Anexo 1 - 148 - protocolo para internamento - pje - contato 1944767



Data da Internação: 15/07/2019 Hora: 22:55:00

SUSSistema: Ministério
União da
Saúde da Saúde**LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR****Identificação do Estabelecimento de Saúde**1. NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES2. CNES
23628563. NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES4. CNES
2362856**Identificação do Paciente**5. NOME DO PACIENTE
MARIA GORETE DA SILVA6. NÚMERO DO PROMISSOR
19447677. CARTÃO DO SUS
7006079023852628. DATA DE NASCIMENTO
01/09/19839. SEXO
MALE ☒ FEMALE ☐10. NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL
MARIA JADELDA BARBOSA11. TELEFONE (CITY) (0)
8312. ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)
JOSE MOURA, 0, CENTRO13. MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA
Santa Cecília14. CÓDIGO DO MUNICÍPIO (CEP)
25131515. UF
PB16. CEP
58463000**JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO**

17. PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

18. CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

19. PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS/RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS

20. DIAGNÓSTICO INICIAL

21. CITO PRINCIPAL

22. CITO SECUNDÁRIO

23. CITO CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

25. CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

26. CLÍNICA

27. CLASSE DA INTERNAÇÃO
0328. DOCUMENTO
EXTERNO

CPF

29. Nº DO DOCUMENTO Nº DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE
98001600286767330. NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE
ANA MARIA DA SILVA ANSELMO31. DATA DA SOLICITAÇÃO
15/07/2019

32. ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33. ACIDENTE DE TRÂNSITO

36. CNPJ DA EMPRESA

37. Nº DO BILHETE

38. SÉRIE

34. ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

39. CNPJ EMPRESA

40. CNPJ DA EMPRESA

41. CNPJ

35. ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

42. VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

EMPREGADO

EMPREGADOR

AUTÔNOMO

DESEMPREGADO

PAROSENTADO

SEM SEGURADOR

AUTORIZAÇÃO

43. NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

44. CATEGORIA PROFISSIONAL

45. Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

46. DOCUMENTO
CPF

47. Nº DO DOCUMENTO Nº DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

48. DATA DA AUTORIZAÇÃO

49. ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

/ /



NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

PACIENTE

Num. 63890798 - Pág. 69

Figure 1 shows a 2D hexagonal lattice of atoms (solid dots). A central atom is surrounded by six other atoms forming a hexagon, with vertices marked by open circles. The lattice constant is denoted by a and the distance from the central atom to the vertices of the hexagon is denoted by r .

A large grid of graph paper with a 10x10 grid of dots and a 10x10 grid of lines.

[illegible]

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 25/06/2020 14:53:13

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 25/06/2020 14:53:13

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 25/06/2020 14:53:13

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 25/06/2020 14:53:13

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 25/06/2020 14:53:13

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 25/06/2020 14:53:13

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 25/06/2020 14:53:13

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 25/06/2020 14:53:13

HOSPITAL EMERGENCIA TRAUMA DE CAMPINA GRANDE

Nome do Paciente: MARIA CORREIA

Data da Cirurgia: 27/07/2019

Nome	Assinatura	Assinatura	Assinatura
Cirurgião: DR. ANDRÉ ROBERTO		1ª Auxiliar: DR. VILLY	
2ª Auxiliar: DR. EDIMAR		Instrumentador: TIAGO	
Anestesiato: DR. SOLIMÉ		Anestesia: BLOQUEIO	

Tipos de Cirurgia: REDUÇÃO + FIXAÇÃO

Diagnóstico Pré-operatório: COMINSMU

Exame Complementar no Pré-diagnóstico: NÃO REALIZADO

Exame Radiológico no Atol: NÃO

Acidente durante a cirurgia: NÃO OCORREU

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

- 01- PACIENTE EM DECUBITO DORSAL SOB ANESTESIA
- 02- ASSEPSIA E ANTISSEPSIA MIE
- 03- COLOCAÇÃO DE CAMPOS CIRURGICOS ESTÉREIS
- 04- REDUÇÃO CRUENTA
- 05- FIXAÇÃO COM PLACA E FIO
- 06- LAVAGEM SFO 9% + SUTURA + CURATIVO
- 07- TALA CURA E IMOBILIZAÇÃO

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR
Data: 25/06/2020 14:53:13



Nome do Paciente: MAH A. GURETE

Data da Cirurgia: 27/07/2019

CNS

Procedimento

Unidade

Prontuário

Medicação: DR. SODURRO

Anestesia

Relatório de Anestesia: NÃO FORNECE

Relatório de Anestesia: NÃO FORNECE

Relatório imediato do Patologista: NÃO FORNECE

Relatório

Acidentes Durante a Cirurgia: NÃO FORNECE

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

- 02- ANESTESIA E ANTISSEPSIA MH
- 03- COLOCAÇÃO DE CAMPOS CIRURGICOS ESTERIS
- 04- INC SAO FACE LATERAL DE FEMUR ESQ - DIVULSAO POR PLANOS
- 05- LIMPEZA E DESBRIDAMENTO TECIDOS DE VITALIZADOS
- 06- REPOSICAO FRATURA - FIXACAO COM PLACA 4.5MM DE PLACAS 10 TIPOS
- 07- POSICIONAMENTO MACULAO E COLA MANUTENCAO DOS MEMBROS E SUTURAS
- 08- DRENATIVOS

Dr. ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR
CRM 100538 - RORONIA
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
RUA JOSE GOMES DE OLIVEIRA, 100 - JARDIM
JOSE GOMES DE OLIVEIRA, 100 - JARDIM





**GOVERNO
DA PARAÍBA**



HOSPITAL DE PARÁIBA

LIBERAÇÃO DE LEITO

Nome do Paciente: MARIA GORETE DA SILVA

Data da Internação: 15/07/2019

Data da Alta: 29/07/2019

Registro: 1944767

Tempo de Permanência: -18093

Diagnóstico Inicial: 0408050233

Diagnóstico Final:

Principais Exames: EXAME CLÍNICO + RADIOLOGICO

Cirurgia: TRATAMENTO CIRURGICO FX DIAFISE FEMUR + FX MET. E.

Data: 27.07/2019

Equipe:

Cirurgião: ANDRE RIBEIRO ARAUJO MENEZES

Aux 1: ELDIVIAN SOARES DE ARAUJO

Aux 2: YWRY DE PAIVA CAMARA

Aux 3: ANA MARIA DA SILVA ANSELMO

Aux 4:

Anestesiista: MARIA DO SOCORRO ABRANTES DE OLIVEIRA

Medicamentos:

Infecção E.O: NAO

Coleta de Material: NAO

Orientações: - PRESCREVO CIPROFLOXACINO - ARFLEX RETARD - DEOCIL SL + XARELTO. - ENCAMINHO AO AMBULATÓRIO DE EGRESSOS PARA RETORNO. - ENCAMINHO À FISIOTERAPIA. - FORNEÇO ATESTADO MÉDICO. - ORIENTAÇÕES GERAIS + RETORNO IMEDIATO SE INTERCORRENCIAS. - ALTA HOSPITALAR.

CUIDADOS COM A FERIDA OPERATÓRIA: LAVAR COM ÁGUA E SABÃO DUAS VEZES AO DIA. SE APRESENTAR FEBRE, DOR, VERMELHIDÃO OU INCHACO RETORNAR IMEDIATAMENTE AO HOSPITAL!

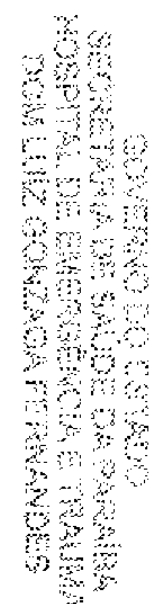
Condições de Alta: Melhorado

Data: 29/07/2019

Assinatura/Carimbo
Ana Maria Da Silva Anselmo

OBS: LIBERAÇÃO CONFERIDA NO RESUMO DE ALTA - RESPONSÁVEL: Ana Maria Da Silva Anselmo





GOVERNMENT OF THE DISTRICT OF COLUMBIA

Paciente	Profissional	Ass	Local	Entrada
Nome: <u>Roberto Silva</u>				
Data: <u>26/02</u>				
Idade: <u>1</u>				
Relato: <u>Interconsulta com pediatra para diagnóstico de pneumonia de origem desconhecida de natureza infecciosa com febre baixa, tosse seca, ausência de ruídos pulmonares, ausência de sinais de desidratação, ausência de sinais de infecção sistêmica, ausência de sinais de infecção local.</u>				
Exame físico: <u>Boa aparência, sem sinais de desidratação, sem sinais de infecção sistêmica, sem sinais de infecção local.</u>				
Exame de urina: <u>Normal.</u>				
Exame de sangue: <u>Normal.</u>				
Exame de fezes: <u>Normal.</u>				
Exame de secreções: <u>Normal.</u>				
Exame de pele: <u>Normal.</u>				
Exame de olhos: <u>Normal.</u>				
Exame de ouvidos: <u>Normal.</u>				
Exame de nariz: <u>Normal.</u>				
Exame de garganta: <u>Normal.</u>				
Exame de tórax: <u>Normal.</u>				
Exame de abdome: <u>Normal.</u>				
Exame de membros superiores: <u>Normal.</u>				
Exame de membros inferiores: <u>Normal.</u>				
Exame de pele: <u>Normal.</u>				
Exame de olhos: <u>Normal.</u>				
Exame de ouvidos: <u>Normal.</u>				
Exame de nariz: <u>Normal.</u>				
Exame de garganta: <u>Normal.</u>				
Exame de tórax: <u>Normal.</u>				
Exame de abdome: <u>Normal.</u>				
Exame de membros superiores: <u>Normal.</u>				
Exame de membros inferiores: <u>Normal.</u>				
Exame de pele: <u>Normal.</u>				
Exame de olhos: <u>Normal.</u>				
Exame de ouvidos: <u>Normal.</u>				
Exame de nariz: <u>Normal.</u>				
Exame de garganta: <u>Normal.</u>				
Exame de tórax: <u>Normal.</u>				
Exame de abdome: <u>Normal.</u>				
Exame de membros superiores: <u>Normal.</u>				
Exame de membros inferiores: <u>Normal.</u>				
Exame de pele: <u>Normal.</u>				
Exame de olhos: <u>Normal.</u>				
Exame de ouvidos: <u>Normal.</u>				
Exame de nariz: <u>Normal.</u>				
Exame de garganta: <u>Normal.</u>				
Exame de tórax: <u>Normal.</u>				
Exame de abdome: <u>Normal.</u>				
Exame de membros superiores: <u>Normal.</u>				
Exame de membros inferiores: <u>Normal.</u>				
Exame de pele: <u>Normal.</u>				
Exame de olhos: <u>Normal.</u>				
Exame de ouvidos: <u>Normal.</u>				
Exame de nariz: <u>Normal.</u>				
Exame de garganta: <u>Normal.</u>				
Exame de tórax: <u>Normal.</u>				
Exame de abdome: <u>Normal.</u>				
Exame de membros superiores: <u>Normal.</u>				
Exame de membros inferiores: <u>Normal.</u>				
Exame de pele: <u>Normal.</u>				
Exame de olhos: <u>Normal.</u>				
Exame de ouvidos: <u>Normal.</u>				
Exame de nariz: <u>Normal.</u>				
Exame de garganta: <u>Normal.</u>				
Exame de tórax: <u>Normal.</u>				
Exame de abdome: <u>Normal.</u>				
Exame de membros superiores: <u>Normal.</u>				
Exame de membros inferiores: <u>Normal.</u>				
Exame de pele: <u>Normal.</u>				
Exame de olhos: <u>Normal.</u>				
Exame de ouvidos: <u>Normal.</u>				
Exame de nariz: <u>Normal.</u>				
Exame de garganta: <u>Normal.</u>				
Exame de tórax: <u>Normal.</u>				
Exame de abdome: <u>Normal.</u>				
Exame de membros superiores: <u>Normal.</u>				
Exame de membros inferiores: <u>Normal.</u>				
Exame de pele: <u>Normal.</u>				
Exame de olhos: <u>Normal.</u>				
Exame de ouvidos: <u>Normal.</u>				
Exame de nariz: <u>Normal.</u>				
Exame de garganta: <u>Normal.</u>				





• Rua Capitão José da Luz, 25 - Empresarial Joaquin Cardozo
Sala 901/902 - Coelhos - Recife/PE - CEP: 50.070-540
CNPJ: 26.295.089/0001-75

0885

Paciente: _____

Hospital: _____

Médico: _____

Data da Cirurgia: ____/____/____ Procedimento: ____

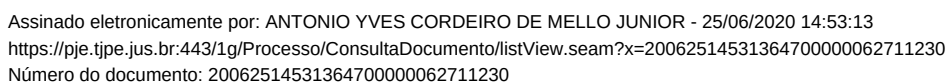
Prontuario: _____ Convênio: _____

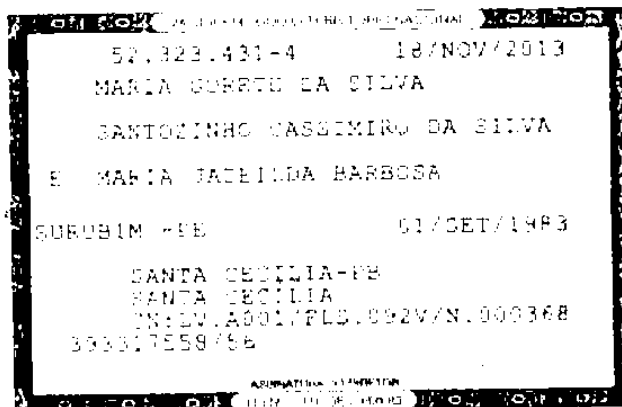
Instrumentadora(O): _____ Circulante: _____

Recife, _____ de _____ de 20____

Circulante

Médico Responsável





REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA INFRAESTRUTURA

015100742139

REGULAMENTO DE TRÂNSITO DE VEÍCULOS E DE PASSADOUROS
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE (RTPV) - TÍTULO DE VEÍCULO E DE
TRANSPORTADOR (RTPV-VEÍCULO E RTPV-TRANSPORTADOR)

PE Nº 015100742139 - RENEDE DE SEGURO

015100742139

VEÍCULO DE TRÂNSITO DE VEÍCULOS E DE PASSADOUROS
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE (RTPV-VEÍCULO)
E DE TRANSPORTADOR (RTPV-TRANSPORTADOR)
DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO
DO REGISTRO DE VEÍCULOS E DE PASSADOUROS
DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO

015100742139

015100742139

015100742139

015100742139

015100742139

015100742139

015100742139

015100742139

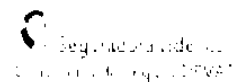
015100742139

015100742139

015100742139



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0449111/19

Vítima: MARIA GORETE DA SILVA

CPF: 393.317.558-56

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

Data do acidente: 15/07/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: MARIA GORETE DA SILVA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES : 574.940.534-68

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

MARIA GORETE DA SILVA : 393.317.558-56

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: 12/12/2019
Nome: EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES
CPF: 574.940.534-68

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 12/12/2019
Nome: Luanna Karla Bezerra de Amorim Costa
CPF: 095.931.564-02

EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Luanna Karla Bezerra de Amorim Costa





FORMULÁRIO PARA PEDIDO DE REANÁLISE - DPVAT

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:
Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios): Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1598 / Outras regiões: 0800 022 12 04 / Das 8h às 20h
SAC (para dúvidas e reclamações): 0800 022 9189 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 05
Canal de Denúncia: 0800 591 2563 | Ouvidoria: 0800 021 9135

Número do pedido DPVAT: 31900696798 Data da solicitação: 13/03/2020
Nome do beneficiário: MARIA GORETE DA SILVA CPF do beneficiário: 393.317.558
Nome do solicitante: _____ CPF do solicitante: 56

DADOS PARA CONTATO

Tel. Celular: (81) 99663-0454 Tel. Comercial: () _____ Tel. Residencial: () _____
E-mail: _____

INFORME A COBERTURA DO SEU PEDIDO

☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

MOTIVO DA SOLICITAÇÃO

☐ DISCORDO DA NEGATIVA ☒ DISCORDO DO VALOR RECEBIDO ☐ DISCORDO DA EXIGÊNCIA DE DOCUMENTOS

ESTA APRESENTANDO UM NOVO DOCUMENTO PARA COMPLEMENTAR O PEDIDO DE REANÁLISE?

☐ NÃO ☒ SIM, informe qual(is) documento(s) estão sendo entregues:
☒ Novos documentos médicos
☐ Laudo do IML
☐ Boletim de Ocorrência
☐ Notas fiscais complementares
☒ Outros: CARTA [DESCREVER]

NO CAMPO ABAIXO, SE DESEJAR, DESCREVA A JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO.

SANTA CECÍLIA/PB 13/03/2020

Local e Data

Maria Gorete da Silva
Assinatura do solicitante ou de quem assina a pedido (a rgo)

IMPORTANTE:

Depois de preencher todos os dados, imprima o formulário, assine e entregue no mesmo ponto de atendimento em que deu entrada inicialmente no seu pedido do Seguro DPVAT.

Observação sobre beneficiário/vítima não alfabetizado:

O não alfabetizado deverá escolher pessoa de sua família, alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o formulário, a seu pedido (a seu rgo).



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190696798

Cidade: Santa Cecília

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: MARIA GORETE DA SILVA

Data do acidente: 15/07/2019

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: Fratura da diáfise do fêmur esquerdo. Fratura do quinto metacarpo esquerdo.

Descrição do exame físico: Ao exame, apresenta-se deambulando com muletas, apresentando boa cicatrização e com rigidez articular do joelho esquerdo com flexão até 90° graus. Rigidez articular do quinto dedo da mão esquerda com rotação interna aumentada durante flexão do 5º quirodáctilo esquerdo.

Resultados terapêuticos: Realizado tratamento cirúrgico em 27/07/2019 com redução cruenta da fratura do 5º metacarpo esquerdo e com fixação com fios de Kirschner. E em 27/07/2019 limpeza cirúrgica com desbridamento de tecidos desvitalizados com redução cruenta e fixação com uso de placa DCP larga com parafusos. Evoluindo sem complicações, com alta hospitalar.

Sequelas permanentes: Limitação funcional do 5º quirodáctilo esquerdo, Limitação funcional do joelho esquerdo

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 06/01/2020

Conduta mantida:

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 completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau intenso - 75 %	18,75%	R\$ 2.531,25
Dedos mão-Perda funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão	10 %	Em grau intenso - 75 %	7,5%	R\$ 1.012,50
Total			26,25 %	R\$ 3.543,75

