



Número: **0023263-29.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção B da 30ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **19/05/2020**

Valor da causa: **R\$ 7.087,50**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
JUNIOR JOSE DA SILVA (AUTOR)		BRUNO LEONARDO NOVAES LIMA (ADVOGADO) MANOELA TRIGUEIRO CAROCA CAVALCANTI (ADVOGADO)	
COMPANHIA EXCELSIOR DE SEGUROS (REU)			
HENRIQUE AUGUSTO LEITE MARQUES (PERITO)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
66279333	13/08/2020 15:44	ANEXO 1	Outros (Documento)



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, 18 de Junho de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190382909

Vítima: JUNIOR JOSE DA SILVA

Data do Acidente: 08/03/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JUNIOR JOSE DA SILVA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 14468072

Pag. 00789/00790 - carta_01 - INVALIDEZ





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, 04 de Julho de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190382909

Vítima: JUNIOR JOSE DA SILVA

Data do Acidente: 08/03/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JUNIOR JOSE DA SILVA

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 2.362,50

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

Graduação: Em grau leve 25%

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

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

Recebedor: **JUNIOR JOSE DA SILVA**

Valor: **R\$ 2.362,50**

Banco: **237**

Agência: **000000835-4**

Conta: **0000021756-5**

Tipo: **CONTA CORRENTE**

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 18 de Julho de 2019

Aos Cuidados de: JUNIOR JOSE DA SILVA

Nº Sinistro: 3190382909
JUNIOR JOSE DA SILVA

Data do Acidente: 08/03/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Assunto: REANÁLISE DE PROCESSO - CONDUTA MANTIDA

Senhor(a),

Em atendimento à sua solicitação, foi feita a reanálise médica do seu pedido de indenização por invalidez permanente, cadastrado sob o **número de sinistro 3190382909**.

Como a documentação apresentada não indica a existência de novas lesões permanentes ou de agravamento daquelas já indenizadas em decorrência do acidente sofrido, o seu pedido de reanálise foi encerrado e o valor indenizado mantido, conforme legislação vigente.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 01891/01892 - carta_09 - INVALIDEZ

00050946



Carta nº 14583746





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

R# do sinistro ou ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:
	112.536.994-23	JUNIOR JOSE DA SILVA
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO: HRCOLAR SUSSE nº 443/2012		
Nome completo:		
JUNIOR JOSE DA SILVA		
Pro (Issu):	Endereço:	CPF:
REC-INF	SI BALXIO	112.536.994-23
Bairro:	Cidade:	Número:
ZONA RURAL	SANTA MARIA DO CAMBUCA	347
E-mail:	Estado:	Complemento:
	PE	CASA
	CEP:	
	55765-000	
	Tel. (DDD):	
	(R) 9663-0404	

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

DADOS CADASTRAIS

RENDA MENSAL:

☒ RECURSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO: ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)

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

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: BRADESCO

AGÊNCIA: 0835 CONTA: 21756 5

(Informar o dígito se existir) (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.

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE ESTUDO 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 por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

☒ 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.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICO BENEFICIÁRIO - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☒ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima:

Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: 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.

Local e Data: SANTA MARIA DO CAMBUCA PE 12/06/19

Nome: Assinatura de quem assina A ROGO

CPF: Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver) Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS 1ª Nome: CPF: 2ª Nome: CPF:

Assinatura de: 17 JUN. 2019

Assinatura de: Assinatura de: Assinatura de:

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-fé ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

***** SÓ ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 13/08/2020 15:44:29

https://pje.tje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20081315442958900000065026382

Número do documento: 20081315442958900000065026382



529656

0204275119

GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 133ª CIRCUNSCRIÇÃO - SANTA MARIA DO CAMBUCA -
DP133ªCIRC DINTER1/16ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 19E0223000191Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **11/04/2019** às **14:38****ATROPELAMENTO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumados)** que aconteceu no dia **8/3/2019** no período da **Noite**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICIPIO DE SANTA MARIA DO CAMBUCA, 1 - Bairro: CENTRO - SANTA MARIA DO CAMBUCA/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

GUILHERME FILHO DE BAU DO LAVA JATO (AUTOR / AGENTE)
LAIZA MIRELI DO NASCIMENTO (TESTEMUNHA)
JUNIOR JOSE DA SILVA (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): **GUILHERME FILHO DE BAU DO LAVA JATO**

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

JUNIOR JOSE DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: LUCIENE SANTANA DE LIMA PAI: JOSE MANOEL DA SILVA Data de Nascimento: 22/9/1993 Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 8967261/SDS/PE (RG), 14017405452 (CPF) Estado Civil: SOLTEIRO(A) Escolaridade: 1º. GRAU COMPLETO Profissão: AGRICULTOR(A) Telefones Celulares: - 997462612

Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE SANTA MARIA DO CAMBUCA, 347, SÍTIO BAXIO, ZONA RURAL DE SANTA MARIA - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - SANTA MARIA DO CAMBUCA/PERNAMBUCO/BRASIL**

GUILHERME FILHO DE BAU DO LAVA JATO (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL
Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE SANTA MARIA DO CAMBUCA, 1 - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - SANTA MARIA DO CAMBUCA/PERNAMBUCO/BRASIL**

LAIZA MIRELI DO NASCIMENTO (não presente ao plantão) - Sexo: Feminino Mãe: MARIA EDINES DA TRINTADE DO NASCIMENTO Pai: MESSIAS SEVERINO DO NASCIMENTO Data de Nascimento: 16/10/1998 Naturalidade: VERTENTES / PERNAMBUCO / BRASIL

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



MOTOCICLETA (VEICULO), que estava em posse do(a) Sr(a): **GUILHERME FILHO DE BAU DO LAVA JATO**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/NXR 150 BROS ESD** Objeto apreendido: **Não**
Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PFJ5349** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Renavam: **258856424** Chassi: **9K2KD0540ER504472**

Complemento / Observação

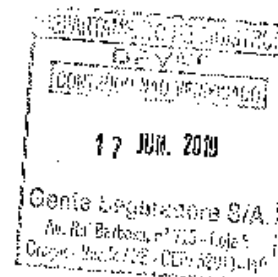
COMPARECEU A ESTA DELEGACIA A PESSOA DE JUNIOR JOSE DA SILVA O QUAL INFORMA QUE NO DIA 08/03/2018 O MESMO TRANSITAVA NA ESTRADA DO SÍTIO BAXIO, JUNTAMENTE COM SUA ESPOSA LAIZA MIRELI DO NASCIMENTO, QUANDO UMA MOTOCICLETA, BROS CONDUZIDA POR A PESSOA CONHECIDA PELA VITIMA COMO GUILHERME FILHO DE BAU DO LAVA JATO DA ENTRADA DE SANTA MARIA DO CAMBUCÁ QUE VINHA ATRÁS DO MESMO COLIDIU, QUE APÓS O ACIDENTE GUILHERME LEVANTOU A MOTO E SE EVADIU DO LOCAL SEM PRESTA SOCORRO A VITIMA QUE APRESENTAVA UMA FRATURA EXPOSTA EM SUA PERNA DIREITA, QUE VITIMA FOI SOCORRIDA PARA HOSPITAL LOCAL E POSTERIORMENTE PARA HOSPITAL REGIONAL DE CARUARU ONDE FOI SUBETIDO A PROCEDIMENTO CIRÚRGICO.

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

Junior Jose da Silva

JUNIOR JOSE DA SILVA
(VITIMA)

B.O. registrado por: **JOSE ELTHON DOS SANTOS SARINHO** - Matrícula: **2729016**





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

R\$ do sinistro ou ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:
	112.536.994-23	JUNIOR JOSE DA SILVA
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO: HRCOAR SUSSE nº 443/2012		
Nome completo:		
JUNIOR JOSE DA SILVA		
Pro (Issu):	Endereço:	CPF:
REC-INF	SI BALXIO	112.536.994-23
Bairro:	Cidade:	Número:
ZONA RURAL	SANTA MARIA DO CAMBUCA	347
E-mail:	Estado:	Complemento:
	PE	CASA
	CEP:	
	55765-000	
	Tel. (DDD):	
	(R) 9663-0404	

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

DADOS CADASTRAIS

RECEITA MENSAL:			
<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00	<input type="checkbox"/> R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$10.000,00
DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO: ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA			
<input type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)			
<input type="checkbox"/> Bradesco (237)			
<input type="checkbox"/> Itaú (341)			
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001)			
<input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)			
<input checked="" type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos)			
Nome do BANCO: BRADESCO			
AGÊNCIA:	CONTA:	AGÊNCIA:	CONTA:
(Informar o dígito se existir)	(Informar o dígito se existir)	(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.

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE ESTUDO 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 por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- ☒ 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.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICO BENEFICIÁRIO - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima:	<input checked="" type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (no Civil) <input type="checkbox"/> Divorçado <input type="checkbox"/> Separado judicialmente <input type="checkbox"/> Viúvo	Data do óbito da vítima:
Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:		
Vítima teve filhos?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Se tinha filhos, informar quantos: Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Vivos: Falecidos:		
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.		

Local e Data: SANTA MARIA DO CAMBUCA PE 12/06/19	TESTEMUNHAS
Nome:	1ª Nome:
CPF:	CPF:
(*) Assinatura de quem assina A ROGO	Assinatura: 17 JUN. 2019
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)	2ª Nome:
	CPF:
Assinatura do Representante Legal (se houver)	Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-fé ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

***** SÓ ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.



PREFEITURA DE

SANTA MARIA DO CAMBUCÁ

Trabalhando com o povo

FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE SANTA MARIA DO CAMBUCÁ

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins, que o(a)
paciente JUNIOR JOSÉ DA SILVA
vítima de acidente de moto, portador(a) do
CPF: 112.536.944-27 RG: 8.987.261,
residente: Sítio BARKIO
recebeu atendimento na Policlínica Santina Falcão no dia 08/03/19, onde
foram realizados os primeiros socorros pela equipe de plantão.

Santa Maria do Cambucá, Henrique Soares do Nascimento de MARCO de 2019
Diretor de Recursos Humanos.
CPF: 845.605.237-68

Henrique Soares do Nascimento
HENRIQUE SOARES DO NASCIMENTO

DIRETOR DE RECURSOS HUMANOS



BRADESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA:	01/07/2019
------------------------	------------

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL:	2.362,50
--------------	----------

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JUNIOR JOSE DA SILVA

BANCO: 237

AGÊNCIA: 00835-4

CONTA: 000000021756-5

Nr. Autenticação

BRADESCO0107201905000000000023700835000000021756236250 PAGO





União Social da Região Oeste do Rio Grande do Sul
Secretaria de Energia e Meio Ambiente
Av. João da Silva, 111, 9º andar, Porto Alegre - CEP 91000-000
CPF 10.615.832/0001-00 | Ins. Est. 000583-88 | www.celpe.rs.gov.br

DADOS DO CLIENTE

JUNIOR JOSE DA SILVA

CPF: 112.555.944-27 NIS: 13120416106

CLASSIFICAÇÃOB1 RESIDENCIAL
BARRAGEM COMUNS**ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA**

SI BADIO 247

ZONA RURAL, SIA MARFALIM, CAMPO AÇAÍ,
SANTA MARIA DO CAMBUCAMP,
RS766-000

USO	UNICA	2700000000
050111857	UNICA	2700000000
2700000000	2700000000	00000000



Consumo Atualizado (kWh)

QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
30,000000	0,18393510	R\$ 5,518053

TOTAL DE FATURA

QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
30,000000	0,18393510	R\$ 5,518053

DATA	VALOR (R\$)	VALOR (R\$)
01/01/2020	0,18393510	R\$ 5,518053

Este documento é uma cópia eletrônica da fatura de energia elétrica emitida pela CELPE. A validade jurídica deste documento é atestada pelo sistema de certificação digital. Para mais informações, consulte o site da CELPE.



17 JUN. 2020

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 13/08/2020 15:44:29

DADOS DO CLIENTE

ADRIANA MARIA DA SILVA, FERREDES

IDENTIFICADORA

ADRIANA MARIA DA SILVA, FERREDES

CPT 445 244 414 14

CENTRO DE RECLUSÃO

PRISÃO PREVENTIVA

PRISÃO PREVENTIVA

PRISÃO PREVENTIVA

PRISÃO PREVENTIVA

PRISÃO PREVENTIVA

PRISÃO PREVENTIVA

PRISÃO PREVENTIVA

PRISÃO PREVENTIVA

PRISÃO PREVENTIVA

PRISÃO PREVENTIVA

PRISÃO PREVENTIVA

PRISÃO PREVENTIVA

PRISÃO PREVENTIVA

PRISÃO PREVENTIVA

PRISÃO PREVENTIVA

PRISÃO PREVENTIVA

PRISÃO PREVENTIVA

PRISÃO PREVENTIVA

PRISÃO PREVENTIVA

PRISÃO PREVENTIVA

PRISÃO PREVENTIVA

PRISÃO PREVENTIVA

PRISÃO PREVENTIVA

PRISÃO PREVENTIVA

PRISÃO PREVENTIVA

PRISÃO PREVENTIVA

PRISÃO PREVENTIVA

PRISÃO PREVENTIVA

PRISÃO PREVENTIVA

PRISÃO PREVENTIVA

PRISÃO PREVENTIVA

PRISÃO PREVENTIVA

PRISÃO PREVENTIVA

PRISÃO PREVENTIVA

PRISÃO PREVENTIVA

PRISÃO PREVENTIVA

PRISÃO PREVENTIVA

PRISÃO PREVENTIVA

PRISÃO PREVENTIVA

PRISÃO PREVENTIVA

PRISÃO PREVENTIVA

PRISÃO PREVENTIVA

PRISÃO PREVENTIVA

PRISÃO PREVENTIVA

PRISÃO PREVENTIVA

PRISÃO PREVENTIVA

PRISÃO PREVENTIVA

PRISÃO PREVENTIVA

PRISÃO PREVENTIVA

PRISÃO PREVENTIVA

PRISÃO PREVENTIVA

PRISÃO PREVENTIVA

PRISÃO PREVENTIVA

PRISÃO PREVENTIVA

PRISÃO PREVENTIVA

PRISÃO PREVENTIVA

PRISÃO PREVENTIVA

PRISÃO PREVENTIVA

PRISÃO PREVENTIVA

PRISÃO PREVENTIVA

PRISÃO PREVENTIVA

PRISÃO PREVENTIVA



DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO À 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, tem por finalidade disciplinar, aplicar penalidades administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº9.613/98.

Pelo exposto, eu EDUARDO JOSE DE A. FERNANDES inscrito (a) no CPF 574.940.534 / 68, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário JUNIOR JOSE DA SILVA inscrito (a) no CPF sob o Nº 112.536.944 / 27, do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vitima JUNIOR JOSE DA SILVA, inscrito (a) no CPF sob o Nº 112.536.944 / 27, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

☒ Recuso informar

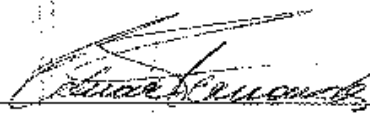
Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

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

Endereço <u>RUA JOÃO BATISTA</u>		Número <u>370</u>	Complemento <u>CASA</u>
Bairro <u>CENTRO</u>	Cidade <u>SURUBIM</u>	Estado <u>PE</u>	CEP <u>55750-000</u>
E-mail <u>ARSEGUROS1994@YAHOO.COM.BR</u>		Telefone comercial (DDD) <u>(81) 9665-0454</u>	Telefone celular (DDD) <u>(81) 8433-5022</u>

SURUBIM-PE, 12 de JUNHO de 2019

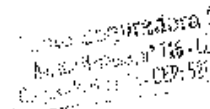
Local e Data



Assinatura do Declarante



17 JUN. 2019



DLDR-001 V001/2017



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, tem por finalidade disciplinar, aplicar penalidades administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº9.613/98.

Pelo exposto, eu EDUARDO JOSE DE A. FERNANDES inscrito (a) no CPF 574.940.534 / 68, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário JUNIOR JOSE DA SILVA inscrito (a) no CPF sob o Nº 112.536.944 / 27, do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vitima JUNIOR JOSE DA SILVA, inscrito (a) no CPF sob o Nº 112.536.944 / 27, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

☒ Recuso informar

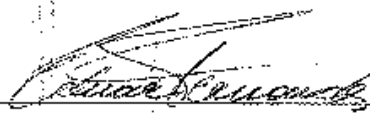
Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

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

Endereço <u>RUA JOÃO BATISTA</u>		Número <u>370</u>	Complemento <u>CASA</u>
Bairro <u>CENTRO</u>	Cidade <u>SURUBIM</u>	Estado <u>PE</u>	CEP <u>55750-000</u>
E-mail <u>ARSEGUROS1994@YAHOO.COM.BR</u>		Telefone comercial (DDD) <u>(81) 9665-0454</u>	Telefone celular (DDD) <u>(81) 8433-5022</u>

SURUBIM-PE, 12 de JUNHO de 2019

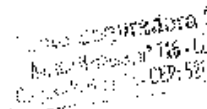
Local e Data



Assinatura do Declarante



17 JUN. 2019



DLDRF-001 V001/2017





PREFEITURA DE

SANTA MARIA DO CAMBUCÁ

Trabalhando com o povo

FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE SANTA MARIA DO CAMBUCÁ

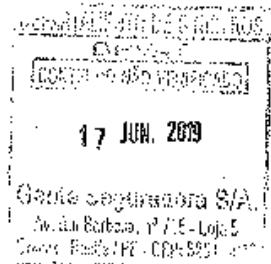
DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins, que o(a)
paciente JUNIOR JOSÉ DA SILVA
vítima de acidente de moto, portador(a) do
CPF: 112.536.944-27 RG: 8.987.261,
residente: Sítio BARKIO
recebeu atendimento na Policlínica Santina Falcão no dia 08/03/19, onde
foram realizados os primeiros socorros pela equipe de plantão.

Santa Maria do Cambucá, Henrique Soares do Nascimento de MARCO de 2019
Diretor de Recursos Humanos.
CPF: 845.605.237-68

Henrique Soares do Nascimento
HENRIQUE SOARES DO NASCIMENTO

DIRETOR DE RECURSOS HUMANOS





PREFEITURA DE
SANTA MARIA DO CAMBUCÁ
Trabalhando com o povo

SERVIÇO DE PRONTO ATENDIMENTO

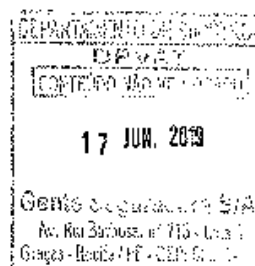
Data: 8.3.19	Hora: 21:50	Registro:
Nome: Juma Jor de Silve		
Endereço: Sítio Baner	Referência:	
Bairro:	Cidade: S. N. e.	
Idade: 25a	Sexo:	Cor:
Profissão:		
Responsável:		
Endereço do Responsável:		
Fone:		
DADOS DO ACIDENTADO OU AGRESSÃO		
ACIDENTE DE TRÂNSITO <input type="checkbox"/>		
VEICULO:	Automóvel <input type="checkbox"/>	Ônibus <input type="checkbox"/>
	Moto <input checked="" type="checkbox"/>	Outro <input type="checkbox"/>
	Ignorado <input type="checkbox"/>	
MODO:	Atropelamento <input type="checkbox"/>	Colisão <input type="checkbox"/>
	Capotagem <input type="checkbox"/>	Outro <input type="checkbox"/>
	Ignorado <input type="checkbox"/>	
AGRESSÃO <input type="checkbox"/>		
POR:	Arma de Fogo <input type="checkbox"/>	Arma Branca <input type="checkbox"/>
	Espancamento <input type="checkbox"/>	Outro <input type="checkbox"/>
	Ignorado <input type="checkbox"/>	
MODO:	Assalto/Briga <input type="checkbox"/>	Ação Policial <input type="checkbox"/>
	Agressão Sexual <input type="checkbox"/>	Outro <input type="checkbox"/>
	Ignorado <input type="checkbox"/>	
ACIDENTE DE TRABALHO <input type="checkbox"/>		
ORIGEM:	Construção Civil <input type="checkbox"/>	Indústria <input type="checkbox"/>
	Agricultura <input type="checkbox"/>	Comércio <input type="checkbox"/>
	Outro <input type="checkbox"/>	Ignorado <input type="checkbox"/>
OUTRO AGRESSÃO/SUICÍDIO <input type="checkbox"/>		
POR:	Arma de Fogo <input type="checkbox"/>	Enforcado <input type="checkbox"/>
	Drogas <input type="checkbox"/>	Queda de Nível <input type="checkbox"/>
	Outro <input type="checkbox"/>	Ignorado <input type="checkbox"/>
OUTROS TIPOS DE ACIDENTES <input type="checkbox"/>		
Intoxicação Acidental <input type="checkbox"/>	Queda Acidental <input type="checkbox"/>	Afogamento <input type="checkbox"/>
	Queimadura <input type="checkbox"/>	Outro <input type="checkbox"/>
	Ignorado <input type="checkbox"/>	
LOCAL DE OCORRÊNCIA		
Via Pública <input type="checkbox"/>	Domicílio <input type="checkbox"/>	Ambiente de Trabalho <input type="checkbox"/>
	Escola <input type="checkbox"/>	Outro <input type="checkbox"/>
	Ignorado <input type="checkbox"/>	
Queixas:		
Exame Físico:		
PA: 120/90	FC:	Pulso:
		Temperatura:
Acidente automobilístico Fatura de taxa exporte		
Hipótese Diagnóstica: 60 anos		
Procedimentos: 100 - 500 - 1000		
Cód.: 100 - 500 - 1000		
Sendo Responsável:		



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE DR. WALDEMIRO FERREIRA
SERVIÇO DE ARQUIVO MÉDICO E ESTATÍSTICA – SAME

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins que o paciente , **Junior José da Silva ,com Registro Hospitalar: 334924**, esteve Interno nesta Unidade de saúde no dia **08/03/2019 a 26/03/2019** . OBS: Vítima de Acidente de Trânsito.



Caruaru 04 de abril 2019

109.794.975/0269-27
Hospital Regional do Agreste
BR 232, Km 130
Indianópolis - CEP 55600-000

Avenida José Rodrigues de Jesus - Br. 232- Km 130 S/N- Bairro Indianópolis Caruaru - PE- CEP
55.024.000
CNPJ- 10.572.048/0014-42 - Fone: 0851-3719 9346 / 3719.9400 (SAME)



RECEIVED

Atendimento: 490340

Prontuário: 304924

Data Nasc.: 22/09/1993

Idade: 25

Sexo: MASCULINO

Cor. PARDA

Religião:

CPF:

RG:

CNS:161894151060007

Endereço: SÍTIO BAIXIO

Bairro: ZONA RURAL

Cidade: SANTA MARIA DO CAMBUCA

Nº: 0

CEP: 55766000

Fone: 82285235

Profissão:

Estado: PE

Nome da Mãe: LUCIENE SANTANA DE LIMA

Acompanhante:

Motivo da Atendimento: ATT COM MOTOCICLETA

Clinica: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

2 - ATENDIMENTO

Date: 08/03/2019 23:38

Medico: MEDICO PLANTONISTA

Queixa Principal / HDA:

Atropelops no one with
Gloria 15 Hand OK
Storax e. Volume for art.

Exame Físico:

me Físico: ap exp. 1 trial RA: 0.00 FR: 70

Def: $p \in \mathcal{P} + 1$

Diag. Provisório:

Ernest Jones

Dr. Milton Pereira de Barros
Ortopedia
CRM: 10540

Dr. Milton Pereira de Barros
Osteopata
Dietista R.M. 10860

Prescrição:

0512

Horário

17 JUN 2019

7-13-2006 10:16 AM

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

Unidade de Saúde: HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE		
Paciente: <u>Junior Toni da Silva</u>	Nº do Registro: <u>334424</u>	
Clinica: <u>Neurologia</u>	Nº do Leito:	
Operador: <u>Hugo Silva</u>		
1º Assistente: <u>Patricia Carvalho</u>	2º Assistente:	
Instrumentador: <u>Toni Luis</u>	Anestesiologista: <u>Adriano</u>	
Anestesia: <u>raquia</u>	Duração:	
Data da Operação: <u>09/03/19</u>	Início:	Término:
Diagnóstico Pré-Operatório: <u>neuralgia esquerda de nervos de nervo braquial</u>		
Diagnóstico Pós-Operatório: <u>o mesmo</u>		
Operação Proposta: <u>instauração cirúrgica de neurectomia esquerda de nervo</u>		
Operação Realizada: <u>A mesma</u>		

DESCRIÇÃO DO ATO OPERATÓRIO

- ① Paciente em APV, sob anestesia
- ② Cirurgia de instauração de neurectomia de nervo braquial
- ③ Utilizado neurectomia em nervo braquial
- ④ Ampliação de neurectomia em nervo braquial e neurectomia de nervo de neurectomia de nervo braquial
- ⑤ Utilizado neurectomia com neurectomia em nervo de neurectomia em nervo braquial
- ⑥ Cirurgia cirúrgica de neurectomia com neurectomia de nervo braquial e neurectomia de nervo braquial
- ⑦ Passagem de 2 fios de 3.0 em neurectomia de nervo de neurectomia de nervo braquial
- ⑧ Passagem de 2 fios de 3.0 em neurectomia de nervo de neurectomia de nervo braquial
- ⑨ Passagem de 2 fios de 3.0 em neurectomia de nervo de neurectomia de nervo braquial
- ⑩ Passagem de 2 fios de 3.0 em neurectomia de nervo de neurectomia de nervo braquial

17 JUN. 2019

Gente Engenharia S/A
Av. R. Barbosa, nº 725 - Loja 5
Craioá - Recife/PE - CEP: 52011-000





PREFEITURA DE

SANTA MARIA DO CAMBUCÁ

Trabalhando com o povo

FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE SANTA MARIA DO CAMBUCÁ

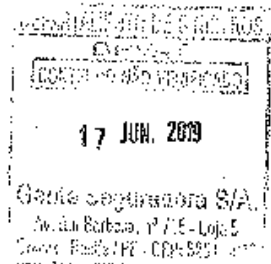
DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins, que o(a)
paciente JUNIOR JOSÉ DA SILVA
vítima de acidente de moto, portador(a) do
CPF: 112.536.944-27 RG: 8.987.261,
residente: Sítio BARKIO
recebeu atendimento na Policlínica Santina Falcão no dia 08/03/19, onde
foram realizados os primeiros socorros pela equipe de plantão.

Santa Maria do Cambucá, Henrique Soares do Nascimento de MARCO de 2019
Diretor de Recursos Humanos.
CPF: 845.605.237-68

Henrique Soares do Nascimento
HENRIQUE SOARES DO NASCIMENTO

DIRETOR DE RECURSOS HUMANOS





PREFEITURA DE
SANTA MARIA DO CAMBUCÁ
Trabalhando com o povo

SERVIÇO DE PRONTO ATENDIMENTO

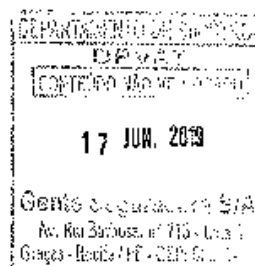
Data: 8.3.19	Hora: 21:50	Registro:
Nome: Juma Jor de Silve		
Endereço: Sítio Baner	Referência:	
Bairro:	Cidade: S. N. e.	
Idade: 25a	Sexo:	Cor:
Profissão:		
Responsável:		
Endereço do Responsável:	Fone:	
DADOS DO ACIDENTADO OU AGRESSÃO		
ACIDENTE DE TRÂNSITO <input type="checkbox"/>		
VEICULO: Automóvel <input type="checkbox"/>	Ônibus <input type="checkbox"/>	Moto <input checked="" type="checkbox"/>
Outro <input type="checkbox"/>	Ignorado <input type="checkbox"/>	
MODO: Atropelamento <input type="checkbox"/>	Colisão <input type="checkbox"/>	Capotagem <input type="checkbox"/>
Outro <input type="checkbox"/>	Ignorado <input type="checkbox"/>	
AGRESSÃO <input type="checkbox"/>		
POR: Arma de Fogo <input type="checkbox"/>	Arma Branca <input type="checkbox"/>	Espancamento <input type="checkbox"/>
Outro <input type="checkbox"/>	Ignorado <input type="checkbox"/>	
MODO: Assalto/Briga <input type="checkbox"/>	Ação Policial <input type="checkbox"/>	Agressão Sexual <input type="checkbox"/>
Outro <input type="checkbox"/>	Ignorado <input type="checkbox"/>	
ACIDENTE DE TRABALHO <input type="checkbox"/>		
ORIGEM: Construção Civil <input type="checkbox"/>	Indústria <input type="checkbox"/>	Agricultura <input type="checkbox"/>
Comércio <input type="checkbox"/>	Outro <input type="checkbox"/>	Ignorado <input type="checkbox"/>
OUTRO AGRESSÃO/SUICÍDIO <input type="checkbox"/>		
POR: Arma de Fogo <input type="checkbox"/>	Enforcado <input type="checkbox"/>	Drogas <input type="checkbox"/>
Queda de Nível <input type="checkbox"/>	Outro <input type="checkbox"/>	Ignorado <input type="checkbox"/>
OUTROS TIPOS DE ACIDENTES <input type="checkbox"/>		
Intoxicação Acidental <input type="checkbox"/>	Queda Acidental <input type="checkbox"/>	Afogamento <input type="checkbox"/>
Queimadura <input type="checkbox"/>	Outro <input type="checkbox"/>	Ignorado <input type="checkbox"/>
LOCAL DE OCORRÊNCIA		
Via Pública <input type="checkbox"/>	Domicílio <input type="checkbox"/>	Ambiente de Trabalho <input type="checkbox"/>
Escola <input type="checkbox"/>	Outro <input type="checkbox"/>	Ignorado <input type="checkbox"/>
Queixas:		
Exame Físico:		
PA: 120/90	FC:	Pulso:
Temperatura:	Baixa	
Acidente automobilístico Fatura da tábua exposta		
Hipótese Diagnóstica: fratura de tábua exposta		
Procedimentos: fratura de tábua exposta		
Cód.:		
Sendo Responsável:		



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE DR. WALDEMIRO FERREIRA
SERVIÇO DE ARQUIVO MÉDICO E ESTATÍSTICA – SAME

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins que o paciente , **Junior José da Silva ,com Registro Hospitalar: 334924**, esteve Interno nesta Unidade de saúde no dia **08/03/2019 a 26/03/2019** . OBS: Vítima de Acidente de Trânsito.



Caruaru 04 de abril 2019

109.794.975/0269-27
Hospital Regional do Agreste
BR 232, Km 130
Indianópolis - CEP 55000-000

Avenida José Rodrigues de Jesus - Br. 232- Km 130 S/N- Bairro Indianópolis Caruaru - PE- CEP
55.024.000
CNPJ- 10.572.048/0014-42 - Fone: 0851-3719 9346 / 3719.9400 (SAME)



RECEIVED

Atendimento: 490340

Prontuário: 304924

Data Nasc.: 22/09/1993

Idade: 25

Sexo: MASCULINO

Cor. PARDA

Religião:

CPF:

RG:

CNS:161894151060007

Endereço: SÍTIO BAIXIO

Bairro: ZONA RURAL

Cidade: SANTA MARIA DO CAMBUCA

Nº: 0

CEP: 55766000

Fone: 82285235

Profissão:

Estado: PE

Nome da Mãe: LUCIENE SANTANA DE LIMA

Acompanhante:

Motivo da Atendimento: ATT COM MOTOCICLETA

Clinica: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

2 - ATENDIMENTO

Date: 08/03/2019 23:38

Medico: MEDICO PLANTONISTA

Queixa Principal / HDA:

Atropelads no one with
Gloria 15 Hand OK
Storax e. Volume for all

Exame Físico:

me Físico: ap exp. 1 trial RA: 0.00 FR: 70

Def: $p \in \mathcal{P} + 1$

Diag. Provisório:

divisorio:

Dr. Milton Pereira de Barros
Ortopedia
CRM: 10540

Dr. Milton Pereira de Barros
Ortopedia
Dieta R.M. 10960

Prescrição:

0512

Horário

97 JUN 2019

713 3490741016 519



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

Unidade de Saúde: HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE

Paciente: JAMES JONI DA SILVA

Nº do Registro: 334424

Clínica: MAMMOLOGIA

Nº do Leito:

Operador: Hugo Silva

1º Assistente: Rafaela Carvalho

2º Assistente:

Instrumentador: Toni Luis

Anestesiologista: Adenilson

Anestesia: Raquia

Duração:

Data da Operação: 09/03/19

Início:

Término:

Diagnóstico Pré-Operatório: mastoma suspeito de ser um de mama esquerda

Diagnóstico Pós-Operatório: 0 mastoma

Operação Proposta: Mastectomia simples de mama esquerda de mama esquerda

Operação Realizada: A mesma

DESCRIÇÃO DO ATO OPERATÓRIO

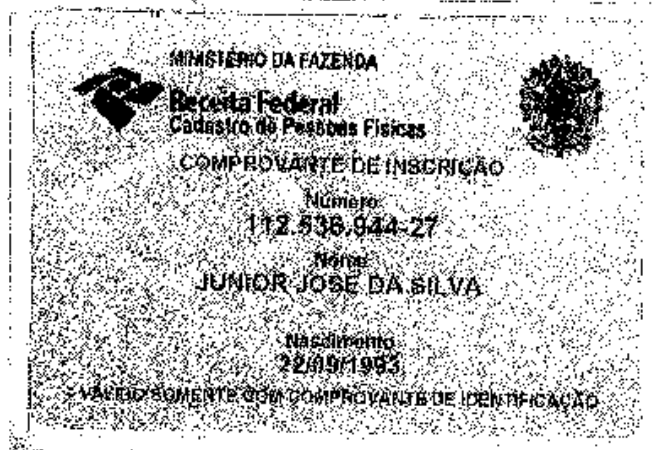
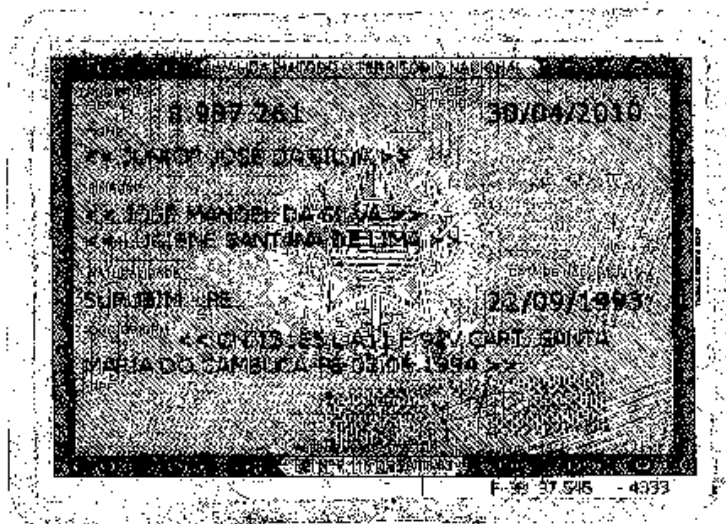
- ① Paciente em APV, sob anestesia
- ② Amputação de mama esquerda com preservação de campo sentinela
- ③ Ultrapassagem ultrassom em mama esquerda
- ④ Amputação de mama esquerda em mama esquerda + preservação de campo de mama da mama esquerda
- ⑤ Ultrapassagem ultrassom em mama esquerda de mama esquerda
- ⑥ Amputação ultrassom ultrassom com preservação de campo sentinela + preservação
- ⑦ Amputação de 2 cm x 3 cm em fragmento de mama de mama esquerda de mama esquerda, preservação de mama em mama esquerda de mama esquerda + preservação, preservação de mama, com preservação de mama de 2 cm x 4 cm em mama esquerda

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 13/08/2020 15:44:29

17 JUN. 2019

Gente Engenharia S/A
Av. R. Barbosa, nº 725 - Loja 5
Craioá - Recife/PE - CEP: 52011-000





17 JUN. 2019
GONÇALVES
Rafael
Receita

DADOS DO CLIENTE

ADRIANA MARIA DA SILVA, FERREDES

CPT: 445 234 414-04
PRONUNCIADO

R: Rua de Cima, 111, Rio Vista, Recife - Pernambuco
RESIDENCIAL

CPF: 000.000.000-00

14/04/2010 20:11:0000 370-0014

172 LULIANE

135.51

21.18

3.31

0.87

1219484604

1219484604

1219484604

1219484604

1219484604

1219484604

1219484604

1219484604

1219484604

1219484604

1219484604

1219484604

1219484604

1219484604

1219484604

1219484604

1219484604

1219484604

1219484604

1219484604

1219484604

1219484604

1219484604

1219484604

1219484604

1219484604

1219484604

1219484604

1219484604



Sistema Policia Agil

[SAIR DO SISTEMA](#)

[CIVIL](#) [CRIMINAL](#) [CAPTURAS](#) [CARCERÁRIO](#) [PLACAS](#) [CELULAR](#) [INFOPOL](#)

[NOVA PESQUISA](#) > FICHA DO DETRAN

[GERAR RELATÓRIO EM PDF](#)

FICHA DO VEÍCULO

Situação: NORMAL

Placa: PFJ5349

Nome proprietário: JOSE MIGUEL DA SILVA FILHO

CPF do proprietário:

UF: PE

Tipo: MOTOCICLETA

Espécie: PAS

Combustível: ALCO/GASOL

Marca / Modelo:

HONDA/NXR150 BROS ESD

Marca: HONDA

Cor: PRETA

Ano Fabricação:

Município: VERTENTES

Lugradouro: SÍTIO LAGOA RASA S/N

Número:

Bairro: ZONA RURAL

Cep: 55770000

Complemento: CS

Chassi: 9C2KD0540BR504472

Restrição:

Renavam: 258856424

Licenciamento: R\$ 0,00

IPVA: R\$ 0,00

Seguro: R\$ 0,00

Bombeiro: R\$ 0,00

Conservação: R\$ 0,00

Taxas: R\$ 0,00

Multas: R\$ 0,00

Quantidade Multas: 0

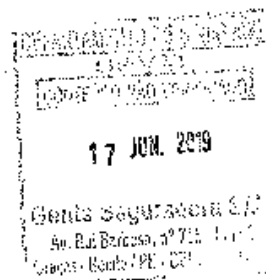
Quantidade de multas a vencer: 0

Multas a vencer: R\$ 0,00

IPVA a vencer: R\$ 0,00

Total: R\$ 0,00

Situação Bin: NORMAL



VITIMA DUNIOZ JOSÉ DA SILVADATA DO ACIDENTE 08/08/2019 CPF DA VITIMA 412.636.994-07PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO EDUARDO JOSÉ DE A. FERREIRA

QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR () VITIMA () REPRESENTANTE LEGAL, CUID PARANTESCO COM

A VITIMA É _____

ENDEREÇO DO PORTADOR RUA JOÃO BATISTANº 320 COMPLEMENTO CASACIDADE SILVEIRA UF PeBAIRRO CENTROCEP 55230-000E-MAIL Afseguros@seguradora.com.br TELEFONE (51) 9665-0454

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

☒ REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLÍCIA (CÓPIA AUTÊNTICA E LEGÍVEL)☒ CARTeira DE IDENTIDADE DA VITIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTeira DE TRABALHO OU CARTeira NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)☒ CPF DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)☒ LAUDO DO IML (CÓPIA AUTÊNTICA E LEGÍVEL)☒ ATTESTADO DE IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML (ORIGINAL) ASSINADA PELA VITIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA☒ BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)☒ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)☒ AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CREDITO DE INDENIZAÇÃO DA VITIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFERMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAL COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

☐ CARTeira DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTeira DE TRABALHO OU CARTeira NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)☐ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)☐ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)☐ OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VITIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

☐ REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLÍCIA (CÓPIA AUTÊNTICA E LEGÍVEL)☐ CARTeira DE IDENTIDADE DA VITIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTeira DE TRABALHO OU CARTeira NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)☐ CPF DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)☐ RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SORVIDAS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)☐ COMPROVANTES (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES, QUITADAS☐ ATTESTADO DE PAGAMENTO / CREDITO DE INDENIZAÇÃO DA VITIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFERMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAL COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

☐ CARTeira DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTeira DE TRABALHO OU CARTeira NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)☐ CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)☐ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)☐ OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VITIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

VALORES DE INDENIZAÇÃO

- MORTE = R\$ 3.500,00
- INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R\$ 11.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/74.
- DESPESAS MÉDICAS (DAMS) = REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO). ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.

- O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA

- COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO

- PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSO WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA

IDENTIDADE 3.093.003.850/Pe

ASSINATURA

DATA

NOME

ASSINATURA

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

SURUBIM - PE, 04 JULHO 2019.

À LIDER

CONVÊNIO DPVAT

ASSUNTO: REANÁLISE DO PROCESSO PELO VALOR RECEBIDO

VÍTIMA: JUNIOR JOSE DA SILVA

TIPO DE INDENIZAÇÃO: INVALIDEZ

SINISTRO n° 3190382909


Prezado Senhor(a),

Solicito de V.Sª, que meu processo de INVALIDEZ seja REANALISADO, uma vez que eu fui vítima de acidente de trânsito, fato ocorrido no dia 08/03/2019, TIVE FRATURA EXPOSTA DOS OSSOS DA MINHA PERNA ESQUERDA, fui submetido a cirurgia, fiz todo o tratamento médico e mesmo assim ENCONTRO-ME ATUALMENTE COM SEQUELAS GRAVES. E sem que eu fosse avaliado em uma perícia médica designada por um médico da LIDER, liberaram para mim um valor muito inferior ao que tenho direito.

DIANTE DO EXPOSTO, solicito de V.Sª, que meu processo seja REANALISADO, para que seja marcada uma perícia para que seja liberado o valor que realmente me é de direito, uma vez que eu ainda estou com seqüelas.

Certo de vossa atenção

Fico no aguardo.


JUNIOR JOSE DA SILVA



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190382909 **Cidade:** Santa Maria do Cambucá **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JUNIOR JOSE DA SILVA **Data do acidente:** 08/03/2019 **Seguradora:** Tokio Marine Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 26/06/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DE TÍBIA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (FIXADOR EXTERNO). PÁG 5

Sequelas permanentes: DIMINUIÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: LIMITAÇÃO FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO

Documentos complementares:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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



PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: JÚNIOR JOSÉ DA SILVA, portador da RG nº 8.987.261 – SDS/PE e CPF nº 112.536.944/27, brasileiro, alfabetizado, solteiro, agricultor, nascido em: 22/09/1993, filho de: José Manoel da Silva e Luciene Santana de Lima, domiciliado e residente no Sítio Baixio, nº 347 – zona rural do município de Santa Maria do Cambucá(PE). Pelo presente instrumento particular de procuração, nomeia e constitui sua bastante procurador o **Sr. EDUARDO JOSÉ DE ALBUQUERQUE FERNANDES**, brasileiro, casado, maior, funcionário público aposentado, portador da RG nº 3.092.028 – SDS/PE e CPF nº 574.940.534/68, domiciliado e residente na rua Manoel Alves de Moura, nº 64, bairro: Cabaceira – Surubim(PE), por seu representante legal, a quem confere amplos e ilimitados poderes e com o fim especial para representar a(o) outorgante junto a quaisquer **SEGURADORA** do consórcio de seguro obrigatório e danos pessoais do ramo **DPVAT**, tratando de todos os seus interesses e direitos com relação ao recebimento da indenização deixada pela **INVALIDEZ** sofrida pela **VÍTIMA: JÚNIOR JOSÉ DA SILVA**, portador do CPF nº 112.536.944/27, o qual foi vítima do acidente de trânsito, fato ocorrido no dia 08/03/2019, podendo o seu dito procurador **APRESENTAR, FIRMAR DOCUMENTOS, DECLARAÇÕES E ASSINAR O FORMULÁRIO DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT**, receber a devida indenização, através de cheque ou dinheiro, tanto da seguradora competente, como de qualquer agência bancária do estado de Pernambuco, podendo mais representar o(s) outorgante (s) junto a quaisquer repartições pública ou bancária, passar recibos, receber, desistir, fazer acordo, assinar e requerer qualquer documento que lhe for apresentado que se relacione com o recebimento da indenização e liquidação do sinistro, enfim, praticar todos os atos necessários ao bom e fiel desempenho do presente mandato, com os poderes irrevogáveis.

Santa Maria do Cambucá (PE), 01 de abril de 2019.

OUTORGANTE:

Júnior José da Silva
JÚNIOR JOSÉ DA SILVA

SELO DE SANTA MARIA DO CAMBUCÁ-PE - CNB 15.950-9
Titular: RICARDO JOSÉ AMORIM CAMPOS
Telefone: (81) 31511-201

Reconheço por autenticidade a firma de JÚNIOR JOSÉ DA SILVA - Dou fé. Emol: R\$ 3,99. TSNR R\$ 0,80. Santa Maria do Cambucá-PE. Em testemunho da verdade, ADRIELSON GONZAGA SOARES, Substituto do Tabelião.

Selo: 0159509.VTS03201901.00084 03/04/2019 14:55:16
Consulte autenticidade em www.tjpe.jus.br/selodigital

17 JUN. 2019
CORDEIRO DE MELLO JUNIOR S.A.
R. ... 115 - Lda
... (0800) 000 000

