



Número: **0007653-44.2017.8.17.2480**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **1ª Vara da Comarca de Surubim**

Última distribuição : **04/05/2018**

Valor da causa: **R\$ 6.918,75**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

| Partes                                 |                    | Procurador/Terceiro vinculado                                                          |                |
|----------------------------------------|--------------------|----------------------------------------------------------------------------------------|----------------|
| SEVERINO FERREIRA DA SILVA (AUTOR)     |                    | BRUNO LEONARDO NOVAES LIMA (ADVOGADO)<br>VIVIANE EVANGELISTA DE SOUZA ALVES (ADVOGADO) |                |
| BRADESCO VIDA E PREVIDENCIA S.A. (REU) |                    | RAFAELLA BARBOSA PESSOA DE MELO (ADVOGADO)                                             |                |
| Documentos                             |                    |                                                                                        |                |
| Id.                                    | Data da Assinatura | Documento                                                                              | Tipo           |
| 69186190                               | 07/10/2020 14:57   | <a href="#">2732026_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_01</a>                                | Petição em PDF |



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 1ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE SURUBIM/PE

Processo: 00076534420178172480

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

A parte autora alegou em sua peça vestibular que foi vítima de acidente automobilístico, restando permanentemente inválida, pleiteando em juízo uma suposta diferença do valor indenizatório liquidado na esfera administrativa, qual seja **R\$ 2.531,25 (DOIS MIL E QUINHENTOS E TRINTA E UM REAIS E VINTE E CINCO CENTAVOS)**.

Deste modo, foi nomeado perito por esse d. juízo, a fim de se verificar qual o grau da suposta Invalidez da parte autora.

Ocorre que o laudo pericial ratifica o adimplemento da obrigação com a liquidação do sinistro na esfera administrativa, uma vez que a lesão apurada na esfera judicial através da prova pericial corresponde a valor inferior ao pagamento efetuado administrativamente, não havendo de se falar em complementação de indenização.

Portanto, é cristalino que o pagamento administrativo realizado encontra-se de acordo com o descrito no laudo apresentado pelo i. Perito, sendo certo que em ambos os casos foram utilizados os critérios de fixação de indenização do ANEXO I da Lei 6.194/74 c/c Súmula 474 do STJ, valor sobre o qual incidiu a repercussão da lesão sofrida a fim de ser fixado o *quantum* indenizatório.

Diante da quitação administrativa, requer que seja acolhida a conclusão pericial, julgando improcedentes os pedidos formulados na exordial.

Nestes Termos,  
Pede Deferimento,  
SURUBIM, 5 de outubro de 2020.

**JOÃO BARBOSA**  
OAB/PE 4246

**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





Número: **0007653-44.2017.8.17.2480**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **1ª Vara da Comarca de Surubim**

Última distribuição : **04/05/2018**

Valor da causa: **R\$ 6.918,75**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

| Partes                                 |                    | Procurador/Terceiro vinculado                                                          |                    |
|----------------------------------------|--------------------|----------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|
| SEVERINO FERREIRA DA SILVA (AUTOR)     |                    | BRUNO LEONARDO NOVAES LIMA (ADVOGADO)<br>VIVIANE EVANGELISTA DE SOUZA ALVES (ADVOGADO) |                    |
| BRADESCO VIDA E PREVIDENCIA S.A. (REU) |                    | RAFAELLA BARBOSA PESSOA DE MELO (ADVOGADO)                                             |                    |
| Documentos                             |                    |                                                                                        |                    |
| Id.                                    | Data da Assinatura | Documento                                                                              | Tipo               |
| 69186<br>191                           | 07/10/2020 14:57   | <a href="#">ANEXO 1</a>                                                                | Outros (Documento) |

DOCUMENTO 5 "TS94"



ASSOCIAÇÃO DE PROTEÇÃO A MATERNIDADE E A INFÂNCIA DE SURUBIM

Rua Maria Barbosa S/Nº- Centro, Surubim – PE

Fone: 81 – 36341624 Fax: 3634-1461

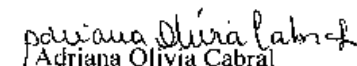
CNPJ 11.754.025/0001-05

E-mail: apamisurubim@terra.com.br

## DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins que SEVERINO FERREIRA DA SILVA, deu entrada neste serviço no dia 28/03/17 vítima de queda de moto, feito atendimento em seguida transferido para o Hospital Getúlio Vargas para avaliação com traumatologista, conforme consta em prontuário de nosso arquivo.

Surubim, 12 de maio de 2017.

  
Adriana Olívia Cabral  
Funcionária Encarregada





Santa Casa de Misericórdia do Recife  
Av. Cruz Cabugá, 1563 - Santo Amaro - Recife - PE  
Fone: PABX 3412-3800 | Email: sta-casa@santacasarecife.org.br  
Site: www.santacasarecife.org.br

**NOME:** SEVERINO FERREIRA DA SILVA  
**DATA:** 07/04/2017

### Prescrição Médica

#### Uso Interno

CEFALEXINA (500mg) ----- 1 CX.

Tomar 1 comp. Via Oral de 06/06 horas por 07 dias.

Dr. HENRIQUE COSTA BARBOSA  
CRM: 10531





Santa Casa de Misericórdia do Recife  
Av. Cruz Cabugã, 1563 - Santo Amaro - Recife - PE  
Fone: PABX 3412-3800 | Email: sta-casa@santacasarecife.org.br  
Site: [www.santacasarecife.org.br](http://www.santacasarecife.org.br)

**NOME:** SEVERINO FERREIRA DA SILVA  
**DATA:** 07/04/2017

### Prescrição Médica

#### Uso Interno

CEFALEXINA (500mg) ----- 1 CX.

Tomar 1 comp. Via Oral de 06/06 horas por 07 dias.

DR. HENRIQUE COSTA BARBOSA  
CRM: 10531  
Dr. Henrique Costa Barbosa  
Otorrinolaringologista  
CRM 10531

ARUANA SEGUROS  
02 JUN 2017





## DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins, que o paciente **SEVERINO FERREIRA DA SILVA**,  
prontuário nº**108.5277**, admitido neste hospital em 29/03/2017 com diagnóstico de  
Fratura/Luxação Acrômioclavicular Esquerda, sendo submetido a tratamento cirúrgico.  
Recebeu alta hospitalar em 07/04/2017.

Recife, 09 de Maio de 2017.

Roberta C. de Almeida  
Diretora Técnica  
Hospital Santo Amaro  
CRM/PE - 13434

**Dr<sup>a</sup> Roberta Cavalcanti de Almeida**  
**Diretora Técnica do Hospital Santo Amaro**

Av. Cruz Cabugá 1563 Santo Amaro - Recife - PE  
040-000 | CNPJ(MF) 10.869.782/0004-04

ARUANA SEGUROS  
02 JUN 2017  
Tel/Fax: 81.3412.3800  
www.santacasarecife.org.br  
diretoriahsa@santacasarecife.org.br



|                                                                                                                                                                           |                                                                    |                                                                                                                |                                                                    |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|
|  Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco<br><b>HOSPITAL</b><br><b>Getúlio Vargas</b> |                                                                    | NOME DA UNIDADE:<br><b>HOSPITAL GETÚLIO VARGAS</b><br>CGC Nº:<br><b>10.572.048/0005-51</b><br><b>(03 vias)</b> |                                                                    |
| <b>LAUDO PARA EMISSÃO DE AIH</b>                                                                                                                                          |                                                                    | SENHA:                                                                                                         |                                                                    |
| CARTÃO SUS:                                                                                                                                                               |                                                                    |                                                                                                                |                                                                    |
| NOME DO PACIENTE: <b>Sereny, Ferreira da Silva</b>                                                                                                                        |                                                                    |                                                                                                                |                                                                    |
| DATA DE NASCIMENTO: <b>01/12/1985</b>                                                                                                                                     | SEXO: <b>M</b>                                                     | Nº DO REGISTRO: <b>492934</b>                                                                                  |                                                                    |
| NOME DA MÃE: <b>Maria de Lourdes da Silva</b>                                                                                                                             |                                                                    |                                                                                                                |                                                                    |
| ENDEREÇO:                                                                                                                                                                 |                                                                    |                                                                                                                |                                                                    |
| Nº:                                                                                                                                                                       | BLOCO:                                                             | APT:                                                                                                           | BAIRRO: <b>Zona Rural</b>                                          |
| MUNICÍPIO: <b>Vergilândia do Araripe</b>                                                                                                                                  |                                                                    |                                                                                                                | UF: <b>PE</b> CEP:                                                 |
| <b>JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO</b>                                                                                                                                        |                                                                    |                                                                                                                |                                                                    |
| HISTÓRIA CLÍNICA:                                                                                                                                                         |                                                                    |                                                                                                                |                                                                    |
| <p><b>Paciente portador de Trauma em membro superior direito</b><br/> <b>há 10 horas em dor intensa e antalgia AC</b></p>                                                 |                                                                    |                                                                                                                |                                                                    |
| EXAME FÍSICO:                                                                                                                                                             |                                                                    |                                                                                                                |                                                                    |
| PRINCIPAIS RESULTADOS DOS EXAMES COMPLEMENTARES:                                                                                                                          |                                                                    |                                                                                                                |                                                                    |
| <b>Rx - P. AC III</b>                                                                                                                                                     |                                                                    |                                                                                                                |                                                                    |
| DIAGNÓSTICO PRINCIPAL: <b>LAC III</b>                                                                                                                                     |                                                                    |                                                                                                                |                                                                    |
| PROCEDIMENTO SOLICITADO: <b>Atendimento Cirúrgico</b>                                                                                                                     |                                                                    | CÓDIGO:                                                                                                        |                                                                    |
| DESCRIÇÃO DA CLÍNICA/SPECIALIDADE: <b>Ortopedia</b>                                                                                                                       |                                                                    | CARATER DA INTERNAÇÃO:                                                                                         |                                                                    |
| DATA: <b>11/03/17</b>                                                                                                                                                     | <b>Dr. Luiz Moraes</b><br>Ortopedia / Traumatologia<br>CRM - 13773 | DATA: <b>11/03/17</b>                                                                                          | <b>Dr. Luiz Moraes</b><br>Ortopedia / Traumatologia<br>CRM - 13773 |
| CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO SOLICITANTE DA INTERNAÇÃO                                                                                                                  |                                                                    | CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO AUTORIZADOR                                                                     |                                                                    |
| <b>PARA USO DAS UNIDADES PÚBLICAS</b>                                                                                                                                     |                                                                    |                                                                                                                |                                                                    |
| <b>AUTORIZAÇÃO PARA INTERNAÇÃO EM UNIDADE COMPLEMENTAR</b>                                                                                                                |                                                                    |                                                                                                                |                                                                    |
| NOME DA UNIDADE:                                                                                                                                                          |                                                                    |                                                                                                                |                                                                    |
| <b>Dr. Luiz Moraes</b><br>Ortopedia / Traumatologia<br>CRM - 13773                                                                                                        |                                                                    |                                                                                                                |                                                                    |
| CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO RESPONSÁVEL PELO ENCAMINHAMENTO                                                                                                            |                                                                    |                                                                                                                |                                                                    |
| Avenida General San Martín s/n - Cordeiro<br>Recife/PE - CEP 50.890-000<br>E-mail: pje@pe.gov.br                                                                          |                                                                    |                                                                                                                |                                                                    |



|                                                                                                                                                                                                                                                    |                        |                     |                                                                                                         |           |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------|---------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| <b>SUS</b>                                                                                                                                                                                                                                         | Sistema Único de Saúde | Ministério da Saúde | <b>LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE MUDANÇA DE PROCEDIMENTO E DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)</b> | Folha 1/2 |
| <b>Identificação do Estabelecimento de Saúde</b>                                                                                                                                                                                                   |                        |                     |                                                                                                         |           |
| 1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE                                                                                                                                                                                                            |                        |                     | 2 - CNES                                                                                                |           |
| 3 - NOME DO ESTABELECIMENTO ENCIPIENTE                                                                                                                                                                                                             |                        |                     | 4 - CNES                                                                                                |           |
| <b>Identificação do Paciente</b>                                                                                                                                                                                                                   |                        |                     |                                                                                                         |           |
| 5 - NOME DO PACIENTE                                                                                                                                                                                                                               |                        |                     | 6 - Nº DO PRONTUÁRIO                                                                                    |           |
| 7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)                                                                                                                                                                                                                 |                        |                     | 8 - DATA DE NASCIMENTO                                                                                  |           |
| 9 - SEXO                                                                                                                                                                                                                                           |                        |                     | 10 - RAÇA/COR                                                                                           |           |
| 11 - NOME DA MÃE                                                                                                                                                                                                                                   |                        |                     | 12 - TELEFONE DE CONTATO                                                                                |           |
| 13 - NOME DO RESPONSÁVEL                                                                                                                                                                                                                           |                        |                     | 14 - TELEFONE DE CONTATO                                                                                |           |
| 15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)                                                                                                                                                                                                                    |                        |                     | 16 - CID 10 PRINCIPAL                                                                                   |           |
| 17 - CID 10 SECUNDÁRIO                                                                                                                                                                                                                             |                        |                     | 18 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS                                                                           |           |
| 19 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS                                                                                                                                                                                                                      |                        |                     |                                                                                                         |           |
| 20 - NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)                                                                                                                                                                                          |                        |                     |                                                                                                         |           |
| <b>MUDANÇA DE PROCEDIMENTO</b>                                                                                                                                                                                                                     |                        |                     |                                                                                                         |           |
| 21 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - ANTERIOR                                                                                                                                                                                               |                        |                     | 22 - CÓD. DO PROCEDIMENTO - ANTERIOR                                                                    |           |
| 23 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - MUDANÇA                                                                                                                                                                                                |                        |                     | 24 - CÓD. DO PROCEDIMENTO - MUDANÇA                                                                     |           |
| 25 - DIAGNÓSTICO INICIAL                                                                                                                                                                                                                           |                        |                     |                                                                                                         |           |
| 26 - CID 10 PRINCIPAL                                                                                                                                                                                                                              |                        |                     |                                                                                                         |           |
| 27 - CID 10 SECUNDÁRIO                                                                                                                                                                                                                             |                        |                     |                                                                                                         |           |
| 28 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS                                                                                                                                                                                                                      |                        |                     |                                                                                                         |           |
| <b>SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)</b>                                                                                                                                                                                                |                        |                     |                                                                                                         |           |
| 29 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL                                                                                                                                                                                                            |                        |                     | 30 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL                                                                      |           |
| 31 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL                                                                                                                                                                                                            |                        |                     | 32 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL                                                                      |           |
| 33 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL                                                                                                                                                                                                            |                        |                     | 34 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL                                                                      |           |
| 35 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL                                                                                                                                                                                                            |                        |                     | 36 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL                                                                      |           |
| 37 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL                                                                                                                                                                                                            |                        |                     | 38 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL                                                                      |           |
| 39 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL                                                                                                                                                                                                                 |                        |                     |                                                                                                         |           |
| 40 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL                                                                                                                                                                                                                 |                        |                     |                                                                                                         |           |
| 41 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO                                                                                                                                                                                                                  |                        |                     |                                                                                                         |           |
| <p>Paciente vítima de acidente motociclístico há 24h, resultando em Fratura Luxação Acrômio Clavicular Esquerdo. Evoluindo com dor e edema local.</p> <p>Necessitando de procedimento cirúrgico.</p> <p>Operado. Alta Hospitalar após melhora.</p> |                        |                     |                                                                                                         |           |
| <b>PROFISSIONAL SOLICITANTE</b>                                                                                                                                                                                                                    |                        |                     |                                                                                                         |           |
| 42 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE                                                                                                                                                                                                              |                        |                     | 43 - DATA DA SOLICITAÇÃO                                                                                |           |
| 44 - DOCUMENTO                                                                                                                                                                                                                                     |                        |                     | 45 - ASSINATURA E CARIMBO (M) DO REGISTRO DO CONSELHO                                                   |           |
| 46 - CNES                                                                                                                                                                                                                                          |                        |                     | 47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO                                                                                |           |
| <b>AUTORIZAÇÃO</b>                                                                                                                                                                                                                                 |                        |                     |                                                                                                         |           |
| 48 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR                                                                                                                                                                                                              |                        |                     | 49 - DATA DA AUTORIZAÇÃO                                                                                |           |
| 50 - DOCUMENTO                                                                                                                                                                                                                                     |                        |                     | 51 - ASSINATURA E CARIMBO (M) DO REGISTRO DO CONSELHO                                                   |           |
| 52 - CNES                                                                                                                                                                                                                                          |                        |                     | 53 - DATA DA AUTORIZAÇÃO                                                                                |           |



## GUIA DE TRANSFERÊNCIA

## Identificação do Estabelecimento

|                                                                          |                                        |
|--------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------|
| NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE:<br>HOSPITAL GETULIO VARGAS - RECIFE | DATA DA SOLICITAÇÃO:<br>29/03/17 08:07 |
| MÉDICO SOLICITANTE:<br>ALCY MARIA DE SOUZA LIMA KRIGER PINHEIRO          | Nº SOLICITAÇÃO:<br>305200              |

## Identificação do Paciente

|                                                                            |                                    |                    |      |
|----------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|--------------------|------|
| NOME DO PACIENTE:<br>SEVERINO FERREIRA DA SILVA                            | Nº DO PRONTUÁRIO:                  |                    |      |
| CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS):                                            | DATA DE NASCIMENTO:<br>01/12/1985  | SEXO:<br>MASCULINO |      |
| NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL:<br>MARIA DE LOURDES DA SILVA                   | TELEFONE DE CONTATO:               |                    |      |
| ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO):<br>RUA SEVERINO APOLÔNIO DE FRANÇA, SEM NÚMERO |                                    |                    |      |
| MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA:<br>VERTENTE DO LÉRIO                              | COD. IBGE MUNICÍPIO:<br>2616183,00 | UF:<br>PE          | CEP: |

## Dados sobre o Transporte

|                                 |                                    |
|---------------------------------|------------------------------------|
| Nº DO TRANSPORTE:<br>AMBULÂNCIA | DATA DE EMISSÃO:<br>29/03/17 12:50 |
| OBSERVAÇÃO:<br>OK               |                                    |
| OBSERVAÇÃO EXIBITANTE:          |                                    |

## Regulador

|                                                      |                                          |
|------------------------------------------------------|------------------------------------------|
| MÉDICO REGULADOR:<br>POLYANNA ROSSANA NEVES DA SILVA | ESPECIALIDADE:<br>ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA |
| TIPO LETO:<br>CIRÚRGICO                              |                                          |

## Executante

|                                                   |                                        |
|---------------------------------------------------|----------------------------------------|
| ESTABELECIMENTO:<br>HOSPITAL SANTO AMARO - RECIFE | DATA DE AUTORIZAÇÃO:<br>29/03/17 12:47 |
| MÉDICO AUTORIZADOR:                               |                                        |

ARJANA SEGUROS  
02 JUN 2017



Santa Casa de Misericórdia do Recife  
Av. Cruz Cabuga, 1563 - Santo Amaro - Recife - PE  
Fone: PABX 3412-3800 | Email: sta-casa@santacasarecife.org.br  
Site: www.santacasarecife.org.br

Nome: **SEVERINO FERREIRA DA SILVA**

Nº Registro: 496316 Nº Protuário: 1085277 Sexo: Masculino Idade: 31 ano (s)

Data: 06/04/2017 / 13:50 Convênio: SUS - AMB

Data do internamento: 29/03/2017 15:42 Data da alta: 07/04/2017 15:19

Intervalo: 9

## SÚMARIO DE ADMISSÃO E ALTA

DIAGNÓSTICO INICIAL(CONSTANTE NO LAUDO MÉDICO): Fratura Luxação  
Acrômio Clavicular Esquerdo CID:

PROCEDIMENTO SOLICITADO: Trat. Cir. de Fratura Luxação Acrômio  
Clavicular Esquerdo + Tenotomia + Tenotomia + Neurolise  
CÓDIGO: 0408010185 / 0408060468 / 0408060450 / 0403020077

TEMPO DE PERMANÊNCIA PREVISTO:

PROCEDIMENTO REALIZADO:

| COD. | EQUIPE           | NOME                 | MATRICULA |
|------|------------------|----------------------|-----------|
| 1    | CIRURGIÃO        | :Dr. Leonardo Canêjo | 13783     |
| 2    | 1.AUX CIRÚRGICO: |                      |           |
| 3    | 2.AUX CIRÚRGICO: |                      |           |
| 4    | ANESTESIA        | :                    |           |
| 5    | ANESTESISTA      | :Dr. Ezaú Figueiredo | 17356     |
| 6    | CLÍNICA MÉDICA   | :                    |           |

PROCEDIMENTOS ESPECIAIS:

USO DE PRÓTESE, ÓRTESE,

RESUMO DE CASO: Paciente vítima de acidente motociclistico há 24h, resultando em Fratura  
Luxação Acrômio Clavicular Esquerda. Evoluindo com dor e edema local.

Necessitando de procedimento cirúrgico.

Operado. Alta Hospitalar após melhora.

Este documento foi assinado digitalmente, conforme Medida Provisória Nº 2.200-2 de 24/08/2001.

Nome do profissional: AZARIAS SALGADO DE VASCONCELOS NETO. CRM: 6218. Data e Hora: 18/04/2017 10:02





Santa Casa de Misericórdia do Recife  
Av. Cruz Cabuga, 1563 - Santo Amaro - Recife - PE  
Fone: PABX 3412-3800 | Email: sta-casa@santacasa.org.br  
Site: www.santacasa.org.br

Nome: **SEVERINO FERREIRA DA SILVA**

Nº Registro: 496316 Nº Protuário: 1085277 Sexo: Masculino Idade: 31 ano (s)

Data: 06/04/2017 / 13:50 Convênio: SUS - AMB

Data do internamento: 29/03/2017 15:42 Data da alta: 07/04/2017 15:19

Intervalo: 9

**DIAGNÓSTICO PRINCIPAL:** Fratura Luxação Acrômio Clavicular Esquerdo

**CID:**

**DIAGNÓSTICO SECUNDÁRIO:**

**CID:**

Data Internamento : Data Intervalo: Data da Alta:

Este documento foi assinado digitalmente, conforme Medida Provisória Nº 2.200-2 de 24/08/2001.

Nome do profissional: AZARIAS SALGADO DE VASCONCELOS NETO. CRM: 6218. Data e Hora: 18/04/2017 10:02:40





Santa Casa de Misericórdia do Recife  
Av. Cruz Cabugá, 1563 - Santo Amaro - Recife - PE  
Fone: PABX 3412-3800 | Email: sta-casa@santacasarecife.org.br  
Site: www.santacasarecife.org.br

Nome: **SEVERINO FERREIRA DA SILVA**  
Nº Registro: 496316 Nº Protuário: 1085277 Sexo: Masculino Idade: 31 ano (s)  
Data: 06/04/2017 / 12:16 Convênio: SUS - AMB  
Intervalo: 9

## BOLETIM OPERATÓRIO

Recife: 06/04/2017 - 12:17

Diagnóstico pré-operatório: Luxação acromioclavicular esquerda

Diagnóstico pós-operatório: Luxação acromioclavicular esquerda

Cirurgia: Tratamento cirúrgico de luxação acromioclavicular + Tenomiotomia + Neurólise + Tenomiorrafia

Cirurgião: leonardo canejo

Anestesiata: Bloqueio de plexo

Anestesia: ezau figueiredo

Acidentes durante a cirurgia: nenhum

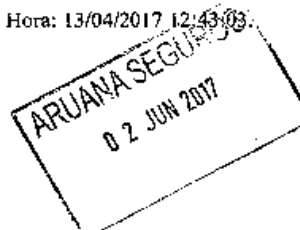
### DESCRIÇÃO CIRÚRGICA

- 1) Paciente em decúbito dorsal sob anestesia em posição de cadeira de praia.
- 2) Assepsia e antisepsia.
- 3) Aposição de campos cirúrgicos
- 4) Realizado incisão em tipo "golpe de sabre" do ombro esquerdo. Dissecção por planos e hemostasia. Tenomiotomia de trapézio e pectoral maior. Identificado o foco de luxação. Neurólise de nervo supraclavicular. Realizado a redução da luxação e fixação com 01 âncora em base de processo coracóide (carregada com 1 fio de ethibond), e fixação de articulação acromioclavicular com 02 fios de kirschner, com sutura de ligamento acromio-clavicular superior. Tenomiorrafia de músculo pectoral.
- 5) Realizado limpeza com SF0,9%. Revisão da hemostasia
- 6) Sutura por planos com Vycril e Nylon
- 7) Curativo

MEDICO: Dr. LEONARDO CAMAROTTI DE OLIVEIRA CANEJO  
CRM: 13783

Este documento foi assinado digitalmente, conforme Medida Provisória Nº 2.200-2 de 24/08/2001.  
Nome do profissional: LEONARDO CAMAROTTI DE OLIVEIRA CANEJO, CRM: 13783. Data e Hora: 13/04/2017 12:43:03.

Dr. Leonardo Canejo  
Ortopedia - Traumatologia  
CRM: 13783 - RCD: 111173





Santa Casa de Misericórdia do Recife  
Av. Cruz Cabugá, 1563 - Santo Amaro - Recife - PE  
Fone: PABX 3412-3800 | Email: sta-casa@santacasarecife.org.br  
Site: www.santacasarecife.org.br

## ATESTADO MÉDICO PÓS CIRÚRGICO

**SEVERINO FERREIRA DA SILVA**

O paciente supracitado foi submetido a procedimento cirúrgico neste Hospital, devendo permanecer afastado das suas atividades regulares pelos próximos 90 dias.

CID: C.I.D. S431

Recife, 20/04/2017

*Dr. Leonardo Canejo*  
Ortopedia - Traumatologia  
CRM 13783 - TEST 13783

**Dr. LEONARDO CAMAROTTI DE OLIVEIRA CANEJO**  
**CRM: 13783**



**Casa de Misericórdia de Recife**

**Solicitação de Exames**

|            |                            |                       |                    |
|------------|----------------------------|-----------------------|--------------------|
| Paciente:  | SEVERINO FERREIRA DA SILVA | Reg.: 496316          | Pront.: 1085277    |
| Telefone:  | 81982354028                | Dt. Nasc.: 01/12/1985 | RG: 7161024        |
| Titular:   | SEVERINO FERREIRA DA SILVA | Matric:               |                    |
| Unidade:   | ENFERMARIA SÃO LUIZ        | Leitos:               | LEITO F4           |
| IH No.:    | 1                          | Admissão:             | 29/03/2017 15:42   |
| CID:       | S431                       | Convênio:             | RETAGUARDA GETULIO |
|            |                            | OS:                   |                    |
| Data/Hora: | 06/04/2017 12:19           |                       |                    |

**Exames Solicitados:**

- 1) RX ART ACROMIO-CLAV ESQ

**Dr. LEONARDO CAMAROTTI DE OLIVEIRA CANEJC**

CRM: 13783

*Dr. Henrique Costa Antunes*  
Ortopedia / Traumatologia  
CRM 10831

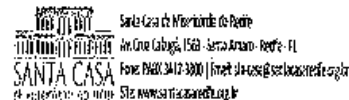
ARUANA SEGUROS  
02 JUN 2017



Santa Casa de Misericórdia de Recife  
**Relatório Médico de Alta**

**Nome:** SEVERINO FERREIRA DA SILVA  
**Reg.:** 496316 **Pront.:** 1085277  
**Sexo:** Masculino **Dt. Nasc.:** 01/12/1986  
**Conv.:** RETAGUARDA GETULIO

**Idade:** 31  
**Admissão:** 29/03/2017 15:42 **Alta:** 07/04/2017 11:22



**Admissão:**

**LAC A ESQUERDA**

**Evolução / Conduta:**

**OPERADOS EM INTERCORRÊNCIAS**

**Diagnóstico:**

**Principal** S43.1 LUXAÇÃO DA ARTICULAÇÃO ACROMIoclAVICULAR

**Internação:**

| Unidade             | Admissão         | Alta/Transferência | Tempo    |
|---------------------|------------------|--------------------|----------|
| ENFERMARIA SÃO LUIZ | 29/03/2017 15:42 | 07/04/2017 11:22   | 9 dia(s) |

**Orientação:**

- 1) Agendar retorno para Drº LEONARDO CANEJO para 15 dias;
- 2) Tomar medicação prescrita;
- 3) Realizar RX
- 4) Realizar curativo;

**Condição de Alta:** Melhorado

**Tipo de Alta:** Médica

**Médico Responsável:** Dr. HENRIQUE COSTA BARBOSA  
**CRM:** 10531





Santa Casa de Misericórdia do Recife  
Av. Cruz Cabugá, 1563 - Santo Amaro - Recife - PE  
Fone: PABX 3412-3800 | Email: sta-casa@santacasarecife.org.br  
Site: www.santacasarecife.org.br

## ATESTADO MÉDICO PÓS CIRÚRGICO

**SEVERINO FERREIRA DA SILVA**

O paciente supracitado foi submetido a procedimento cirúrgico neste Hospital, devendo permanecer afastado das suas atividades regulares pelos próximos 15 dias.

CID: S431

Recife, 07/04/2017

**Dr. HENRIQUE COSTA BARBOSA**

CRM 10531

Dr. Henrique Costa Barbosa  
CRM 10531



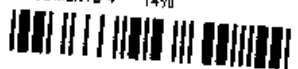
# SOLICITAÇÃO DE FICHA DE ESCLARECIMENTO AO SAME

|                                                                                                                                                                           |                                                         |                         |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|-------------------------|
| Nome do Paciente:                                                                                                                                                         |                                                         |                         |
| [Handwritten: ...]                                                                                                                                                        |                                                         |                         |
| Identidade:                                                                                                                                                               | Telefone (11) de Contato:                               |                         |
| [Handwritten: 0101020]                                                                                                                                                    | [Handwritten: 81932354028]                              |                         |
| Empresa:                                                                                                                                                                  |                                                         |                         |
| [Handwritten: ...]                                                                                                                                                        |                                                         |                         |
| Endereço:                                                                                                                                                                 | Cidade:                                                 | Estado:                 |
| [Handwritten: ...]                                                                                                                                                        | [Handwritten: ...]                                      | [Handwritten: ...]      |
| Nome da Mãe:                                                                                                                                                              |                                                         |                         |
| [Handwritten: ...]                                                                                                                                                        |                                                         |                         |
| Prontuário:                                                                                                                                                               | Data de Exatidão:                                       | Alm.                    |
| [Handwritten: 1085437]                                                                                                                                                    | [Handwritten: ...]                                      | [Handwritten: 07 04 17] |
| Nome do Consultante:                                                                                                                                                      |                                                         |                         |
| [Handwritten: ...]                                                                                                                                                        |                                                         |                         |
| Data de Apresentação:                                                                                                                                                     |                                                         |                         |
| [Handwritten: ...]                                                                                                                                                        |                                                         |                         |
| Laudo para fins de:                                                                                                                                                       |                                                         |                         |
| [Handwritten: DPAT]                                                                                                                                                       |                                                         |                         |
| Obs:                                                                                                                                                                      |                                                         |                         |
| [Handwritten: ...]                                                                                                                                                        |                                                         |                         |
| <input checked="" type="checkbox"/> Laudo Médico                                                                                                                          | <input checked="" type="checkbox"/> Cópia do Prontuário |                         |
| Obs: Para solicitação de cópia do Prontuário anexar a Xerox da Identidade ao pedido. Ligar após 30 dias para o telefone (81) 3412-3815 de Segunda à Sexta, das 7h às 18h. |                                                         |                         |
| Recibo de [Handwritten: 20] de [Handwritten: 04] de 2017                                                                                                                  |                                                         |                         |
| [Handwritten: ...]                                                                                                                                                        |                                                         |                         |
| (O Laudo só será entregue ao paciente, parente de 1º grau ou procurador)                                                                                                  |                                                         |                         |

ARUANA SEGUNDO  
02 JUN 2017



DOCUMENTO 4 "T496"



### Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, SOLANGE MARIA DA SILVA

RG nº 8.013.275, data de expedição 02/03/2006

Órgão SDS/PE, portador do CPF nº 081.198.324-26, com

domicílio na cidade de SURUBIM, no Estado de

PERNAMBUCO, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)

SITIO ZE DE LIRIO, GANCHO DO GALO, nº 122,

complemento CASA, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo

mentionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a

vítima SEVERINO FERREIRA DA SILVA, cujo o condutor era

SEVERINO FERREIRA DA SILVA

Veículo: MOTOCICLETA

Modelo: HONDA CG 150 FAN ESI

Ano: 2013

Placa: KIE 7040

Chassi: 9C2 KC 1670 DR 491593

Data do Acidente: 28.03.2017

Local e Data: SURUBIM - PE - 11 MAIO 2017

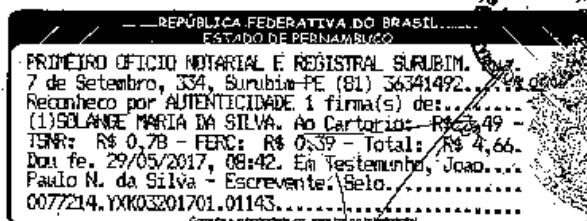
Solange Maria da Silva

Assinatura do Declarante



Severino Pereira da Silva

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





## DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDESRG nº 4.810.389, data de expedição 17/06/02, órgão SSP/PE

CPF nº 945.234.444-04, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

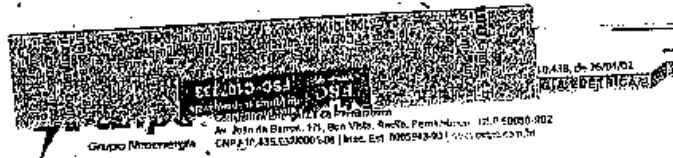
|                                   |                         |
|-----------------------------------|-------------------------|
| Logradouro<br>(Rua/Avenida/Praça) | <u>RUA JOAO BATISTA</u> |
| Número                            | <u>370</u>              |
| Apto / Complemento                | <u>CASA</u>             |
| Bairro                            | <u>CENTRO</u>           |
| Cidade                            | <u>SURUBIM</u>          |
| Estado                            | <u>PERNAMBUCO</u>       |
| CEP                               | <u>55750000</u>         |
| Telefone de Contato               | <u>981298619</u>        |
| E-mail                            | <u>— x —</u>            |

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: SURUBIM-PE, 17 MAIO 2017Assinatura do Declarante: Adriana M. Moura de A. Fernandes

02 JUN 2017





DADOS DO CLIENTE  
ADRIANA MARIA MOURA DE A. FERNANDES

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA  
RUA JOÃO BATISTA 370

CPF: 945.234.444-04

CENTRO 38 RUMIM  
SULDEMA PE  
55750-000

CLASSIFICAÇÃO  
B1 RESIDENCIAL  
RESIDENCIAL  
Minotério

SINCRONIZADO  
01/04/2017  
UNICA  
04/04/2017  
201116058  
3753008



| CONSUMO (litros/h)                         | QUANTIDADE | VALOR (R\$) | VALOR (R\$) |
|--------------------------------------------|------------|-------------|-------------|
| Consumo Alim (litros/h)                    | 227,000000 | 0,58382518  | 134,19      |
| Acrescimo Bandeira AMARELA                 |            |             | 5,35        |
| Acrescimo Bandeira VERMELHA                |            |             | 1,30        |
| Contribuição Iluminação UNICA              |            |             | 16,10       |
| ICMS Subvenção - CDE-RF 000328000-05/01/17 |            |             | 0,00        |
| ICMS Subvenção - CDE-RF 000328000-05/01/17 |            |             | 0,00        |

TOTAL DA FATURA

158,45

| PERÍODO    | TIPO DA  | DATA       | LEITURA   | DATA       | LEITURA   | VALOR | CONSUMO (litros/h) |
|------------|----------|------------|-----------|------------|-----------|-------|--------------------|
| 01/01/2017 | ANTERIOR | 01/01/2017 | 24 328,00 | 01/01/2017 | 21 458,00 | 23    | 150000             |

| CONSUMO (litros/h)                         | VALOR (R\$) | CONSUMO (litros/h)                         | VALOR (R\$) |
|--------------------------------------------|-------------|--------------------------------------------|-------------|
| Consumo Alim (litros/h)                    | 134,19      | Consumo Alim (litros/h)                    | 134,19      |
| Acrescimo Bandeira AMARELA                 | 5,35        | Acrescimo Bandeira AMARELA                 | 5,35        |
| Acrescimo Bandeira VERMELHA                | 1,30        | Acrescimo Bandeira VERMELHA                | 1,30        |
| Contribuição Iluminação UNICA              | 16,10       | Contribuição Iluminação UNICA              | 16,10       |
| ICMS Subvenção - CDE-RF 000328000-05/01/17 | 0,00        | ICMS Subvenção - CDE-RF 000328000-05/01/17 | 0,00        |
| ICMS Subvenção - CDE-RF 000328000-05/01/17 | 0,00        | ICMS Subvenção - CDE-RF 000328000-05/01/17 | 0,00        |

4163 A128 CONT. DSGT. DIOS ASEF. RBCA FAUS

| PERÍODO    | TIPO DA  | DATA       | LEITURA   | DATA       | LEITURA   | VALOR | CONSUMO (litros/h) |
|------------|----------|------------|-----------|------------|-----------|-------|--------------------|
| 01/01/2017 | ANTERIOR | 01/01/2017 | 24 328,00 | 01/01/2017 | 21 458,00 | 23    | 150000             |

SEGUROS  
2 JUN 2017



**DECLARAÇÃO****Circular Susep nº 445/12 – Prevenção à Lavagem de Dinheiro**

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

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

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

<sup>2</sup> Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES, portador(a) do RG nº 4.810.389, expedido por SSP/PE, em 17/06/02, CPF/CNPJ nº 945.234.444-04,

na qualidade de procurador(a)/intermediário(a) do beneficiário (a) SEVERINO FERREIRA DA SILVA do sinistro de DPVAT da natureza INVALIDEZ da vítima SEVERINO FERREIRA DA SILVA, e conforme determinação da Circular SUSEP nº 445/12, declaro as informações solicitadas:

Profissão: AUX. SERVIÇOS ADMINISTRATIVOS Renda Mensal: R\$ R. INFORMAR

Documentos comprobatórios: RECUSO INFORMAR

Adriana M. Moura de A. Fernandes  
ASSINATURA – PROCURADOR / INTERMEDIÁRIO



## Comprovante de Inscrição e de Situação Cadastral

Contribuinte,

Confira os dados de Identificação da Pessoa Jurídica e, se houver qualquer divergência, providencie junto à RFB a sua atualização cadastral.

| REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL                                                                                               |                                                     |                                |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|--------------------------------|
| CADASTRO NACIONAL DA PESSOA JURÍDICA                                                                                         |                                                     |                                |
| NÚMERO DE INSCRIÇÃO<br>14.460.313/0001-37<br>MATRIZ                                                                          | COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO E DE SITUAÇÃO<br>CADASTRAL | DATA DE ABERTURA<br>11/10/2011 |
| NOME EMPRESARIAL<br>ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES - ME                                                        |                                                     |                                |
| TÍTULO DO ESTABELECIMENTO (NOME DE FANTASIA)<br>A F SEGUROS                                                                  |                                                     |                                |
| CÓDIGO E DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE ECONÔMICA PRINCIPAL<br>82.11-3-00 - Serviços combinados de escritório e apoio administrativo |                                                     |                                |
| CÓDIGO E DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES ECONÔMICAS SECUNDÁRIAS<br>Não Informada                                                    |                                                     |                                |
| CÓDIGO E DESCRIÇÃO DA NATUREZA JURÍDICA<br>213-5 - Empresário (Individual)                                                   |                                                     |                                |
| LOGRADOURO<br>R JOAO BATISTA                                                                                                 | NÚMERO<br>370                                       | COMPLEMENTO                    |
| CEP<br>55.750-000                                                                                                            | BARRIO/DISTRITO<br>CENTRO                           | MUNICÍPIO<br>SURUBIM           |
| ENDEREÇO ELETRÔNICO                                                                                                          |                                                     | UF<br>PE                       |
| TELEFONE<br>(81) 3634-1550                                                                                                   |                                                     |                                |
| ENTE FEDERATIVO RESPONSÁVEL (EFR)<br>*****                                                                                   |                                                     |                                |
| SITUAÇÃO CADASTRAL<br>ATIVA                                                                                                  | DATA DA SITUAÇÃO CADASTRAL<br>11/10/2011            |                                |
| MOTIVO DE SITUAÇÃO CADASTRAL                                                                                                 |                                                     |                                |
| SITUAÇÃO ESPECIAL<br>*****                                                                                                   | DATA DA SITUAÇÃO ESPECIAL<br>*****                  |                                |

Aprovado pela Instrução Normativa RFB nº 1.634, de 06 de maio de 2016.

Emitido no dia 07/03/2017 às 15:37:26 (data e hora de Brasília).

Página: 1/1

Consulta QSA / Capital Social

Voltar

ARUANA SEGUROS  
02 JUN 2017

**HOSPITAL SÃO LUIZ - APAMI SURUBIM**  
**FICHA DE ATENDIMENTO DE URGENCIA/EMERGÊNCIA**

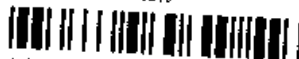
6077 EDD7

Atendimento: 117/51257      Data: 28/03/2017 08:17      Recep: VANDSON  
Convênio: SUS      Matrícula:      Setor: URGENCIA/EMERGENCIA  
Médico: TASSIO BARROS      Cartão SUS:

|                                           |                          |
|-------------------------------------------|--------------------------|
| Registro: 165898                          | Prontuário: 165898       |
| Paciente: SEVERINO FERREIRA DA SILVA      | Cor: Parda               |
| Nascimento: 01/12/1985 - Idade: 31 anos   | Sexo: Masculino          |
| Endereço: RUA SEVERINO APOLONIO DE FRANCA | C.P.F. . . . .           |
| Bairro: CENTRO                            | Identidade: 7161024 / PE |
| IBGE/Cidade: VERTENTE DO LERIO            | UF: PE                   |
| Pai: LUIZ FERREIRA DA SILVA               | Telefone: 81863058       |
| Mãe: MARIA DE LOURDES DA SILVA            | G. instrução:            |
| Est. Civil:                               | Ocupação:                |
| VERTENTE DO LERIO-PE                      | Naturalidade:            |

OBS:

DOCUMENTO 2 "T2%"



Anamnese e Exame Sumário:

*QUEM DE MOTO CL DORS*

*EM SUPRIMO OSE*

Exames Complementares:

Hip Diagnóstica /Cid:

Prescrição/Tratamento:

*EX*

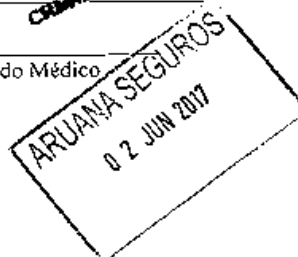
Reavaliação:

*NGV (6134041)*

Materiais Usados:

Tassio Barros  
Médico  
CRM 25049

Assinatura e Carimbo do Médico





## DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

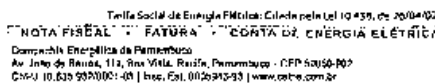
Eu, SEVERINO FERREIRA DA SILVA,RG nº 7.161.024, data de expedição 19/08/02, Órgão SDS/PE,

CPF nº 086.840.024-66, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

|                                   |                         |
|-----------------------------------|-------------------------|
| Logradouro<br>(Rua/Avenida/Praça) | <u>SITIO ZE DE LIRO</u> |
| Número                            | <u>122</u>              |
| Apto / Complemento                | <u>CASA</u>             |
| Bairro                            | <u>GANCHO DO GALO</u>   |
| Cidade                            | <u>SURUBIM</u>          |
| Estado                            | <u>PERNAMBUCO</u>       |
| CEP                               | <u>55750000</u>         |
| Telefone de Contato               | <u>991613907</u>        |
| E-mail                            | <u>— x —</u>            |

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: SURUBIM-PE, 17 MAIO 2017Assinatura do Declarante: Severino Ferreira da SilvaADRIANA SEGUNDO  
02 JUN 2017



DABOLI DO GUARÁ  
SULÉNE FERREIRA DA SILVA

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA  
C/ ZÉZÉ LIPÓ 111

CPF: 059.860 064-93

SURBINO SANCTO DO GALO  
SURBINO PE  
SUGALLO

CLASSIFICAÇÃO  
B1 RESIDENCIAL  
PENDENCIAL  
regulamentar

|                     |                             |
|---------------------|-----------------------------|
| CONTA CONTRATADA    | MESADO                      |
| 7023267122          | 03/2017                     |
| DATA DE VENCIMENTO  | DATA DE VENCIMENTO LITURGIA |
| 31/03/2017          | 25/04/2017                  |
| TOTAL A PAGAR (R\$) | 106,6                       |

|                   |       |            |
|-------------------|-------|------------|
| Nº DA NOTA FISCAL | SERIE | EMISSÃO    |
| 003077952         | UNICA | 24/03/2017 |

|              |               |                  |
|--------------|---------------|------------------|
| APRESENTAÇÃO | Nº DO CLIENTE | Nº DA ORÇAMENTAL |
| 2002/0111    | 20149999-2    | 5015000          |

**DESCRIÇÃO DO ROTA FISCAL**

|                                         | QUANTIDADE  | PREÇO UNIT. | VALOR UNIT. |
|-----------------------------------------|-------------|-------------|-------------|
| Consumo Elétrico (Wh)                   | 149,6003000 | 0,616666666 | 92,14       |
| Acrescimo Isençao AM-Rela               |             |             | 3,16        |
| Contribuição Iluminação Pública         |             |             | 5,31        |
| ICMS Suspensão CCE-NF 003087942 3400117 |             |             | 0,46        |
| Multa por atraso-NF 003067550- 3400116  |             |             | 0,80        |
| Multa por atraso-NF 003066175 3400116   |             |             | 1,26        |
| Multa por atraso-NF 003073712 3400117   |             |             | 1,15        |
| Juros por atraso-NF 003067341 3400117   |             |             | 0,96        |
| Juros por atraso-NF 003068476 3400116   |             |             | 1,83        |
| Juros por atraso-NF 003067592 3400116   |             |             | 1,25        |

|                |  |  |  |  |       |
|----------------|--|--|--|--|-------|
| TOTAL DIFATURA |  |  |  |  | R\$ 0 |
|----------------|--|--|--|--|-------|

| DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA-FISCAL |                   |                 |                 |                      |                   |           |        |              |  |
|--------------------------------------------|-------------------|-----------------|-----------------|----------------------|-------------------|-----------|--------|--------------|--|
| PROD<br>NÚMERO                             | TIPO DA<br>FUNÇÃO | ANVENIM<br>DATA | ESTURA<br>VALOR | DATA<br>DE PAGAMENTO | NÚMERO<br>DE DIAS | CONSTANTE | QUANTO | CONTA-RENTES |  |
| 1-427345                                   | 1-11              | 21/02/2017      | 267,10          | 26/02/17             | 2-1910            | 31        | 1-4000 | 140,00       |  |

[illegible]

INFORMAÇÕES INDIVIDUAIS

FORA ENCAIXA DE PEQUENO - QUE VOCÊS SI CONTA EM BERTH

| Composições químicas (g/kg de matéria seca) do feno de alfafa |                        |                         |                |                           |       |
|---------------------------------------------------------------|------------------------|-------------------------|----------------|---------------------------|-------|
| Matéria seca (MS)                                             | Dióxido de carbono (C) | Água (H <sub>2</sub> O) | Nitrogênio (N) | Fibra em detergente (FOD) | Ácido |

En el caso de las mujeres, los resultados de la regresión logística indican que el 25% de las mujeres que no se casaron en su primer intento de matrimonio, se casaron en su segundo intento de matrimonio. El 25% de las mujeres que se casaron en su primer intento de matrimonio, se casaron en su segundo intento de matrimonio. El 25% de las mujeres que se casaron en su primer intento de matrimonio, se casaron en su segundo intento de matrimonio. El 25% de las mujeres que se casaron en su primer intento de matrimonio, se casaron en su segundo intento de matrimonio.

[illegible]

| STANDARD | STANDARD | STANDARD | TOTAL AVAILABLE |
|----------|----------|----------|-----------------|
| STANDARD | STANDARD | STANDARD | TOTAL AVAILABLE |

[illegible]

DIANA SEGURO  
02 JUN 2017

02 JUN 2017



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, SEVERINO FERREIRA DA SILVA, portador da carteira de identidade nº 7.161.024 SSP/PE inscrito no CPF/MF sob o nº 086.840.024-66 residente e domiciliado na SÍTIO ZE DELIRO, 122, GANCHO DO GALO, Cidade SURUBIM, Estado PERNAMBUCO, declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal - IML para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

☒ Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou

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

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

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

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

DOCUMENTO 3 \*T3%\*



Severino F. Ferreira da Silva

Assinatura do declarante  
conforme documento de identificação

SURUBIM-PE - 17 MAIO 2017

Local e data





**GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO  
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 126ª CIRCUNSCRIÇÃO - VERTENTE DO  
LÉRIO - DP126ªCIRC DINTER1/16ªDESEC**

**BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 17E0216000050**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **30/05/2017** às **13:47**

**ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado)**  
que aconteceu no dia **28/3/2017** às **08:00**

Natureza Jurídica: **ACIDENTE DE TRANSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL**  
Fato ocorrido no endereço: **RUA SEVERINO APOLONIO DE FRANCA, 1 -**  
Bairro: **CENTRO - VERTENTE DO LERIO/PERNAMBUCO/BRASIL**  
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

**NÃO SE APLICA (AUTOR/AGENTE)**  
**SOLANGE MARIA DA SILVA (OUTRO)**  
**MARIA DOS SANTOS BAROSA DE SALES (TESTEMUNHA)**  
**SEVERINO FERREIRA DA SILVA (VÍTIMA)**

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a):  
**SEVERINO FERREIRA DA SILVA**

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

**SEVERINO FERREIRA DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe:**  
**MARIA DE LOURDES DA SILVA Pat LUIZ FERREIRA DA SILVA Data de Nascimento:**  
**1/12/1958 Naturalidade: VERTENTE DO LERIO / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos:**  
**7161924/SDS/PE (RG) Estado Civil CASADO(A) Escolaridade: 1º. GRAU COMPLETO Profissão:**  
**AUXILIAR DE SERVIÇOS GERAIS Telefones Celulares:**  
**- 82354028**

Endereço Residencial: **RUA SEVERINO APOLONIO DE FRANCA, 54 - CEP: 0 - Bairro:**  
**CENTRO - VERTENTE DO LERIO/PERNAMBUCO/BRASIL**

**MARIA DOS SANTOS BAROSA DE SALES (não presente ao plantão) - Sexo:**  
**Feminino Mãe: INACIA MARIA DOS SANTOS BARBOSA Pat ALBERTO PEREIRA**  
**BARBOSA Data de Nascimento: 26/03/1978 Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO**  
**BRASIL**

Endereço Residencial: **RUA SEVERINO APOLONIO DE FRANCA, 1 - CEP: 0 - Bairro: CENTRO**  
**- VERTENTE DO LERIO/PERNAMBUCO/BRASIL**



30/05/2017 13:44



NÃO SE APLICA - Ramo de Atividade: **NÃO INFORMADO**

Nome do Representante: - Cargo do Representante: - Pessoa de Contato no estabelecimento comercial - Telefone de Contato: -

**SOLANGE MARIA DA SILVA (não presente ao plantão) - Sexo: Feminino Mãe: MARIA DE LOURDES DA SILVA Pat: SEVERINO FERREIRA DA SILVA Data de Nascimento: 28/10/1955 Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL Residência: XEU - SURUBIM/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

**MOTOCICLETA (VEICULO)** de propriedade do(a) Sr(a): **SOLANGE MARIA DA SILVA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **SEVERINO FERREIRA DA SILVA**  
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 150** Objeto apreendido: **NÃO**  
Cor: **PRETA** - Quantidade: **(UNIDADE)**

Placa: **KIE7040** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Renavam: **549247465** Chassi: **9C2KC1676DR491593**  
Ano Fabricação/Modelo: **2013/2013**  
Descrição: **MOTOCICLETA DE COR PRETA, PLACA KIE 7040, CHASSI 9C2KC1676DR491593, HONDA CG 150 FAN ES**

#### Complemento / Observação

\_\_\_ O SENHOR SEVERINO FERREIRA DA SILVA, COMPARECEU A ESTA DELEGACIA DE POLICIA COMUNICANDO QUE NO DIA 28/03/2017, POR VOLTA DAS 08:00 HORAS DA MANHÃ, ESTAVA CONDUZINDO A MOTOCICLETA DESCRITA NESTE B.O. NO CENTRO DESTA CIDADE MAIS PRECISAMENTE NA RUA SEVERINO APOLONIO DE FRANÇA, E APARECEU DOIS CACHORO QUE ESTAVAM SOLTOS EM PLENA RUA E VINHAM DE ENCONTRO A MOTOCICLETA, O SENHOR SEVERINO TENTOU PARAR O VEICULO MAS NÃO CONSEGUIU PERDENDO O CONTROLE DA MESMA E VINDO CAIR AO SOLO, DIZ AINDA QUE APÓS QUEDA NÃO CONSEGUIU SE LEVANTAR DO LOCAL SENDO SOCORRIDO PELA SENHORA MARIA DOS SANTOS, EM SEGUIDA O LEVARAM PARA O HOSPITAL SÃO LUIZ NA CIDADE DE SURUBIM. AO FINAL ASSINA ASSUMINDO AS RESPONSABILIDADES PELAS INFORMAÇÕES PRESTADA NESTE B.O.

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

**SEVERINO FERREIRA DA SILVA**  
(VITIMA)

*Severino Ferreira da Silva*

B.O. registrado por: **PAULO ROBERTO BARBOSA DA SILVA** - Matrícula: **158737-4**



30/05/2017 13:44



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

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

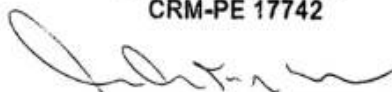
Nome do(a) Examinado(a): Severino Ferreira da Silva  
Endereço do(a) Examinado(a): Sit Ze do Liro, 122  
Gancho do Galo Surubim PE CEP: 55750-000  
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [ SDS / PE ] 7161024  
Data local do exame: [ 13/06/2017 ] Caruaru [ PE ]

**Resultado da Avaliação Médica**

- I. Descreva as lesões produzidas pelo trauma, o resultado do exame físico voltado para as regiões lesionadas e o(s) diagnóstico(s)  
**LUXAÇÃO ACROMIO CLAVICULAR ESQUERDA**  
**DEFICIT DE MOBILIDADE DE GRAU GRAVE DO OMBRO ESQUERDO, COM DISCRETO PREJUÍZO DE FORÇA LOCAL, COM PRESENÇA DE CICATRIZ CIRURGICA**
- a) O quadro clínico documentado neste exame decorre de lesão que tenha sido provocada em acidente automobilístico registrado na forma de sinistro que indicou esta avaliação?  
(X) Sim ( ) Não  
Caso a resposta seja "Não", favor NÃO preencher os demais campos abaixo, exceto o das observações (item V(\*)), se necessário
- b) A(s) queixa(s) do(a) Examinado(a) está(ão) relacionada(s) com as lesões decorrentes deste acidente, inclusive com os registros em boletim de atendimento médico?  
(X) Sim ( ) Não  
Caso a resposta seja "Não", prosseguir SOMENTE se houver alguma correlação entre a queixa e o histórico do acidente, justificando-a nas observações (item V(\*))
- II. Descreva a evolução atual do quadro clínico, os tratamentos realizados, a data da alta e os resultados, incluindo complicações.  
**TRATADO CIRURGICAMENTE JÁ DE ALTA. FEZ FISIOTERAPIA**  
**Data da alta: ALTA HÁ CERCA DE 30 DIAS**  
**FIO K E FISIOTERAPIA**  
**Complicações: HIPOTROFIA DO OMBRO ESQUERDO**
- III. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)?  
(X) Sim ( ) Não  
Existindo sequela(s) que seja(m) geradora(s) de invalidez total ou parcial informe qual(is) e descreva as perdas anatômicas e/ou funcionais que sejam definitivas e que justifiquem os danos corporais permanentes.  
**LIMITAÇÃO FUNCIONAL DE GRAU GRAVE DO OMBRO ESQUERDO**  
Caso a resposta seja "Não", concluir dentre as opções no item IV "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item IV opções "b" ou "c"
- IV. Segundo o previsto no inciso II, §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"                                 | ( ) "Sem sequela permanente"                                                                                                                                      |
| <i>Esta avaliação médica deve ser repetida em dias</i>     | <i>(Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)</i> |
| ( ) "Exame não permite conclusão"                          |                                                                                                                                                                   |
| <i>Vide motivo do impedimento no campo das observações</i> |                                                                                                                                                                   |
- b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.
- |                                                 |                                                 |
|-------------------------------------------------|-------------------------------------------------|
| Região Corporal (Sequela):                      | Região Corporal (Sequela):                      |
| <b>OMBRO - Esquerdo</b>                         |                                                 |
| % do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve        | % do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve        |
| ( ) 50% médio (X) 75% intensa ( ) 100% completo | ( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo |
| Região Corporal (Sequela):                      | Região Corporal (Sequela):                      |
| % do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve        | % do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve        |
| ( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo | ( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo |
- c) Havendo dano corporal total com repercussão na íntegra do patrimônio físico - assinale a opção abaixo sempre apresentando a justificativa médica para este enquadramento no campo das observações (\*).
- ( ) Total = "100% da IS"
- V. (\*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.

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

**SAUDESEG**  
**Dr. Leonardo Neves**  
**CRM-PE 17742**





## AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

DOCUMENTO 1

Nº DO SINISTRO



PELA SEGURADORA

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

EU, SEVERINO FERREIRA DA SILVAPORTADOR(A) DO RG Nº 7.161.024EXPEDIDO POR SDS LPEEM 19/08/2017 ECPF 086840024-66 /CNPJ 000000000-0000-00, PROFISSÃO R. Inform

E RENDA MENSAL DE R\$ 2.700,00 NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA SEVERINO FERREIRA DA SILVA. AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

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

Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados **não devem**, de forma alguma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício – nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Funcional;
- Conta Empresarial – nos documentos aparecem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéticas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL [www.receita.fazenda.gov.br](http://www.receita.fazenda.gov.br)), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.

**IMPORTANTE:** Também **não devem** ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner colorido, escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informação de código de segurança.

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO \_\_\_\_\_ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) \_\_\_\_\_ Nº da CONTA (com dígito, se existir) \_\_\_\_\_

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

Nº do BANCO 104 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 6295 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 12763-9

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

SUBSISTIM-PE 17 de MAIO de 2017

LOCAL E DATA

Severino Ferreira da Silva

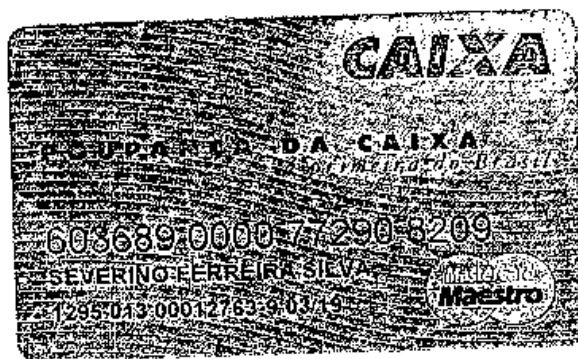
ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

## ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares.
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse [www.dpvatsegurodotransito.com.br](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br) ou ligue para o SAC DPVAT 0800-8221204.

ARUANA SEG  
02 JUN 2017





ARUANA SEGUE  
02 JUN 2017



Rio de Janeiro, 22 de Junho de 2017

Carta nº: 11186127

A/C: SEVERINO FERREIRA DA SILVA

Sinistro: 3170306364 ASL-0213953/17  
Vitima: SEVERINO FERREIRA DA SILVA  
Data Acidente: 28/03/2017  
Natureza: INVALIDEZ  
Procurador: ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO, COM MEMÓRIA DE CÁLCULO DE INVALIDEZ

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que estamos disponibilizando o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT cujo o valor e os dados disponibilizamos a seguir:

Creditado: SEVERINO FERREIRA DA SILVA

Valor: R\$ 2.531,25

Banco: 104

Agência: 000001295

Conta: 0000012763-9

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

|                  |     |          |
|------------------|-----|----------|
| Multa:           | R\$ | 0,00     |
| Juros:           | R\$ | 0,00     |
| Total creditado: | R\$ | 2.531,25 |

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos ombros 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 |
|-----------------------------------------|-----|----------|

NOTA: O percentual indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, sendo este aplicável sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br).

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 00939/00940 - carta\_15R



Rio de Janeiro, 12 de Junho de 2017

Carta nº: 11133016

A/C: SEVERINO FERREIRA DA SILVA

Sinistro: 3170306364 ASL-0213953/17  
Vítima: SEVERINO FERREIRA DA SILVA  
Data Acidente: 28/03/2017  
Natureza: INVALIDEZ  
Procurador: ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Ref.: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Prezado(a) Senhor(a),

Em relação sinistro acima referenciado, comunicamos que após análise da documentação apresentada, foi detectada a necessidade de informações complementares, razão pela qual está sendo interrompido o prazo regulamentar para o pagamento da indenização.

Pedimos aguardar novo pronunciamento o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as averiguações cabíveis.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br).

**ATENÇÃO:**

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Pag. 00245/00246 - carta\_02



Rio de Janeiro, 08 de Junho de 2017

Carta nº: 11117266

A/C: SEVERINO FERREIRA DA SILVA

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170306364 ASL-0213953/17

Vítima: SEVERINO FERREIRA DA SILVA

Data Acidente: 28/03/2017

Natureza: INVALIDEZ

Procurador: ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Ref.: AVISO DE SINISTRO

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que consta em nossos registros, a abertura do pedido de indenização.

Para acompanhar o seu processo, acesse o site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br), ou ligue para a SAC DPVAT 0800 022 12 04.

Para fazer a consulta, tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário. Ao digitar qualquer um desses números no site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br), não utilize barras, pontos ou traços.

Outras informações importantes sobre o seu pedido de indenização:

- O prazo para recebimento da indenização é de até 30 dias. Durante a análise do seu pedido, podem ser solicitados documentos ou informações complementares.
- Quando isso ocorre, o prazo de 30 dias é interrompido e se reinicia a partir da apresentação dos documentos ou das informações complementares.
- O Valor da garantia é de R\$ 13.500,00 para a Natureza Morte, até R\$ 2.700,00 para reembolso de despesas médicas para a Natureza DAMS, e, para Natureza de Invalidez, é proporcionalmente ao grau da lesão sofrida e, na forma da lei, pode alcançar o limite máximo de R\$ 13.500,00.

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

**Solicitamos que os documentos sejam encaminhados à ARUANA SEGUROS S/A onde o sinistro foi cadastrado.**

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Pag. 00981/00982 - carta\_01



# BANCO DO BRASIL

## COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

---

---

|                        |            |
|------------------------|------------|
| DATA DA TRANSFERENCIA: | 16/06/2017 |
|------------------------|------------|

|                      |
|----------------------|
| NUMERO DO DOCUMENTO: |
|----------------------|

|              |          |
|--------------|----------|
| VALOR TOTAL: | 2.531,25 |
|--------------|----------|

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: SEVERINO FERREIRA DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01295

CONTA: 000000012763-9

---

---

Nr. da Autenticação 20A5C2A6A2E49F3D



## PRÓCURAÇÃO

### OUTORGANTE

|                                                                                   |
|-----------------------------------------------------------------------------------|
| NOME- SEVERINO FERREIRA DA SILVA                                                  |
| NACIONALIDADE- BRASILEIRA                                                         |
| PROFISSÃO- RECUSA INFORMAR                                                        |
| IDENTIDADE- 7.161.024 SDS/PE                                                      |
| ENDEREÇO- SÍTIO ZE DE LÍRIO, Nº 122 ZONA RURAL, BAIRRO GANCHO DO GALO SURUBIM-PE. |

### OUTORGADO

|                                                               |
|---------------------------------------------------------------|
| NOME- ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES            |
| NACIONALIDADE- BRASILEIRA                                     |
| PROFISSÃO- AUXILIAR DE SERVIÇOS ADMINISTRATIVOS               |
| IDENTIDADE- 4.810.389 SSP/PE                                  |
| ENDEREÇO- RUA JOÃO BATISTA, Nº370, BAIRRO CENTRO, SURUBIM-PE. |

PELO PRESENTE INSTRUMENTO PARTICULAR DE PROCURAÇÃO, NOMEIO E CONSTITUO MEU BASTANTE PROCURADOR E OUTORGADO, ACIMA QUALIFICADO, A QUEM CONFIO PODERES PARA REPRESENTAR-ME PERANTE AS SEGURADORAS QUE CONSTUI O CONSÓRCIO DE SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT.

SURUBIM-(PE), 28 DE ABRIL DE 2017.

2º Ofício

Severino Ferreira da Silva

ASSINATURA DO OUTORGANTE

(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                            |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>2º TABELIONATO</b><br>Reconheço por AUTENTICIDADE 1 firma(s) de: (1) SEVERINO FERREIRA DA SILVA<br>Dou fe. Surubim, quinta-feira, 11 de maio de 2017 - 10:47h<br>Em Testemunha da verdade, <b>ADRIANA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES</b><br>Elizabete de Almeida Moura - 2ª Substituta<br>Total: 4,40 LÍRIO SOMENTE COM SELO DE AUTENTICIDADE<br>Selo(s): 00721058-03201701.03685- Pr Didimo Carneiro -<br>Jose Ribeiro - Li 02 - SURUBIM-PE | <b>2º TABELIONATO DE NOTAS DE SURUBIM-PE</b><br>Praca Didimo Carneiro - OAB/PE José Ribeiro - Li 2 - Centro - Surubim-PE<br>Fone: (011) 3034-1413 - E-mail: carmonaprotat@surubim.com.br<br>Cruzeta Maria Ethes de Lima - Tabelião Vigente |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|



## PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3170306364 **Cidade:** Vertente do Lério **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** SEVERINO FERREIRA DA SILVA **Data do acidente:** 28/03/2017 **Seguradora:** ESSOR SEGUROS S.A.

### PARECER

**Diagnóstico:** Luxação acrômio clavicular esquerda.

**Descrição do exame médico pericial:** Deficit de mobilidade de grau grave do ombro esquerdo, com discreto prejuízo de força local, com presença de cicatriz cirúrgica.

**Resultados terapêuticos:** Tratado cirurgicamente já de alta. Fez fisioterapia.  
Complicações: Hipotrofia do ombro esquerdo.

**Sequelas permanentes:** Limitação funcional de grau grave do ombro esquerdo.

**Sequelas:** Com sequela

**Data da perícia:** 13/06/2017

**Conduta mantida:**

**Observações:**

**Médico examinador:** Leonardo de Faria Neves

**CRM do médico:** 17742

**UF do CRM do médico:** PE

### DANOS

| DANOS CORPORAIS COMPROVADOS                   | Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74) | Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74) | % Apurado | Indenização pelo dano |
|-----------------------------------------------|----------------------------------------------|------------------------------------------------------|-----------|-----------------------|
| Perda completa da mobilidade de um dos ombros | 25 %                                         | Em grau intenso - 75 %                               | 18,75%    | R\$ 2.531,25          |
| Total                                         |                                              |                                                      | 18,75 %   | R\$ 2.531,25          |

### PRESTADOR

SAUDESEG SISTEMAS DE SAÚDE LTDA

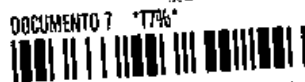
**Médico revisor:** GALDINO LEONARDO

**CRM do médico:** 17727

**UF do CRM do médico:** PE

**Assinatura do médico:**





**REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL**  
**MINISTÉRIO DAS CIDADES**

**DETRAN - PE** Nº **013028553731**  
**CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO**

VIA **1** DDD RENAVAM **549241469** RNTRC \*\*\*\*\* EXERCÍCIO **2017**

**SOLANGE MARIA DA SILVA**  
**SURUBIM - PE**

081-198-324-26 PLACA **KIE7040**

PLACA ANT. UF \*\*\*\*\*/PE CHASSI **9C2KC1670DR491593**

ESPECIE TIPO **PAS / MOTOCICLETA** COMBUSTÍVEL **ALCO/GASOL**

MARCA / MODELO **HONDA/CG 150 FAN ESI** ANO FAB. **2013** ANO MOD. **2013**

CAR / POT / CIL **2P/149CL** CATEGORIA **PARTIC** COR PREDOMINANTE **PRETA**

COTA ÚNICA **IPVA 2017 QUITADO** VENC. COTA ÚNICA **1 \*\*\*\*\*** VENC. COTAS **2 \*\*\*\*\***

FAIXA IRVA **1 \*\*\*\*\*** PARCELAMENTO / COTAS **3 \*\*\*\*\***

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) **SEGURO PAGO** IOF (R\$) **PRÊMIO TOTAL (R\$)** DATA DE PAGAMENTO

**SEM RESERVA** OBSERVAÇÕES

**SURUBIM** DATA **19/04/17**

**Charles Andrews Sousa Ribeiro**  
Diretor Presidente DETRAN/PE

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

**PE Nº 013028553731 BILHETE DE SEGURO DPVAT**  
**SOLANGE MARIA DA SILVA**

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

**SURUBIM - PE** EXERCÍCIO **2017** DATA EMISSÃO **19/04/17**

VIA **1** DDD **081** DDDI **198** 324-26 PLACA **KIE7040**

RENAVAM **549241469** MARCA / MODELO **HONDA/CG 150 FAN ESI**

ANO FAB. **2013** CIL. DR. **09** CHASSI **9C2KC1670DR491593**

**PRÊMIO TARIFÁRIO**

FNS (R\$) **SEGURO PAGO** DENATRAM (R\$) **SEGURO PAGO** CUSTO DO SEGURO (R\$)

COTA ÚNICA **SEGURO PAGO** IOF (R\$) **SEGURO PAGO** TOTAL SEGURO DPVAT (R\$)

PAGAMENTO **SEGURO PAGO** DATA DE QUITAÇÃO

**SEGURADORA LIDER - DPVAT**  
CNPJ 09.248.608/0001-04  
www.seguradoralider.com.br

**DESTAQUE E GUARDE O BILHETE DPVAT**  
**SUA NAU É DE SUAS OBRIGATORIO**

**ARUANA SEC**  
**02 JUN 2017**

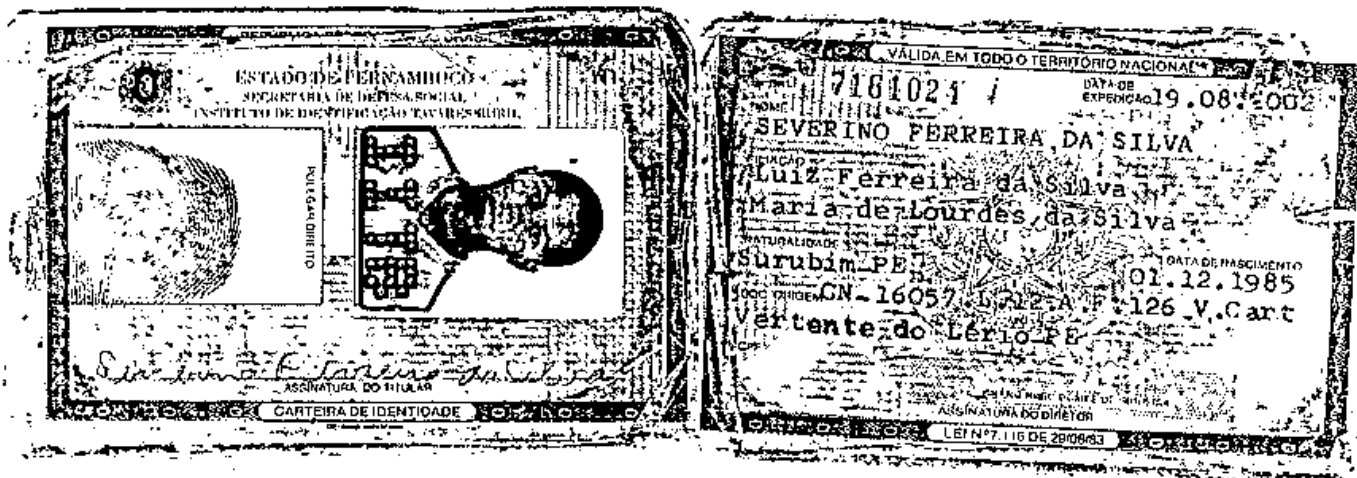


[illegible]

|                                                                                                                                                                                                                                                                            |  |                        |  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|------------------------|--|
| REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL<br>COMISSÃO EXECUTIVA DO DEPARTAMENTO DE AERONAUTICA<br>CENTRO NACIONAL DE AERONAUTICA                                                                                                                                                      |  | 481358186<br>481358186 |  |
| ADRIANA MARIA MOUTA DE ALBUQUERQUE FERNANDES<br>SOC. PESSOAS COG. ESCRIT. 15<br>4910389 SSP PR<br>CPF 945.276.444-04<br>DATA NASCIMENTO 26/07/1972<br>RUA JOAO DE SA<br>JOSE GOMES DE NOVA<br>EMAPTE FERREIRA DE NOVA<br>FOTOGRAFIA<br>PASSAPORTE<br>03/04/2017 17/06/2003 |  | 481358186<br>481358186 |  |
| LOCAL ASSINATURA DO PASSADANTE<br>CARDARTE PR<br>DATA 05/04/2012                                                                                                                                                                                                           |  | 481358186<br>481358186 |  |

SEGUROS  
2 JUN 2017





DOCUMENTO 6 "T6%"



ARUANA SE  
02 JUN 2017

