



Número: **0021136-21.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção A da 25ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **01/05/2020**

Valor da causa: **R\$ 12.656,25**

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	
MAURICIO BEZERRA DA SILVA (AUTOR)		ANA CRISTINA ALEIXO PEREIRA SANTOS (ADVOGADO) sharon Stéphanie Lins Barros (ADVOGADO)	
MAPFRE VERA CRUZ SEGURADORA S/A (REU)			
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
66514 766	18/08/2020 15:26	<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, 17 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190589346

Vítima: MAURICIO BEZERRA DA SILVA

Data do Acidente: 24/02/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOELMA FRANCISCA DE AMORIM SILVA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), MAURICIO BEZERRA 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,

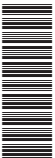
**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

Carta nº 14977652

Pag. 01319/01320 - carta\_01 - INVALIDEZ

00020660





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, 01 de Novembro de 2019**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190589346**

**Vítima: MAURICIO BEZERRA DA SILVA**

**Data do Acidente: 24/02/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: JOELMA FRANCISCA DE AMORIM SILVA**

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a), MAURICIO BEZERRA DA SILVA**

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 843,75

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos ombros  
25%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 25%) 6,25%

Valor a indenizar: 6,25% x 13.500,00 = R\$ 843,75

Recebedor: **MAURICIO BEZERRA DA SILVA**

Valor: **R\$ 843,75**

Banco: **001**

Agência: **000004012-6**

Conta: **0000017491-2**

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](http://www.seguradoralider.com.br/recomeco).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você





## PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL:	CPF da vítima: 024.918.784-10	Nome completo da vítima: Maurício Bezerra da Silva
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012		
Nome completo: Maurício Bezerra da Silva	CPF: 024.918.784-10	
Profissão: Receipeiro	Endereço: R. Dom Augusto de Lencastre 306	Número: 306 Complemento:
Bairro: Centro	Cidade: São Joaquim do Monte	Estado: PE
E-mail:	CEP: 55670-000	Tel. (DDD): 8192.9258-3087

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

RENDA 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

☐ 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: Brasil

AGÊNCIA:   CONTA:    
(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: 4042  CONTA: 17491   
(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 LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT 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 ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ 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 nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 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.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data: São Joaquim do Monte 04/10/2019  
Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_

(\*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

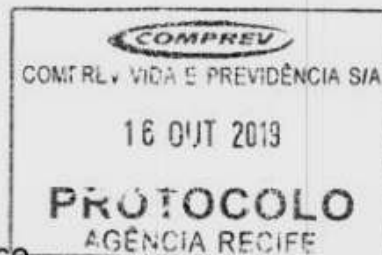
Assinatura do Procurador (se houver)

#### TESTEMUNHAS

1ª Nome: _____	CPF: _____
COMPREV	
COMITÊ DE VIDA E PREVIDÊNCIA S/A	
Assinatura	
2ª Nome: 16 OUT 2019	CPF: _____
PROTOCOLO	
Assinatura	
AGÊNCIA RECIFE	

(\*) 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-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

FPS.001 V001/2018



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO  
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 097ª CIRCUNSCRIÇÃO - SÃO JOAQUIM DO MONTE -  
DP97ªCIRC DINTER1/14ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **19E0187000553**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **30/07/2019** às **15:54**

**ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado)** que aconteceu no dia **24/2/2019** no período da **Madrugada**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICIPIO DE SAO JOAQUIM DO MONTE, 01, RODOVIA PE 112, SITIO SÃO DOMINGOS - Bairro: CENTRO - SAO JOAQUIM DO MONTE/PERNAMBUCO/BRASIL -**  
Ponto de Referência: **PROXIMO A ESCOLA SANTA INÊS**  
Local do Fato: **RODOVIA ESTADUAL**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

//// ( AUTOR \ AGENTE )  
MAURICIO BEZERRA DA SILVA ( VITIMA )

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

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

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

**MAURICIO BEZERRA DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: MARINA MARIA DE MORÃES Pai: NÃO DECLARADO Data de Nascimento: 19/10/1972 Naturalidade: CARUARU / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 4321491/SSP/PE (RG). 02491878410 (CPF) Estado Civil: CASADO(A) Profissão: AGRICULTOR(A) Endereço Residencial: RUA JOSE VIEIRA DE MELO, 92 - CEP: 0 - Bairro: CENTRO - SAO JOAQUIM DO MONTE/PERNAMBUCO/BRASIL.**

//// - Ramo de Atividade: **NAO INFORMADO**

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

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

**MOTOCICLETA (VEICULO)**, que estava em posse do(a) Sr(a): **MAURICIO BEZERRA DA SILVA**  
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 150 FAN ESI** Objeto apreendido: **Não**  
Cor: **PRETA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PFG0347** (PERNAMBUCO/BONITO) Renavam: **395262534** Chassi: **9C2KC1670BR598054**  
Ano Fabricação/Modelo: **2011/2011** Combustível: **ALCO/GASOL**  
Descrição: **PROPRIETARIO: JOSE ILDO DA SILVA**

Complemento / Observação



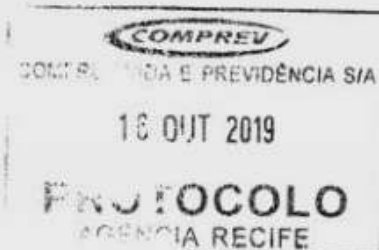
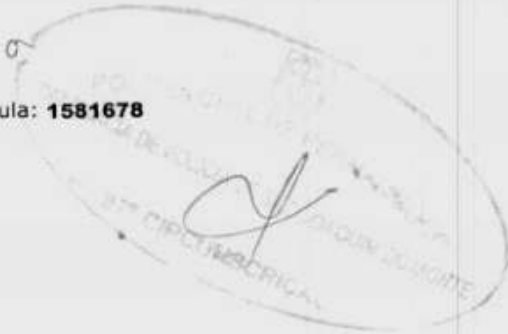
COMPARECEU A ESTA DELEGACIA O SENHOR MAURICIO BEZERRA DA SILVA O QUAL NA QUALIDADE DE VITIMA PASSOU A DECLARAR QUE NA DATA E HORARIO ACIMA DESCRITO CONDUZIA A MOTOCICLETA EM QUESTÃO PELA RODOVIA PE 112, SENDO ESTA CIDADE, QUANDO NO TRAJETO, MAS PRECISAMENTE NA LOMBADA DO COLEGIO SANTA INÊS A VITIMA PERDEU O CONTROLE DA MOTOCICLETA E CAIU AS MARGENS DA RODOVIA, SENDO ELE SOCORRIDO POR UM RAPAZ QUE PASSAVA PELO LOCAL, E QUE FOI LEVADO PARA A UNIDADE MISTA PRESIDENTE CASTELO BRANCO, ONDE RECEBEU ATENDIMENTOS MEDICOS SENDO TRANSFERIDO PARA O HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE NA CIDADE DE CARUARU - PE, FICANDO INTERNADO E POSTERIORMENTE A VITIMA FOI TRANSFERIDO PARA O HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO NA CIDADE DO RECIFE - PE, ONDE FICOU INTERNADO, NADA MAIS DIGNO DE REGISTRO.

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

**MAURICIO BEZERRA DA SILVA**  
(VITIMA)

*Mauricio Bezerra da Silva*

B.O. registrado por: **CICERO ABILIO DE ALMEIDA** - Matrícula: **1581678**



30/07/2019 15:44





## PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL:	CPF da vítima: 024.918.784-10	Nome completo da vítima: Maurício Bezerra da Silva
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012		
Nome completo: Maurício Bezerra da Silva	CPF: 024.918.784-10	
Profissão: Receipeiro	Endereço: R. Dom Augusto de Lencastre 306	Número: 306
Bairro: Centro	Cidade: São Joaquim do Monte	Estado: PE
E-mail:	CEP: 55670-000	Tel. (DDD): 819.9258-3087

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

RENDA 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

☐ 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: Brasil

AGÊNCIA:   CONTA:    
(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: 4042 6 CONTA: 17491 2  
(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 LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinale 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 ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ 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 nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 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.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data: São Joaquim do Monte 04/10/2019  
Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_

(\*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

#### TESTEMUNHAS

1ª Nome: _____	CPF: _____
COMPROVAÇÃO DE VIDA E PREVIDÊNCIA S/A	
Assinatura	
2ª Nome: 16 OUT 2019	CPF: _____
PROTOCOLO	
Assinatura	
AGÊNCIA RECIFE	

(\*) 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-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

FPS.001 V001/2018

# BANCO DO BRASIL

## COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

---

---

DATA DA TRANSFERENCIA:	28/10/2019
------------------------	------------

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

VALOR TOTAL:	843,75
--------------	--------

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

CLIENTE: MAURICIO BEZERRA DA SILVA

BANCO: 001

AGÊNCIA: 04012-6

CONTA: 000000017491-2

---

---

Nr. da Autenticação 42A3DC0DF994DDAF





AVENIDA CRUZ CABUGA - NUM. 1387 - SANTO AMARO RECIFE PE  
CEP: 50040-000. Fone: (081) 0800 081 0195  
Inscrição Estadual: 18.1.001.0014398-2  
CNPJ: 09.769.035/0001-64  
Qualidade da Água: www.compesa.com.br

Nº Documento: 20190722692321

Escritório: SAO JOAQUIM DO MONTE

**FATURA MENSAL DE ÁGUA E ESGOTO**

TAGUA DO CLIENTE

JOELMA FRANCISCA AMORIM

R DOM AUGUSTO DE CARVALHO, N. 00106 - CENTRO SAO JOAQUIM DO MONTE PE 55670-000

INSCRIÇÃO: 133.820.054.0000.310

GRUPO: 14

OPÇÃO DES. AUTOMÁTICO: 02269232.1

INDICADOR

ENDEREÇO PARA ENTREGA

SITUAÇÃO ÁGUA  
LIGADO

SITUAÇÃO ESGOTO  
POTENCIAL

RESIDENCIAL

QUANTIDADE DE BENSIMILAS  
COMUNICAR

INDUSTRIAL

VEICULO

CONSUMIDOR

DATA LEIT. ANTERIOR

DATA LEIT. ATUAL

TIPO DE CONSUMIDOR

ESTIMADO /

ÁGUA

LEIT. ANT.: 784

LEIT. ATUAL: 786

LEIT. FAT.: 786

CONSUMO: 2

ESGOTO

LEIT. ANT.: 0

LEIT. ATUAL:

LEIT. FAT.: 0

VOLUME: 0

**HISTÓRICO DE CONSUMO**  
REFERÊNCIA/CONSUMO

06/2019 6/

05/2019 6/

04/2019 6/

03/2019 6/

02/2019 7/

01/2019 5/

MÉDIA 6/ 0

A

A

A

A

A

A

A

**PARÂMETROS**

PARÂMETROS	NÚMEROS DE AMOSTRAS		
	EXIG. PELA PORT. MS 2.914/11	ANÁLISES REALIZADAS	ATENDIMENTO A LEGISLAÇÃO
TURBIDEZ	28	19	19
COR APARENTE	28	19	19
CEURO RESIDUAL	28	19	19
COLIFORMES TOTAIS	28	19	19
E.Coli	28	19	19

OBSERVAÇÕES: (1) COLIFORMES TOTAIS AUSÊNCIA EM 95% DAS AMOSTRAS EXAMINADAS.  
(2) OS PARÂMETROS COLIFORMES TOTAIS, ESCHERICHIA COLI E CEURO RESIDUAL SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES SANITÁRIAS DA ÁGUA.  
(3) OS PARÂMETROS COR E TURBIDEZ SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES ASSOCIADAS AO ASPECTO VISUAL DA ÁGUA.

**DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS E TARIFAS**

ÁGUA

RESIDENCIAL 001 UNIDADE

CONSUMO DE ÁGUA

MULTA P/IMPONTUALIDADE

JUROS DE MORA

06/2019

06/2019 05/2019

**CONSUMO POR FAIXA**

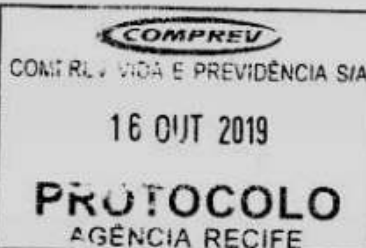
2 M3

**VALOR R\$**

41,30

0,82

0,28



PARÂMETRO	VALOR	POTENCIAL (%)	VALOR DO SERVIÇO
PIS	41,30	1,65	0,68
COFINS	41,30	7,60	3,14

VENCIMENTO: 20/08/2019

TOTAL A PAGAR: 42,40

Emitido por: INTERNET

Emitido em: 04/09/2019



ATENDIMENTO: 0800-0810195

VAZAMENTOS: 0800-0810185

**Arpe** Agência de Regulação de Pernambuco

0800-2813844

MATRÍCULA:

02269232.1

07/2019-3

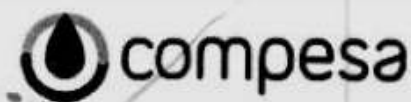
VENCIMENTO: 20/08/2019

TOTAL A PAGAR: 42,40

VIA COMPESA

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA





AVENIDA CRUZ CARUGA - NUM. 1387 - SANTO AMARO RECIFE PE  
CEP: 50040-000. Fone: (081) 0800 081 0195  
Inscrição Estadual: 18.1.001.0014398-2  
CNPJ: 09.769.035/0001-64  
Qualidade da Água: www.compesa.com.br

Nº Documento: 20190722692321

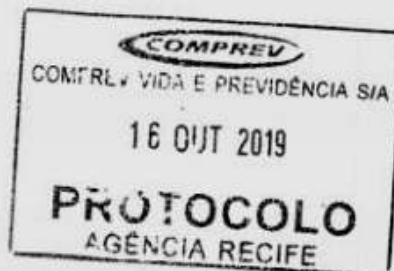
Escritório: SAO JOAQUIM DO MONTE

FATURA MENSAL DE ÁGUA E ESGOTO

DADOS DO CLIENTE		MÊS/ANO:	
JOELMA FRANCISCA AMORIM R DOM AUGUSTO DE CARVALHO, N. 00106 - CENTRO SAO JOAQUIM DO MONTE PE 55670-000		02269232.1 07/2019-3	
INSCRIÇÃO: 133.820.054.0000.310		OPÇÃO DES. AUTOMÁTICO: 02269232.1	
RESPONSÁVEL: ENFERMEIRO-ELZA SANTOS			
SITUAÇÃO AGUA	SITUAÇÃO ESGOTO	RESIDENCIAL	QUANTIDADE DE ECONOMIA
LIGADO	POTENCIAL	1	DOMICILIAL INDUSTRIAL VENDEDOR
SITUAÇÃO AGUA	DATA DEIT. ANTERIOR	DATA DEIT. ATUAL	Tipo de consumo (LITROS)
A12P004307	09/07/2019	08/08/2019	ESTIMADO /
ÁGUA	CONSUMO: 2	ESGOTO	VOLUME: 0
LEIT. ANT.: 784		LEIT. ANT.:	
LEIT. ATUAL: 786		LEIT. ATUAL:	
LEIT. FAT.: 786		LEIT. FAT.:	
HISTÓRICO DE CONSUMO REFERÊNCIA/CONSUMO		NÚMEROS DE AMOSTRAS	
06/2019 6/ A		EXIG. PELA PORT. MS 2.914/11	
05/2019 6/ A		ANÁLISES REALIZADAS	
04/2019 6/ A		ATENDEM A LEGISLAÇÃO	
03/2019 6/ A		TURBIDIMETRIA	
02/2019 7/ A		COR APARENTE	
01/2019 5/ A		CLORO RESIDUAL	
MEDIA 6/ 0		COLIFORMES TOTAIS	
		E.COLI	
		OBSERVAÇÕES: (1) COLIFORMES TOTAIS AUSÊNCIA EM 95% DAS AMOSTRAS EXAMINADAS.	
		(2) OS PARÂMETROS COLIFORMES TOTAIS, ESCHERICHIA COLI E CLORO RESIDUAL SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES SANITÁRIAS DA ÁGUA.	
		(3) OS PARÂMETROS COR E TURBIDIMETRIA SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES ASSOCIADAS AO ASPECTO VISUAL DA ÁGUA.	

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS E TARIFAS

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS E TARIFAS	CONSUMO POR FAIXA	VALOR R\$
ÁGUA		
RESIDENCIAL 001 UNIDADE		
CONSUMO DE ÁGUA	2 M3	41,30
MULTA P/IMPONTUALIDADE 06/2019		0,82
JUROS DE MORA 06/2019 05/2019		0,28



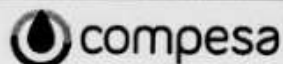
PREÇOS	TAXA DE CANCELAMENTO	ENCARGOS (%)	VALOR TOTAL
PIS	41,30	1,65	0,68
COFINS	41,30	7,60	3,14

VENCIMENTO: 20/08/2019

TOTAL A PAGAR: 42,40

Emitido por: INTERNET

Emitido em: 04/09/2019



ATENDIMENTO: 0800-0810195  
VAZAMENTOS: 0800-0810185

Arpe Agência de Regulação de Pernambuco

0800-2813844

MATRÍCULA:

02269232.1

07/2019-3

VENCIMENTO: 20/08/2019

TOTAL A PAGAR: 42,40

VIA COMPESA

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA





## 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 estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

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

A Circular SUSEP<sup>1</sup> nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro 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 ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Joelma Francisca de Amorim

inscrito (a) no CPF/CNPJ 944.273.804, 68, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Maurício Bezerra da Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 024.918.784, 40

do sinistro de DPVAT cobertura imobilidade da Vítima Maurício Bezerra da Silva

inscrito (a) no CPF sob o Nº 024.918.784, 40, 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>R. Dom Augusto de Carvalho</u>	Número:	<u>306</u>	Complemento:	
Bairro:	<u>Centro</u>	Cidade:	<u>São Joaquim do Monte</u>	Estado:	<u>PE</u>
E-mail:		CEP:	<u>55670-000</u>	Tel. (DDD):	<u>(81) 9.9668.4184</u>

Local e Data: São Joaquim do Monte 04/09/19

Joelma Francisca de Amorim  
Assinatura do Declarante

DLDR.L001 V001/2017





**BOLETIM DE OCORRÊNCIA/SERVIÇOS DE EMERGÊNCIA**

Data 24 / 02 / 19 Hora 03:22 Registro 343401

Nome Marcos Reges de Sá

Data de Nascimento 19/10/72 Idade 46 anos Sexo M

Endereço/ Procedência Rua Dom Expedito Cavalcante - nº 100 - Centro

Naturalidade Caruaru Profissão Agricultor Cor B

Responsável Helena Reges de Sá Identidade 6011

Peso PA Temp PA Pulso PA FC PA FR PA HGT PA

Queixa Principal A DOR NO LOMBAR EM 19/02/19

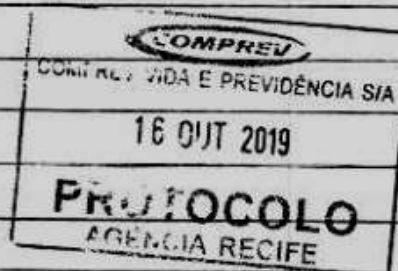
Dados Clínicos Paciente com dor lombar há 10 dias, piora com movimentos bruscos, sem trauma, sem febre, sem náusea, sem vômito, sem tontura, sem vertigem, sem alteração da marcha, sem alteração da sensibilidade, sem alteração da força muscular.

Hipótese Diagnóstica

Exames Solicitados

Tratamento Proposto

Exames Físicos



Evolução / Prescrição SB 100mg EV + SB 100mg EV

Diagnóstico Inicial

Diagnóstico Definitivo

**DESTINO DO PACIENTE**

Internado p/ observação ☐

Liberação p/ Residência com medicação aplicada ☐

Liberado p/ residência c/ medicação prescrita ☐

Transferência p/ outra cidade ☒

Alta pedido ☐

Óbito ☐

Transferido para HR de observação 5672013

Avenida Estácio Coimbra Nº 45 - CEP: 55670-000 Fone: 3753-1118

São Joaquim do Monte - CNPJ: 10.122.661/0001-43





Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco  
Hospital da Restauração

### Ficha de Atendimento

Numero do Registro

ETIQUETA

NCR  
+ 03060039  
TR 03060039  
Tel 03060039  
03060039

<b>1390467</b>		Data e Hora de Atendimento: 24/02/2019 06:37	Local de Entrada: <b>EMERGENCIA GERAL</b>
		Atendimento Manual :	
Cod. Paciente: <b>1668480</b>	Paciente: <b>MAURICIO BEZERRA DA SILVA</b>		Sexo: <b>MASCULINO</b>
Data de nascimento: <b>19/10/1972</b>	Idade: <b>46a 4m 6d</b>		
Estado Civil: <b>SOLTEIRO</b>	Profissão:	Acompanhante: <b>JOSE NILDO</b>	
DOC ID / Data expedição <b>4321491 / 07-Dez-89</b>	Mãe: <b>MARINA MARIA DE MORAIS</b>	Cartão SUS:	
	Pai: <b>IGNORADO</b>		
Endereço: <b>RUA JOSE VIEIRA DE MELO</b>		Numero <b>80</b>	
Bairro: <b>CENTRO</b>		Complemento:	
Cidade: <b>SÃO JOAQUIM DO MONTE</b>		UF: <b>PE</b> Telefone: <b>996763727</b>	
Ocorrências:			
Motivo do atendimento: <b>QUEDA DE MOTO</b>			
Procedência: <b>OUTRO HOSPITAL</b> 24/02/19			
Informações do Serviço Social: <i>Vinculos familiares presentes.</i>			
Confirmação de nome: <input checked="" type="checkbox"/>		Fones: <i>03060039</i>	Assistente Social <i>Janaina Marques</i> Assistente Social CRESS-PE 6114
Confirmação de endereço: <input checked="" type="checkbox"/>		<i>199624-1601</i>	
Providências: Alta <input type="checkbox"/> Caso Social <input type="checkbox"/>			
Encaminhamentos: Rede de Apoio <input type="checkbox"/> GPCA <input type="checkbox"/> Cons.Tutelar <input type="checkbox"/> Delegacias <input type="checkbox"/> Minist. Publico <input checked="" type="checkbox"/>			
Outros <input type="checkbox"/> 25/02/19			
Observação: <i>Aten. familiar por Nildo ante, ficou de p... valencia transporte p... remoção.</i>			
Assistente Social <i>Janaina Marques</i> Assistente Social CRESS-PE 6114			
História Clínica: <b>NCR</b>			
<i>* Queda de moto ciclada, alcoolizado e sem capacete. Nega queda de consciência ou vômitos.</i>			
<i>* EN Glasgow 15. PIER, sem déficit de motricidade</i>			
<i>* CD TC de crânio / cervical; Rx de tórax e pulm.</i>			
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;"><b>COMPREV</b> CONTR. VIDA E PREVIDÊNCIA SIA 16 OUT 2019 <b>PROTOCOLO</b> RECIFE</div>			
Atendimento Médico			
Perda de 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"/>			
Acidente de Trânsito: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Tipo: Transporte realizado Por:			
Imobilização Cervical: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sofreu Queda: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Altura:			
Condições de imobilização adequadas: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Por Quê?			
Exame Físico:			
A: Geral Via aérea está pervia: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> O paciente fala: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Temp:			
B: Respiratório			
C: Circulatório PA: X mm Pulso: 24/02/19 bpm			

*Qual*

*TC. crânio + cervical*



D: Exame Neurológico Deficiência motora: MSD ☐ MSE ☐ MID ☐ MIE ☐ Pupilas: Isocóricas ☐ Anisocóricas

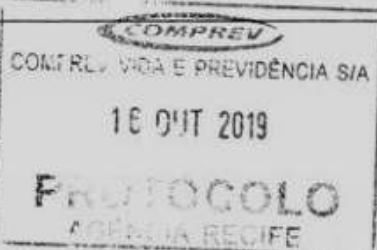
Glasgow: Abertura Ocular Escora: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_ Glasgow: Resposta Verbal Escora: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_ Glasgow: Resposta Motora Escora: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_

E: Exposição/Abdômen:

Diagnóstico Inicial:

Cod. Procedimento

Conduta:



Ass. Médico

Evolução de Enfermagem:

Ass. Enfermagem

Definição do Caso:

Condição de Alta:

☐ Internamento ☐ Cirurgia ☐ Óbito ☐ Termo de Alta a Pedido ☐ Evadiu-se ☒ Alta

Internado na Clínica: \_\_\_\_\_

Transferido para: \_\_\_\_\_

☐ Curado ☐ Melhorado  
☐ Inalterado ☐ Piorado  
☐ Óbito

Autorização para Alta / Internamento / Transferência:

Médico: \_\_\_\_\_ CRM: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_

**Termo de responsabilidade para internamento:**

- Estou ciente das normas existentes neste hospital, as quais aceito integralmente e autorizo a realização de tratamento, clínicos e/ou cirúrgicos inclusive transfusões e sem exames complementares e transporte se forem necessários.

Data: \_\_\_\_\_ Nome completo legível: \_\_\_\_\_

No. da identidade: \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_

**Termo de responsabilidade de alta a pedido:**

- Responsabilizo-me pela imediata retirada do paciente neste nosocômio, bem como tenho absoluto conhecimento sobre todas as consequências que deste ato possam advir.

Data: \_\_\_\_\_ Nome completo legível: \_\_\_\_\_

No. da identidade: \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_

Data e Hora Impressão: 24-Fev-19





**ENCAMINHAMENTO PARA UNIDADES HOSPITALARES**

DATA: 04/10/2019

Nome: MARCELO BEZERRA DO SILVA

Endereço: \_\_\_\_\_

Data de Nascimento: 19/10/78

Prontuário: \_\_\_\_\_

Situação Clínica

Paciente, alcoolizado, vítima de acidente  
motorbilístico de 5ª vit. Permite escalar  
para cima e para baixo a direita. Permite  
fletir e estender os membros superiores.  
Não permite - não permite. Permite punir  
70% em ambos os membros inferiores com  
de elevação. Não permite em ambos os  
membros e permite no distal da perna, não permite  
no tornozelo. Ref. trauma, fratura, hematoma, hemorragia  
na 130/50 pressão: 15  
Alc. 200 mg/dl Alc. 120 mg/dl  
Biom. 2 exames Ref. 100 mg/dl  
AS 04:00 → Otite média bilateral (40%)  
SG: 100 mg/dl Bv  
BIL: 500 mg  
Paciente em tratamento com Im

Hipótese Diagnóstica: \_\_\_\_\_

Motorista: \_\_\_\_\_

Unidade de Referência: Hosp. Regional de Navegantes

Senha da Central de Regulação: 5627083

Dr. João André G. Sampaio  
Médico  
CRM 25332



# HOSPITAL DA RESTAURACAO

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

MANCHESTER\_V2

Data e hora retirada da senha: 24/02/2019 06:27

Nome Paciente: MAURICIO BEZERRA DA SILVA  
Cód. Paciente:  
Data de Nascimento: 19/10/1972  
Sexo: Masculino  
Idade: 46  
Senha: U0013  
Convênio:  
Atendimento:  
SAME:

Período: 24/02/2019 06:27 - 24/02/2019 06:30

ANGELA MARIA OLEGARIO - COREN: 54024 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - CLASSIFICAÇÃO

Prioridade: VERDE - POUCO URGENTE

Cor: VERDE

Queixa Principal: PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO (QUEDA DE MOTO) HÁ CERCA DE 2 HORAS. NEGA PERDA DE CONSCIENCIA, EMESE E CONVULSÃO. REFERE CEFALEIA. RELATO DE INGESTA ALCOOLICA.

Fluxograma sintoma: QUEDAS

Discriminador(es): - EVENTO RECENTE?

Especialidade: NEUROCIRURGIA ADULTO

Sinais Vitais Lidos: - ESCLA COMA DE GLASGOW ADULTO: 15  
- REGUA DE DOR: 4  
- FREQUENCIA DE PULSO: 80.00 BPM (RÍTMICO)  
- FREQUENCIA RESPIRATORIA: 20.00 RPM  
- TEMPERATURA(C): 36.00 °C

24-2-18 C.6  
7:00 am  
fotografias, sem dor Abdominal  
supino, sem deficit motor  
por ombro ①  
No exame  
traor: MUPane Art Bilat  
Abdom: glbno mobil  
Beate Mand  
ombro ① capten + de fenda de Pare el  
Recu. c.gu  
HV. transt



Acolhido(a) por: ANGELA MARIA OLEGARIO - COREN: 54024 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 24/02/2019 06:31

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco

Página 1 de 1





HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO

## PERNAMBUCO

## Paciente

Enfermaria/Leito

## Registro

Maurice B. Schen

Δ668480

## EVOLUÇÃO CLÍNICA

24/02/19

\* T. tuberosa -

(09:40h)

Die Kosten der ab- der 1. und 4. des am 1. 1. 2019 (P)

Ans: NVP; G/ Fertilizer; Rx: Fat 1/3 next 2 weeks (10)

10. Fat Fishbones (Juvvalla) (1).

Q2) Trypsin

② l'été de l'été 4 ans. (Maison).  
③ à NCH 1 (A).

③ à NCH, (A.

PRÓTOCOLO  
AGÊNCIA REGIFE

16 JUL 2018

CONTRIBUIÇÃO À VIDA E PREVIDÊNCIA SOCIAL

COMPREHENSIVE

24/02/19 - Cirurgia Geral

09-45 Paciente vítima de acidente de moto, sem história de perda da consciência. Referindo dor em ombro direito.

At exame: EGR, consistente, bilioso, afilado ao toque corado.

AR: MV @ AHT cupnico em ar ambiente.

ACU RCR 2T BCNF, FC = 80 bpm

Abdome depressível, flácido, indolor à palpação, sem sinais de irritação peritoneal.

Pelve estável sem crepitação e/ou enfise na subcutâneo a palpção do tórax.

Recebeu a evidência sem a devida diligência, fratura de clavícula / hemotórax e/ou pneumotórax.

CON 0123



Cont. 24/02/19

vicula direita + fratura de 2 arcos costais  
em ápice de HTD (3º e 4º arcos costais). Rx de pelve  
sem alterações.

CD: Observação pela CG - repetir Rx.

Dra. TÁSSIA SANTOS  
MÉDICA  
CREMEPE 2004

24/2/19 #CG# 19:15h

Paciente vítima de queda de moto, sem queixas no  
momento.

Segue BEG, LOTE, eufórico, corado, hidratado, acianótico.

AR: MV + AMT SRA. FR: 17/min.

ACU: RCR 2T BNF SIS. FC: 86 bpm.

Abdomen globoso, flácido, indolor à palpação, sem VMC.

Ext. com boa perfusão e sem edema.

Tem dor e crepitação à palpação de clavícula @ (fratura)

Dor à palpação de HTX @ superior, sem enfisema sc.

Rx tórax: fratura de clavícula @ + fratura de 3º e 4º  
arcos costais @. Sem PnTx ou HnTx.

Rx bacia sem fraturas.

CDT: 1) ALTA DA CG

2) Aos cuidados da NCR (já de alta da traumatologia)

João Paulo Lima  
MR Cirurgia Geral  
CRM-RJ 24793

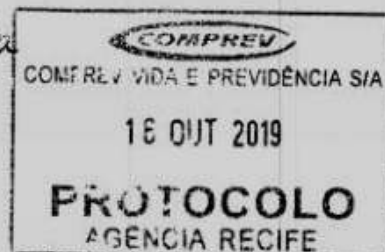
+ Dr. Murilo Anglim e Dra. Camila

24/02/19 #NCR#

23h

# TC de crânio: sem lesões  
e cisternas abertas

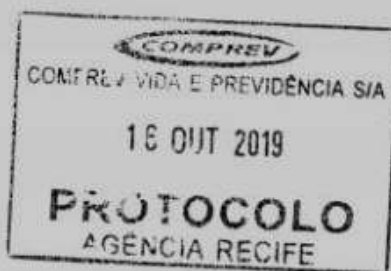
XCG-15 Iso Foto S. de Quil



\* Examinado mecurso cobeludo, por telefone

\* CD = 1 - Curativo mecurso cobeludo  
2 - Alta NCE

Renata Monteiro  
Meli-schuniga  
CRM 20718



Paciente: Maurício Bezerra da Silva

Data: 24/02/2019

Enfermaria: Vermelha Leito: \_\_\_\_\_ Hipótese Diagnóstica: \_\_\_\_\_

**Glasgow**

Abertura Ocular	Resposta Verbal	Resposta Motora
<input checked="" type="checkbox"/> Espontânea (4 pts.)	<input type="checkbox"/> Orientado / Conversando (5 pts.)	<input type="checkbox"/> Obedece (6 pts.)
<input type="checkbox"/> Ao comando verbal (3 pts.)	<input type="checkbox"/> Desorientado / Conversando (4 pts.)	<input type="checkbox"/> Localiza dor (5 pts.)
<input type="checkbox"/> A dor (2 pts.)	<input type="checkbox"/> Palavras inadequadas (3 pts.)	<input type="checkbox"/> Flexão - a/ localiz. (4 pts.)
<input type="checkbox"/> Sem resposta (1 pts.)	<input type="checkbox"/> Sons Incompreensíveis (2 pts.)	<input type="checkbox"/> Flexão anormal (decort. X3 pts.)
	<input type="checkbox"/> Sem resposta (1 pts.)	<input type="checkbox"/> Extensão (descorb.) (2 pts.)
		<input type="checkbox"/> Sem resposta (1 pts.)

Total: 74 pontos.

TRM ☐ Sim ☒ Não

A - Perda motora e sensível completa  
D - Motricidade funcional presente

Franquear: \_\_\_\_\_

B - Apenas sensibilidade preservada

C - Motricidade não funcional presente

Sistema Respiratório: ☒ Espontâneo

☐ TOT

☐ TOT

☐ Outros

Quais: \_\_\_\_\_

Ventilase: ☒ AVP

☐ AVC

☐ JH

☐ Sem Acesso

Dietas

☒ Zero

☐ Via Oral

☐ SNG

☐ SOG

☐ SNE

☐ Gastrostomia

☐ Gavage

☐ Aberta

Eliminação Intestinal: ☐ Normal

☐ Constipação

☐ a \_\_\_\_\_ dias

☐ Diarréia

Diurese: ☒ Espontânea

☐ Dispositivo Urinário

☐ SVA

☐ SVD

Aspecto: \_\_\_\_\_

Pele: ☒ Inteira

☐ Lesionada

☐ Ferida Operatória

Data da Cirurgia: \_\_\_\_\_

☐ Úlcera de decúbito

Localização: \_\_\_\_\_

Queixas: Paciente em E.T.B. de acompanhamento da

Exames: de 6 dias, reavaliação da NCR. Sem

Pareceres: queixas no momento

Observações (Diurnas / Noturnas): De NCR

Ano: 2019

Ass: AB

Código: 00000000

Data: \_\_\_\_\_

**Glasgow**

Abertura Ocular	Resposta Verbal	Resposta Motora
<input type="checkbox"/> Espontânea (4 pts.)	<input type="checkbox"/> Orientado / Conversando (5 pts.)	<input type="checkbox"/> Obedece (6 pts.)
<input type="checkbox"/> Ao comando verbal (3 pts.)	<input type="checkbox"/> Desorientado / Conversando (4 pts.)	<input type="checkbox"/> Localiza dor (5 pts.)
<input type="checkbox"/> A dor (2 pts.)	<input type="checkbox"/> Palavras inadequadas (3 pts.)	<input type="checkbox"/> Flexão - a/ localiz. (4 pts.)
<input type="checkbox"/> Sem resposta (1 pts.)	<input type="checkbox"/> Sons Incompreensíveis (2 pts.)	<input type="checkbox"/> Flexão anormal (decort. X3 pts.)
	<input type="checkbox"/> Sem resposta (1 pts.)	<input type="checkbox"/> Extensão (descorb.) (2 pts.)
		<input type="checkbox"/> Sem resposta (1 pts.)

Total: \_\_\_\_\_ pontos.

TRM ☐ Sim ☐ Não

A - Perda motora e sensível completa  
D - Motricidade funcional presente

Franquear: \_\_\_\_\_

B - Apenas sensibilidade preservada

C - Motricidade não funcional presente

Sistema Respiratório: ☐ Espontâneo

☐ TOT

☐ TOT

☐ Outros

Quais: \_\_\_\_\_

Ventilase: ☐ AVP

☐ AVC

☐ JH

☐ Sem Acesso

Dietas

☐ Zero

☐ Via Oral

☐ SNG

☐ SOG

☐ SNE

☐ Gastrostomia

☐ Gavage

☐ Aberta

Eliminação Intestinal: ☐ Normal

☐ Constipação

☐ a \_\_\_\_\_ dias

☐ Diarréia

Diurese: ☐ Espontânea

☐ Dispositivo Urinário

☐ SVA

☐ SVD

Aspecto: \_\_\_\_\_

Pele: ☐ Inteira

☐ Lesionada

☐ Ferida Operatória

Data da Cirurgia: \_\_\_\_\_

☐ Úlcera de decúbito

Localização: \_\_\_\_\_

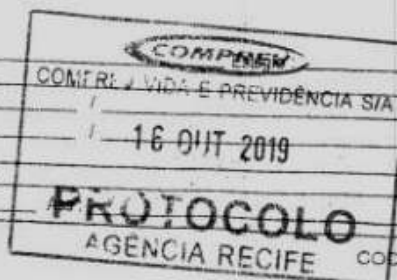
Queixas: \_\_\_\_\_

Exames: \_\_\_\_\_

Pareceres: \_\_\_\_\_

Observações (Diurnas / Noturnas): \_\_\_\_\_

Diurno: \_\_\_\_\_



Produzido na Gráfica Hospitalar Alto Nível

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
Hospital da Restauração  
PRESCRIÇÕES DE ENFERMAGEM E CONTROLE DE APLICAÇÃO

Paciente: Moacir Bezerra da Silva  
Enf / Leito: \_\_\_\_\_ Registro: \_\_\_\_\_

PREScrição DE ENFERMAGEM
<input checked="" type="checkbox"/> Aferição de sinais vitais ( 3 vezes ao dia )
<input checked="" type="checkbox"/> Higiene Corporal ( 1 vez ao dia e se necessário )
<input checked="" type="checkbox"/> Higiene Oral ( após cada refeição e se necessário )
<input type="checkbox"/> Mudança de decúbito ( 3 em 3 horas )
<input type="checkbox"/> Aspiração ( 3 em 3 horas e se necessário )
<input type="checkbox"/> Cateterismo Intermitente ( 6 em 6 horas e se necessário )

DIA: 27/02	DIA: _____	DIA: _____	DIA: _____	DIA: _____
HORÁRIO	HORÁRIO	HORÁRIO	HORÁRIO	HORÁRIO
10 - 16 - 22	10 - 16 - 22	10 - 16 - 22	10 - 16 - 22	10 - 16 - 22
09	09	09	09	09
09-13-20	09-13-20	09-13-20	09-13-20	09-13-20
09 - 12 - 15 - 18 - 21 - 24 - 03 - 06	09 - 12 - 15 - 18 - 21 - 24 - 03 - 06	09 - 12 - 15 - 18 - 21 - 24 - 03 - 06	09 - 12 - 15 - 18 - 21 - 24 - 03 - 06	09 - 12 - 15 - 18 - 21 - 24 - 03 - 06
09 - 12 - 15 - 18 - 21 - 24 - 03 - 06	09 - 12 - 15 - 18 - 21 - 24 - 03 - 06	09 - 12 - 15 - 18 - 21 - 24 - 03 - 06	09 - 12 - 15 - 18 - 21 - 24 - 03 - 06	09 - 12 - 15 - 18 - 21 - 24 - 03 - 06
12 - 18 - 24 - 06	12 - 18 - 24 - 06	12 - 18 - 24 - 06	12 - 18 - 24 - 06	12 - 18 - 24 - 06

ASSINATURA DA ENFERMEIRA

SINAIS VITAIS
Frequência Cardíaca
Frequência Respiratória
Temperatura
Pressão Arterial

HORÁRIO	REGISTRO	REGISTRO	REGISTRO	REGISTRO	REGISTRO
10	80				
16					
22					
10	18				
16					
22					
10	36.5°				
16					
22					
10	140 x 70				
16					
22					

ASSINATURA DO AUXILIAR / TÉCNICO DE IMAGEM

COMPREV  
CONTROLE VIDA E PREVIDÊNCIA SIA  
16 OUT 2019  
PROTOCOLO  
AGÊNCIA RECIFE

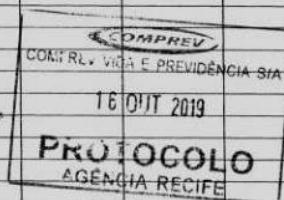


PERNAMBUCO  
GOVERNO DO ESTADO

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO  
PRESCRIÇÃO CUIDADOS MÉDICOS E CONTROLE DE APLICAÇÃO  
TRATAMENTO AVC

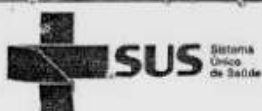


NOME DO PACIENTE	ENF/LEITO	REGISTRO	DIA	DIA	DIA	DIA	DIA
Maurício Bezerra da Silva		1668420	24/02				
MEDICAMENTO	DOSE	VIA	INTER.	HORÁRIO	HORÁRIO	HORÁRIO	HORÁRIO
1- SORO FISIOLÓGICO 0,9% 2000ml, Ev. nas 24 h	100 ml.	IV	24h	12/12h			
2- RANITIDINA - 01 AMPOLA + AD		IV	12/12h				
3- PLASIL + AD Ev 8/8 h SN		IV	S/N				
4- DIPIRONA (2.8) AD Ev 6/6 horas Fixo		ATE	8/8h				
5 - LIQUEMINE 0,25ml.		IV	8/8h				
OU CLEXANE 40.		SC	12/12h				
6- CAPOTEN 25 01CP		SC	/DIA				
SEPAS > 180 OU PAD > 110mmHg.		SL	SN				
7 - INSULINA SIMPLES CONFORME HGT		SC					
0-200 - 0un 201 - 300 = 4un 301-400 = 8un > 400 = 12un							
1 AAS 100	02CP	VO/	12h				
Glicose 50% 05 amp em cada fase de ins.	8NG						
CUIDADOS				ESPECIFICAÇÃO	ESPECIFICAÇÃO	ESPECIFICAÇÃO	ESPECIFICAÇÃO
1- DIETA ZERO ATÉ 2ª ORIENTAÇÃO, modifio, Dieta Livre							
2- INSTALAR SNG							
3- MEDIR DIURESE							
4- HGT 6 / 6 h							
5- MUDAR DECÚBITO 3/3h							
6- CABECEIRA 30°							
7- SSVV 6 / 6 h							
ASSINATURA DO MÉDICO							
DRA. TÁSSIA S.M. MÉDICA							
CREMEPE 20904							



Cod. 0422





## LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO (S) ESPECIAL (S)



### Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

Hospital da Restauração

2 - CNES

0000655

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

4 - CNES

### Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

Mauricio Byrra da Silva

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

1668480

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

9 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

10 - TELEFONE DE CONTATO

11 - ENDEREÇO DE RESIDÊNCIA

12 - TELEFONE DE CONTATO

### SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO (S) ESPECIAL (S)

13 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

TC de mão n/c

14 - CÓD. PROCEDIMENTO

QTDE

01

15 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

TC de univical n/c

16 - CÓD. PROCEDIMENTO

QTDE

01

17 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

24/02/19

18 - CÓD. PROCEDIMENTO

QTDE

19 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

20 - CÓD. PROCEDIMENTO

QTDE

21 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

22 - CÓD. PROCEDIMENTO

QTDE

Polihaemolizado

COMPREV  
JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO  
COM RLV VIDA E PREVIDÊNCIA SIA

16 OUT 2019

PROTOCOLO  
PROFISSIONAL SOLICITANTE  
AGÊNCIA RECIFE

23 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

24 - DATA DA SOLICITAÇÃO

24 / 02 / 19

25 - Nº DOCUMENTO (CNS / CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

26 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO E CONSELHO)

Bruno R. S. Rosado  
Realiz. Neurocirurgia  
CREMEPE 27872

### AUTORIZAÇÃO

27 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

28 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

/ /

29 - Nº DOCUMENTO (CNS / CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

30 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO E CONSELHO)

Cod. 0421



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO

SERVIÇO DE NEUROTRAUMATOLOGIA - FICHA DE ESCLARECIMENTO

Atendimento nº: 1668480

Nome: Maurício Bezerra da Silva

Foi atendido, às \_\_\_\_\_ h do dia 24, 02, 19

Diagnóstico Provável TCE leve

\_\_\_\_\_ data da alta 25, 02, 19

Este paciente deverá retornar para EMERGÊNCIA em caso de :

CEFALEIA ( dor de cabeça que não cedia )

VÔMITOS

PARALISIAS ( que aparecem após a alta )

ANISOCORIA ( MENINA DOS OLHOS MAIOR DO QUE A OUTRA )

CONVULSÃO

OBS : Analgésicos que podem ser utilizados desde que não haja

Alergia ( NOVALGINA, ANADOR, TYLENOL )

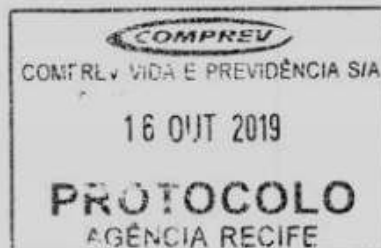
Voltar ao ambulatório de NEUROCIRURGIA (NÃO)

Observação: Neurota de

afastamento das atividades  
laborativas por 07 dias

ATENÇÃO : Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar ou ambulatorial para INSS, Empresas, Escolas, Ministério do Trabalho, Continuidade do tratamento ambulatorial, segundo a recomendação, Nº 04 / 2002 do Ministério Público do Estado de Pernambuco.

Cod. 0183



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco  
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO



FICHA DE ESCLARECIMENTO

Nº Atendimento: 1668480

Nome: Maurício B. da Silva.

Foi atendido às 06:37 hs. do dia 24, 02, 19.

Diagnóstico Provável:

Lesão ligo-articular de 1º grau  
4 Int 1/2 medula de Cervical C1.

Tratamento Realizado:

DO Cervical 4 Taps +  
Analgia.

Observação:

us. A Alta da Intelectos - 24/02/19  
② Real de atur. de Trabalho por 60 dias.

Cópia de:

③ Alta no Ambulatório de Trauma

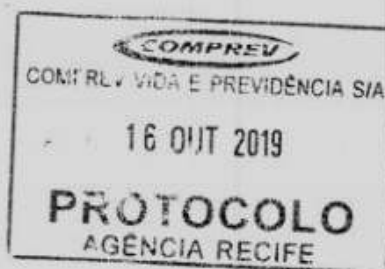
24/02/19

Justos em 16 dias  
Médico - CRM Nº

Assinado por: Antônio F.V. da Cruz  
Ortopedia/Traumatologia  
CRM Nº 20257

ATENÇÃO: Este documento destina-se a comprovação de atendimento hospitalar ou ambulatorial para INSS, Empresas, Escolas, Ministério do Trabalho, Continuidade do tratamento ambulatorial, segundo a recomendação Nº 04/2002 do Ministério Público do Estado de Pernambuco.

Cód. 0157



**REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL**  
**MINISTÉRIO DAS CIDADES**

**DETRAN - PE**  
**CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO**

Nº 014356133524

VIA 1 COD. RENAVAM 095262534 HNTIC \*\*\*\*\* EXERCÍCIO 2019

JOSE ILDO DA SILVA

BONITO-PE

082.176.000-2 PLACA REG0347

\*\*\*\*\* CHASSI 982K01270BR596054

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

MARCA/MODELO HONDA/CG 150 FAN ESI

CAP/MOT/CL 2F/149CL

CATEGORIA PARTIC

COR PREDOMINANTE PRETA

COTA ÚNICA 1 IPVA 2019 QUITADO

VENC. COTA ÚNICA 1 \*\*\*\*\*

FAIXA L.P.A. A 1

PAT. CANCELAMENTO/NOTAS 2 \*\*\*\*\*

3 \*\*\*\*\*

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) 50.11

IDF (R\$) 0.92

PRÊMIO TOTAL (R\$) 54.58

DATA DE PAGAMENTO 15/02/19

SEM RESERVA

OBSERVAÇÕES

DOCUMENTO DE DEPÓSITO OBRIGATORIO

Roberto Carlos Moreira Fontelles

BONITO-PE

DATA 09/04/19

DIRETOR-PRÉSTADO DE DETRAN/PE



## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190589346 **Cidade:** São Joaquim do Monte **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** MAURICIO BEZERRA DA SILVA **Data do acidente:** 24/02/2019 **Seguradora:** ANGELUS SEGUROS S/A

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

**Data da análise:** 22/10/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO LEVE.  
FRATURA DA CLAVÍCULA DIREITA.

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

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO OMBRO DIREITO.

**Sequelas:** Com sequela

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento  
faltante:**

**Apontamento do Laudo  
do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das  
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO OMBRO DIREITO.

**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 completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75



## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190589346 **Cidade:** São Joaquim do Monte **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** MAURICIO BEZERRA DA SILVA **Data do acidente:** 24/02/2019 **Seguradora:** ANGELUS SEGUROS S/A

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

**Data da análise:** 22/10/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO LEVE.  
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:** NOS DOCUMENTOS MÉDICOS ACOSTADOS NÃO SE EVIDENCIA PRESENÇA DE SEQUELAS PERMANENTES QUE NÃO SEJAM SUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO PROPORCIONADA POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA.

**Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.**

### DANOS

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



## PROCURAÇÃO

Pelo presente instrumento particular de procuração, o outorgante abaixo qualificado confere ao outorgado, também qualificado, os poderes abaixo transcritos:

1. OUTORGANTE: Maurício Bezerra da Silva  
portador(a) do documento de identidade n°: 4.321.591, expedido por SSP, em 07/12/1989, inscrito no CPF sob o n°: 024.948.784-20,  
residente: R. Dom augusto de Carvalho n°: 306 complemento: \_\_\_\_\_,  
Bairro: Centro, cidade: São Joaquim do Monte, Estado PE.

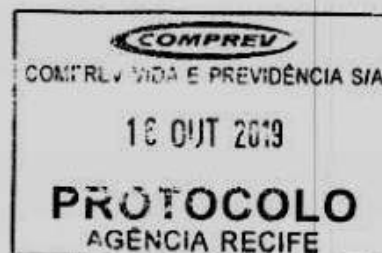
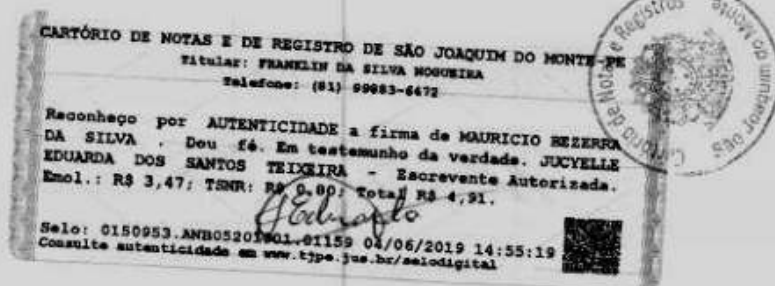
2. OUTORGADO: Joelma Francisca de Amorim  
portador(a) do documento de identidade n°: 4.619.036, expedido por SSP, em 23/05/1991, inscrito no CPF sob o n°: 944.273.804-68,  
residente: Rua Dom augusto de Carvalho n°: 306 complemento: \_\_\_\_\_,  
Bairro: Centro, cidade: São Joaquim do Monte, Estado PE.

Amplios poderes para praticar todos os atos administrativos e judiciais que se fizerem necessários, na movimentação e conclusão dos processos novos e complementares do SEGURO OBRIGATÓRIO - DPVAT, e especialmente para preenchimento e assinatura do FORMULÁRIO DE AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO da vítima:

Maurício Bezerra da Silva Acidente ocorrido no  
dia 24/02/2019, do sinistro de DPVAT da natureza Dams.

24 de JUNHO de 2019

OUTORGANTE: Maurício Bezerra da Silva  
Maurício (reconhecer firma por autenticidade)



## RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0362079/19

**Vítima:** MAURICIO BEZERRA DA SILVA

**CPF:** 024.918.784-10

**Seguradora:** ANGELUS SEGUROS S/A

**Data do acidente:** 24/02/2019

**CPF de:** Próprio

**Titular do CPF:** MAURICIO BEZERRA DA SILVA

### DOCUMENTOS APRESENTADOS

#### Sinistro

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

#### JOELMA FRANCISCA DE AMORIM SILVA : 944.273.804-68

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

#### MAURICIO BEZERRA DA SILVA : 024.918.784-10

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

### ATENÇÃO

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

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

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

#### Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 16/10/2019  
Nome: JOELMA FRANCISCA DE AMORIM SILVA  
CPF: 944.273.804-68

JOELMA FRANCISCA DE AMORIM SILVA

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 16/10/2019  
Nome: ANDREZA LARISSA ANGELO DE SOUZA  
CPF: 118.262.994-67

ANDREZA LARISSA ANGELO DE SOUZA

