



Número: **0003235-63.2020.8.17.2640**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **3ª Vara Cível da Comarca de Garanhuns**

Última distribuição : **18/06/2020**

Valor da causa: **R\$ 9.450,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito, Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
EDINHO BARRA NOVA DA SILVA (AUTOR)		BRUNO DE ARAUJO SENA (ADVOGADO)	
MONGERAL AEGON SEGUROS E PREVIDENCIA S/A (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
66242470	13/08/2020 10:20	<a href="#">ANEXO 1</a>	Outros (Documento)



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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, 05 de Agosto de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190461916

Vítima: EDINHO BARRA NOVA DA SILVA

Data do Acidente: 27/02/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), EDINHO BARRA NOVA 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 14666604

Pag. 01135/01136 - carta\_01 - INVALIDEZ





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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 Agosto de 2019

Nº do Pedido do  
Seguro DPVAT: 3190461916      Vítima: EDINHO BARRA NOVA DA SILVA

Data do Acidente: 27/02/2018      Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), EDINHO BARRA NOVA DA SILVA

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.

Realizado tratamento conservador, conforme documento médico, datado de 27/02/2018, emitido pelo Dr. AIRTON PEDROSA CRM nº 9264 - PE, da Instituição HOSPITAL REGIONAL DE GARANHUNS DOM MOURA, que informa evolução sem sequela permanente e não sendo comprovada a existência de invalidez permanente.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00573/00574 - carta\_31 - INVALIDEZ

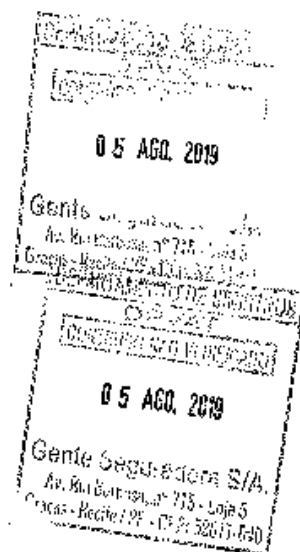
00010287

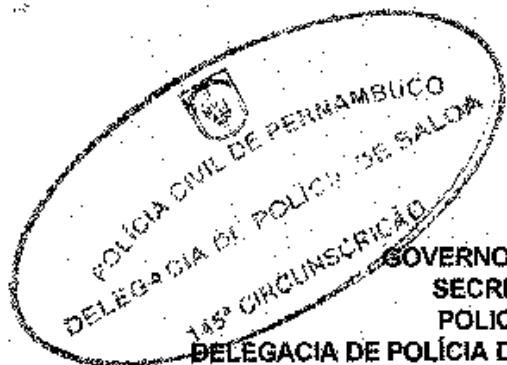


Carta nº 14680509







Bandeira do  
Estado447860  
0199758/18

GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO  
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 145ª CIRCUNSCRIÇÃO - SALÃO - DP145ªCIRC  
DINTER1/18ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **18E0235000194**Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **08/05/2018** às **12:25****ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado)** que aconteceu no dia **27/2/2018** às **18:13**

Fato ocorrido no endereço: **SÍTIO VARZEA DA SERRA, 1 - Bairro: ZONA RURAL -**  
**SALOA/PERNAMBUCO/BRASIL**  
Local do Fato: **VIA PÚBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

ESTADO (AUTOR / AGENTE)  
JOSENILDO MAURÍCIO JESUINO (TESTEMUNHA)  
DELMA MARIA DA SILVA (TESTEMUNHA)  
EDINHO BARRA NOVA DA SILVA (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): **EDINHO BARRA NOVA DA SILVA**

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

**EDINHO BARRA NOVA DA SILVA (presente ao plantão)** - Sexo: **Masculino** Mãe: **MARIA BARRA NOVA DA SILVA** Pai: **LUIZ LEITE DA SILVA** Data de Nascimento: **25/5/1988** Naturalidade: **SALOA / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **8184592/SDS/PE (RG), 39847339827 (CPF)** Estado Civil: **CASADO(A)** Escolaridade: **1º. GRAU INCOMPLETO** Profissão: **AGRICULTOR(A)** Telefones Celulares: **- 87981461006**

Endereço Residencial: **SÍTIO VARZEA DA SERRA, 1 - CEP: 0 - Bairro: ZONA RURAL - SALOA/PERNAMBUCO /BRASIL**

**JOSENILDO MAURÍCIO JESUINO (não presente ao plantão)** - Sexo: **Masculino** Mãe: **OLINDINA ESTELITA JESUINO** Pai: **JOSÉ MAURÍCIO JESUINO** Data de Nascimento: **17/1/1991** Naturalidade: **SALOA / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **8376640/SDS/PE (RG), 10154110450 (CPF)** Estado Civil: **CASADO(A)** Profissão: **AGRICULTOR(A)** Endereço Residencial: **SÍTIO VARZEA DA SERRA, 1 - CEP: 0 - Bairro: ZONA RURAL - SALOA/PERNAMBUCO /BRASIL**

**DELMA MARIA DA SILVA (não presente ao plantão)** - Sexo: **Feminino** Mãe: **MARIA JOSEFA DA SILVA** Pai: **JOSÉ PEDRO DA SILVA** Data de Nascimento: **22/7/1977** Naturalidade: **SALOA / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **8468910/SDS/PE (RG)** Estado Civil: **CASADO(A)** Profissão: **AGRICULTOR(A)** Endereço Residencial: **SÍTIO VARZEA DA SERRA, 1 - CEP: 0 - Bairro: ZONA RURAL - SALOA/PERNAMBUCO /BRASIL**

**ESTADO (não presente ao plantão)** - Sexo: **Desconhecido** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

08/05/2018 12:

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

**MOTO (VEICULO)**, que estava em posse do(a) Sr(a): **EDINHO BARRA NOVA DA SILVA**  
Categoria/Marca/Modelo: **MOTONETA/HONDA/C100** Objeto apreendido: **Não**  
Quantidade: **1 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **MDT2722** (SANTA CATARINA/CAMBORIÚ) Renavam: **803216801** Chassi: **8C2HA07103R048196**  
Ano Fabricação/Modelo: **2003/2003** Combustível: **GASOLINA**

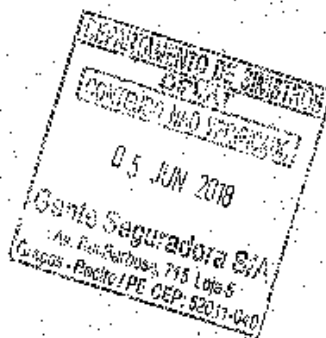
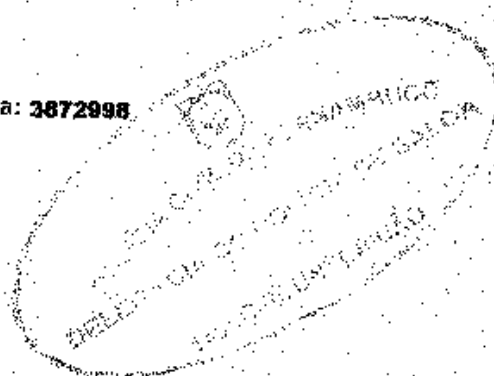
### Complemento / Observação

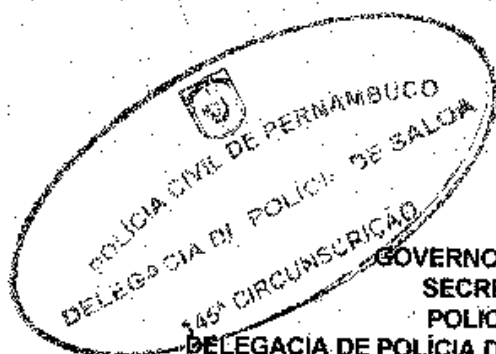
**COMPARECEU A ESTA DELEGACIA DE POLICIA PARA NOTICIAR UM ACIDENTE SOFRIDO QUANDO ESTAVA VOLTANDO PARA SUA RESIDENCIA NA ZONA RURAL DA CIDADE DE SALOÁ/PE. CONTA QUE UM CACHORRO ATRAVESSOU NA FRENTE DO SEU VEICULO, QUANDO ELE TENTOU DESVIAR DO ANIMAL, PERDEU O EQUILIBRIO E CAIU. APÓS ISSO, FOI LEVADO ATÉ O HOSPITAL DA CIDADE, CONFORME DOCUMENTOS APRESENTADOS.**

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

*Edinho Barra Nova da Silva*  
**EDINHO BARRA NOVA DA SILVA**  
(VITIMA)

B.O. registrado por: *Anderson da Silva Cabral* - Matrícula: **3872998**





Bandeira do Estado

44 7860  
0199 758 118

0264664/119  
539008

GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO  
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 145ª CIRCUNSCRIÇÃO - SALOÁ - DP145ªCIRC  
DINTER1/18ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **18E0235000194**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **08/05/2018** às **12:25**

**ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado)** que aconteceu no dia **27/2/2018** às **18:13**

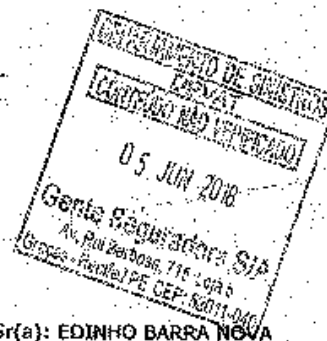
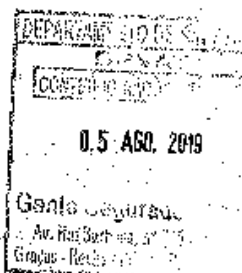
Fato ocorrido no endereço: **SÍTIO VARZEA DA SERRA, 1 - Bairro: ZONA RURAL - SALOÁ/PERNAMBUCO/BRASIL**  
Local do Fato: **VIA PÚBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

ESTADO (AUTOR/AGENTE)  
JOSENILDO MAURÍCIO JESUINO (TESTEMUNHA)  
DELMA MARIA DA SILVA (TESTEMUNHA)  
EDINHO BARRA NOVA DA SILVA (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): **EDINHO BARRA NOVA DA SILVA**



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

**EDINHO BARRA NOVA DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: MARIA BARRA NOVA DA SILVA Pai: LUIZ LEITE DA SILVA Data de Nascimento: 25/5/1988 Naturalidade: SALOÁ / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 8184893/SDS/PE (RG); 39047339827 (CPF) Estado Civil: CASADO(A) Escolaridade: 1ª. GRAU INCOMPLETO Profissão: AGRICULTOR(A) Telefones Celulares: - 87981481008**

Endereço Residencial: **SÍTIO VARZEA DA SERRA, 1 - CEP: 0 - Bairro: ZONA RURAL - SALOÁ/PERNAMBUCO /BRASIL**

**JOSENILDO MAURÍCIO JESUINO (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: OLINDINA ESTELITA JESUINO Pai: JOSÉ MAURÍCIO JESUINO Data de Nascimento: 17/1/1991 Naturalidade: SALOÁ / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 8376640/SDS/PE (RG); 10154110450 (CPF) Estado Civil: CASADO(A) Profissão: AGRICULTOR(A) Endereço Residencial: SÍTIO VARZEA DA SERRA, 1 - CEP: 0 - Bairro: ZONA RURAL - SALOÁ/PERNAMBUCO /BRASIL**

**DELMA MARIA DA SILVA (não presente ao plantão) - Sexo: Feminino Mãe: MARIA JOSEFA DA SILVA Pai: JOSÉ PEDRO DA SILVA Data de Nascimento: 22/7/1977 Naturalidade: SALOÁ / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 8466910/SDS/PE (RG) Estado Civil: CASADO(A) Profissão: AGRICULTOR(A) Endereço Residencial: SÍTIO VARZEA DA SERRA, 1 - CEP: 0 - Bairro: ZONA RURAL - SALOÁ/PERNAMBUCO /BRASIL**

**ESTADO (não presente ao plantão) - Sexo: Desconhecido Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

08/05/2018 12:10





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

**MOTO (VEICULO)**, que estava em posse do(a) Sr(a): **EDINHO BARRA NOVA DA SILVA**

Categoria/Marca/Modelo: **MOTONETA/HONDA/C100** Objeto apreendido: **Não**

Quantidade: **1 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **MDT2722** (SANTA CATARINA/CAMBORIÚ) Renavam: **803216001** Chassi: **9C2HA07163RD48196**

Ano Fabricação/Modelo: **2003/2003** Combustível: **GASOLINA**

## Complemento / Observação

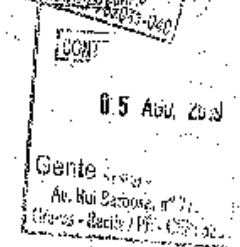
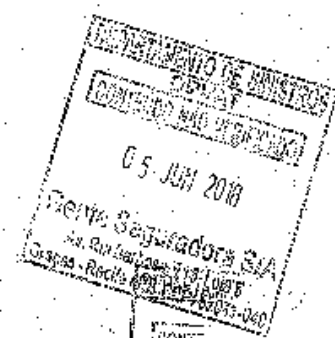
**COMPARECEU A ESTA DELEGACIA DE POLICIA PARA NOTICIAR UM ACIDENTE SOFRIDO QUANDO ESTAVA VOLTANDO PARA SUA RESIDENCIA NA ZONA RURAL DA CIDADE DE SALOÁ/PE. CONTA QUE UM CACHORRO ATRAVESSOU NA FRENTE DO SEU VEICULO, QUANDO ELE TENTOU DESVIAR DO ANIMAL, PERDEU O EQUILIBRIO E CAIU. APÓS ISSO, FOI LEVADO ATÉ O HOSPITAL DA CIDADE, CONFORME DOCUMENTOS APRESENTADOS.**

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

*Edinho Barra Nova da Silva*

**EDINHO BARRA NOVA DA SILVA**  
(VITIMA)

B.O. registrado por: **ANDERSON DA SILVA CABRAL** - Matrícula: **3872998**



08/05/2018 17:10

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

**INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:**

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

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

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

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

Nome Completo da Vítima Edinho Raimundo Nova da Silva CPF da Vítima 390.413.298-14 Data do Acidente 21/06/2018

**REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA**

Nome completo do Representante Legal

Edinho Raimundo Nova da Silva

E-mail Rafaelmipatto@gmail.com

CPF do Representante legal

390.413.298-14

Telefone (DDD)

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

**Assinalar uma das opções abaixo:**

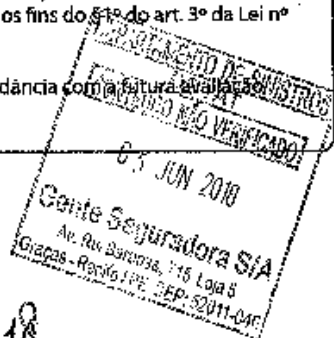
☒ Não há estabelecimento do IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou

☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido.

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

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



Edinho 21 de Junho de 2018  
Local e Data

Edinho Raimundo Nova da Silva

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

001/2017



SUS 89800402555 6229

192

**Serviço de Atendimento Móvel de Urgência**  
**Secretaria de Saúde**  
**FICHA DE ATENDIMENTO**

Nº de Ocorrência  
**100453**

1. Hora de chegada: <b>18:43</b>	2. Chegada ao local: <b>18:50</b>	3. Saída do local: <b>18:58</b>	4. Hora de conclusão: <b>21:00</b>	5. Saída do hospital: <b>21:00</b>
6. Atividade/Procedimento: <b>Atendimento à vítima</b>	7. Data: <b>27/02/2018</b>	8. Tipo de ocorrência: <b>1. URG</b>	9. Tipo de ocorrência: <b>2. URG</b>	10. Tipo de ocorrência: <b>3. URG</b>
11. Origem do atendimento: <b>1. URG</b>	12. Origem do atendimento: <b>2. URG</b>	13. Origem do atendimento: <b>3. URG</b>	14. Origem do atendimento: <b>4. URG</b>	15. Origem do atendimento: <b>5. URG</b>
16. Data de nascimento: <b>25/05/1981</b>	17. Data de nascimento: <b>25/05/1981</b>	18. Data de nascimento: <b>25/05/1981</b>	19. Data de nascimento: <b>25/05/1981</b>	20. Data de nascimento: <b>25/05/1981</b>
21. Local de ocorrência: <b>1. URBANO</b>	22. Local de ocorrência: <b>2. URBANO</b>	23. Local de ocorrência: <b>3. URBANO</b>	24. Local de ocorrência: <b>4. URBANO</b>	25. Local de ocorrência: <b>5. URBANO</b>
26. Local de ocorrência: <b>1. URBANO</b>	27. Local de ocorrência: <b>2. URBANO</b>	28. Local de ocorrência: <b>3. URBANO</b>	29. Local de ocorrência: <b>4. URBANO</b>	30. Local de ocorrência: <b>5. URBANO</b>
31. Local de ocorrência: <b>1. URBANO</b>	32. Local de ocorrência: <b>2. URBANO</b>	33. Local de ocorrência: <b>3. URBANO</b>	34. Local de ocorrência: <b>4. URBANO</b>	35. Local de ocorrência: <b>5. URBANO</b>
36. Local de ocorrência: <b>1. URBANO</b>	37. Local de ocorrência: <b>2. URBANO</b>	38. Local de ocorrência: <b>3. URBANO</b>	39. Local de ocorrência: <b>4. URBANO</b>	40. Local de ocorrência: <b>5. URBANO</b>
41. Local de ocorrência: <b>1. URBANO</b>	42. Local de ocorrência: <b>2. URBANO</b>	43. Local de ocorrência: <b>3. URBANO</b>	44. Local de ocorrência: <b>4. URBANO</b>	45. Local de ocorrência: <b>5. URBANO</b>
46. Local de ocorrência: <b>1. URBANO</b>	47. Local de ocorrência: <b>2. URBANO</b>	48. Local de ocorrência: <b>3. URBANO</b>	49. Local de ocorrência: <b>4. URBANO</b>	50. Local de ocorrência: <b>5. URBANO</b>
51. Local de ocorrência: <b>1. URBANO</b>	52. Local de ocorrência: <b>2. URBANO</b>	53. Local de ocorrência: <b>3. URBANO</b>	54. Local de ocorrência: <b>4. URBANO</b>	55. Local de ocorrência: <b>5. URBANO</b>
56. Local de ocorrência: <b>1. URBANO</b>	57. Local de ocorrência: <b>2. URBANO</b>	58. Local de ocorrência: <b>3. URBANO</b>	59. Local de ocorrência: <b>4. URBANO</b>	60. Local de ocorrência: <b>5. URBANO</b>
61. Local de ocorrência: <b>1. URBANO</b>	62. Local de ocorrência: <b>2. URBANO</b>	63. Local de ocorrência: <b>3. URBANO</b>	64. Local de ocorrência: <b>4. URBANO</b>	65. Local de ocorrência: <b>5. URBANO</b>
66. Local de ocorrência: <b>1. URBANO</b>	67. Local de ocorrência: <b>2. URBANO</b>	68. Local de ocorrência: <b>3. URBANO</b>	69. Local de ocorrência: <b>4. URBANO</b>	70. Local de ocorrência: <b>5. URBANO</b>
71. Local de ocorrência: <b>1. URBANO</b>	72. Local de ocorrência: <b>2. URBANO</b>	73. Local de ocorrência: <b>3. URBANO</b>	74. Local de ocorrência: <b>4. URBANO</b>	75. Local de ocorrência: <b>5. URBANO</b>
76. Local de ocorrência: <b>1. URBANO</b>	77. Local de ocorrência: <b>2. URBANO</b>	78. Local de ocorrência: <b>3. URBANO</b>	79. Local de ocorrência: <b>4. URBANO</b>	80. Local de ocorrência: <b>5. URBANO</b>
81. Local de ocorrência: <b>1. URBANO</b>	82. Local de ocorrência: <b>2. URBANO</b>	83. Local de ocorrência: <b>3. URBANO</b>	84. Local de ocorrência: <b>4. URBANO</b>	85. Local de ocorrência: <b>5. URBANO</b>
86. Local de ocorrência: <b>1. URBANO</b>	87. Local de ocorrência: <b>2. URBANO</b>	88. Local de ocorrência: <b>3. URBANO</b>	89. Local de ocorrência: <b>4. URBANO</b>	90. Local de ocorrência: <b>5. URBANO</b>
91. Local de ocorrência: <b>1. URBANO</b>	92. Local de ocorrência: <b>2. URBANO</b>	93. Local de ocorrência: <b>3. URBANO</b>	94. Local de ocorrência: <b>4. URBANO</b>	95. Local de ocorrência: <b>5. URBANO</b>
96. Local de ocorrência: <b>1. URBANO</b>	97. Local de ocorrência: <b>2. URBANO</b>	98. Local de ocorrência: <b>3. URBANO</b>	99. Local de ocorrência: <b>4. URBANO</b>	100. Local de ocorrência: <b>5. URBANO</b>

**DEPARTAMENTO DE SEGURANÇA**  
**CONTINHO NÃO VERIFICADO**  
**01 JUN 2018**  
**Genie Seguradora S/A**  
**Av. Brasil, 115 - Loja 5**  
**Recife/PE - CEP: 50014-000**



Antecedente de Energia Elétrica - Cópia nº 1 de 10/08/2020 10:20:07  
Obriga-se a pagar a taxa de energia elétrica em 10 dias após a data de emissão desta conta.  
A taxa de energia elétrica é de R\$ 1,00 por kWh consumido.  
O valor da taxa de energia elétrica é de R\$ 1,00 por kWh consumido.  
O valor da taxa de energia elétrica é de R\$ 1,00 por kWh consumido.

DATA DE EMISSÃO: 10/08/2020

CHUVA: 24,4 mm

CPF: 000.000.000-00

ENDEREÇO: RUA DE ABRIL  
SALGADO  
05050-000

COMUNICAÇÃO  
A REDE DE ABASTECIMENTO

7020405504 002010

PERÍODO DE FATORAÇÃO: 01/08/2020

13/08/2020 06:02:00

CONSUMO DE ENERGIA ELÉTRICA

06:02

Consumo (kWh)

Consumo (kWh)

Consumo (kWh)

Consumo (kWh)

Consumo (kWh)

Consumo (kWh)

Consumo (kWh)

Consumo (kWh)

Consumo (kWh)

Consumo (kWh)

Consumo (kWh)

Consumo (kWh)

Consumo (kWh)

Consumo (kWh)

Consumo (kWh)

Consumo (kWh)

Consumo (kWh)

Consumo (kWh)

Consumo (kWh)

Consumo (kWh)

Consumo (kWh)

Consumo (kWh)

Consumo (kWh)

Consumo (kWh)

Consumo (kWh)

Consumo (kWh)

Consumo (kWh)

Consumo (kWh)

Consumo (kWh)

Consumo (kWh)

Consumo (kWh)

Consumo (kWh)

Consumo (kWh)

Consumo (kWh)

Consumo (kWh)

Consumo (kWh)

Consumo (kWh)

Consumo (kWh)

Consumo (kWh)

Consumo (kWh)

Consumo (kWh)

Consumo (kWh)

Consumo (kWh)

Consumo (kWh)

Consumo (kWh)

Consumo (kWh)

Consumo (kWh)

Consumo (kWh)

Consumo (kWh)

Consumo (kWh)

Consumo (kWh)

Consumo (kWh)

Consumo (kWh)

Consumo (kWh)

Consumo (kWh)

Consumo (kWh)

Consumo (kWh)

Consumo (kWh)

Consumo (kWh)

Consumo (kWh)

Consumo (kWh)

Consumo (kWh)

Consumo (kWh)

Consumo (kWh)

Consumo (kWh)

Consumo (kWh)

Consumo (kWh)

Consumo (kWh)

Consumo (kWh)

Consumo (kWh)

Consumo (kWh)

Consumo (kWh)

Consumo (kWh)

Consumo (kWh)

Consumo (kWh)

Consumo (kWh)

Consumo (kWh)

Consumo (kWh)

Consumo (kWh)

Consumo (kWh)

Consumo (kWh)

Consumo (kWh)

Consumo (kWh)

Consumo (kWh)

Consumo (kWh)

Consumo (kWh)

Consumo (kWh)

Consumo (kWh)

Consumo (kWh)

Consumo (kWh)

Consumo (kWh)

Consumo (kWh)

Consumo (kWh)

Consumo (kWh)

Consumo (kWh)

Consumo (kWh)

Consumo (kWh)

Consumo (kWh)

Consumo (kWh)

Consumo (kWh)

Consumo (kWh)

Consumo (kWh)

Consumo (kWh)

Consumo (kWh)

Consumo (kWh)

Consumo (kWh)

Consumo (kWh)

Consumo (kWh)

Consumo (kWh)

Consumo (kWh)

Consumo (kWh)

Consumo (kWh)

Consumo (kWh)

Consumo (kWh)

Consumo (kWh)

Consumo (kWh)

Consumo (kWh)

Consumo (kWh)

Consumo (kWh)

Consumo (kWh)

Consumo (kWh)

Consumo (kWh)

Consumo (kWh)

Consumo (kWh)

Consumo (kWh)

Consumo (kWh)

Consumo (kWh)

Consumo (kWh)

Consumo (kWh)

Consumo (kWh)

Consumo (kWh)

Consumo (kWh)

Consumo (kWh)

Consumo (kWh)

Consumo (kWh)

Consumo (kWh)


Consumo (kWh)

Consumo (kWh)

05 AGO. 2020

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 13/08/2020 10:20:07

Num. 66242470 - Pág. 11

<b>NOTA FISCAL   FATURA   CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA    2ª VIA</b>	
<b>COMPANHIA ENERGÉTICA DE PERNAMBUCO</b> AV. JOÃO DE BARROS, 111, BOA VISTA, RECIFE, PERNAMBUCO CEP 50050-902 CNPJ 10.935.932/0001-05 INSCRIÇÃO ESTADUAL 0005343-93	<div style="text-align: center;">   <b>CELPE</b>  <a href="http://www.celpe.com.br">www.celpe.com.br</a> </div> <div style="text-align: right; padding-top: 20px;"> <b>Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de 26/04/02</b>  <b>COMERCIAL 116   PRONTIDÃO 116</b>  <b>Atendimento ao deficiente auditivo ou de fala: 0800 201 0142</b>  <b>Ouvidoria 0800 202 5533</b>  <b>Agência de Regulação dos Serviços Públicos Delegados do Estado de Pernambuco-ARPE: 0800-727-0167-4.Ligação Gratuita de Telefones Fixos</b>  <b>Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL</b>  <b>167-Ligação Gratuita de telefones Exos e móveis</b> </div>

<b>DADOS DO CLIENTE</b> <b>ERALDO MORAES DE SENA</b> CPF: 135.539.134-08	<b>DATA DE VENCIMENTO</b> <b>19/07/2019</b> <b>TOTAL A PAGAR (R\$)</b> <b>0,00</b>	<b>DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL</b> <b>09/07/2019</b> <b>DATA DA APRESENTAÇÃO</b> <b>12/07/2019</b> <b>NÚMERO DA NOTA FISCAL</b> <b>068528159</b>	<b>CONTA CONTRATO</b> <b>002792344014</b> <b>Nº DO CLIENTE</b> <b>2801028378</b> <b>Nº DA INSTALAÇÃO</b> <b>0002025278</b>
<b>ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA</b> <b>AV MIN MARCOS FREIRE 3281 AP-202</b> <b>CASA CANADAIOLINDA</b> <b>59130-040 OLINDA PE</b>	<b>CLASSIFICAÇÃO</b> <b>R1 RESIDENCIAL - RESIDENCIAL</b> <b>Trêsleito</b> <b>RESERVADO AO FISCO</b> <b>96E3.72E8.58F7.9050.74CD.C3B9.97FC.F330</b>		
As condições gerais de fornecimento (Resolução AREEL 414/2010), tarifas, créditos, serviços prestados e tributos se encontram à disposição, para consulta em nossas unidades de atendimento e no site <a href="http://www.celpa.com.br">www.celpa.com.br</a>			

[illegible]

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL									
NÚMERO DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR		ATUAL		QT. DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO kWh
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA				
006000003121835919	CAT	05/05/2019	28.020,00	05/07/2019	28.515,00	30	1,00000	0,00	425,58

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES					
DESCRIÇÃO	CONJUNTO	VALOR APROVADO	MÉD. MENSAL	MÉD. TRIM.	MÉD. ANUAL
MAI/2019					
SIC-Nóde fixado sem Energia	QUINDA	0,00	4,63	0,67	19,34
FIE-Muito valores sem Energia		0,00	3,37	0,35	12,70
DIAC-Interrupção súbita de interrupção anormal		0,00	2,69	0,00	0,00
DICI-Desafio de interrupção em alta crítica			Linha DICI: 12,22		
SUSS-Valor do Encargo de Risco = R\$ 425,61					

Todo Consumidor deve colar e apresentar este Indicador em: FIC, OMD e DICI's qualquer que seja.

<b>INFORMAÇÕES IMPORTANTES</b> <p>Pague no ponto mais perto de você! 7dias é descartável e artigos governam cartas da loja cavalante case          loja e comercial fone: 011 3060 1111. Não deixe de pagar a sua dívida. Não deixe de pagar a sua dívida. Não deixe de pagar a sua dívida.          Na data da entrega e entrega em vigor é a Amara. Não deixe de pagar a sua dívida. Não deixe de pagar a sua dívida. Não deixe de pagar a sua dívida.          Consulte ICMS sobre suspensão CDE, conforme Decreto Estadual 28.433/13.          O cliente é responsável quando há violação da continuidade individual ou do nível de tensão de fornecimento.          Paga, em caso de multa 2% (Res 11/04/ANTEL), Juros 15% (Lei 11.430/02) e atualização monetária no grão, não.          O cliente é responsável quando há descumprimento do prazo definido para os padrões de atendimento comercial.</p>												
<b>NÍVEL DE TENSÃO</b> <table> <tr> <th rowspan="2">TENSÃO NOMINAL (V)</th><th colspan="2">LIMITE DE VARIAÇÃO (V)</th></tr> <tr> <th>MÍNIMO</th><th>MÁXIMO</th></tr> <tr> <td>220</td><td>202</td><td>231</td></tr> <tr> <td>380</td><td>350</td><td>399</td></tr> </table>		TENSÃO NOMINAL (V)	LIMITE DE VARIAÇÃO (V)		MÍNIMO	MÁXIMO	220	202	231	380	350	399
TENSÃO NOMINAL (V)	LIMITE DE VARIAÇÃO (V)											
	MÍNIMO	MÁXIMO										
220	202	231										
380	350	399										
<b>AUTENTICAÇÃO MECÂNICA</b>												

CÓDIGO CONTRATO	MESSANO	TOTAL A PAGAR(R\$)	VENCIMENTO	TALÃO DE PAGAMENTO
002792344014	07/2019	0,00	19/07/2019	Evite dobrar, perfurar ou rasurar. Este carnê será usado em feliçora ôlica.

Pagamento através de Débito Automático em Conta Corrente,  
Banco 001-9 Agência 8834

**AUTÊNTICAÇÃO MECÂNICA**

O Débito Automático na Conta Corrente é confortável, muito seguro e você pode suspender o débito até três dias úteis antes do vencimento. Para maiores informações ligue 116

imento.cebs.com.br/NDP\_DCSRUCES\_D~home-neologw-sap.com/servlet/login-neoenergia.com.RFCConversaoServlet?redirefatura=1... 1/1



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

Para mais esclarecimentos, acesse o site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br) ou entre em contato através de um dos números abaixo:

**Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)**  
Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

**INFORMAÇÕES IMPORTANTES**

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

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

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

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

<sup>1</sup> SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS - SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. <sup>2</sup> CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS - COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES SUJEITAS PREVISTAS NA LEI Nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu BRUNO DE MOURA SENA

Inscrito (a) no CPF/CNPJ 060473174 / 48 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

EDINHO BARRA NOVA DA SILVA Inscrito (a) no CPF sob o Nº 390473398 / 27

do sinistro de DPVAT cobertura INVÁLIDOS da vítima EDINHO BARRA NOVA DA SILVA

Inscrito (a) no CPF sob o Nº 390473398 / 27 conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: ADVOGADO Renda: R\$ e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recusa Informar

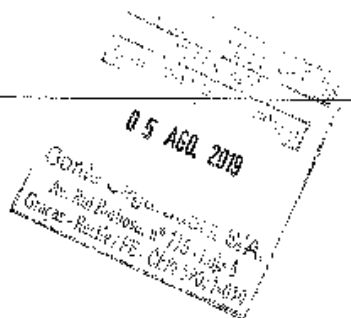
Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço: <u>AV. MIN. MARCOS FALCÃO</u>	Número: <u>3271</u>	Complemento: <u>AP 202</u>
Bairro: <u>CASA CAIADA</u>	Cidade: <u>OCINDO</u>	Estado: <u>PE</u>
E-mail: <u>ADVDIMUNOSENA@GMAIL.COM</u>	CEP: <u>53130-940</u>	Tel. (DDD): <u>87 981521494</u>

Local e Data: SALVA 24/07/2019

Bruno de Moura Sena

Assinatura do Declarante



DLDR.001 V001/2017



### Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Josemilda Maura Maura  
RG nº 8.376.640, data de expedição 31/08/2004  
Órgão SE/DF, portador do CPF nº 101.541.104-50, com  
domicílio na cidade de Salvador, no Estado de  
Pernambuco, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)  
Setor 10000 da Sane, nº 00,  
complemento Carb, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo  
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a  
vítima Edinha Bessa Maura da Silva cujo o condutor era  
Edinha Bessa Maura da Silva  
Veículo: MOTOCICLETA  
Modelo: HONDA/C100 BIZ ES  
Ano: 2002/2003  
Placa: MT 0122  
Chassi: SC2H107103RD46196  
Data do Acidente: 04/04/2018  
Local e Data: Salvador - PE 08/05/2018

*Assinatura do Declarante*

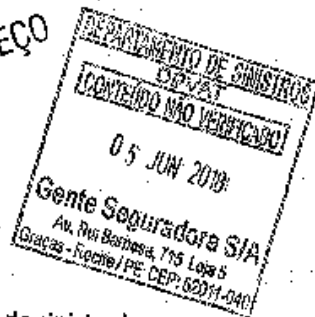
King George Nov 1850

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



Carmina Alves Silva  
Tabeliã

Rua José Florêncio Alves, n. 51, Centro  
~~Santa Fé, Cep: 65050-000~~



SUS 89800402555 6229

192

**Serviço de Atendimento Móvel de Urgência**  
**Secretaria de Saúde**  
**FICHA DE ATENDIMENTO**

Nº de Ocorrência  
**100453**

1. Hora de chegada: <b>18:43</b>	2. Chegada ao local: <b>18:50</b>	3. Saída do local: <b>18:58</b>	4. Hora de conclusão: <b>21:00</b>	5. Saída do hospital: <b>21:00</b>
6. Atividade/Procedimento: <b>Atendimento de emergência</b>	7. Data: <b>27/02/2018</b>	8. Tipo de ocorrência: <b>1. URG</b>	9. Local de ocorrência: <b>1. Via Pública</b>	10. Tipo de atendimento: <b>1. Urgência</b>
11. Origem do atendimento: <b>1. URG</b>	12. Médico responsável: <b>1. URG</b>	13. Enfermeiro: <b>1. URG</b>	14. Data de nascimento: <b>25/05/1985</b>	15. Nome: <b>EDINARA SILVA DA SILVA</b>
16. Sexo: <b>F</b>	17. Idade: <b>32</b>	18. Estado: <b>PR</b>	19. Município: <b>PR</b>	20. Endereço: <b>ESCRITÓRIO AMORIM</b>
21. Zônica: <b>1. URBANA</b>	22. Faturamento: <b>1. URBANA</b>	23. Tipo de atendimento: <b>1. Urgência</b>	24. Tipo de atendimento: <b>1. Urgência</b>	25. Tipo de atendimento: <b>1. Urgência</b>
26. Local de atendimento: <b>1. URBANA</b>	27. Tipo de atendimento: <b>1. Urgência</b>	28. Tipo de atendimento: <b>1. Urgência</b>	29. Tipo de atendimento: <b>1. Urgência</b>	30. Tipo de atendimento: <b>1. Urgência</b>
31. Tipo de atendimento: <b>1. Urgência</b>	32. Tipo de atendimento: <b>1. Urgência</b>	33. Tipo de atendimento: <b>1. Urgência</b>	34. Tipo de atendimento: <b>1. Urgência</b>	35. Tipo de atendimento: <b>1. Urgência</b>
36. Tipo de atendimento: <b>1. Urgência</b>	37. Tipo de atendimento: <b>1. Urgência</b>	38. Tipo de atendimento: <b>1. Urgência</b>	39. Tipo de atendimento: <b>1. Urgência</b>	40. Tipo de atendimento: <b>1. Urgência</b>
41. Tipo de atendimento: <b>1. Urgência</b>	42. Tipo de atendimento: <b>1. Urgência</b>	43. Tipo de atendimento: <b>1. Urgência</b>	44. Tipo de atendimento: <b>1. Urgência</b>	45. Tipo de atendimento: <b>1. Urgência</b>
46. Tipo de atendimento: <b>1. Urgência</b>	47. Tipo de atendimento: <b>1. Urgência</b>	48. Tipo de atendimento: <b>1. Urgência</b>	49. Tipo de atendimento: <b>1. Urgência</b>	50. Tipo de atendimento: <b>1. Urgência</b>
51. Tipo de atendimento: <b>1. Urgência</b>	52. Tipo de atendimento: <b>1. Urgência</b>	53. Tipo de atendimento: <b>1. Urgência</b>	54. Tipo de atendimento: <b>1. Urgência</b>	55. Tipo de atendimento: <b>1. Urgência</b>
56. Tipo de atendimento: <b>1. Urgência</b>	57. Tipo de atendimento: <b>1. Urgência</b>	58. Tipo de atendimento: <b>1. Urgência</b>	59. Tipo de atendimento: <b>1. Urgência</b>	60. Tipo de atendimento: <b>1. Urgência</b>
61. Tipo de atendimento: <b>1. Urgência</b>	62. Tipo de atendimento: <b>1. Urgência</b>	63. Tipo de atendimento: <b>1. Urgência</b>	64. Tipo de atendimento: <b>1. Urgência</b>	65. Tipo de atendimento: <b>1. Urgência</b>
66. Tipo de atendimento: <b>1. Urgência</b>	67. Tipo de atendimento: <b>1. Urgência</b>	68. Tipo de atendimento: <b>1. Urgência</b>	69. Tipo de atendimento: <b>1. Urgência</b>	70. Tipo de atendimento: <b>1. Urgência</b>
71. Tipo de atendimento: <b>1. Urgência</b>	72. Tipo de atendimento: <b>1. Urgência</b>	73. Tipo de atendimento: <b>1. Urgência</b>	74. Tipo de atendimento: <b>1. Urgência</b>	75. Tipo de atendimento: <b>1. Urgência</b>
76. Tipo de atendimento: <b>1. Urgência</b>	77. Tipo de atendimento: <b>1. Urgência</b>	78. Tipo de atendimento: <b>1. Urgência</b>	79. Tipo de atendimento: <b>1. Urgência</b>	80. Tipo de atendimento: <b>1. Urgência</b>
81. Tipo de atendimento: <b>1. Urgência</b>	82. Tipo de atendimento: <b>1. Urgência</b>	83. Tipo de atendimento: <b>1. Urgência</b>	84. Tipo de atendimento: <b>1. Urgência</b>	85. Tipo de atendimento: <b>1. Urgência</b>
86. Tipo de atendimento: <b>1. Urgência</b>	87. Tipo de atendimento: <b>1. Urgência</b>	88. Tipo de atendimento: <b>1. Urgência</b>	89. Tipo de atendimento: <b>1. Urgência</b>	90. Tipo de atendimento: <b>1. Urgência</b>
91. Tipo de atendimento: <b>1. Urgência</b>	92. Tipo de atendimento: <b>1. Urgência</b>	93. Tipo de atendimento: <b>1. Urgência</b>	94. Tipo de atendimento: <b>1. Urgência</b>	95. Tipo de atendimento: <b>1. Urgência</b>
96. Tipo de atendimento: <b>1. Urgência</b>	97. Tipo de atendimento: <b>1. Urgência</b>	98. Tipo de atendimento: <b>1. Urgência</b>	99. Tipo de atendimento: <b>1. Urgência</b>	100. Tipo de atendimento: <b>1. Urgência</b>

**DEPARTAMENTO DE SEGURANÇA**  
**CONTINUAÇÃO DO VERIFICADO**  
**01 JUN 2018**  
**Genie Seguradora S/A**  
**Av. Brasil, 115 - Loja 5**  
**Recife/PE - CEP: 50014-000**





SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
HOSPITAL REGIONAL DOM MOURA - GARANHUNS/PE  
SETOR DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA



CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

FICHA DE ATENDIMENTO DE ENFERMAGEM

CLASSIFICAÇÃO:	VERMELHO	AMARELO	VERDE	AZUL
Nome:	Celenice Bona Nova da Silva			Idade: 32
Situação/Queixa:	Produtos de Motos + Alcoolização			

PROCEDÊNCIA

RESIDÊNCIA	VIA PÚBLICA	TRABALHO	UNIDADE DE SAÚDE:
Doenças Preexistentes:			
Medicações em uso:			
INTOLERÂNCIA/ALERGIAS			

PARÂMETROS

PA: 160/100	P:	R:	T:	SpO2:	HGT:	Peso:	Glasgow:
-------------	----	----	----	-------	------	-------	----------

RÉGUA DE DOR

LEVE	MODERADA	GRAVE
------	----------	-------

ACIDENTE DE TRABALHO ☐ SIM ☒ NÃO

Consciente	Orientado	Desorientado	Ansioso	Calm
Agitado	Torporoso	Comatoso	Não atende voz de comando	

Ritmo Sinusal	Palpitações	Taquicardia	Bradicardia
Dispneias aos esforços	Dispneia de repouso	Dispneia de noturna	Cianose
Palidez	Sudorese		

DOR TORÁXICA

INTENSA	MODERADA	
---------	----------	--

Duração da dor:

Localização:

IRRADIAÇÃO DA DOR

Braço E	Braço D	Escápula	Mandíbula	Tórax posterior	Abdôme
---------	---------	----------	-----------	-----------------	--------

DOR PRESENTE

EM REPOUSO	AOS ESFORÇOS	QUANDO RESPIRA
------------	--------------	----------------

Fluxograma:

João Antão + Amélia

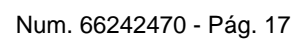
Data:

27/10/2018

Assinatura/Carimbo

Assinatura/Carimbo



[illegible][illegible]



HOSPITAL REGIONAL DOM MOURA  
SIMOA GOMES, HELIOPOLIS, Garanhuns - PE  
CEP: 55296-250, Fone: (87) 3761-8100

### FICHA DE ATENDIMENTO

Número do Registro: 35005	Data e Hora do Atendimento: 27/02/2018 às 19:48:15	Procedimento Local: Prontuário Integrado	Local de Entrada: CLINICA ORTOPEDICA
---------------------------	--	--	--------------------------------------

#### Informações prestada pelo paciente ou acompanhante:

Paciente: 000087306 - EDINHO BARRA NOVA DA SILVA			
US: 89800402556229	Nascimento: 25/05/1986	Idade: 31 anos	Sexo: Masculino Cor:
Estado Civil: Casado(a)	Profissão: AGRICULTOR	Naturalidade: SALOÁ	Nacionalidade: Brasileiro
Documento: 3 - 8184593	Filiação: Pai: LUIZ LEITE DA SILVA Mãe: MARIA BARRA NOVA DA SILVA		
Endereço (Av., Rua, etc): SÍTIO LAGUINHA, Nº.		Complemento:	
Bairro: ZONA RURAL		Cidade: Saloá	UF: PE Telefone:
Acompanhante:			
Ocorrência: Acidente de trabalho: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>			
Ocorrência: Saloá Meio de Transporte:			

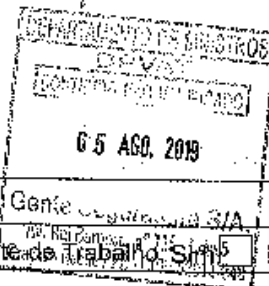
#### Atendimento Médico:

Atendimento: /	Hora: /	Médico: /	CRM: /
----------------	---------	-----------	--------

Exatidão Principal:

A:

*Dor e dificuldade @ após queda de moto*



#### História do Trauma:

Estado da Consciência: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Episódio Emético: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Acidente de Trabalho: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
Estado de Trânsito: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Tipo:	
Estado: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Tipo:	Motorista <input type="checkbox"/> Passageiro <input type="checkbox"/>
Opelamento: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Local do Impacto:	
Estado de Ferimento: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Tipo:	Sofreu Queda: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Altura: m
Almadura: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Por:	Transporte realizado por:
Condições de imobilização adequada: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Por que:	

#### Exame físico:

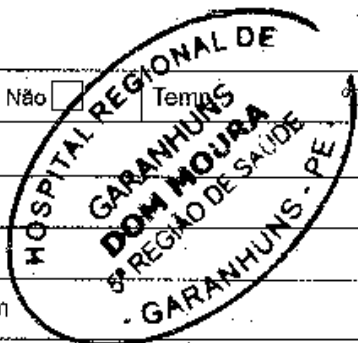
Geral:	Via aérea está pervia: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	O paciente fala: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Temperatura:
--------	--	--	--------------

#### Respiratório

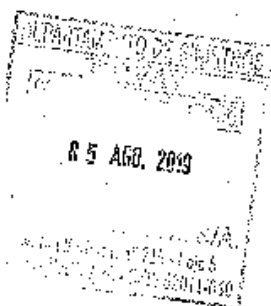
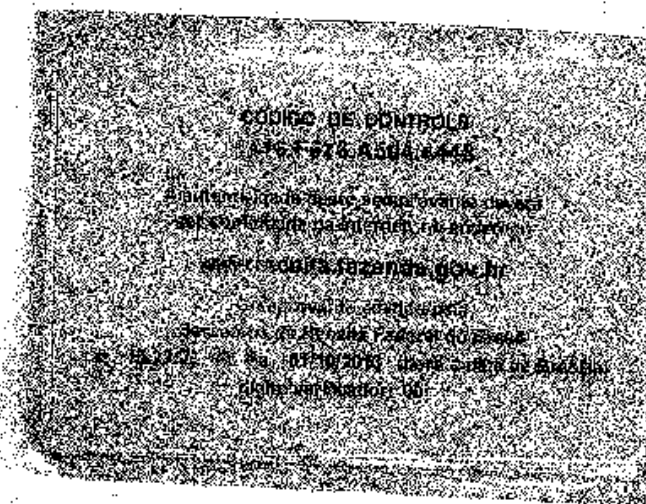
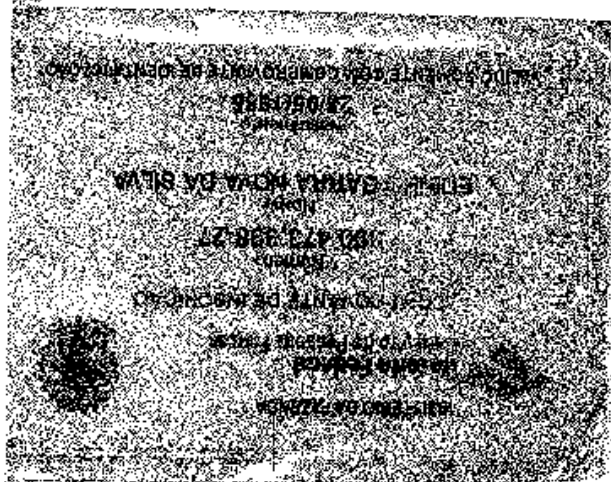
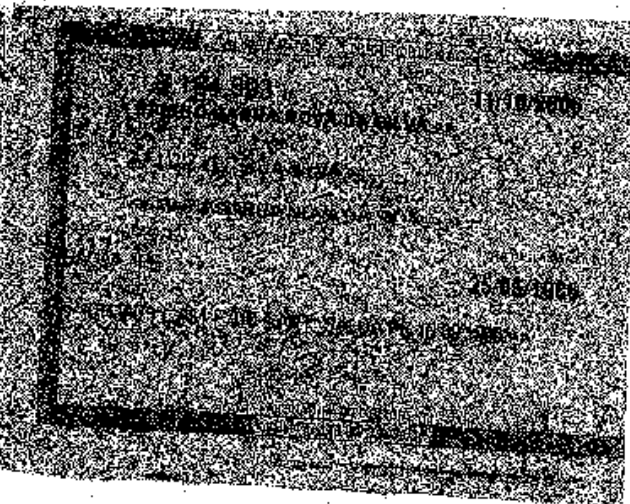
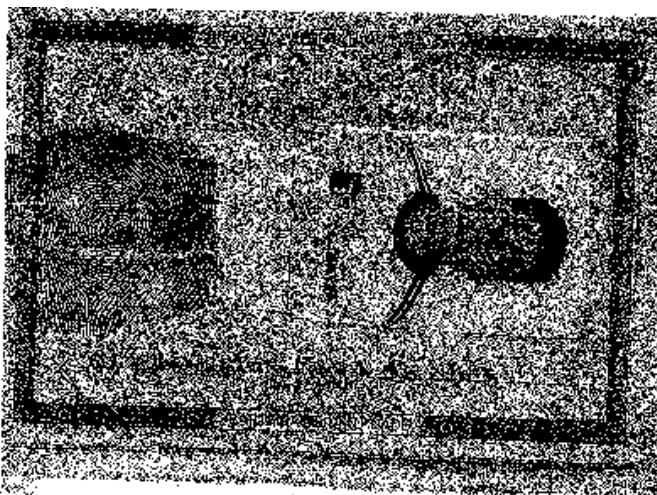
Circulatório	PA: x mm Hg	Pulso: bpm
--------------	-------------	------------

Exame Neurológico	Deficiência motora: MSD <input type="checkbox"/> MSE <input type="checkbox"/> MID <input type="checkbox"/> MIE <input type="checkbox"/>	Pupilas: Isocóricas <input type="checkbox"/> Anisocóricas <input type="checkbox"/>
-------------------	---	--

Glasgow: Abertura Ocular	Glasgow: Resposta Verbal	Glasgow: Resposta Motora
Score: /	Score: /	Score: /







## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190461916 **Cidade:** Saloá **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** EDINHO BARRA NOVA DA SILVA **Data do acidente:** 27/02/2018 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

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

**Data da análise:** 06/08/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DA CLAVÍCULA DIREITA.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.

#### Sequelas permanentes:

**Sequelas:** Sem sequela

**Documento/Motivo:** Recusa – Sem Sequelas (Evolução Sem Sequela Permanente)

**Nome do documento  
faltante:**

**Apontamento do Laudo  
do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das  
sequelas:**

**Documentos  
complementares:**

**Observações:** DOC PÁG. 05 // CONFORME DOCUMENTO MÉDICO APRESENTADO NA PÁGINA 05, 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 %	R\$ 0,00



## PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0264664/19

**Vítima:** EDINHO BARRA NOVA DA SILVA

**CPF:** 390.473.398-27

**Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

**Data do acidente:** 27/02/2018

**Titular do CPF:** EDINHO BARRA NOVA DA SILVA

**CPF de:** Próprio

### DOCUMENTOS ENTREGUES

#### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Comprovação de registro de acidente declarado  
Declaração de Inexistência de IML  
Declaração do Proprietário do Veículo  
Documentação médico-hospitalar  
Documentos de identificação  
DUT

#### BRUNO DE ARAUJO SENA : 060.473.174-48

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

#### EDINHO BARRA NOVA DA SILVA : 390.473.398-27

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

### ATENÇÃO

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

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

Documentação recebida sem conferência.

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

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

#### Portador da documentação entregue

Data da entrega: 05/08/2019  
Nome: BRUNO DE ARAUJO SENA  
CPF: 060.473.174-48

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 05/08/2019  
Nome: Isabelly Antonia dos Santos Ursulino  
CPF: 106.719.384-79

BRUNO DE ARAUJO SENA

Isabelly Antonia dos Santos Ursulino

