



Número: **0023200-04.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção B da 13ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **18/05/2020**

Valor da causa: **R\$ 13.500,00**

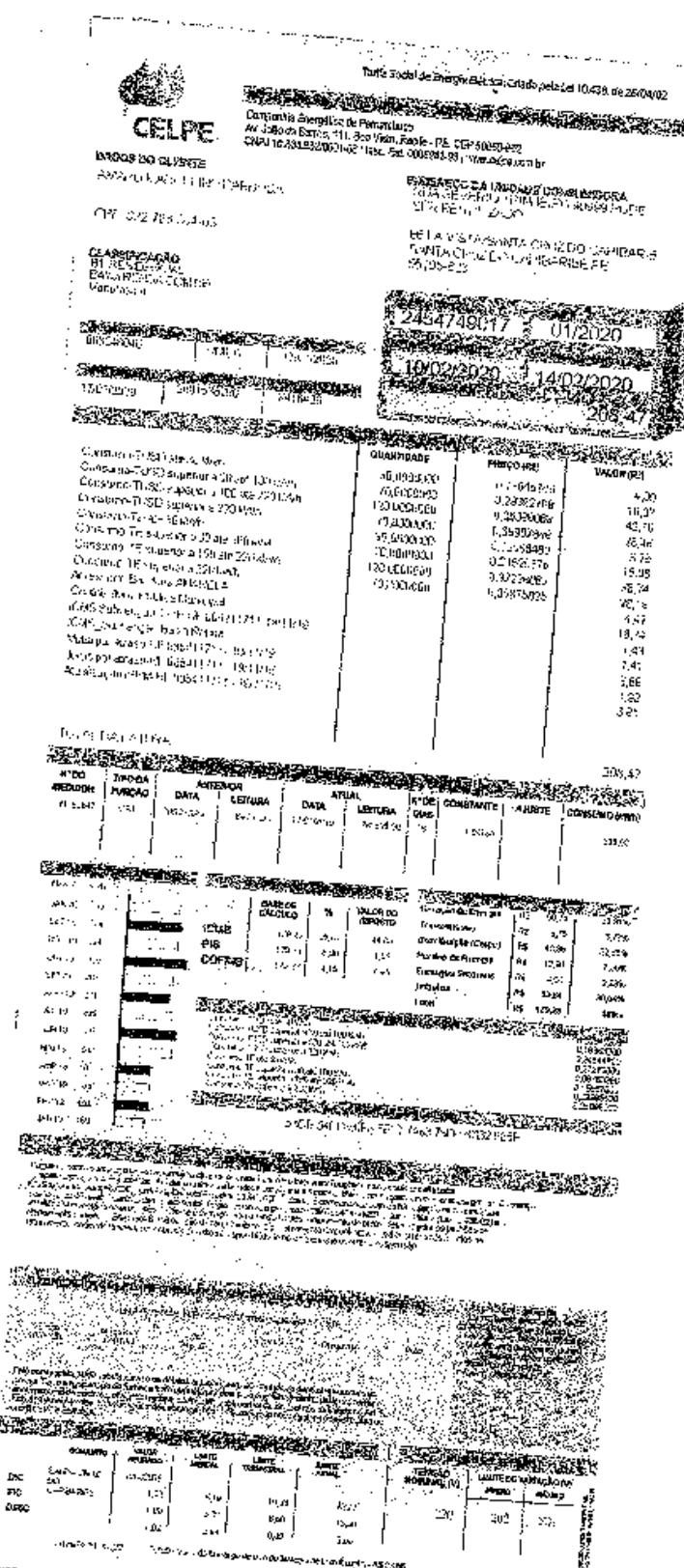
Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
JOSE EDUARDO DE LIMA SANTOS (AUTOR)		BRUNO LEONARDO NOVAES LIMA (ADVOGADO) MANOELA TRIGUEIRO CAROCA CAVALCANTI (ADVOGADO)	
COMPANHIA EXCELSIOR DE SEGUROS (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
65145 281	23/07/2020 11:59	<u>ANEXO 1</u>	Outros (Documento)



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 23/07/2020 11:59:17
<https://pjje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2007231159177730000063927196>
Número do documento: 2007231159177730000063927196

Núm. 65145281 - Pág. 1



Tarifa Social de Energia Elétrica Geralda pela Lei 10.486, de 26/06/02
NOTA DESEJA-SE PATRIMONIAL CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA
Companhia Energética do Pernambuco
Av. Júlio de Barros, 111, Bda Vista, Recife - PE, CEP 50050-032
CNPJ 12.535.932/0001-46 | Inscri. Est. 0005943-93 | www.celepe.com.br

Dados do cliente
ADRIANA MARIA MOURA DE A. FERNANDES

Endereço da unidade consumidora
Avenida Rosemiro Nogueira 1000

CPF: 945 284 444-04

CENTRO/SANTA CRUZ DO CABIBARIBE
SANTA CRUZ DO CABIBARIBE PE
55192-305

CLASSIFICAÇÃO
BT RESIDENCIAL
RESIDENCIAL

07/09/2019 07/09/2019 07/10/2019
07/09/2019 07/09/2019 07/10/2019

7008475460 10/2019
15/10/2019 08/11/2019

07/10/2019 201160008 374002

53,62

Consumo Ativo(kWh)
Acréscimo Bandeira AMARELA
Acréscimo Bandeira VERMELHA
Contrib. Aut. Pública Municipal
ICMS Subvenção-CDE-NF 072300654-BE/08/18

QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
69,000000	0,61060952	47,82
		0,93
		2,82
		2,07
		0,93

TOTAL DA FATURA 53,62

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO E ESTADO FISCAL									
Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO CAT	DATA ANTERIOR	LEITURA	DATA ATUAL	LEITURA	Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (kWh)
3180267771	CAT	05/09/2019	252,00	07/10/2019	311,00	32	1,600000		59,00

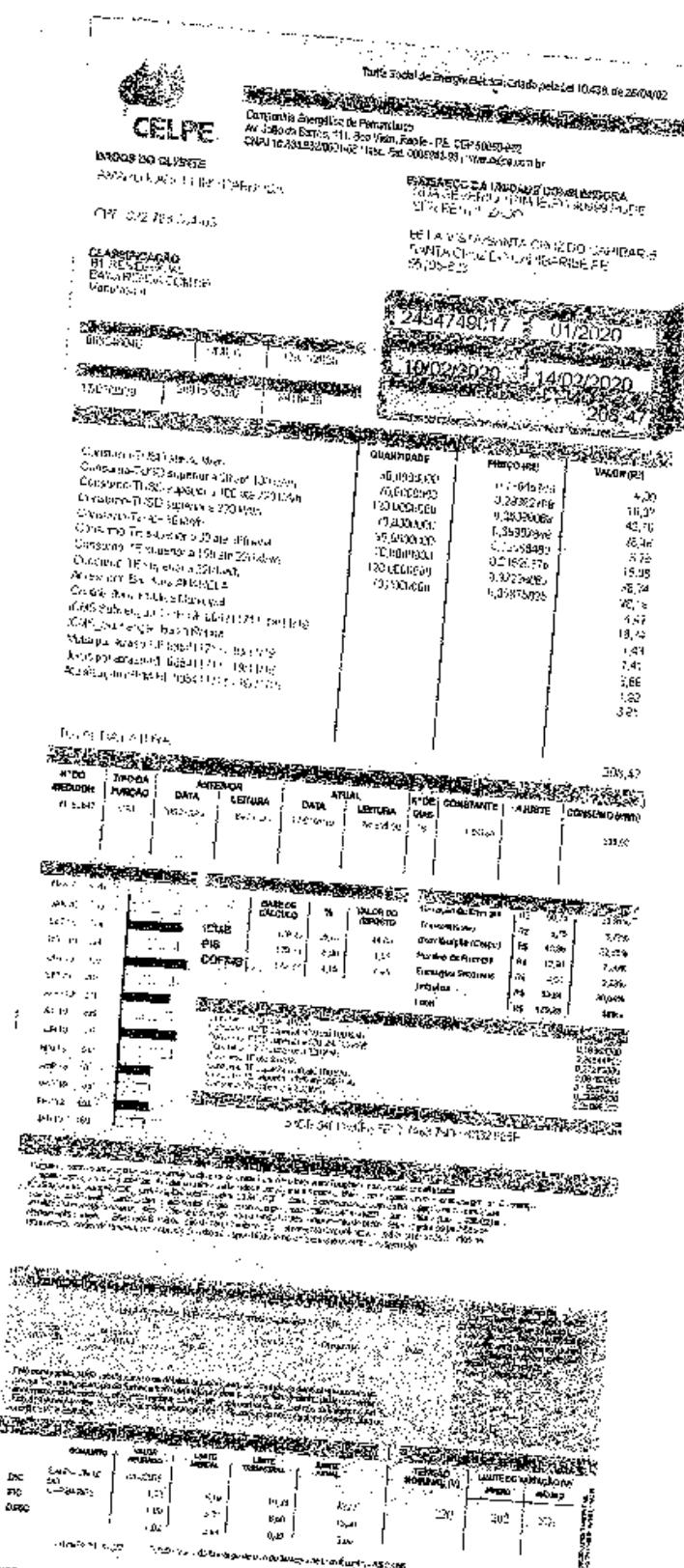
COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

Scanned by CamScanner



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 23/07/2020 11:59:17
https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20072311591777300000063927196
Número do documento: 20072311591777300000063927196

Num. 65145281 - Pág. 2



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 23/07/2020 11:59:17
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20072311591777300000063927196>
Número do documento: 20072311591777300000063927196

Num. 65145281 - Pág. 3



Tarifa Social de Energia Elétrica Geralda pela Lei 10.486, de 26/06/02
NOTA DESEJA-SE PATRIMONIAL CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA
Companhia Energética do Pernambuco
Av. Júlio de Barros, 111, Bda Vista, Recife - PE, CEP 50050-032
CNPJ 12.535.932/0001-48 | Inscri. Est. 0005943-93 | www.celepe.com.br

Dados do cliente
ADRIANA MARIA MOURA DE A. FERNANDES

Endereço da unidade consumidora
Avenida Rosemiro Nogueira 1000

CPF: 945 284 444-04

CENTRO/SANTA CRUZ DO CABIBARIBE
SANTA CRUZ DO CABIBARIBE PE
55192-305

CLASSIFICAÇÃO
BT RESIDENCIAL
RESIDENCIAL

07/09/2019
07/09/2019
06/10/2019

10/2019
15/10/2019 08/11/2019

06/10/2019 201160008 347002

53,62

Consumo Ativo(kWh)
Acréscimo Bandeira AMARELA
Acréscimo Bandeira VERMELHA
Contrib. Aut. Pública Municipal
ICMS Subvenção-CDE-NF 072300654-BE/08/18

QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
69,000000	0,61060002	47,82
		0,90
		2,82
		2,07
		0,90

TOTAL DA FATURA 53,62

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO E ESTADO FISCAL									
Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO CAT	DATA ANTERIOR	LEITURA	DATA ATUAL	LEITURA	Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (kWh)
3180267771	CAT	05/09/2019	252,00	06/10/2019	311,00	32	1,60000		59,00

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

Scanned by CamScanner



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 23/07/2020 11:59:17
https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20072311591777300000063927196
Número do documento: 20072311591777300000063927196

Num. 65145281 - Pág. 4



DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

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

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF².

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

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, com 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 M. M. de A. Fernandes, inscrito (a) no CPF 945.234.444-04, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Spólio Eduardo de S. Fontes, inscrito (a) no CPF sob o N° 113.809.704-74, do sinistro de DPVAT cobertura imobilidade da Vítima Spólio Eduardo de S. Fontes, inscrito (a) no CPF sob o N° 113.809.704-74, conforme determinação da Circular Susep 445/12;

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

Recuso informar

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

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

Endereço		Número	Complemento
Bairro		3	casa
Centro	Cidade	PE	
Email	Stº Cruz do Capibaribe	55.192.305	
	(telefone comum/DDD)	9-91613907	Telefone celular (DDD)
		9-97001998	

Stº Cruz do Cap. PE de 24 / Januário de 2020
(Loca. e Data)

Adriana M. M. de A. Fernandes

Assinatura do Declarante

1/001/2027





DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

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

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

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

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

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, com 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 M. M. de A. Fernandes, inscrito (a) no CPF 945.234.444-04, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário João Eduardo de L. Fontes, inscrito (a) no CPF sob o N° 113.809.704-74, do sinistro de DPVAT cobertura imobilidade da Vítima João Eduardo de L. Fontes, inscrito (a) no CPF sob o N° 113.809.704-74, conforme determinação da Circular Susep 445/12;

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

Recuso informar

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

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

Endereço		Número	Complemento
Bairro		3	casa
Centro	Cidade	PE	CEP
Email		55-192-305	Telefone celular (DDD)
		9-91613907	9-97001998

Stº Cruz do Cap. PE de 24 / Januário de 2020
(Loca. e Data)

Adriana M. M. de A. Fernandes

Assinatura do Declarante

1/001/2027





PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SAMU SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins, em atenção ao pedido do (a) Sr (a) **JOSÉ EDUARDO DE LIMA SANTOS**, CPF – 113.809.704-74, RG- 8.290.667 SDS/PE que consta nos registros de ocorrências do **SAMU REGIONAL AGreste**, atendimento realizado por este serviço ao mesmo com ID – 0180, REG- 24.847 no dia 05 de agosto de 2019, às 11h e 44min, na PE - 160, Próximo a Adolfo autopeças – Bairro Novo, com queixa de colisão caminhão x moto, tendo sido enviado pela **UNIDADE DE SUPORTE BÁSICO (USB)** que prestou atendimento a vítima no local, transportando-o para UPA 24h

De acordo com o registro de informações do SAMU, foram realizados no (a) paciente os seguintes procedimentos: avaliação da equipe plantonista, protocolo de trauma, verificação de sinais, AVP e remoção.

SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE, 16 DE DEZEMBRO 2019

MARIA LENICE CORDEIRO DA SILVA
COORDENADORA

Recebi esta declaração do SAMU REGIONAL AGreste – BASE SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE em ___ / ___ / ___





UNIDADE DE PRÓXIMO ATENDIMENTO

PREFEITURA MUNICIPAL DE
SANTA CRUZ
DO CAPIBARIBE
UMA CIDADE MELHOR PARA TODOS



DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins de comprovação que o (a) Sr (a) **JOSE EDUARDO LIMA SANTOS** nascido em 07/05/1994 esteve nesta unidade hospitalar no dia 05/08/2019 por volta das 12h15min. Para tanto segue em anexo cópia da ficha do atendimento do mesmo.

Santa Cruz do Capibaribe, 20 de JANEIRO de 2020.

ATENCIOSAMENTE

José Ademir Pereira
José Ademir Pereira
MAT. 6514591

JOSE ADÉMIR PEREIRA
DIRETOR
MAT.069043

Rodovia PE 160, 5N – Curral Picado – Santa Cruz do Capibaribe - PE
e-mail: antonio.yves.cordeiro.junior@gmail.com

Seruço de

*Usoário é / não é de
alcool.*

15.56

UPA
24h

FICHA DE ATENDIMENTO

RECEPCIONISTA: *Flávia* Data: 06/10/2019 Hora: 12:15 min
Nome: *Flávia Gómez Gómez* Nr do Prontuário: _____
RG: _____ Idade: _____ Nascimento: 01/06/1994 Nº SUS: _____

Estado Civil: S. Profissão: _____ Fone: () _____
Endereço: *Centro de Saúde* Nr 37 Bairro: _____
Cidade: S. C. C. Acompanhante: () Sim Não (X) Nome: _____

Paiz: _____
Mãe: *Alcione de Souza Souza*

Dados da Triagem: (Técnico de enfermagem) Horário: _____ min
Pax: 100x60 T: 37 HGT: _____ FC: _____ FR: _____ SaO2%: 99%

Dados da Classificação: (ENFERMEIRO) Horário: 12:15 min

Doenças preexistentes: _____

Alergias: na g

Uso de medicações: _____

CLASSIFICAR COMO VERMELHO:

Apneia(); Cianose(); Estridor(); PC<50>140(); PR>32vpm(); Extremidades frias(); Pulso fraco()

Pulso ausente(); Sudorese(); PAS<80mmhg(); PAD>130mmhg(); Letargia(); Convulsivo();

Responsivo ou só resposta a dor(); Intoxicação exógena(); Sangramento intenso(); Lesão grave()

Queimaduras >25% de SC ou acometimento de vias aéreas(); Hipoglicemia com sudorese intensa()

OBS: _____

CLASSIFICAR COMO AMARELO:

Pelotraumatizado com Glasgow entre 13 e 16(); FC<50 ou >140(); PAS<90 ou >190mmhg(); PAD>130()

Febre >39°C(); Febre com imunodepressão(); Convulsão nas últimas 24h(); mucosas ressecadas()

Queimaduras de 1º e 3º graus em áreas não críticas(); Abuso sexual(); Dor abdominal ou torácica intensa();

Fraturas anguladas e luxações com comprometimento neuro vascular ou dor intensa(); história até 72h de:

Mielena(); Hematêmesis(); enterorragia(); epistaxe(); infarto agudo de miocárdio/ infarto cerebral/ mat biológico()

CONFIRMO AUTORIZADO



CLASSIFICAR COMO VERDE:

Idoso com queixas(); TCE sem perda de consciência(); Febre sem outros sinais clínicos(); Lombalgia intensa(); Retorno com >24h(); Enterite, suspeita de fraturas, luxações(); Dor abdominal sem alterações de SSV(); PAS entre 160 a 190mmhg sem sintomas(); PAD entre 110 e 130mmhg sem sintomas(); Dor de garganta com História de febre e com placas sem toxemia().

OBS: Exame de rotina, exames eletro

CLASSIFICAR COMO AZUL:

Queixas crônicas sem alterações agudas(); Tosse, coriza, dor de garganta, obstrução nasal(); Coriza crônica ou recorrente(); Queimaduras de 1º grau em áreas não críticas >6h(); Curativos ou ret. de pontos(); Vômitos ou diarréia sem desidratação(); Constipação intestinal sem outros sintomas(); Administração de medicamentos(); Solicitação de atestados, exames ou receitas não urgentes().

OBS: _____

CLASSIFICAÇÃO: VERMELHO AMARELO VERDE AZUL

Assinatura: *Antônio Cordeiro de Melo Júnior*
Data: 20/07/2020 - 14:16

ENCAMINHADO: _____

ASS. E CARIMBO: _____

ORIENTAÇÃO ASSISTENTE SOCIAL: _____

MÉDICO:

Histórico do paciente:

Pt trazido pela Samu vítima de colisão MOTO x caminhão. Respiração aguda (5), etiologia ligeira. Foi atendido no SAMU e encaminhado para o pronto.

Exame Físico:

Hipótese diagnóstica:

RE. contusão (fratura) pélvica.

Conduta: *Re. contusão (fratura) pélvica.*

Assinatura: *Antônio Cordeiro de Melo Júnior*
Data: 20/07/2020 - 14:16





SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

Ficha de Acolhimento

Nome:	José Eduardo de Lima Santos	
End:	Av. Siqueira Simões 5100	Bairro: Bessa - João Pessoa
Data de Nascimento:	07-05-1944	Documento de Identificação:
Quaixa:	Acidente de Moto	Data do Atend.: 15-07-2015 Hora: 16:30 Documento:

Classificação de Risco

Nível de consciência:	<input checked="" type="checkbox"/> Bom <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Baixo	Aspecto:	<input checked="" type="checkbox"/> Calmo <input type="checkbox"/> Fáceis de dor <input type="checkbox"/> Gomente
Frequência respiratória:	Frequência cardíaca:		
Pressão arterial:	Temperatura axilar:		
Dasagem de HGT:	Mucosas: <input checked="" type="checkbox"/> Normocorada <input type="checkbox"/> Pálida		
Deambulação:	<input checked="" type="checkbox"/> Livre <input type="checkbox"/> Cadeira de rodas <input type="checkbox"/> Maca	Mod. 112	

Estratificação

- Vermelho - atendimento imediato
 Verde - atendimento até 4 horas
 Amarelo - atendimento até 1 hora
 Azul - atendimento ambulatorial

Assinatura e carimbo do profissional



SECRETARIA DO ESTADO DE SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES
CAMPINA GRANDE - PARAÍBA

PACIENTE: JOSÉ EDUARDO DE LIMA SANTOS
DATA DO EXAME: 15/05/2015

ULTRASSONOGRAFIA DE ABDOME TOTAL - "FAST"

METODOLOGIA:

Exame realizado em modo bidimensional com equipamento dinâmico na frequência de 4,0 MHz.

ANALISE:

Não identificamos sinais de líquido livre intra-abdominal, derrame pleural ou pericárdico no presente estudo.

Ausência de lesões ecográficas relacionadas ao trauma no fígado, baço, pâncreas, rins e bexiga identificáveis ao exame.



Dr. Rhodrius L F de Carvalho
Radiologia e Diag. por Imagem
CRM 6933



**GOVERNO SECRETARIA DA SAÚDE DO ESTADO
DA PARAÍBA HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIS GONZAGA FERNANDES**

**RESUMO DE ALTA
(REFERÊNCIA OU CONTRA REFERÊNCIA)**

NOME: *João Eduardo de Souza Santos* DN: _____ PRONT. N°: _____
NATURALIDADE: _____ PROCEDÊNCIA: _____
ADMISSÃO: _____ ALTA: _____

1. Motivo da hospitalização (dados positivos da anamnese / exame físico)

Acidente motociclistico

2. Resultado dos principais exames

Fratura aberta de fíbula

3. Evolução e complicações

Evolutiva com complicação

4. Terapêutica realizada

Redução da fratura

5. Diagnóstico (hipotético ou definitivo)

Fratura aberta - oleodáctila

6. Orientações médicas para pacientes / egresso

Refrigerar

Corporante

7. Condições de alta

Curado

A pedido

Óbito

Melhorado

Inalterado

Transferido para: _____





SECRETARIA DE SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDESS

Diagnóstico

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 23/07/2020 11:59:17
<https://pje.tipe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2007231159177730000063927196>
Número do documento: 2007231159177730000063927196

Num. 65145281 - Pág. 15

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

HUBCC

FOLHA DE
ANESTESIAHOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA
DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

NAME		ENFERMAGEM	LEITO	INFECTOLOGO			
DATA	PULSAO ARTERIAL	PULSO	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	EDADE	SEXO	COR
TIPO SANGUÍNEO	HEMOCÍTAS	ERITROCITOS	PLATÉTAS	LEUCOCITOS	PERÍODO	ALIMENTO	NOTA
AP. RESPIRATÓRIO					ASMA	CRONICITAS	
AP. CIRCULATÓRIO					ELETROCARDIOGRAMA		
AP. DIGESTIVO	DENTES		PERIODONTO	AP. URINÁRIO			
ESTADO MENTAL	ATRAVÉS		CORTICOIDES	ALERGIA		HIPOTENSORES	
DIAGNÓSTICO PNE-OPERTÓRIO					ESTADO FÍSICO	RISCO	
ANESTÉSICO ANESTÉSICO					AP. LÍQUIDOS	RÁPIDO	
MEDICAÇÃO PNE-ANESTÉSICO							
AGENTES ANESTÉSICOS							
LÍQUIDOS							
VELOCIDADE DE RESPIRAÇÃO							
VELOCIDADE DE ANESTESIA							
SÍMBOLOS E ANOTAÇÕES							
POSIÇÃO							
AGENTES							
TONICA					DÂNDULAS		
OPERAÇÃO							
OPERAÇÃO							
ANESTESISTA	Dr. Valdejucá Abreu Jr.						
ANESTESISTA	Anestesiologista						
ANESTESISTA	CRM 9736/PB						
ANOTAR NO VERSO AS COMPLICAÇÕES PÓS-OPERATÓRIAS E PÓS-OPERATÓRIAS					PERDA SANGUÍNEA		



**GOVERNO
DA PARAÍBA**
 Secretaria de Estado da Saúde
 Hospital de Emergência e Trauma Bom Luiz Gonzaga Fernandes

TABELA DE ALDRETE E KROULIK MODIFICADA
(Critérios para altas da SRPA)

<i>Critério para alta de sala de recuperação pós anestésico</i>	<i>Hora entrada</i>	<i>Hora saída</i>
<i>Nenhum Movimento = 0</i>		
<i>Movimento 2 membros = 1</i>		
<i>Movimento 4 membros = 2</i>		
<i>Apnéia = 0</i>		
<i>Respiração Limitada, Dispnéia = 1</i>		
<i>Respiração profunda e tosse = 2</i>		
<i>PA + ou - 50% do nível pré-anestésico = 0</i>		
<i>PA + ou - 20 a 40% do nível pré-anestésico = 1</i>		
<i>PA + ou - 20% do nível pré-anestésico = 2</i>		
<i>Sat 02 < 90 com oxigênio = 0</i>		
<i>Sat 02 > 90 com oxigênio = 1</i>		
<i>Sat 02 > 92% sem oxigênio = 2</i>		
<i>Não responde ao chamado = 0</i>		
<i>Despertado ao chamado = 1</i>		
<i>Completamente acordado = 2</i>		
TOTAL DE PONTOS		

Antônio P. Cílio

Assinatura do anestesista





Secretaria de Estado da Saúde
Hospital de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes

Folha de Sala - Recuperação Pós Anestésica

Paciente:	Edmundo Gómez	Sexo:	Homem	Idade:	45
Convênio:					DATA: 01/01/2010
Procedimento:	Extracção de dentes				
Clínico:	Dr. Fábio Gómez		Auxiliar:	Anaestesista:	
Cirurgião:	Dr. Fábio Gómez		Auxiliar:	Anaestesista:	
Inicio:			Término:	10:00	

Observações:

— Circulante —



NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

ESCOLAISMO PESSONAS



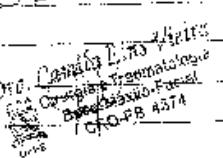
ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
Hospital de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes

Nome do Paciente	Nº Prontuário
Jorge Eduardo de Souza Barreto	
Data da Operação	12/05/18
Operador	Dra. Gisele Góes
2.º Auxiliar	Enf.
3.º Auxiliar	Leito
Anestesia	Pr. Nitroureto de Prilidano
Diagnóstico Pré-Operatório	Tipo de Anestesia
Fractura aberta de tibia e fíbula	
Exoesofágio	
Diagnóstico Pós-Operatório	
Fractura aberta de tibia e fíbula	
Exoesofágio	
Relatório Imediato da Patologia	
Exame Radiológico no Ato	
Acidente Durante a Operação	

DESCRÍÇÃO DA OPERAÇÃO

Via de Acesso - Técnica e Técnica - Ligaduras - Drenagem - Sutura - Material Empregado - Aspectos Viscerais

1.º Ponto de 2.º m. sobre o m. tibial anterior
2.º ponto na tibia + fíbula
3.º ponto na coxa
4.º Recuperação da ferida aberta e com drenagem
5.º Instalação da ferida de ferida aberta de
6.º Drenagem
7.º curvadura
8.º Recuperação da T.C.E.


 Dr. Gisele Góes
 Traumatologista
 Especialista em Fisio.
 Fono. e Reabilitação
 Foto: FB 4374





Diagnóstico

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Paciente

Alojamento

Horário

Local

Convênio

Evolução Médica

Data

Prescrição Médica

236238

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100	101	102	103	104	105	106	107	108	109	110	111	112	113	114	115	116	117	118	119	120	121	122	123	124	125	126	127	128	129	130	131	132	133	134	135	136	137	138	139	140	141	142	143	144	145	146	147	148	149	150	151	152	153	154	155	156	157	158	159	160	161	162	163	164	165	166	167	168	169	170	171	172	173	174	175	176	177	178	179	180	181	182	183	184	185	186	187	188	189	190	191	192	193	194	195	196	197	198	199	200	201	202	203	204	205	206	207	208	209	210	211	212	213	214	215	216	217	218	219	220	221	222	223	224	225	226	227	228	229	230	231	232	233	234	235	236	237	238	239	240	241	242	243	244	245	246	247	248	249	250	251	252	253	254	255	256	257	258	259	260	261	262	263	264	265	266	267	268	269	270	271	272	273	274	275	276	277	278	279	280	281	282	283	284	285	286	287	288	289	290	291	292	293	294	295	296	297	298	299	300	301	302	303	304	305	306	307	308	309	310	311	312	313	314	315	316	317	318	319	320	321	322	323	324	325	326	327	328	329	330	331	332	333	334	335	336	337	338	339	340	341	342	343	344	345	346	347	348	349	350	351	352	353	354	355	356	357	358	359	360	361	362	363	364	365	366	367	368	369	370	371	372	373	374	375	376	377	378	379	380	381	382	383	384	385	386	387	388	389	390	391	392	393	394	395	396	397	398	399	400	401	402	403	404	405	406	407	408	409	410	411	412	413	414	415	416	417	418	419	420	421	422	423	424	425	426	427	428	429	430	431	432	433	434	435	436	437	438	439	440	441	442	443	444	445	446	447	448	449	450	451	452	453	454	455	456	457	458	459	460	461	462	463	464	465	466	467	468	469	470	471	472	473	474	475	476	477	478	479	480	481	482	483	484	485	486	487	488	489	490	491	492	493	494	495	496	497	498	499	500	501	502	503	504	505	506	507	508	509	510	511	512	513	514	515	516	517	518	519	520	521	522	523	524	525	526	527	528	529	530	531	532	533	534	535	536	537	538	539	540	541	542	543	544	545	546	547	548	549	550	551	552	553	554	555	556	557	558	559	550	551	552	553	554	555	556	557	558	559	560	561	562	563	564	565	566	567	568	569	570	571	572	573	574	575	576	577	578	579	580	581	582	583	584	585	586	587	588	589	590	591	592	593	594	595	596	597	598	599	600	601	602	603	604	605	606	607	608	609	610	611	612	613	614	615	616	617	618	619	620	621	622	623	624	625	626	627	628	629	630	631	632	633	634	635	636	637	638	639	640	641	642	643	644	645	646	647	648	649	650	651	652	653	654	655	656	657	658	659	660	661	662	663	664	665	666	667	668	669	660	661	662	663	664	665	666	667	668	669	670	671	672	673	674	675	676	677	678	679	680	681	682	683	684	685	686	687	688	689	690	691	692	693	694	695	696	697	698	699	700	701	702	703	704	705	706	707	708	709	710	711	712	713	714	715	716	717	718	719	720	721	722	723	724	725	726	727	728	729	730	731	732	733	734	735	736	737	738	739	740	741	742	743	744	745	746	747	748	749	750	751	752	753	754	755	756	757	758	759	760	761	762	763	764	765	766	767	768	769	770	771	772	773	774	775	776	777	778	779	770	771	772	773	774	775	776	777	778	779	780	781	782	783	784	785	786	787	788	789	790	791	792	793	794	795	796	797	798	799	800	801	802	803	804	805	806	807	808	809	810	811	812	813	814	815	816	817	818	819	820	821	822	823	824	825	826	827	828	829	830	831	832	833	834	835	836	837	838	839	840	841	842	843	844	845	846	847	848	849	850	851	852	853	854	855	856	857	858	859	860	861	862	863	864	865	866	867	868	869	870	871	872	873	874	875	876	877	878	879	880	881	882	883	884	885	886	887	888	889	880	881	882	883	884	885	886	887	888	889	890	891	892	893	894	895	896	897	898	899	900	901	902	903	904	905	906	907	908	909	910	911	912	913	914	915	916	917	918	919	920	921	922	923	924	925	926	927	928	929	930	931	932	933	934	935	936	937	938	939	940	941	942	943	944	945	946	947	948	949	950	951	952	953	954	955	956	957	958	959	960	961	962	963	964	965	966	967	968	969	970	971	972	973	974	975	976	977	978	979	980	981	982	983	984	985	986	987	988	989	990	991	992	993	994	995	996	997	998	999	1000	1001	1002	1003	1004	1005	1006	1007	1008	1009	10010	10011	10012	10013	10014	10015	10016	10017	10018	10019	10020	10021	10022	10023	10024	10025	10026	10027	10028	10029	10030	10031	10032	10033	10034	10035	10036	10037	10038	10039	10040	10041	10042	10043	10044	10045	10046	10047	10048	10049	10050	10051	10052	10053	10054	10055	10056	10057	10058	10059	10060	10061	10062	10063	10064	10065	10066	10067	10068	10069	10070	10071	10072	10073	10074	10075	10076	10077	10078	10079	10080	10081	10082	10083	10084	10085	10086	10087	10088	10089	10090	10091	10092	10093	10094	10095	10096	10097	10098	10099	100100	100101	100102	100103	100104	100105	100106	100107	100108	100109	100110	100111	100112	100113	100114	100115	100116	100117	100118	100119	100120	100121	100122	100123	100124	100125	100126	100127	100128	100129	100130	100131	100132	100133	100134	100135	100136	100137	100138	100139	100140	100141	100142	100143	100144	100145	100146	100147	100148	100149	100150	100151	100152	100153	100154	100155	100156	100157	100158	100159	100160	100161	100162	100163	100164	100165	100166	100167	100168	100169	100170	100171	100172	100173	100174	100175	100176	100177	100178	100179	100180	100181	100182	100183	100184	100185	100186	100187	100188	100189	100190	100191	100192	100193	100194	100195	100196	100197	100198	100199	100200	100201	100202	100203	100204	100205	100206	100207	100208	100209	100210	100211	100212	100213	100214	100215	100216	100217	100218	100219	100220	100221	100222	100223	100224	100225	100226	100227	100228	10022



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 23/07/2020 11:59:17
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20072311591777300000063927196>
Número do documento: 20072311591777300000063927196

Num. 65145281 - Pág. 23



PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SAMU SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins, em atenção ao pedido do (a) Sr (a) **JOSÉ EDUARDO DE LIMA SANTOS**, CPF – 113.809.704-74, RG- 8.290.667 SDS/PE que consta nos registros de ocorrências do **SAMU REGIONAL AGreste**, atendimento realizado por este serviço ao mesmo com ID – 0180, REG- 24.847 no dia 05 de agosto de 2019, às 11h e 44min, na PE - 160, Próximo a Adolfo autopeças – Bairro Novo, com queixa de colisão caminhão x moto, tendo sido enviado pela **UNIDADE DE SUPORTE BÁSICO (USB)** que prestou atendimento a vítima no local, transportando-o para UPA 24h

De acordo com o registro de informações do SAMU, foram realizados no (a) paciente os seguintes procedimentos: avaliação da equipe plantonista, protocolo de trauma, verificação de sinais, AVP e remoção.

SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE, 16 DE DEZEMBRO 2019

MARIA LENICE CORDEIRO DA SILVA
COORDENADORA

Recebi esta declaração do SAMU REGIONAL AGreste – BASE SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE em ___ / ___ / ___





UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO

PREFEITURA MUNICIPAL DE
SANTA CRUZ
DO CAPIBARIBE
UMA CIDADE MELHOR PARA TODOS



DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins de comprovação que o (a) Sr (a) **JOSE EDUARDO LIMA SANTOS** nascido em 07/05/1994 esteve nesta unidade hospitalar no dia 05/08/2019 por volta das 12h15min. Para tanto segue em anexo cópia da ficha do atendimento do mesmo.

Santa Cruz do Capibaribe, 20 de JANEIRO de 2020.

ATENCIOSAMENTE

José Ademir Pereira
José Ademir Pereira
MAT. 6514591

JOSE ADÉMIR PEREIRA
DIRETOR
MAT.069043

Rodovia PE 160, 5N – Curral Picado – Santa Cruz do Capibaribe - PE
e-mail: admirperreira@gmail.com

Sereno Dr.

*União da Iracema de
Mimódeu*

15.5.6

UPA
24h

FICHA DE ATENDIMENTO

RECEPCIONISTA: *Flávia* Data: 06/10/2019 Hora: 12:15 min

Nome: *Flávia Gómez Gómez* Nr do Prontuário:

RG: _____ Idade: _____ Nascimento: 01/06/1994 Nº SUS: _____

Estado Civil: *S.* Profissão: _____ Fone: () _____

Endereço: *2 - Centro de Pintados* Nr 37 Bairro: _____

Cidade: *S. C. P.* Acompanhante: () Sim Não (X) Nome: _____

País: _____

Mãe: *Alcione de Souza Soárez*

Dados da Triagem: (Técnico de enfermagem) Horário: _____ min

PA: 100 x 62 T: 37 HGT: _____ FC: _____ FR: _____ SaO2% 99%

Dados da Classificação: (ENFERMEIRO) Horário: 12:15 min

Doenças preexistentes: _____

Alergias: na gér

Uso de medicações: _____

CLASSIFICAR COMO VERMELHO:

Aپnêia(); Cianose(); Estridor(); PC<50>140(); PR>32vpm(); Extremidades frias(); Pulso fraco()

Pulso ausente(); Sudorese(); PAS<80mmhg(); PAD>130mmhg(); Letargia(); Convulsivo();

Responsivo ou só resposta a dor(); Intoxicação exógena(); Sangramento intenso(); Lesão grave()

Queimaduras >25% de SC ou acometimento de vias aéreas(); Hipoglicemia com sudorese intensa()

OBS: _____

CLASSIFICAR COMO AMARELO:

Potiraumatizado com Glasgow entre 13 e 16(); FC<50 ou >140(); PAS<90 ou >190mmhg(); PAD>130()

Febre >39°C(); Febre com imunodepressão(); Convulsão nas últimas 24h(); mucosas ressecadas()

Queimaduras de 1º e 3º graus em áreas não críticas(); Abuso sexual(); Dor abdominal ou torácica intensa();

Fraturas anguladas e luxações com comprometimento neuro vascular ou dor intensa(); história até 72h de:

Mielena(); Hematêmesis(); enterorragia(); epistaxe(); infarto agudo de miocárdio/ infarto cerebral/ mat biológico()

CONFIRMO AUTORIZADO



CLASSIFICAR COMO VERDE:

Idoso com queixas (); TCE sem perda de consciência(); Febre sem outros sinais clínicos(); Lombalgia intensa(); Retorno com >24h(); Enterite, suspeita de fraturas, luxações(); Dor abdominal sem alterações de SSV(); PAS entre 160 a 190mmhg sem sintomas(); PAD entre 110 e 130mmhg sem sintomas(); Dor de garganta com História de febre e com placas sem toxemia().

OBS: Exame de rotina, exames eletro

CLASSIFICAR COMO AZUL:

Queixas crônicas sem alterações agudas(); Tosse, coriza, dor de garganta, obstrução nasal(); Coriza crônica ou recorrente(); Queimaduras de 1º grau em áreas não críticas >6h(); Curativos ou ret. de pontos(); Vômitos ou diarréia sem desidratação(); Constipação intestinal sem outros sintomas(); Administração de medicamentos(); Solicitação de atestados, exames ou receitas não urgentes().

OBS: _____

CLASSIFICAÇÃO: VERMELHO AMARELO VERDE AZUL

Assinatura: *Antônio Cordeiro de Melo Júnior*
Data: 20/07/2020 - 14:16

ENCAMINHADO: _____

ASS. E CARIMBO: _____

ORIENTAÇÃO ASSISTENTE SOCIAL: _____

MÉDICO:

Histórico do paciente:

Pt trazido pela Samu vítima de colisão moto x caminhão. Respiração aguda (5), etiologia tóxica. Bem a PASD e entubado em ORL.

Exame Físico:

Hipótese diagnóstica:

Re. entubado (monoxido de carbono).

Conduta: *Volta para o hospital para exames.*

Assinatura: *Antônio Cordeiro de Melo Júnior*
Data: 20/07/2020 - 14:16





SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

Ficha de Acolhimento

Nome:	José Eduardo de Lima Santos	
End:	Av. Siqueira Simões 5100	Bairro: Bessa - João Pessoa
Data de Nascimento:	07-05-1944	Documento de Identificação:
Quaixa:	Acidente de Moto	Data do Atend.: 15-07-2015 Hora: 16:30 Documento:

Classificação de Risco

Nível de consciência:	<input checked="" type="checkbox"/> Bom <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Baixo	Aspecto:	<input checked="" type="checkbox"/> Calmo <input type="checkbox"/> Fáceis de dor <input type="checkbox"/> Gomente
Frequência respiratória:	Frequência cardíaca:		
Pressão arterial:	Temperatura axilar:		
Dasagem de HGT:	Mucosas: <input checked="" type="checkbox"/> Normocorada <input type="checkbox"/> Pálida		
Deambulação:	<input checked="" type="checkbox"/> Livre <input type="checkbox"/> Cadeira de rodas <input type="checkbox"/> Maca	Mod. 112	

Estratificação

- Vermelho - atendimento imediato
 Verde - atendimento até 4 horas
 Amarelo - atendimento até 1 hora
 Azul - atendimento ambulatorial

Assinatura e carimbo do profissional



SECRETARIA DO ESTADO DE SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES
CAMPINA GRANDE - PARAÍBA

PACIENTE: JOSÉ EDUARDO DE LIMA SANTOS
DATA DO EXAME: 15/05/2015

ULTRASSONOGRAFIA DE ABDOME TOTAL - "FAST"

METODOLOGIA:

Exame realizado em modo bidimensional com equipamento dinâmico na frequência de 4,0 MHz.

ANALISE:

Não identificamos sinais de líquido livre intra-abdominal, derrame pleural ou pericárdico no presente estudo.

Ausência de lesões ecográficas relacionadas ao trauma no fígado, baço, pâncreas, rins e bexiga identificáveis ao exame.



Dr. Rhodrius L F de Carvalho
Radiologia e Diag. por Imagem
CRM 6933



**GOVERNO SECRETARIA DA SAÚDE DO ESTADO
DA PARAÍBA HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIS GONZAGA FERNANDES**

**RESUMO DE ALTA
(REFERÊNCIA OU CONTRA REFERÊNCIA)**

NOME:	<i>João Eduardo de Souza Santos</i>	DN:	PRONT. N°:
NATURALIDADE:	PROCEDÊNCIA:		
ADMISSÃO:	ALTA:		
1. Motivo da hospitalização (dados positivos da anamnese / exame físico) <i>Acidente motociclistico</i>			
2. Resultado dos principais exames <i>Fratura aberta do joelho</i>			
3. Evolução e complicações <i>Evolutiva com complicação</i>			
4. Terapêutica realizada <i>Redução da fratura</i>			
5. Diagnóstico (hipotético ou definitivo) <i>Fratura aberto - joelho</i>			
6. Orientações médicas para pacientes / egresso <i>Refrigerante</i> <i>Corporante</i>			

7. Condições de alta

Curado

A pedido

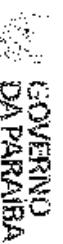
Óbito

Melhorado

Inalterado

Transferido para: _____





SECRETARIA DE SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDESES

Diagnóstico

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 23/07/2020 11:59:17
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2007231159177730000063927196>
Número do documento: 2007231159177730000063927196

Num. 65145281 - Pág. 32

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

HUBCC

FOLHA DE
ANESTESIAHOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA
DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

NAME		ENFERMAGEM	LEITO	INFECTOLOGO				
DATA	PULSAO ARTERIAL	PULSO	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	EDADE	SEXO	COR	
TIPO SANGUÍNEO	HEMOCÍTAS	HEMOGLOBINA	HEMATÓCITO	GLICEMIA	URÉIA	DI. TROP.		
	LÍQUIDA							
AP. RESPIRATÓRIO					ASMA	CRONOLIT		
AP. CIRCULATÓRIO					ELETROCARDIOGRAMA			
AP. DIGESTIVO	DENTES		PERODÔCIO	AP. URINÁRIO				
ESTADO MENTAL	ATRAVÉS		CORTICOIDES	ALÉRGIAS			HIPERSENSOFR.	
DIAGNÓSTICO PNE-OPERTÓRIO					ESTADO FÍSICO			PISSO
ANESTÉSICO ANESTÉSICO								
MEDICAÇÃO PNE-ANESTÉSICO	AP. INHAL.		AS	ESTADO				
AGENTS ANESTÉSICOS								
LÍQUIDOS								MANUTENÇÃO
VEGOS								
VR. ARTERIAL - TEGO D. RESPIRAÇÃO								
VR. ARTERIAL - AX-ANESTÉSIA D. OPERAÇÃO								
SÍGLOS E ANOTAÇÕES								
POSIÇÃO								
AGENTES								
TONICA								
OPERAÇÃO								
OPURGIOS								
ANESTESISTA	Dr. Valdejucu Abreu Jr.							
ANOTAR NO VERSO AS COMPLICAÇÕES PNE-OPERATÓRIAS E PÓS-OPERATÓRIAS								PERDA SANGUÍNEA



**GOVERNO
DA PARAÍBA**
 Secretaria de Estado da Saúde
 Hospital de Emergência e Trauma Bom Luiz Gonzaga Fernandes

TABELA DE ALDRETE E KROULIK MODIFICADA
(Critérios para altas da SRPA)

<i>Critério para alta de sala de recuperação pós anestésico</i>	<i>Hora entrada</i>	<i>Hora saída</i>
<i>Nenhum Movimento = 0</i>		
<i>Movimento 2 membros = 1</i>		
<i>Movimento 4 membros = 2</i>		
<i>Apnéia = 0</i>		
<i>Respiração Limitada, Dispuéia = 1</i>		
<i>Respiração profunda e tosse = 2</i>		
<i>PA + ou - 50% do nível pré-anestésico = 0</i>		
<i>PA + ou - 20 a 40% do nível pré-anestésico = 1</i>		
<i>PA + ou - 20% do nível pré-anestésico = 2</i>		
<i>Sat 02 < 90 com oxigênio = 0</i>		
<i>Sat 02 > 90 com oxigênio = 1</i>		
<i>Sat 02 > 92% sem oxigênio = 2</i>		
<i>Não responde ao chamado = 0</i>		
<i>Despertado ao chamado = 1</i>		
<i>Completamente acordado = 2</i>		
TOTAL DE PONTOS		

Antônio P. Cílio

Assinatura do anestesista





Secretaria de Estado da Saúde
Hospital de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes

Folha de Sala - Recuperação Pós Anestésica

Paciente:	Edmundo Gómez	Sexo:	Homem	Idade:	45
Convenio:	Unimed	Assistência:	Unimed	Local:	Unimed
Procedimento:	Ressecção de útero				
Clínica:	Unimed				
Cirurgião:	Dr. Fábio Gómez	Auxiliar:	Auxiliar		
Início:	10:00		Termino:	13:00	
	Anestesista: Dr. Fábio Gómez				

Observações:

~~2000~~ 1999

Circumstances



NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

APRESENTAÇÃO



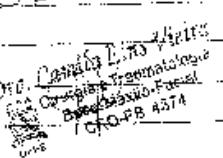
ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
Hospital de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes

Nome do Paciente	Nº Prontuário
Jorge Eduardo de Souza Barreto	
Data da Operação	12/05/18
Operador	Dra. Gisele Gomes
2.º Auxiliar	Enf.
3.º Auxiliar	Leito
Anestesia	Pr. Nitroureto de Étilo
Diagnóstico Pré-Operatório	Traumatismo aberto - Fratura de fêmur
Tipo de Anestesia	
Tipo de Operação	
Diagnóstico Pós-Operatório	
Relatório Imediato da Patologia	
Exame Radiológico no Ato	
Acidente Durante a Operação	

DESCRÍÇÃO DA OPERAÇÃO

Via de Acesso - Técnica e Técnica - Ligaduras - Drenagem - Sutura - Material Empregado - Aspectos Viscerais

1.º Ponto de Acesso - Corte da membrana articular
2.º Ressecção cartilaginosa + artrofibra
3.º Acesso da articulação
4.º Ressecção da articulação
5.º Instalação da bainha de Férnandez de Areia
6.º Drenagem
7.º Sutura
8.º Bandagem no T.O.E

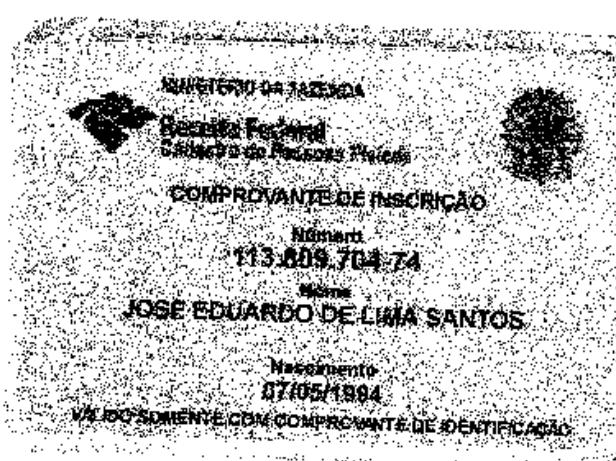
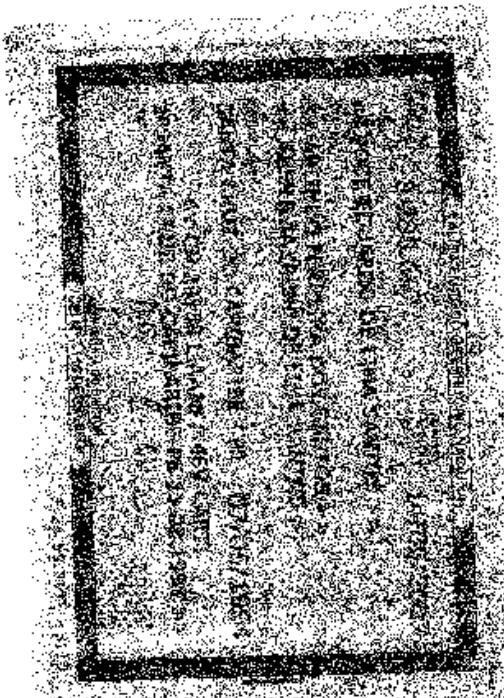

 Dr. Gisele Gomes
 Traumatologista
 Especialista em Faseal
 FOTO-FB 4374

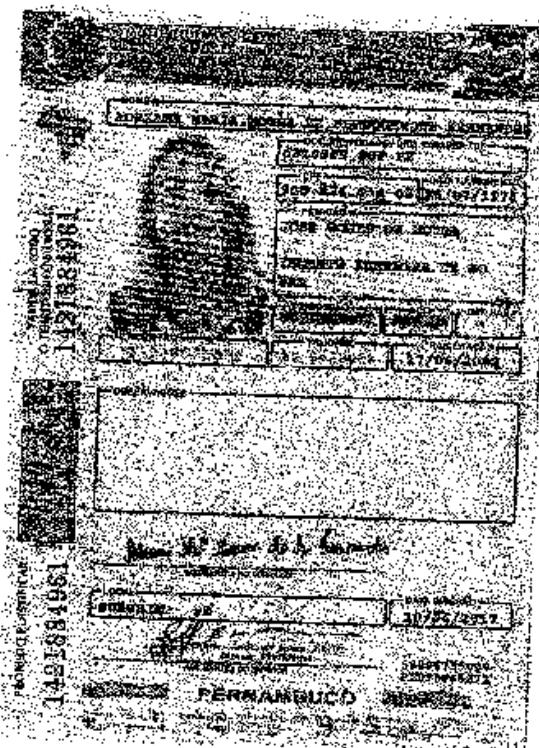




FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

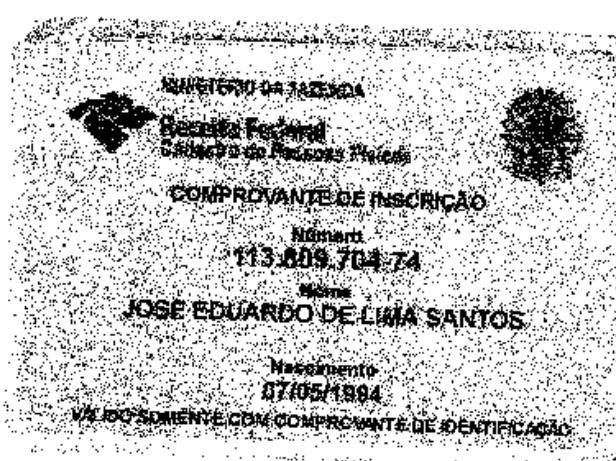
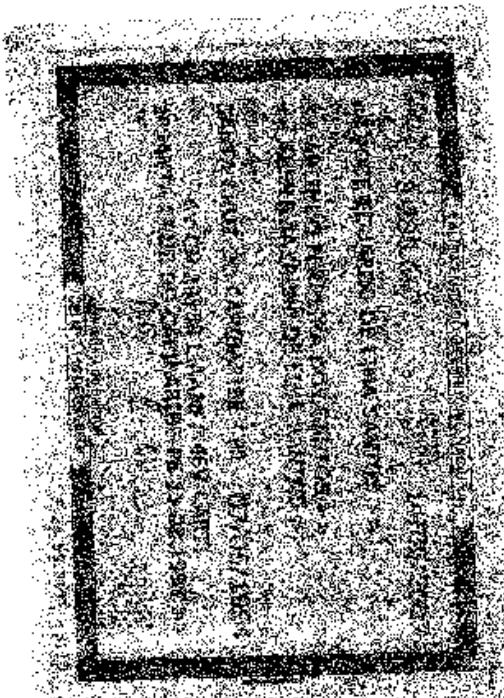
236277

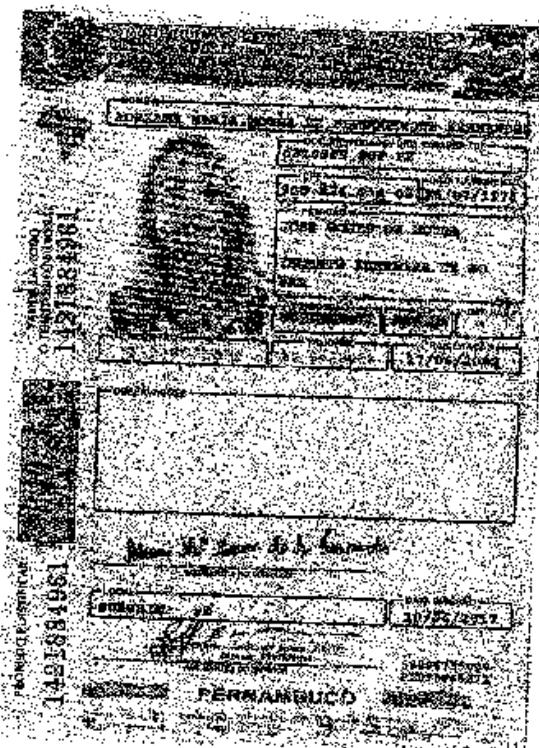




Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 23/07/2020 11:59:17
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20072311591777300000063927196>
Número do documento: 20072311591777300000063927196

Num. 65145281 - Pág. 41





Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 23/07/2020 11:59:17
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20072311591777300000063927196>
Número do documento: 20072311591777300000063927196

Num. 65145281 - Pág. 43

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA JUSTIÇA

PLANO DE IDENTIFICAÇÃO E LICENCIAMENTO DE VÉHICULOS
Nº 0145214545455700

PLANO DE IDENTIFICAÇÃO E LICENCIAMENTO DE VÉHICULOS
Nº 0145214545455700

PLANO DE IDENTIFICAÇÃO E LICENCIAMENTO DE VÉHICULOS
Nº 0145214545455700

PLANO DE IDENTIFICAÇÃO E LICENCIAMENTO DE VÉHICULOS
Nº 0145214545455700

PLANO DE IDENTIFICAÇÃO E LICENCIAMENTO DE VÉHICULOS
Nº 0145214545455700

PLANO DE IDENTIFICAÇÃO E LICENCIAMENTO DE VÉHICULOS
Nº 0145214545455700

PLANO DE IDENTIFICAÇÃO E LICENCIAMENTO DE VÉHICULOS
Nº 0145214545455700

PLANO DE IDENTIFICAÇÃO E LICENCIAMENTO DE VÉHICULOS
Nº 0145214545455700

PLANO DE IDENTIFICAÇÃO E LICENCIAMENTO DE VÉHICULOS
Nº 0145214545455700

PLANO DE IDENTIFICAÇÃO E LICENCIAMENTO DE VÉHICULOS
Nº 0145214545455700

PLANO DE IDENTIFICAÇÃO E LICENCIAMENTO DE VÉHICULOS
Nº 0145214545455700

PLANO DE IDENTIFICAÇÃO E LICENCIAMENTO DE VÉHICULOS
Nº 0145214545455700

PLANO DE IDENTIFICAÇÃO E LICENCIAMENTO DE VÉHICULOS
Nº 0145214545455700

PLANO DE IDENTIFICAÇÃO E LICENCIAMENTO DE VÉHICULOS
Nº 0145214545455700

PLANO DE IDENTIFICAÇÃO E LICENCIAMENTO DE VÉHICULOS
Nº 0145214545455700

PLANO DE IDENTIFICAÇÃO E LICENCIAMENTO DE VÉHICULOS
Nº 0145214545455700

PLANO DE IDENTIFICAÇÃO E LICENCIAMENTO DE VÉHICULOS
Nº 0145214545455700

PLANO DE IDENTIFICAÇÃO E LICENCIAMENTO DE VÉHICULOS
Nº 0145214545455700

PLANO DE IDENTIFICAÇÃO E LICENCIAMENTO DE VÉHICULOS
Nº 0145214545455700

PLANO DE IDENTIFICAÇÃO E LICENCIAMENTO DE VÉHICULOS
Nº 0145214545455700

PLANO DE IDENTIFICAÇÃO E LICENCIAMENTO DE VÉHICULOS
Nº 0145214545455700

PLANO DE IDENTIFICAÇÃO E LICENCIAMENTO DE VÉHICULOS
Nº 0145214545455700

PLANO DE IDENTIFICAÇÃO E LICENCIAMENTO DE VÉHICULOS
Nº 0145214545455700

PLANO DE IDENTIFICAÇÃO E LICENCIAMENTO DE VÉHICULOS
Nº 0145214545455700

PLANO DE IDENTIFICAÇÃO E LICENCIAMENTO DE VÉHICULOS
Nº 0145214545455700

SEGURO PARTICULARE DE PESSOAS CAUSADAS EM VÉHICULOS AUTOMÓVEIS DE AVALIAÇÃO, OU POR SUA CARGA, A TÉSPONTE TRANSPORTADAS EM VÉHICULOS SUJOS DE SEGURO DE VÉHICULOS

ESTADO DE SÃO PAULO

ANEXO 1

ARTIGO 1º

ARTIGO 2º

ARTIGO 3º

ARTIGO 4º

ARTIGO 5º

ARTIGO 6º

ARTIGO 7º

ARTIGO 8º

ARTIGO 9º

ARTIGO 10º

ARTIGO 11º

ARTIGO 12º

ARTIGO 13º

ARTIGO 14º

ARTIGO 15º

ARTIGO 16º

ARTIGO 17º

ARTIGO 18º

ARTIGO 19º

ARTIGO 20º

ARTIGO 21º

ARTIGO 22º

ARTIGO 23º

ARTIGO 24º

ARTIGO 25º

ARTIGO 26º

ARTIGO 27º

ARTIGO 28º

ARTIGO 29º

ARTIGO 30º

ARTIGO 31º

ARTIGO 32º

ARTIGO 33º

ARTIGO 34º

ARTIGO 35º

ARTIGO 36º

ARTIGO 37º

ARTIGO 38º

ARTIGO 39º

ARTIGO 40º

ARTIGO 41º

ARTIGO 42º

ARTIGO 43º

ARTIGO 44º

ARTIGO 45º

ARTIGO 46º

ARTIGO 47º

ARTIGO 48º

ARTIGO 49º

ARTIGO 50º

ARTIGO 51º

ARTIGO 52º

ARTIGO 53º

ARTIGO 54º

ARTIGO 55º

ARTIGO 56º

ARTIGO 57º

ARTIGO 58º

ARTIGO 59º

ARTIGO 60º

ARTIGO 61º

ARTIGO 62º

ARTIGO 63º

ARTIGO 64º

ARTIGO 65º

ARTIGO 66º

ARTIGO 67º

ARTIGO 68º

ARTIGO 69º

ARTIGO 70º

ARTIGO 71º

ARTIGO 72º

ARTIGO 73º

ARTIGO 74º

ARTIGO 75º

ARTIGO 76º

ARTIGO 77º

ARTIGO 78º

ARTIGO 79º

ARTIGO 80º

ARTIGO 81º

ARTIGO 82º

ARTIGO 83º

ARTIGO 84º

ARTIGO 85º

ARTIGO 86º

ARTIGO 87º

ARTIGO 88º

ARTIGO 89º

ARTIGO 90º

ARTIGO 91º

ARTIGO 92º

ARTIGO 93º

ARTIGO 94º

ARTIGO 95º

ARTIGO 96º

ARTIGO 97º

ARTIGO 98º

ARTIGO 99º

ARTIGO 100º

ARTIGO 101º

ARTIGO 102º

ARTIGO 103º

ARTIGO 104º

ARTIGO 105º

ARTIGO 106º

ARTIGO 107º

ARTIGO 108º

ARTIGO 109º

ARTIGO 110º

ARTIGO 111º

ARTIGO 112º

ARTIGO 113º

ARTIGO 114º

ARTIGO 115º

ARTIGO 116º

ARTIGO 117º

ARTIGO 118º

ARTIGO 119º

ARTIGO 120º

ARTIGO 121º

ARTIGO 122º

ARTIGO 123º

ARTIGO 124º

ARTIGO 125º

ARTIGO 126º

ARTIGO 127º

ARTIGO 128º

ARTIGO 129º

ARTIGO 130º

ARTIGO 131º

ARTIGO 132º

ARTIGO 133º

ARTIGO 134º

ARTIGO 135º

ARTIGO 136º

ARTIGO 137º

ARTIGO 138º

ARTIGO 139º

ARTIGO 140º

ARTIGO 141º

ARTIGO 142º

ARTIGO 143º

ARTIGO 144º

ARTIGO 145º

ARTIGO 146º

ARTIGO 147º

ARTIGO 148º

ARTIGO 149º

ARTIGO 150º

ARTIGO 151º

ARTIGO 152º

ARTIGO 153º

ARTIGO 154º

ARTIGO 155º

ARTIGO 156º

ARTIGO 157º

ARTIGO 158º

ARTIGO 159º

ARTIGO 160º

ARTIGO 161º

ARTIGO 162º

ARTIGO 163º

ARTIGO 164º

ARTIGO 165º

ARTIGO 166º

ARTIGO 167º

ARTIGO 168º

ARTIGO 169º

ARTIGO 170º

ARTIGO 171º

ARTIGO 172º

ARTIGO 173º

ARTIGO 174º

ARTIGO 175º

ARTIGO 176º

ARTIGO 177º

ARTIGO 178º

ARTIGO 179º

ARTIGO 180º

ARTIGO 181º

ARTIGO 182º

ARTIGO 183º

ARTIGO 184º

ARTIGO 185º

ARTIGO 186º

ARTIGO 187º

ARTIGO 188º

ARTIGO 189º

ARTIGO 190º

ARTIGO 191º

ARTIGO 192º

ARTIGO 193º

ARTIGO 194º

ARTIGO 195º

ARTIGO 196º

ARTIGO 197º

ARTIGO 198º

ARTIGO 199º

ARTIGO 200º

ARTIGO 201º

ARTIGO 202º

ARTIGO 203º

ARTIGO 204º

ARTIGO 205º

ARTIGO 206º

ARTIGO 207º

ARTIGO 208º

ARTIGO 209º

ARTIGO 210º

ARTIGO 211º

ARTIGO 212º

ARTIGO 213º

ARTIGO 214º

ARTIGO 215º

ARTIGO 216º

ARTIGO 217º

ARTIGO 218º

ARTIGO 219º

ARTIGO 220º

ARTIGO 221º

ARTIGO 222º

ARTIGO

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0037653/20

Vítima: JOSE EDUARDO DE LIMA SANTOS

CPF: 113.809.704-74

CPF de: Próprio

Data do acidente: 05/08/2019

Titular do CPF: JOSE EDUARDO DE LIMA SANTOS

Seguradora: ALFA SEGURADORA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES : 945.234.444-04

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

JOSE EDUARDO DE LIMA SANTOS : 113.809.704-74

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

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

Portador da documentação apresentada

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data da apresentação: 27/01/2020

Nome: ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES
CPF: 945.234.444-04

Data do cadastramento: 27/01/2020

Nome: Marta Marinho dos Santos
CPF: 492.294.514-87

ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Marta Marinho dos Santos



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 23/07/2020 11:59:17
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20072311591777300000063927196>
Número do documento: 20072311591777300000063927196

Num. 65145281 - Pág. 46

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200045071 **Cidade:** Santa Cruz do Capibaribe **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE EDUARDO DE LIMA SANTOS **Data do acidente:** 05/08/2019 **Seguradora:** ALFA SEGURADORA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 07/02/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DENTOALVEOLAR.
TRAUMA EM MEMBRO SUPERIOR DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO PARA FRATURA DENTO ALVEOLAR. E TRATAMENTO CONSERVADOR PARA OS DEMAIS.
ALTA MÉDICA. P.04

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequelas

Documento/Motivo: Recusa – Sem Sequelas (Recuperação Completa)

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: *** CONSTA DOCUMENTAÇÃO DE ACIDENTE EM 15/05/2015.

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

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200045071 **Cidade:** Santa Cruz do Capibaribe **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE EDUARDO DE LIMA SANTOS **Data do acidente:** 05/08/2019 **Seguradora:** ALFA SEGURADORA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 06/02/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA EM MEMBRO SUPERIOR DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA. P.04

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Documento/Motivo: Recusa – Sem Sequelas (Recuperação Completa)

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: *** CONSTA DOCUMENTAÇÃO DE ACIDENTE EM 15/05/2015.

EM TODOS OS DOCUMENTOS MÉDICOS ACOSTADOS NÃO SE EVIDENCIAM PRESENÇA DE SEQUELAS PERMANENTES QUE NÃO SEJAM SUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO PROPORCIONADA POR QUALQUER MEDIDA TERAPÉUTICA.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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



PROCURAÇÃO

OUTORGANTE

NOME: JOSÉ EDUARDO DE LIMA SANTOS
NACIONALIDADE: BRASILEIRO
PROFISSÃO: RECUSO INFORMAR
IDENTIDADE: RG- 8.290.667 SDS/PE CPF:113.809.704-74
DATA DO ACIDENTE:05/08/2019
COBERTURA: INVALIDEZ
VÍTIMA: JOSÉ EDUARDO DE LIMA SANTOS
ENDEREÇO: RUA SEVERINO PINHEIRO SOBRINHO , Nº 33, BELA VISTA ,SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE -PE

OUTORGADO

NOME: ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES
NACIONALIDADE: BRASILEIRA
PROFISSÃO: RECUSO INFORMAR
IDENTIDADE: 4.810.389 SSP/PE CPF : 945.234.444-04
ENDEREÇO: RUA:ROSEMIRIO ALVES DA ROCHA , Nº 03, CENTRO – SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE (PE).

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

SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE (PE), 23DE JANEIRO DE 2020.



ASSINATURA DO OUTORGANTE


Tabelião: ISAAC AÉCIO FREITAS MIRANDA
Tabelionato: Tabelionato de Notas e Títulos do Estado de Pernambuco - Santa Cruz do Capibaribe - PE - Cidade
RECONHECI

Reconheço por EUTENTICIDADE 1 Firma(s) de: (1)JOSE EDUARDO DE LIMA SANTOS. Sou fe. Santa Cruz do Capibaribe. 23/01/2020 115:02. - Total: 5.00. Em Testemunho.....
da verdade.....



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0037653/20

Vítima: JOSE EDUARDO DE LIMA SANTOS

CPF: 113.809.704-74

CPF de: Próprio

Data do acidente: 05/08/2019

Titular do CPF: JOSE EDUARDO DE LIMA SANTOS

Seguradora: ALFA SEGURADORA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES : 945.234.444-04

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

JOSE EDUARDO DE LIMA SANTOS : 113.809.704-74

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

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

Portador da documentação apresentada

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data da apresentação: 27/01/2020

Nome: ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES
CPF: 945.234.444-04

Data do cadastramento: 27/01/2020

Nome: Marta Marinho dos Santos
CPF: 492.294.514-87

ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Marta Marinho dos Santos



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 23/07/2020 11:59:17
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20072311591777300000063927196>
Número do documento: 20072311591777300000063927196

Num. 65145281 - Pág. 50

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0037653/20

Número do Sinistro: 3200045071

Vítima: JOSE EDUARDO DE LIMA SANTOS

CPF: 113.809.704-74

CPF de: Próprio

Data do acidente: 05/08/2019

Titular do CPF: JOSE EDUARDO DE LIMA SANTOS

Seguradora: ALFA SEGURADORA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

JOSE EDUARDO DE LIMA SANTOS : 113.809.704-74

Autorização de pagamento

ATENÇÃO

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

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

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

Portador da documentação apresentada

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data da apresentação: 31/01/2020

Nome: ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES

CPF: 945.234.444-04

Data do cadastramento: 31/01/2020

Nome: Marta Marinho dos Santos

CPF: 492.294.514-87

ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Marta Marinho dos Santos



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 23/07/2020 11:59:17
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20072311591777300000063927196>
Número do documento: 20072311591777300000063927196

Num. 65145281 - Pág. 51

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0067879/20

Vítima: JOSE EDUARDO DE LIMA SANTOS

CPF: 113.809.704-74

CPF de: Próprio

Data do acidente: 05/08/2019

Titular do CPF: JOSE EDUARDO DE LIMA SANTOS

Seguradora: ALFA SEGURADORA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES : 945.234.444-04

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

JOSE EDUARDO DE LIMA SANTOS : 113.809.704-74

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

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

Portador da documentação apresentada

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data da apresentação: 19/02/2020

Nome: ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES
CPF: 945.234.444-04

Data do cadastramento: 19/02/2020

Nome: Marta Marinho dos Santos
CPF: 492.294.514-87

ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Marta Marinho dos Santos





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

Rio de Janeiro, 30 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200045071 **Vítima: JOSE EDUARDO DE LIMA SANTOS**

Data do Acidente: 05/08/2019 **Cobertura: INVALIDEZ**

Procurador: ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JOSE EDUARDO DE LIMA SANTOS

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 15442275



Pag. 00961/00962 - carta_01 - INVALIDEZ



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 23/07/2020 11:59:17
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20072311591777300000063927196>
Número do documento: 20072311591777300000063927196

Num. 65145281 - Pág. 53



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

Rio de Janeiro, 30 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3200045071 Vítima: JOSE EDUARDO DE LIMA SANTOS

Data do Acidente: 05/08/2019 Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), JOSE EDUARDO DE LIMA SANTOS

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

Autorização de pagamento	Apresentar o formulário Pedido do Seguro DPVAT, disponível em nosso site, com preenchimento completo/correto, sem abreviações e/ou rasuras, de todos os campos dos Dados Cadastrais, pois o entregue está incompleto.
---------------------------------	---

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00331/00332 - carta_03 - INVALIDEZ



00080166

Carta nº 15445416



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 23/07/2020 11:59:17
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20072311591777300000063927196>
Número do documento: 20072311591777300000063927196

Num. 65145281 - Pág. 54



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

Rio de Janeiro, 07 de Fevereiro de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200045071 **Vítima: JOSE EDUARDO DE LIMA SANTOS**
Data do Acidente: 05/08/2019 **Cobertura: INVALIDEZ**
Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO
Senhor(a), JOSE EDUARDO DE LIMA SANTOS

Após a análise dos documentos apresentados do pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

Os documentos médicos apresentados não evidenciam a presença de sequelas permanentes, que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica, não sendo caracterizada invalidez permanente coberta pelo Seguro DPVAT. A documentação médica anexada, datada de 05/08/2019, emitida pelo Dr. ILEGIVEL, CRM nº 00000 - PE, da Instituição HOSPITAL DE SANTA CRUZ DO CABIBARIBE, evidencia recuperação completa após o dano pessoal sofrido no acidente de trânsito e não foi comprovada a existência de invalidez permanente.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00523/00524 - carta_31 - INVALIDEZ



00050262

Carta nº 15484640



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 23/07/2020 11:59:17
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20072311591777300000063927196>
Número do documento: 20072311591777300000063927196

Num. 65145281 - Pág. 55



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do atestado ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima: 113.809.304-74 JOSE EDUARDO DE LIMA SANTOS

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2011

5 - Nome completo: JOSE EDUARDO DE LIMA SANTOS 6 - CPF: 113.809.304-74
 7 - Profissão: R. INP. 8 - Endereço: RUA SEVERINO P. SOBRINHO 9 - Número: 33 10 - Complemento: CASA
 11 - Bairro: RELA VISTA 12 - Cidade: SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE 13 - Estado: PE 14 - CEP: 55.195-623
 15 - E-mail:

DADOS CADASTRAIS

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CóPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

REUSSO INFORMAR R\$ 1.000 A R\$ 1.000,00 R\$ 2.501,00 ATÉ R\$ 5.000,00
 SEM RENDA R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 2.500,00 ACIMA DE R\$ 5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

CONTA POUPIANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale a sua opção): CONTA CORRENTE (Todos os bancos):

Bradesco (297) Itaú (341) Nome do BANCO: _____
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 1038 CONTA: 25 834 4 AGÊNCIA: CONTA: (Informar o dígito de verificação) (Informar o dígito de verificação) (Informar o dígito de verificação)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária, no formato, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu fui direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

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

Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento da indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 8.194/74), uma vez que:

- Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desse já, com me submeter à análise médica preventiva, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quartificação das "causas permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor", conforme o disposto na Lei 8.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde da sua constatação.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado judicialmente Viúvo 24 - Dátil do díbito da vítima:

25 - Grau de parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): Sim Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima Sim Não 29 - Se tinha filhos, informar Sim Não 30 - Vítima deixou Sim Não 31 - Vítima Sim Não 32 - Se tinha irmãos, informar Sim Não 33 - Vítima deixou Sim Não 34 - Vítima Sim Não 35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo) 36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo) 37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo) 38 - 1º | Nome: _____
 CPF: _____
 Assinatura da testemunha 39 - 2º | Nome: _____
 CPF: _____
 Assinatura da testemunha

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devidamente, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer ameaça ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 289 do Código Penal.

34 35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo) 36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo) 37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo) 38 - 1º | Nome: _____
 CPF: _____
 Assinatura da testemunha 39 - 2º | Nome: _____
 CPF: _____
 Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: St. Cruz do Cap. PE 24/01/2020
 x José Eduardo de Lima Santos

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (delegante)

TESTEMUNHAS

34 35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo) 36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo) 37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo) 38 - 1º | Nome: _____
 CPF: _____
 Assinatura da testemunha 39 - 2º | Nome: _____
 CPF: _____
 Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: St. Cruz do Cap. PE 24/01/2020
 x José Eduardo de Lima Santos

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (delegante)

TESTEMUNHAS

34 35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo) 36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo) 37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo) 38 - 1º | Nome: _____
 CPF: _____
 Assinatura da testemunha 39 - 2º | Nome: _____
 CPF: _____
 Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: St. Cruz do Cap. PE 24/01/2020
 x José Eduardo de Lima Santos

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (delegante)

TESTEMUNHAS

34 35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo) 36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo) 37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo) 38 - 1º | Nome: _____
 CPF: _____
 Assinatura da testemunha 39 - 2º | Nome: _____
 CPF: _____
 Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: St. Cruz do Cap. PE 24/01/2020
 x José Eduardo de Lima Santos

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (delegante)

TESTEMUNHAS

34 35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo) 36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo) 37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo) 38 - 1º | Nome: _____
 CPF: _____
 Assinatura da testemunha 39 - 2º | Nome: _____
 CPF: _____
 Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: St. Cruz do Cap. PE 24/01/2020
 x José Eduardo de Lima Santos

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (delegante)

TESTEMUNHAS

34 35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo) 36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo) 37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo) 38 - 1º | Nome: _____
 CPF: _____
 Assinatura da testemunha 39 - 2º | Nome: _____
 CPF: _____
 Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: St. Cruz do Cap. PE 24/01/2020
 x José Eduardo de Lima Santos

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (delegante)

TESTEMUNHAS

34 35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo) 36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo) 37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo) 38 - 1º | Nome: _____
 CPF: _____
 Assinatura da testemunha 39 - 2º | Nome: _____
 CPF: _____
 Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: St. Cruz do Cap. PE 24/01/2020
 x José Eduardo de Lima Santos

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (delegante)

TESTEMUNHAS

34 35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo) 36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo) 37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo) 38 - 1º | Nome: _____
 CPF: _____
 Assinatura da testemunha 39 - 2º | Nome: _____
 CPF: _____
 Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: St. Cruz do Cap. PE 24/01/2020
 x José Eduardo de Lima Santos

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (delegante)

TESTEMUNHAS

34 35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo) 36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo) 37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo) 38 - 1º | Nome: _____
 CPF: _____
 Assinatura da testemunha 39 - 2º | Nome: _____
 CPF: _____
 Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: St. Cruz do Cap. PE 24/01/2020
 x José Eduardo de Lima Santos

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (delegante)

TESTEMUNHAS

34 35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo) 36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo) 37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo) 38 - 1º | Nome: _____
 CPF: _____
 Assinatura da testemunha 39 - 2º | Nome: _____
 CPF: _____
 Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: St. Cruz do Cap. PE 24/01/2020
 x José Eduardo de Lima Santos

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (delegante)

TESTEMUNHAS

34 35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo) 36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo) 37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo) 38 - 1º | Nome: _____
 CPF: _____
 Assinatura da testemunha 39 - 2º | Nome: _____
 CPF: _____
 Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: St. Cruz do Cap. PE 24/01/2020
 x José Eduardo de Lima Santos

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (delegante)

TESTEMUNHAS

34 35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo) 36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo) 37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo) 38 - 1º | Nome: _____
 CPF: _____
 Assinatura da testemunha 39 - 2º | Nome: _____
 CPF: _____
 Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: St. Cruz do Cap. PE 24/01/2020
 x José Eduardo de Lima Santos

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (delegante)

TESTEMUNHAS

34 35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo) 36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo) 37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo) 38 - 1º | Nome: _____
 CPF: _____
 Assinatura da testemunha 39 - 2º | Nome: _____
 CPF: _____
 Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: St. Cruz do Cap. PE 24/01/2020
 x José Eduardo de Lima Santos

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (delegante)

TESTEMUNHAS

34 35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo) 36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo) 37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo) 38 - 1º | Nome: _____
 CPF: _____
 Assinatura da testemunha 39 - 2º | Nome: _____
 CPF: _____
 Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: St. Cruz do Cap. PE 24/01/2020
 x José Eduardo de Lima Santos

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (delegante)

TESTEMUNHAS

34 35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo) 36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo) 37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo) 38 - 1º | Nome: _____
 CPF: _____
 Assinatura da testemunha 39 - 2º | Nome: _____
 CPF: _____
 Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: St. Cruz do Cap. PE 24/01/2020
 x José Eduardo de Lima Santos

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (delegante)

TESTEMUNHAS

34 35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo) 36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo) 37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo) 38 - 1º | Nome: _____
 CPF: _____
 Assinatura da testemunha 39 - 2º | Nome: _____
 CPF: _____
 Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: St. Cruz do Cap. PE 24/01/2020
 x José Eduardo de Lima Santos

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (delegante)

TESTEMUNHAS

34 35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo) 36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo) 37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo) 38 - 1º | Nome: _____
 CPF: _____
 Assinatura da testemunha 39 - 2º | Nome: _____
 CPF: _____
 Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: St. Cruz do Cap. PE 24/01/2020
 x José Eduardo de Lima Santos

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (delegante)

TESTEMUNHAS

34 35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo) 36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo) 37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo) 38 - 1º | Nome: _____
 CPF: _____
 Assinatura da testemunha 39 - 2º | Nome: _____
 CPF: _____
 Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: St. Cruz do Cap. PE 24/01/2020
 x José Eduardo de Lima Santos

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (delegante)

TESTEMUNHAS

34 35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo) 36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo) 37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo) 38 - 1º | Nome: _____
 CPF: _____
 Assinatura da testemunha 39 - 2º | Nome: _____
 CPF: _____
 Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: St. Cruz do Cap. PE 24/01/2020
 x José Eduardo de Lima Santos

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (delegante)

TESTEMUNHAS

34 35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo) 36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo) 37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo) 38 - 1º | Nome: _____
 CPF: _____
 Assinatura da testemunha 39 - 2º | Nome: _____
 CPF: _____
 Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: St. Cruz do Cap. PE 24/01/2020
 x José Eduardo de Lima Santos

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (delegante)

TESTEMUNHAS

34 35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo) 36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo) 37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo) 38 - 1º | Nome: _____
 CPF: _____
 Assinatura da testemunha 39 - 2º | Nome: _____
 CPF: _____
 Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: St. Cruz do Cap. PE 24/01/2020
 x José Eduardo de Lima Santos

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (delegante)

TESTEMUNHAS

34 35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo) 36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo) 37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo) 38 - 1º | Nome: _____
 CPF: _____
 Assinatura da testemunha 39 - 2º | Nome: _____
 CPF: _____
 Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: St. Cruz do Cap. PE 24/01/2020
 x José Eduardo de Lima Santos

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (delegante)

TESTEMUNHAS

34 35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo) 36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo) 37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo) 38 - 1º | Nome: _____
 CPF: _____
 Assinatura da testemunha 39 - 2º | Nome: _____
 CPF: _____
 Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: St. Cruz do Cap. PE 24/01/2020
 x José Eduardo de Lima Santos

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (delegante)

TESTEMUNHAS

34 35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo) 36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo) 37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo) 38 - 1º | Nome: _____
 CPF: _____
 Assinatura da testemunha 39 - 2º | Nome: _____
 CPF: _____
 Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: St. Cruz do Cap. PE 24/01/2020
 x José Eduardo de Lima Santos

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (delegante)

TESTEMUNHAS

34 35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo) 36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo) 37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo) 38 - 1º | Nome: _____
 CPF: _____
 Assinatura da testemunha 39 - 2º | Nome: _____
 CPF: _____
 Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: St. Cruz do Cap. PE 24/01/2020
 x José Eduardo de Lima Santos

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (delegante)

TESTEMUNHAS

34 35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo) 36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo) 37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo) 38 - 1º | Nome: _____
 CPF: _____
 Assinatura da testemunha 39 - 2º | Nome: _____
 CPF: _____
 Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: St. Cruz do Cap. PE 24/01/2020
 x José Eduardo de Lima Santos

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (delegante)

TESTEMUNHAS

34 35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo) 36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo) 37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo) 38 - 1º | Nome: _____
 CPF: _____
 Assinatura da testemunha 39 - 2º | Nome: _____
 CPF: _____
 Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: St. Cruz do Cap. PE 24/01/2020
 x José Eduardo de Lima Santos

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (delegante)

TESTEMUNHAS



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - N° do sinistro ou ASL: **32 000 45071 413 809.704-74** 3 - CPF da vítima: **113.809.704-74** 4 - Nome completo da vítima: **JOSE EDUARDO DE LIMA SANTOS**

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012

5 - Nome completo: **JOSE EDUARDO DE LIMA SANTOS** 6 - CPF: **113.809.704-74**
 7 - Profissão: **A-INF.** 8 - Endereço: **RUA SEVERINO P. SOBRINHO** 9 - Número: **33** 10 - Complemento: **CASA**
 11 - Bairro: **BELA VISTA** 12 - Cidade: **SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE** 13 - Estado: **PE** 14 - CEP: **55.195-623**
 15 - E-mail: **9-91613907**

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

17 - Nome completo do Representante Legal: _____ 18 - CPF do Representante Legal: _____ 19 - Profissão do Representante Legal: _____

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

RECUSO INFORMAR R\$1.00 A R\$1.000,00 R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
 SEM RENDA R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
 Bradesco (237) Itaú (341)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: **1038** CONTA: **25 834** Dígito: **4** (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____ (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

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

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 IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: _____

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): Sim Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____

28 - Vítima teve filhos? Sim Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: - 30 - Vítima deixou nascituro (vel/nascor)? Sim Não 31 - Vítima teve irmãos? Sim Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: - 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

40 - Local e Data, **St: Cruz do Cap. PE 24/01/2020**

x José Eduardo de Lima Santos

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019

TESTEMUNHAS

38 - 1º | Nome: _____
 CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: _____
 CPF: _____

Assinatura da testemunha

43 - Assinatura do Procurador (se houver)





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do atestado ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima: 113.809.304-74 JOSE EDUARDO DE LIMA SANTOS

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2011

5 - Nome completo: JOSE EDUARDO DE LIMA SANTOS 6 - CPF: 113.809.304-74
 7 - Profissão: A. INF. 8 - Endereço: RUA SEVERINO P. SOBRINHO 9 - Número: 33 10 - Complemento: CASA
 11 - Bairro: RELA VISTA 12 - Cidade: SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE 13 - Estado: PE 14 - CEP: 55.195-623
 15 - E-mail:

DADOS CADASTRAIS

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CóPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

REUSSO INFORMAR R\$ 1.000 A R\$ 1.000,00 R\$ 2.501,00 ATÉ R\$ 5.000,00
 SEM RENDA R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 2.500,00 ACIMA DE R\$ 5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale a sua opção)

Bradesco (297) Itaú (341)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 1038 CONTA: 25 834 4

(Inserir o dígito de verificação)

(Inserir o dígito de verificação)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: CONTA: (Inserir o dígito de verificação)

(Inserir o dígito de verificação)

(Inserir o dígito de verificação)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu fui direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

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

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 8.194/74), uma vez que:

- Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desse já, com me submeter à análise médica preventiva, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quartificação das "causas permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor", conforme o disposto na Lei 8.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde da sua constatação.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado judicialmente Viúvo 24 - Data de óbito da vítima:

25 - Grau de parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(s): Sim Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(s), informar o nome completo:

28 - Vítima Sim Não 29 - Se tinha filhos, informar Sim Não 30 - Vítima deixou Sim Não 31 - Vítima Sim Não 32 - Se tinha irmãos, informar Sim Não 33 - Vítima deixou Sim Não 34 - Vítima deixou Sim Não 35 - Vítima deixou Sim Não 36 - Vítima deixou Sim Não 37 - Vítima deixou Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devidamente, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer ameaça ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 289 do Código Penal.

38 - 1º | Nome: _____
 CPF: _____
 Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: _____
 CPF: _____
 Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: 51 - Cruz do Cap. PE 24/01/2020
 x José Eduardo de Lima Santos

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (delegante)

42 - Assinatura da vítima/beneficiário (delegante)

43 - Assinatura da vítima/beneficiário (delegante)

44 - Assinatura da vítima/beneficiário (delegante)

45 - Assinatura da vítima/beneficiário (delegante)

46 - Assinatura da vítima/beneficiário (delegante)

47 - Assinatura da vítima/beneficiário (delegante)

48 - Assinatura da vítima/beneficiário (delegante)

49 - Assinatura da vítima/beneficiário (delegante)

50 - Assinatura da vítima/beneficiário (delegante)

51 - Assinatura da vítima/beneficiário (delegante)

52 - Assinatura da vítima/beneficiário (delegante)

53 - Assinatura da vítima/beneficiário (delegante)

54 - Assinatura da vítima/beneficiário (delegante)

55 - Assinatura da vítima/beneficiário (delegante)

56 - Assinatura da vítima/beneficiário (delegante)

57 - Assinatura da vítima/beneficiário (delegante)

58 - Assinatura da vítima/beneficiário (delegante)

59 - Assinatura da vítima/beneficiário (delegante)

60 - Assinatura da vítima/beneficiário (delegante)

61 - Assinatura da vítima/beneficiário (delegante)

62 - Assinatura da vítima/beneficiário (delegante)

63 - Assinatura da vítima/beneficiário (delegante)

64 - Assinatura da vítima/beneficiário (delegante)

65 - Assinatura da vítima/beneficiário (delegante)

66 - Assinatura da vítima/beneficiário (delegante)

67 - Assinatura da vítima/beneficiário (delegante)

68 - Assinatura da vítima/beneficiário (delegante)

69 - Assinatura da vítima/beneficiário (delegante)

70 - Assinatura da vítima/beneficiário (delegante)

71 - Assinatura da vítima/beneficiário (delegante)

72 - Assinatura da vítima/beneficiário (delegante)

73 - Assinatura da vítima/beneficiário (delegante)

74 - Assinatura da vítima/beneficiário (delegante)

75 - Assinatura da vítima/beneficiário (delegante)

76 - Assinatura da vítima/beneficiário (delegante)

77 - Assinatura da vítima/beneficiário (delegante)

78 - Assinatura da vítima/beneficiário (delegante)

79 - Assinatura da vítima/beneficiário (delegante)

80 - Assinatura da vítima/beneficiário (delegante)

81 - Assinatura da vítima/beneficiário (delegante)

82 - Assinatura da vítima/beneficiário (delegante)

83 - Assinatura da vítima/beneficiário (delegante)

84 - Assinatura da vítima/beneficiário (delegante)

85 - Assinatura da vítima/beneficiário (delegante)

86 - Assinatura da vítima/beneficiário (delegante)

87 - Assinatura da vítima/beneficiário (delegante)

88 - Assinatura da vítima/beneficiário (delegante)

89 - Assinatura da vítima/beneficiário (delegante)

90 - Assinatura da vítima/beneficiário (delegante)

91 - Assinatura da vítima/beneficiário (delegante)

92 - Assinatura da vítima/beneficiário (delegante)

93 - Assinatura da vítima/beneficiário (delegante)

94 - Assinatura da vítima/beneficiário (delegante)

95 - Assinatura da vítima/beneficiário (delegante)

96 - Assinatura da vítima/beneficiário (delegante)

97 - Assinatura da vítima/beneficiário (delegante)

98 - Assinatura da vítima/beneficiário (delegante)

99 - Assinatura da vítima/beneficiário (delegante)

100 - Assinatura da vítima/beneficiário (delegante)

101 - Assinatura da vítima/beneficiário (delegante)

102 - Assinatura da vítima/beneficiário (delegante)

103 - Assinatura da vítima/beneficiário (delegante)

104 - Assinatura da vítima/beneficiário (delegante)

105 - Assinatura da vítima/beneficiário (delegante)

106 - Assinatura da vítima/beneficiário (delegante)

107 - Assinatura da vítima/beneficiário (delegante)

108 - Assinatura da vítima/beneficiário (delegante)

109 - Assinatura da vítima/beneficiário (delegante)

110 - Assinatura da vítima/beneficiário (delegante)

111 - Assinatura da vítima/beneficiário (delegante)

112 - Assinatura da vítima/beneficiário (delegante)

113 - Assinatura da vítima/beneficiário (delegante)

114 - Assinatura da vítima/beneficiário (delegante)

115 - Assinatura da vítima/beneficiário (delegante)

116 - Assinatura da vítima/beneficiário (delegante)

117 - Assinatura da vítima/beneficiário (delegante)

118 - Assinatura da vítima/beneficiário (delegante)

119 - Assinatura da vítima/beneficiário (delegante)

120 - Assinatura da vítima/beneficiário (delegante)

121 - Assinatura da vítima/beneficiário (delegante)

122 - Assinatura da vítima/beneficiário (delegante)

123 - Assinatura da vítima/beneficiário (delegante)

124 - Assinatura da vítima/beneficiário (delegante)

125 - Assinatura da vítima/beneficiário (delegante)

126 - Assinatura da vítima/beneficiário (delegante)

127 - Assinatura da vítima/beneficiário (delegante)

128 - Assinatura da vítima/beneficiário (delegante)

129 - Assinatura da vítima/beneficiário (delegante)

130 - Assinatura da vítima/beneficiário (delegante)

131 - Assinatura da vítima/beneficiário (delegante)

132 - Assinatura da vítima/beneficiário (delegante)

133 - Assinatura da vítima/beneficiário (delegante)

134 - Assinatura da vítima/beneficiário (delegante)

135 - Assinatura da vítima/beneficiário (delegante)

136 - Assinatura da vítima/beneficiário (delegante)

137 - Assinatura da vítima/beneficiário (delegante)

138 - Assinatura da vítima/beneficiário (delegante)

139 - Assinatura da vítima/beneficiário (delegante)

140 - Assinatura da vítima/beneficiário (delegante)

141 - Assinatura da vítima/beneficiário (delegante)

142 - Assinatura da vítima/beneficiário (delegante)

143 - Assinatura da vítima/beneficiário (delegante)

144 - Assinatura da vítima/beneficiário (delegante)

145 - Assinatura da vítima/beneficiário (delegante)

146 - Assinatura da vítima/beneficiário (delegante)

147 - Assinatura da vítima/beneficiário (delegante)

148 - Assinatura da vítima/beneficiário (delegante)

149 - Assinatura da vítima/beneficiário (delegante)

150 - Assinatura da vítima/beneficiário (delegante)

151 - Assinatura da vítima/beneficiário (delegante)

152 - Assinatura da vítima/beneficiário (delegante)

153 - Assinatura da vítima/beneficiário (delegante)

154 - Assinatura da vítima/beneficiário (delegante)

155 - Assinatura da vítima/beneficiário (delegante)

156 - Assinatura da vítima/beneficiário (delegante)

157 - Assinatura da vítima/beneficiário (delegante)

158 - Assinatura da vítima/beneficiário (delegante)

159 - Assinatura da vítima/beneficiário (delegante)

160 - Assinatura da vítima/beneficiário (delegante)

161 - Assinatura da vítima/beneficiário (delegante)

162 - Assinatura da vítima/beneficiário (delegante)

163 - Assinatura da vítima/beneficiário (delegante)

164 - Assinatura da vítima/beneficiário (delegante)

165 - Assinatura da vítima/beneficiário (delegante)

166 - Assinatura da vítima/beneficiário (delegante)

167 - Assinatura da vítima/beneficiário (delegante)

168 - Assinatura da vítima/beneficiário (delegante)

169 - Assinatura da vítima/beneficiário (delegante)

170 - Assinatura da vítima/beneficiário (delegante)

171 - Assinatura da vítima/beneficiário (delegante)

172 - Assinatura da vítima/beneficiário (delegante)

173 - Assinatura da vítima/beneficiário (delegante)

174 - Assinatura da vítima/beneficiário (delegante)

175 - Assinatura da vítima/beneficiário (delegante)

176 - Assinatura da vítima/beneficiário (delegante)

177 - Assinatura da vítima/beneficiário (delegante)

178 - Assinatura da vítima/beneficiário (delegante)

179 - Assinatura da vítima/beneficiário (delegante)

180 - Assinatura da vítima/beneficiário (delegante)

181 - Assinatura da vítima/beneficiário (delegante)

182 - Assinatura da vítima/beneficiário (delegante)

183 - Assinatura da vítima/beneficiário (delegante)

184 - Assinatura da vítima/beneficiário (delegante)

185 - Assinatura da vítima/beneficiário (delegante)

186 - Assinatura da vítima/beneficiário (delegante)

187 - Assinatura da vítima/beneficiário (delegante)

188 - Assinatura da vítima/beneficiário (delegante)

189 - Assinatura da vítima/beneficiário (delegante)

190 - Assinatura da vítima/beneficiário (delegante)

191 - Assinatura da vítima/beneficiário (delegante)

192 - Assinatura da vítima/beneficiário (delegante)

193 - Assinatura da vítima/beneficiário (delegante)

194 - Assinatura da vítima/beneficiário (delegante)

195 - Assinatura da vítima/beneficiário (delegante)



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 128ª CIRCUNSCRIÇÃO - SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE -
DP128CIRC DINTER1/17ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 20E0218000277

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **23/01/2020** às **12:20**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado) que aconteceu no dia 5/8/2019 às 12:00

Fato ocorrido no endereço: **MUNICÍPIO DE SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE, 1, PE-160, NAS IMEDIACOES DE ADOLFO PEÇAS**, - Bairro: **CENTRO - SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PÚBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR / AGENTE)
JONATAS ARAGAO LOPES (OUTRO)
JOSE EDUARDO DE LIMA SANTOS (VITIMA)



Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): JOSE EDUARDO DE LIMA SANTOS

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

JOSE EDUARDO DE LIMA SANTOS (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **ABENILZA IRENE DE LIMA SANTOS** Pai: **ARLINDO FERREIRA DOS SANTOS** Data de Nascimento: **7/5/1994** Naturalidade: **SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **8290667/SDS/PE (RG), 11380970474 (CPF)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **2º GRAU COMPLETO** Profissão: **AUTONOMO(A)** Telefones Celulares: **- 991406476**

Motivo da Viagem: **DESCONHECIDO**
Endereço Residencial: **MUNICÍPIO DE SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE, 1, RUA SEVERINO PINHEIRO SOBRINHO, 33, BELA VISTA - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE/PERNAMBUCO/BRASIL**
Endereço Comercial: **MUNICÍPIO DE SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE, 1, VIA PUBLICA - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE/PERNAMBUCO/BRASIL**

DESCONHECIDO (não presente ao plantão) - Sexo: **Desconhecido** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL** Estado Civil: **DESCONHECIDO** Escolaridade: **DESCONHECIDO** Motivo da Viagem: **DESCONHECIDO**
Endereço Residencial: **MUNICÍPIO DE SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE, 1, DESCONHÉCIDO - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE/PERNAMBUCO/BRASIL**
Endereço Comercial: **MUNICÍPIO DE SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE, 1, DESCONHÉCIDO - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE/PERNAMBUCO/BRASIL**



JONATAS ARAGAO LOPES (não presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Naturalidade: **NÃO INFORMADO** / PERNAMBUCO / BRASIL Estado Civil: **DESCONHECIDO** Escolaridade: **DESCONHECIDO** Motivo da Viagem: **DESCONHECIDO**
Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE, 1, DESCONHECIDO - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE/PERNAMBUCO/BRASIL**
Endereço Comercial: **MUNICIPIO DE SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE, 1, DESCONHECIDO - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **JONATAS ARAGAO LOPES**, que estava em posse do(a) Sr(a): **JOSE EDUARDO DE LIMA SANTOS**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/BIZ125** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **VERMELHA** - Quantidade: **1 (UNIDADE)**

Placa: **KGR0507** (PERNAMBUCO/SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE) Renavam: **944082580** Chassi: **9C2JA04208R018126**
Ano Fabricação/Modelo: **2007/2008** Combustível: **GASOLINA**

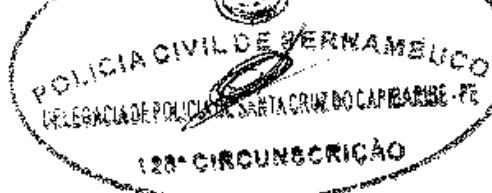
Complemento / Observação

A VITIMA ALEGA QUE NO DIA 05 DE AGOSTO DE 2019, POR VOLTA DAS 12:00 HORAS, SE ENCONTRAVA PILOTANDO A SUA MOTOCICLETA PELA RODOVIA PE-160, QUANDO NAS IMEDIACOES DE ADOLFO PEÇAS, UM CAMINHÃO ENTROU NA SUA FRENTES COMO SE FOSSE ENTRAR A DIREITA, MOTIVO PELO QUAL A VITIMA BATEU NA TRAZEIRA DO REFERIDO CAMINHÃO, CHEGANDO A CAIR JUNTAMENTE COM A MOTOCICLETA, FICANDO FERIDO NO BRAÇO DIREITO, O MOTORISTA DO CAMINHÃO AINDA PAROU MAIS LOGO EM SEGUIDA SE RETIROU DO LOCAL, NÃO DANDO PARA A VITIMA ANOTAR A PLACA DO CAMINHÃO, A VITIMA FOI SOCORRIDA PELO SAMU PARA A UPA DESTA CIDADE. DIANTE DO FATO EXPOSTO, SOLICITA AS DEVIDAS PROVIDENCIAS.

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

JOSE EDUARDO DE LIMA SANTOS
JOSE EDUARDO DE LIMA SANTOS
(VITIMA)

O.O. registrado por: **ALMIR PEREIRA BARBOSA** - Matrícula: **3848779**





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 128ª CIRCUNSCRIÇÃO - SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE -
DP128CIRC DINTER1/17ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 20E0218000277

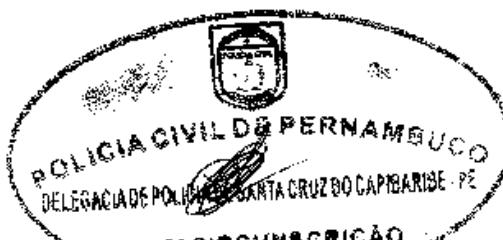
Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **23/01/2020** às **12:20**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado) que aconteceu no dia 5/8/2019 às 12:00

Fato ocorrido no endereço: **MUNICÍPIO DE SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE, 1, PE-160, NAS IMEDIACOES DE ADOLFO PEÇAS**, - Bairro: **CENTRO - SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PÚBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR / AGENTE)
JONATAS ARAGAO LOPES (OUTRO)
JOSE EDUARDO DE LIMA SANTOS (VITIMA)



Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): JOSE EDUARDO DE LIMA SANTOS

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

JOSE EDUARDO DE LIMA SANTOS (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **ABENILZA IRENE DE LIMA SANTOS** Pai: **ARLINDO FERREIRA DOS SANTOS** Data de Nascimento: **7/5/1994** Naturalidade: **SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **8290667/SDS/PE (RG), 11380970474 (CPF)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **2º GRAU COMPLETO** Profissão: **AUTONOMO(A)** Telefones Celulares: **- 991406476**

Motivo da Viagem: **DESCONHECIDO**
Endereço Residencial: **MUNICÍPIO DE SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE, 1, RUA SEVERINO PINHEIRO SOBRINHO, 33, BELA VISTA - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE/PERNAMBUCO/BRASIL**
Endereço Comercial: **MUNICÍPIO DE SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE, 1, VIA PUBLICA - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE/PERNAMBUCO/BRASIL**

DESCONHECIDO (não presente ao plantão) - Sexo: **Desconhecido** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL** Estado Civil: **DESCONHECIDO** Escolaridade: **DESCONHECIDO** Motivo da Viagem: **DESCONHECIDO**
Endereço Residencial: **MUNICÍPIO DE SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE, 1, DESCONHÉCIDO - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE/PERNAMBUCO/BRASIL**
Endereço Comercial: **MUNICÍPIO DE SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE, 1, DESCONHÉCIDO - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE/PERNAMBUCO/BRASIL**



JONATAS ARAGAO LOPES (não presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Naturalidade: **NÃO INFORMADO** / PERNAMBUCO / BRASIL Estado Civil: **DESCONHECIDO** Escolaridade: **DESCONHECIDO** Motivo da Viagem: **DESCONHECIDO**
Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE, 1, DESCONHECIDO - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE/PERNAMBUCO/BRASIL**
Endereço Comercial: **MUNICIPIO DE SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE, 1, DESCONHECIDO - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **JONATAS ARAGAO LOPES**, que estava em posse do(a) Sr(a): **JOSE EDUARDO DE LIMA SANTOS**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/BIZ125** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **VERMELHA** - Quantidade: **1 (UNIDADE)**

Placa: **KGR0507** (PERNAMBUCO/SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE) Renavam: **944082580** Chassi: **9C2JA04208R018126**
Ano Fabricação/Modelo: **2007/2008** Combustível: **GASOLINA**

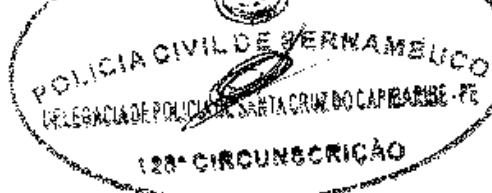
Complemento / Observação

A VITIMA ALEGA QUE NO DIA 05 DE AGOSTO DE 2019, POR VOLTA DAS 12:00 HORAS, SE ENCONTRAVA PILOTANDO A SUA MOTOCICLETA PELA RODOVIA PE-160, QUANDO NAS IMEDIACOES DE ADOLFO PEÇAS, UM CAMINHÃO ENTROU NA SUA FRETE COMO SE FOSSE ENTRAR A DIREITA, MOTIVO PELO QUAL A VITIMA BATEU NA TRAZEIRA DO REFERIDO CAMINHÃO, CHEGANDO A CAIR JUNTAMENTE COM A MOTOCICLETA, FICANDO FERIDO NO BRAÇO DIREITO, O MOTORISTA DO CAMINHÃO AINDA PAROU MAIS LOGO EM SEGUIDA SE RETIROU DO LOCAL, NÃO DANDO PARA A VITIMA ANOTAR A PLACA DO CAMINHÃO, A VITIMA FOI SOCORRIDA PELO SAMU PARA A UPA DESTA CIDADE. DIANTE DO FATO EXPOSTO, SOLICITA AS DEVIDAS PROVIDENCIAS.

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

JOSE EDUARDO DE LIMA SANTOS
JOSE EDUARDO DE LIMA SANTOS
(VITIMA)

O.O. registrado por: **ALMIR PEREIRA BARBOSA** - Matrícula: **3848779**





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do atestado ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima: 113.809.304-74 JOSE EDUARDO DE LIMA SANTOS

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2011

5 - Nome completo: JOSE EDUARDO DE LIMA SANTOS 6 - CPF: 113.809.304-74
 7 - Profissão: A. INF. 8 - Endereço: RUA SEVERINO P. SOBRINHO 9 - Número: 33 10 - Complemento: CASA
 11 - Bairro: RELA VISTA 12 - Cidade: SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE 13 - Estado: PE 14 - CEP: 55.195-623
 15 - E-mail:

DADOS CADASTRAIS

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CóPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

REUSSO INFORMAR R\$ 1.00 A R\$ 1.000,00 R\$ 2.501,00 ATÉ R\$ 5.000,00
 SEM RENDA R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 2.500,00 ACIMA DE R\$ 5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

CONTA POUPIANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale a sua opção)

Bradesco (297) Itaú (341)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 1038 CONTA: 25 834 4

(Inserir o dígito de verificação)

(Inserir o dígito de verificação)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: CONTA: (Inserir o dígito de verificação)

(Inserir o dígito de verificação)

(Inserir o dígito de verificação)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu fui direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

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

Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento da indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 8.194/74), uma vez que:

- Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desse já, com me submeter à análise médica preventiva, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quartificação das "causas permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor", conforme o disposto na Lei 8.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde da sua constatação.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado judicialmente Viúvo 24 - Data de óbito da vítima:

25 - Grau de parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): Sim Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima Sim Não 29 - Se tinha filhos, informar Sim Não 30 - Vítima deixou Sim Não 31 - Vítima Sim Não 32 - Se tinha irmãos, informar Sim Não 33 - Vítima deixou Sim Não 34 - Vítima deixou Sim Não 35 - Vítima deixou Sim Não 36 - Vítima deixou Sim Não 37 - Vítima deixou Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devidamente, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer ameaça ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 289 do Código Penal.

38 - 1º | Nome: _____
 CPF: _____
 Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: _____
 CPF: _____
 Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: 51 - Cruz do Cap. PE 24/01/2020
 x José Eduardo de Lima Santos

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (delegante)

TESTEMUNHAS



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do atestado ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima: 113.809.304-74 JOSE EDUARDO DE LIMA SANTOS

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2011

5 - Nome completo: JOSE EDUARDO DE LIMA SANTOS 6 - CPF: 113.809.304-74
 7 - Profissão: A.T.P. 8 - Endereço: RUA SEVERINO P. SOBRINHO 9 - Número: 33 10 - Complemento: CASA
 11 - Bairro: RELA VISTA 12 - Cidade: SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE 13 - Estado: PE 14 - CEP: 55.195-623
 15 - E-mail:

DADOS CADASTRAIS

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CóPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

REUSSO INFORMAR R\$ 1.000 A R\$ 1.000,00 R\$ 2.501,00 ATÉ R\$ 5.000,00
 SEM RENDA R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 2.500,00 ACIMA DE R\$ 5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

CONTA POUPIANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale a sua opção): CONTA CORRENTE (Todos os bancos):

Bradesco (297) Itaú (341) Nome do BANCO:

Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 1038 CONTA: 25 834 4 AGÊNCIA: CONTA: (Informar o dígito de verificação) (Informar o dígito de verificação) (Informar o dígito de verificação)

Informar o dígito de verificação Informar o dígito de verificação Informar o dígito de verificação

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu fui direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

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

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 8.194/74), fico, vez que:

- Não há IML que atende a região do acidente ou da minha residência; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Solicito o preenchimento da anotação do meu pedido de licenciamento do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada para a apresentação inicial do IML, concordando, desse já, com me submeter à análise médica preventiva, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quartificação das "causas permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor", conforme o disposto na Lei 8.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde da sua constatação.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado judicialmente Viúvo 24 - Data de óbito da vítima:

25 - Grau de parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(s): Sim Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(s), informar o nome completo:

28 - Vítima Sim Não 29 - Se tinha filhos, informar Sim Não 30 - Vítima deixou Sim Não 31 - Vítima Sim Não 32 - Se tinha irmãos, informar Sim Não 33 - Vítima deixou Sim Não 34 - Vítima Sim Não 35 - Nome legível de quem assina o pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina o pedido (a rogo)

37 - Assinatura de quem assina o pedido (a rogo)

38 - 1º | Nome: _____
 CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: _____
 CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: 51 - Cruz do Cap. PE 24/01/2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (delegante)

TESTEMUNHAS

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 23/07/2020 11:59:17

https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20072311591777300000063927196

Número do documento: 20072311591777300000063927196

Num. 65145281 - Pág. 64