



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 Stéphane 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
66514 766	18/08/2020 15:26	<u>ANEXO 1</u>



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

Rio de Janeiro, 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, contados a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 1497652

Pag. 01319/01320 - carta_01 - INVALIDEZ



00020660





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

Rio de Janeiro, 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

Pag. 01493/01494 - carta_15R - INVALIDEZ



00036747

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, retorno ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você





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:	Nome completo da vítima:	
	024.918.784-56	Mauricio Bezerra da Silva	
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VITIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012			
Nome completo:	Mauricio Bezerra da Silva		CPF: 024.918.784-56
Profissão:	Endereço:	Número:	Complemento:
Ribeirense	R. Dom Augusto de Lacerda 306		
Bairro:	Cidade:	Estado:	CEP:
Centro	São Joaquim de Ibiá PE		55670-000
E-mail:	Tel.(DDD): (81) 9258-3087		

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

DADOS CADASTRAIS

RENDIMENTO 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 OPCIÃO DE CONTA

<input type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)	<input checked="" type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
<input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (341)	Nome do BANCO: Brasil
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)	
AGÊNCIA: <input type="text"/> CONTA: <input type="text"/> <input type="text"/>	AGÊNCIA: <input type="text"/> CONTA: <input type="text"/> <input type="text"/>
(informar o dígito se existir)	(informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider 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 Lider 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: Vivos: Falecidos: Vítima deixou nascituro (vai nascer)? Sim Não Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider 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 Piauí 09/10/2019

Nome: Mauricio Bezerra da Silva

CPF: 024.918.784-56

(*) Assinatura de quem assina A RODO

(Mauricio Bezerra da Silva)

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU RODO, 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

TESTEMUNHAS
1º Nome: _____
CPF: _____
COMPREV
COMPRÉV VIDA E PREVIDÊNCIA S/A
Assinatura
2º Nome: 16 OUT 2019
CPF: _____

PROTOCOLO
Assinatura
AGÊNCIA RECIFE



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 097ª CIRCUNSCRIÇÃO - SÃO JOAQUIM DO MONTE -
DP97ª CIRC DINTER1/14ª DESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N.º 19E0187000553

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

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

Fato ocorrido no endereço: **MUNICÍPIO 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 INÉS**
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** Mão: **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 PASSOUA DECLARAR QUE NA DATA E HORÁRIO ACIMA DESCrito CONDUZIA A MOTOCICLETA EM QUESTÃO PELA RODOVIA PE 112, SENDITO ESTA CIDADE, QUANDO NO TRAJETO, MAS PRECISAMENTE NA LOMBADA DO COLEGIO SANTA INÉS 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.

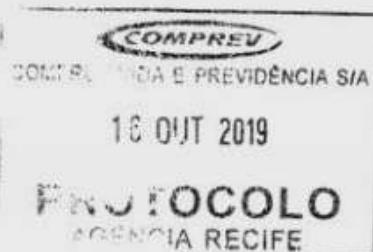
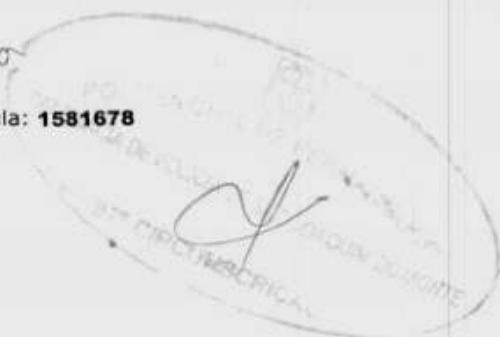
Assinatura da(s) pessoa(s) presente nesta unidade policial

MAURICIO BEZERRA DA SILVA

(VITIMA)

Mauricio Bezerra da Silva

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



30/07/2019

30/07/2019 15:44



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 18/08/2020 15:26:17
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20081815261776300000065255682>
Número do documento: 20081815261776300000065255682

Num. 66514766 - Pág. 5



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:	Nome completo da vítima:	
	024.918.784-51	Mauricio Bezerra da Silva	
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VITIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012			
Nome completo:	Mauricio Bezerra da Silva		CPF: 024.918.784-51
Profissão:	Endereço:	Número:	Complemento:
Ribeirense	R. Dom Augusto de Lacerda 306		
Bairro:	Cidade:	Estado:	CEP:
Centro	São Joaquim de Ibiá PE		55670-000
E-mail:	Tel.(DDD): (81) 9258-3087		

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

DADOS CADASTRAIS

RENDIMENTO:

<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 OPCIÃO DE CONTA

<input type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)	<input checked="" type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
<input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (341)	Nome do BANCO: Brasil
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)	
AGÊNCIA: <input type="text"/> CONTA: <input type="text"/>	AGÊNCIA: <input type="text"/> CONTA: <input type="text"/>
(informar o dígito se existir)	(informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider 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 Lider 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: Vivos: Falecidos: Vítima deixou nascituro (vai nascer)? Sim Não Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider 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 Piauí 09/10/2019

Nome: Mauricio Bezerra da Silva

CPF: 024.918.784-51

(*) Assinatura de quem assina A RODO

(Mauricio Bezerra da Silva)

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU RODO, 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

TESTEMUNHAS
1º Nome: _____
CPF: _____
COMPREV
COMPRÉV VIDA E PREVIDÊNCIA S/A
Assinatura
2º Nome: 16 OUT 2019
CPF: _____

PROTOCOLO
Assinatura
AGÊNCIA RECIFE

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



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 18/08/2020 15:26:17
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20081815261776300000065255682>
Número do documento: 20081815261776300000065255682

Num. 66514766 - Pág. 7



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: 09.789.035/0001-64
Qualidade da Água: www.compresa.com.br

Nº Documento: 20190722692321 Escritório: SAO JOAQUIM DO MONTE

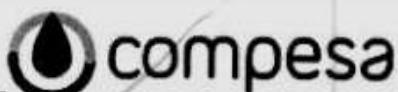
FATURA MENSAL DE ÁGUA E ESGOTO

DETALHO DO CLIENTE		INSCRIÇÃO	02269232.1	07/2019-3
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 DÉB. AUTOMÁTICO: 02269232.1	
RUA: DOM AUGUSTO DE CARVALHO, N. 00106 - CENTRO SAO JOAQUIM DO MONTE PE 55670-000		ENDERECO PARA ENTREGA		
ESTADO: PE	CEP: 55670-000	DATA LEIT. ANTERIOR: 09/07/2019	DATA LEIT. ATUAL: 08/08/2019	TIPO DE CONSUMO: ESTIMADO /
ESTADO: PE	CEP: 55670-000	DATA LEIT. ANTERIOR: 09/07/2019	DATA LEIT. ATUAL: 08/08/2019	ESTIMADO /
ÁGUA	CONSUMO: 2	ESGOTO	LEIT. ANT.:	VOLUME: 0
LEIT. ANT.:	784	ESGOTO	LEIT. ANT.:	VOLUME: 0
LEIT. ATUAL:	786	ESGOTO	LEIT. ATUAL:	VOLUME: 0
LEIT. FAT.:	786	ESGOTO	LEIT. FAT.:	VOLUME: 0
HISTÓRICO DE CONSUMO		NÚMEROS DE AMOSTRAS		
REFÉRENCIA/CONSUMO	RESIDENCIAL	PARÂMETROS	EXIG. PELA PORT. MS 2.914/11	ANALISES REALIZADAS
06/2019	67	TURBIDEZ	28	19
05/2019	67	COR APARENTE	28	19
04/2019	67	CLORO RESIDUAL	28	19
03/2019	67	COLIFORMES TOTAIS	28	19
02/2019	77	E. Coli	28	19
01/2019	57	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 TURBIDEZ SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES ASSOCIADAS AO ASPECTO VISUAL DA ÁGUA.	
MÉDIA	67			

DESCRIPÇÃO DOS SERVIÇOS E TARIFAS		CONSUMO POR FAIXA	VALOR R\$																
ÁGUA																			
RESIDENCIAL 001 UNIDADE																			
CONSUMO DE ÁGUA		2 M3																	
MULTA P/IMPONTUALIDADE	06/2019		41,30																
JUROS DE MORA	06/2019 05/2019		0,82																
			0,28																
<p>COMPREV COM: RL VIDA E PREVIDÊNCIA S/A 16 OUT 2019 PROTOCOLO AGÊNCIA RECIFE</p>																			
<table border="1"><tr><td>INSCRIÇÃO</td><td>02269232.1</td><td>VALOR R\$</td><td>42,40</td></tr><tr><td>PIS</td><td>41,30</td><td>1,65</td><td>0,68</td></tr><tr><td>COFINS</td><td>41,30</td><td>7,60</td><td>3,14</td></tr><tr><td>VENCIMENTO</td><td>20/08/2019</td><td>TOTAL A PAGAR:</td><td>42,40</td></tr></table>				INSCRIÇÃO	02269232.1	VALOR R\$	42,40	PIS	41,30	1,65	0,68	COFINS	41,30	7,60	3,14	VENCIMENTO	20/08/2019	TOTAL A PAGAR:	42,40
INSCRIÇÃO	02269232.1	VALOR R\$	42,40																
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
compesa	Arpe Agência de Regulação de Pernambuco
ATENDIMENTO: 0800-0810195	0800-2813844
VAZAMENTOS: 0800-0810185	MATRÍCULA: 02269232.1
VENCIMENTO: 20/08/2019	07/2019-3
	TOTAL A PAGAR: 42,40
	VIA COMPESA
AUTENTICAÇÃO MECÂNICA	





AVENIDA CRUZ CABUGA - NUM. 1367 - 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.compresa.com.br

Nº Documento: 20190722692321 Escritório: SÃO JORQUIM DO MONTE

FATURA MENSAL DE ÁGUA E ESGOTO

DADOS DO CLIENTE JOELMA FRANCISCA AMORIM R DOM AUGUSTO DE CARVALHO, N. 00106 - CENTRO SÃO JORQUIM DO MONTE PE 55670-000 INSCRIÇÃO: 133.820.054.0000.310		MATRÍCULA: 02269232.1	DATA: 07/2019-3
INSCRIÇÃO: 133.820.054.0000.310		GRUPO: 14	OPÇÃO DEB. AUTOMÁTICO: 02269232.1
RESIDENCIAL	RESIDENCIAL	RESIDENCIAL	RESIDENCIAL
LIGADO	ESTIMADO ESGOTO POTENCIAL	RESIDENCIAL	QUANTIDADE DE ECONOMIA: RESIDENCIAL INDUSTRIAL VITRINE
		1	
ESTIMADO	DATA LEIT. ANTERIOR: 09/07/2019	DATA LEIT. ATUAL: 08/08/2019	TÍPO DE CONSUMO: ESTIMADO /
AQUA	CONSUMO: 2	ESGOTO	VOLUME: 0
LEIT. ANT.: 784		LEIT. ANT.: 786	
LEIT. ATUAL: 786		LEIT. ATUAL: 786	
LEIT. FAT.: 786		LEIT. FAT.: 786	
HISTÓRICO DE CONSUMO REFERÊNCIA/CONSUMO		NÚMEROS DE AMOSTRAS	
06/2019	6/	EXIG. PELA PORT. MS 2.914/11	ANALISES REALIZADAS
05/2019	6/	28	19
04/2019	6/	28	19
03/2019	6/	28	19
02/2019	7/	28	19
01/2019	5/	28	19
MÉDIA	6/	E.Coli	19
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 TURBIDEZ SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES ASSOCIADAS AO ASPECTO VISUAL DA ÁGUA.			

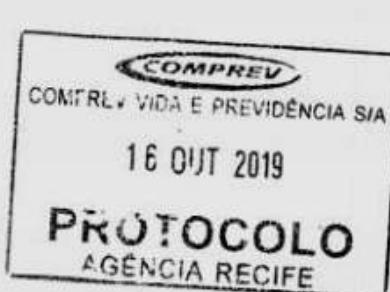
DESCRICAÇÃO DOS SERVIÇOS E TARIFAS

AGUA

RESIDENCIAL 001 UNIDADE	CONSUMO DE AGUA	2 M3	41,30
MULTA P/IMPONTUALIDADE	06/2019		0,82
JUROS DE MORA	06/2019-05/2019		0,28

CONSUMO POR FAIXA

VALOR R\$



RESIDENCIAL	41,30	1,65	0,68
PIS	41,30	7,60	3,14

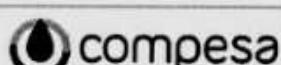
VENCIMENTO: 20/08/2019

TOTAL A PAGAR:

42,40

Emitido por: INTERNET

Emitido em: 04/09/2019



ATENDIMENTO: 0800-0810195
VAZAMENTOS: 0800-0810185

VENCIMENTO: 20/08/2019

Arpe Agência de Regulação de Pernambuco

0800-2813844

MATRÍCULA: 02269232.1

DATA: 07/2019-3

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

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

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. ² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº9.613/98.

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

Mauricio Bezerra da Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 024.918.784-10,

do sinistro de DPVAT cobertura invalidez da Vítima Mauricio Bezerra da Silva

inscrito (a) no CPF sob o Nº 024.918.784-10, 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>Entro</u>	Cidade:	<u>São Joaquim do Monte</u>	Estado: <u>PE</u>
E-mail:				CEP: <u>55670-000</u> Tel.(DDD): <u>(83) 9668-11814</u>

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

Joelma Francisca de Amorim
Assinatura do Declarante



DLDRL.001 V001/2017



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 18/08/2020 15:26:17
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20081815261776300000065255682>
Número do documento: 20081815261776300000065255682

Num. 66514766 - Pág. 10

PREFEITURA MUNICIPAL DE
**SÃO JOAQUIM
DO MONTE**
MAIS TRABALHOS, NOVAS CHAMAS.



BOLETIM DE OCORRÊNCIA/SERVIÇOS DE EMERGÊNCIA

Data 24/02/19 Hora 13:22 Registro 347462

Nome marina Regufe de Souza

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

Endereço/ Procedência Rua Bernardo Say, consulto interno 100

Naturalidade Brasileira Profissão Advogada Cor B

Responsável marina Regufe de Souza Identidade Brasil
Brasileiro (exce)

Peso PA Temp Pulso FC FR HGT

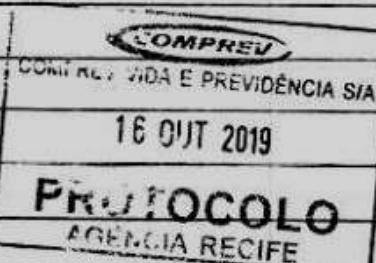
Queixa Principal A DOR MIGRA NA MESA

Dados Clínicos PIR DOR MIGRA NA MESA

PIR DOR MIGRA NA MESA

Hipótese Diagnóstica

Exames Solicitados



Tratamento Proposto

Exames Físico

Evolução / Prescrição ST COORD 01 + SAI COORD 02

REVISAR COORD 01
REVISAR COORD 02

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 HG ARAUJO 5670183

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

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



Ficha de Atendimento

Número do Registro

ETIQUETA

NCR
26/02/2019
TR 03060010
Tel 02600099
02600000

1390467		Data e Hora de Atendimento: 24/02/2019 06:37	Local de Entrada: EMERGENCIA GERAL Atendimento Manual :
Cod. Paciente: 1668480 Paciente: MAURICIO BEZERRA DA SILVA Data de nascimento: 19/10/1972 Idade: 46a 4m 6d Sexo: MASCULINO			
Estado Civil: SOLTEIRO Profissão:		Acompanhante: JOSE NILDO	
DOC ID / Data expedição 4321491 / 07-Dez-89	Mãe: MARINA MARIA DE MORAIS	Cartão SUS: Número 80 Complemento: UF: PE Telefone: 996763727	
Endereço: RUA JOSE VIEIRA DE MELO Bairro: CENTRO Cidade: SÃO JOAQUIM DO MONTE			
Ocorrências:			
Motivo do atendimento: QUEDA DE MOTO Procedência: OUTRO HOSPITAL 24/02/19			
Informações do Serviço Social: Vínculos familiares presentes.			
Confirmação de nome: ✓		Fones: (81) 3100-1000 194624-1601	
Confirmação de endereço: ✓		Assistente Social Janaina Marques Assistente Social CRESS-PE 6114	
Providências: Alta <input type="checkbox"/> Caso Social <input type="checkbox"/>		Assistente Social Janaina Marques Assistente Social CRESS-PE 6114	
Encaminhamentos: Rede de Apoio <input type="checkbox"/> GPCA <input type="checkbox"/> Cons.Tutelar <input type="checkbox"/> Delegacias <input type="checkbox"/> Minist. Públco <input checked="" type="checkbox"/>			
Outros <input type="checkbox"/> 25/02/19			
Observação: Alta. Familiar José Nildo cintre, ficou de pr vulnerias transporte p/ remoção.			
História Clínica: NCR # Queda de moto ciclista, alcoolizado + sem capacete. Nigra pinda ou consuimiu ou vômitos # EN: Glasgow 15, PIFR, sem dificuldade motricidade # CD: TC de círano / p/ cervical ; lux de lóris e pélve.			
COMPREV CONTROLE, VIDA E PREVIDÊNCIA SIA 16 OUT 2019			
PROTÓCOLO			
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 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 pélvia: 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	

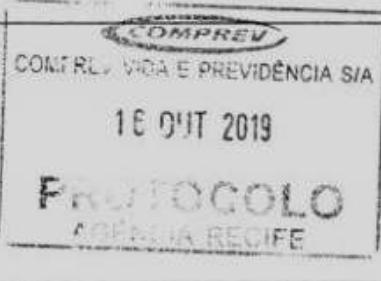
TC. crânio +
cervical



D: Exame Neurológico	Deficiência motora: <input type="checkbox"/> MSD <input type="checkbox"/> MSE <input type="checkbox"/> MID <input type="checkbox"/> MIE <input type="checkbox"/> Pupilas: <input type="checkbox"/> Isocônicas <input type="checkbox"/> Anisocônicas	
Glasgow: Abertura Ocular Escore: <input type="checkbox"/> Hora:	Glasgow: Resposta Verbal Escore: <input type="checkbox"/> Hora:	Glasgow: Resposta Motoria Escore: <input type="checkbox"/> Hora:

E: Exposição/Abdômen:

Diagnóstico Inicial:	<input type="checkbox"/> Cod. Procedimento
----------------------	--

Conduta:		<input type="checkbox"/> Ass. Médico
----------	--	--------------------------------------

Evolução de Enfermagem:	<input type="checkbox"/> Ass. Enfermagem
-------------------------	--

Definição do Caso:	<input type="checkbox"/> Internamento <input type="checkbox"/> Cirurgia <input type="checkbox"/> Óbito <input type="checkbox"/> Termo de Alta a Pedido <input type="checkbox"/> Evadiu-se <input checked="" type="checkbox"/> Alta Internado na Clínica: Transferido para:	<input type="checkbox"/> Curado <input type="checkbox"/> Melhorado <input type="checkbox"/> Inalterado <input type="checkbox"/> Piorado <input type="checkbox"/> 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 nosocomio, 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



PREFEITURA MUNICIPAL DE
**SÃO JOAQUIM
DO MONTE**
MAIS TRABALHO, NOVAS CONQUISTAS.



ENCAMINHAMENTO PARA UNIDADES HOSPITALARES

DATA: 04/10/2019

Nome: Mauricio Bezerra da Silva

Endereço: _____

Data de Nascimento: 19/10/70

Prontuário: _____

COMPREV
CONTROLE, VIDA E PREVIDÊNCIA SIA

16 OUT 2019

PROTOCOLO
AGÊNCIA RECIFE

Situação Clínica

PT. ALCOOLÍSTICO, VITIMA DE DUCRASE
MOTORIBILIZADO 100% DIREITO, PENSAMENTO DESCONCENTRADO
PELOS LADOS E DIREITO. A DIREITA, DIFÍCIL
SENTO DURANTE AS REAÇÕES OMBRO DIREITO.
ATRASO DIREITO - MUSO DIREITO. PENSAMENTO DIREITO
2016 EM QMBADO DIREITO CI DIREITO FRAS
DO ELASÍCUM. MUSO DIREITO CI DIREITO DE
QMBADO E DIREITO. NAO DISCUSSAO DIREITO, NAO USOU
AO DIREITO. RCO, VENTIL, APENAS, MANTENDO, ALGO COM
PA 130/150 Glicose: 15
ALI BABA 2500 MI: MVTIMO
ABDOM. 2 mm/2000 ext: VOTOS
AS OG-00 → OTOMARICO CI TENS DIREITO (CMA)
SG: 1000ml EV
GLU: 500ml
PRIM 1000 ml 1000ml 1000 ml

Hipótese Diagnóstica: _____

Motorista: _____

Unidade de Referência: Hosp. Restaurante NEUROCIENCIA

Senha da Central de Regulação: 5627083

Dr. João André G. Sampaio
Médico
CRM PE 25330



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:

Periodo: 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 CEFALÉIA. RELATO DE INGESTA ALCOOLICA.

Fluxograma sintoma: QUEDAS

- Discriminador(es): - EVENTO RECENTE?

Especialidade: NEUROCIRURGIA ADULTO

Sinais Vitais Lidos: - ESCALA COMA DE GLASGOW ADULTO: 15

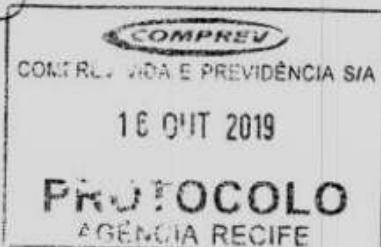
- REGUA DE DOR: 4

- FREQUENCIA DE PULSO: 80.00 BPM (RÍTMICO)

- FREQUENCIA RESPIRATORIA: 20.00 RPM

- TEMPERATURA(C): 36.00 °C

24-2-18 6.0
7:00 am
olitico, seu dor Abdome
dor, seu deficit motor
dor ondas ①
No exame
tronco: MUSCULOS TONTOS
Abdome: Sintomas normais
Bexigas: Normal
ondas ① hipertônico + déficit motor das
Pecas: c. gyn
HV: + normais



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

Data Impressão: 24/02/2019 06:31

Página 1 de 1

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco





Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco

HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO



PERNAMBUCO

Paciente

Mauris B. Silveira

Enfermaria/Leito

Registro

1668420

EVOLUÇÃO CLÍNICA

24/01/19

* Tuttage.

(ca. 10h)

Uma vítima de acidente de moto, q dor em mbdos (P).

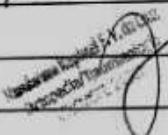
Asses: NVR; S/ Fornelos; Hx: fat 1/3 mbdos (lombos) (D).

Hx: fat Fazenda Choró (D).

(M) Triage

① Atm da Tuttage. Gang. multilob.

② à NCR, (B).



PROTOCOLO	CONTR. VIDA E PREVIDÊNCIA
RECIFE	COMPRES
16/01/2019	

24/01/19 - Cirurgia Geral

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

Ao exame: EGR, consciente, orientado, afebril ao toque, corado.

AR: MV@NHT, eupneico em ar ambiente.

ACV RCR 2T BCRF, FC=80 bpm

Abdome depresso, plácido, indolor à palpação, sem sinais de intacão peritoneal.

Pelvis estável sem crepitação e/ou empiema subcutâneo à palpação do lóran.

Rx de lóran não evidencia sinais de derrame pleural / hemorragia e/ou pneumotórax, fratura de clav.

Cont. 24102/19

vicia direta + fratura de 2 arcos costais
em ápice de HTO (3º e 4º arcos costais). Rx de pelve
sem alteração.

CD: Observação pelo CC - repetir R.

DRa. TÁSSIA SANTOS
MÉDICA
CRM/PE 20944

2912/19 #CG# 12.15h

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

Existe BEG, LOTE, eupneico, urinario, hidrakulo, acianotico.

AR: MU + AMT SPA. FR: 17:00

ACV: RCP 2T BNP SIS. FC: 86 bpm.

Abdomen globoso, planicolo, indolore a palpazion, seu um-

Est. com boa perspicácia e seu edifício

Tem dor e reação à palpação de clavícula (fratura)

Dor à palpação de HTX (D) superior, sem enurese

Rx tórax: fratura de clavícula (D) + fratura de 3º e 4º arcos costais à (D). Sua Fazix em unifx.

Re bacia seu fracturas.

CDT: 1) ALTA ~~DA CG~~

2) Aos vizinhados da NCR (faixa de alta da traumato)

João Paulo Lima
MR Cirurgia Geral
CRM-RJ 24.933

04/08/19 ANC 44

236

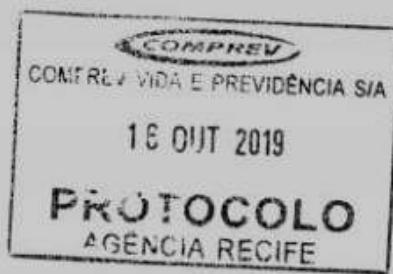
TC de crânio: sem lesões
e clara queimadura superfície
EEG-15 (50 foto) s/defeitos



- * Formulário anexo a este ofício
- * (O) = 1- Curador anexo a este ofício
2- Alta NCR



Antonio Yves Cordeiro de Mello Junior





HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO

Hospital da Restauração / Neorocirurgia
Evolução de EnfermagemPERNAMBUCO
GOVERNO DO ESTADOPaciente: Mauricio Bezerra da Silva Data: 24/02/179
Enfermaria: Vermelha Leito: _____

Hipótese Diagnóstica: _____

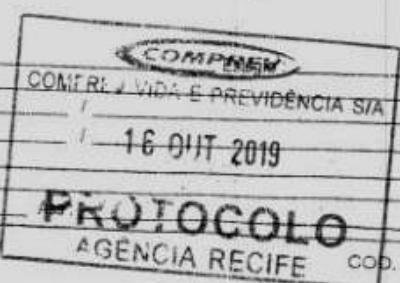
Glasgow

Abertura Ocular	Resposta Verbal	
<input checked="" type="checkbox"/> Espontânea (4 pts.) <input type="checkbox"/> Ao comando verbal (3 pts.) <input type="checkbox"/> Ador (2 pts.) <input type="checkbox"/> Sem resposta (1 pts.)	<input type="checkbox"/> Orientado / Conversando (5 pts.) <input checked="" type="checkbox"/> Desorientado / Conversando (4 pts.) <input type="checkbox"/> Palavras inadequadas (3 pts.) <input type="checkbox"/> Sons incompreensíveis (2 pts.) <input type="checkbox"/> Sem resposta (1 pts.)	<input type="checkbox"/> Obedece (6 pts.) <input type="checkbox"/> Localiza dor (5 pts.) <input type="checkbox"/> Flexão - s/ localiz. (4 pts.) <input type="checkbox"/> Flexão anormal (decort. X3 pts.) <input type="checkbox"/> Extensão (desorient.) (2 pts.) <input type="checkbox"/> Sem resposta (1 pts.)
TRM: <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	Franquel: _____	Total: <u>74</u> pontos.
A - Perda motora e sensitiva completa D - Motricidade funcional presente		
B - Apenas sensibilidade preservada E - Retorno sensitivo e motor completo (pode haver anormalidade de reflexos)		
C - Motricidade não funcional presente		
Sistema Respiratório: <input checked="" type="checkbox"/> Espontâneo <input type="checkbox"/> TOT <input type="checkbox"/> TOT <input type="checkbox"/> Outros Quais: _____		
Venóclise: <input type="checkbox"/> AVP _____ <input type="checkbox"/> AVC _____ <input type="checkbox"/> JH _____ <input type="checkbox"/> Sem Acesso.		
Dieta: <input type="checkbox"/> Zero <input type="checkbox"/> Via Oral <input type="checkbox"/> SNG <input type="checkbox"/> SOG <input type="checkbox"/> SNE <input type="checkbox"/> Gastostomia <input type="checkbox"/> Gavagem <input type="checkbox"/> Aberta		
Eliminações Intestinais: <input type="checkbox"/> Normais <input type="checkbox"/> Constipação a _____ dias <input type="checkbox"/> Diarréia <u>Abdômen</u> <input type="checkbox"/> Diurese <input type="checkbox"/> Espontânea <input type="checkbox"/> Dispositivo Urinário <input type="checkbox"/> SVA <input type="checkbox"/> SVD <input type="checkbox"/> Aspecto: <u>Abdômen</u>		
Pele: <input type="checkbox"/> Integra <input type="checkbox"/> Lesionada		
Ferida Operatória: Data da Cirurgia: _____ / _____ / _____ <input type="checkbox"/> Úlcera de decíbilo		
Localização: _____		
Quelaxas: _____ Localização: _____ Estágio: _____		
Exames: <u>Paciente entrou em FGB. Desorientado pela</u>		
Parcerias: <u>reabilitação da NCR. Sem</u>		
Observações (Diurnas / Noturnas): <u>multas no momento</u>		
Ass: <u>A. Mello</u> Ano: <u>2019</u> Cordeiro de Melo Júnior		
Data: _____ / _____ / _____		

Data: _____ / _____ / _____

Abertura Ocular	Resposta Verbal	
<input type="checkbox"/> Espontânea (4 pts.) <input type="checkbox"/> Ao comando verbal (3 pts.) <input type="checkbox"/> Ador (2 pts.) <input type="checkbox"/> Sem resposta (1 pts.)	<input type="checkbox"/> Orientado / Conversando (5 pts.) <input type="checkbox"/> Desorientado / Conversando (4 pts.) <input type="checkbox"/> Palavras inadequadas (3 pts.) <input type="checkbox"/> Sons incompreensíveis (2 pts.) <input type="checkbox"/> Sem resposta (1 pts.)	<input type="checkbox"/> Obedece (6 pts.) <input type="checkbox"/> Localiza dor (5 pts.) <input type="checkbox"/> Flexão - s/ localiz. (4 pts.) <input type="checkbox"/> Flexão anormal (decort. X3 pts.) <input type="checkbox"/> Extensão (desorient.) (2 pts.) <input type="checkbox"/> Sem resposta (1 pts.)
TRM: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Franquel: _____	Total: _____ pontos.
A - Perda motora e sensitiva completa D - Motricidade funcional presente		
B - Apenas sensibilidade preservada E - Retorno sensitivo e motor completo (pode haver anormalidade de reflexos)		
C - Motricidade não funcional presente		
Sistema Respiratório: <input type="checkbox"/> Espontâneo <input type="checkbox"/> TOT <input type="checkbox"/> TOT <input type="checkbox"/> Outros Quais: _____		
Venóclise: <input type="checkbox"/> AVP _____ <input type="checkbox"/> AVC _____ <input type="checkbox"/> JH _____ <input type="checkbox"/> Sem Acesso.		
Dieta: <input type="checkbox"/> Zero <input type="checkbox"/> Via Oral <input type="checkbox"/> SNG <input type="checkbox"/> SOG <input type="checkbox"/> SNE <input type="checkbox"/> Gastostomia <input type="checkbox"/> Gavagem <input type="checkbox"/> Aberta		
Eliminações Intestinais: <input type="checkbox"/> Normais <input type="checkbox"/> Constipação a _____ dias <input type="checkbox"/> Diarréia _____		
Diurese: <input type="checkbox"/> Espontânea <input type="checkbox"/> Dispositivo Urinário <input type="checkbox"/> SVA <input type="checkbox"/> SVD <input type="checkbox"/> Aspecto: _____		
Pele: <input type="checkbox"/> Integra <input type="checkbox"/> Lesionada		
Ferida Operatória: Data da Cirurgia: _____ / _____ / _____ <input type="checkbox"/> Úlcera de decíbilo		
Localização: _____		
Quelaxas: _____ Localização: _____		
Exames: _____		
Parcerias: _____		
Observações (Diurnas / Noturnas): _____		
Assinatura: _____		
Data: _____ / _____ / _____		

Produzido na Gráfica Hospitalar Alto Nível



SECRETARIA DE SAÚDE do ESTADO de PERNAMBUCO
Hospital da Restauração

PREScrições de ENFERMAGEM e CONTROLE DE APLICAÇÃO

Paciente: *Macuquino 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 Intermítente (6 em 6 horas e se necessário)	

DIA: <i>27/10/2</i>		DIA: _____		DIA: _____		DIA: _____	
HORÁRIO							
10 - 16 - 22	10 - 16 - 22	10 - 16 - 22	10 - 16 - 22	10 - 16 - 22	10 - 16 - 22	10 - 16 - 22	10 - 16 - 22
09	09	09	09	09	09	09	09
09-13-20	09-13-20	09-13-20	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	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	12 - 18 - 24 - 06	12 - 18 - 24 - 06	12 - 18 - 24 - 06

ASSINATURA DA ENFERMEIRA

Antônio Cordeiro de Melo Junior

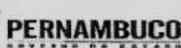
SINAIS VITais	
Freqüência Cardíaca	
Freqüência Respiratória	
Temperatura	
Pressão Arterial	

HORÁRIO	REGISTRO	REGISTRO	REGISTRO	REGISTRO	REGISTRO
10	80				
16					
22					
10	18				
16					
22					
10	36.5°				
16					
22					
10	140 / 90				
16					
22					

ASSINATURA DO AUXILIAR / TÉCNICO DE IMAGEM

João Pedro





PERNAMBUCO
GOVERNO DO ESTADO

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

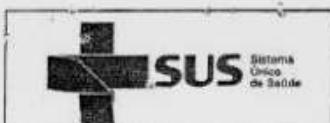


TRATAMENTO AVC

NOME DO PACIENTE	ENF/LEITO	REGISTRO	DIA	DIA	DIA	DIA	DIA
Maurício Bezerra da Silva		1668420	24/10/20				
MEDICAMENTO	DOSE	VIA	INTERN.	HORÁRIO	HORÁRIO	HORÁRIO	HORÁRIO
1- SORO FISIOLÓGICO 0,9% 2000ml, EV, nas 24 hr	100 ml	IV	24h	24h			
2- RANITIDINA - 01 AMPOLA + AD		IV	12/12h	12/12h			
3- PLASIL + AD EV 818 hs SN		IV	S/N				
4- DIPIRONA (2.8) AD EV 616 horas FIXO		ATE	8/8h	8/8h			
		IV	8/8h	8/8h			
		ATE	6/6h	6/6h			
5 - LIQUEMINE 0,25ml. OU CLEXANE 40.		SC	12/12h	12/12h			
6- CAPOTEN 25 01CP SEPARS > 180 OU PAD > 110mmhg.		SC	/DIA				
7 - INSULINA SIMPLES CONFORME HGT 0-200 - 0un 201 - 300 = 4un 301-400 = 8un > 400 = 12un		SL	SN				
AAS 100	02CP	VO/	12h	12h			
Glicor 50% 05 amp em cada fase de 30g		SNG					
COMPREV CONTROLE VIDA E PREVIDÊNCIA SIA 16/10/2019							
PROTOCOLO AGÊNCIA RECIFE							
CUIDADOS				ESPECIFICAÇÃO	ESPECIFICAÇÃO	ESPECIFICAÇÃO	ESPECIFICAÇÃO
1. DIETA ZERO ATÉ 2ª ORIENTAÇÃO, modifio, Dieta livre							
INSTALAR SNG							
2. MEDIR DIURESE	SVD	PRESERVATIVO					
3. HGT 6/6 h							
4. MUDAR DECÚBITO 3/3h							
5. CABECEIRA 30°							
6. SSVV 6/6 h							
ASSINATURA DO MÉDICO				Dra. TASSIA SILVA MÉDICA CREMEPE 2596			

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 Breyra da Silva

6 - N.º 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 esterno r/c

14 - CÓD. PROCEDIMENTO

QTDE
01

15 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

TC de cervical r/c

16 - CÓD. PROCEDIMENTO

QTDE
01

17 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

24/02/19

18 - CÓD. PROCEDIMENTO

QTDE

19 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

0

20 - CÓD. PROCEDIMENTO

QTDE

21 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

0

22 - CÓD. PROCEDIMENTO

QTDE

Polikavomalgado

COMPREV
JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO
CONTROLE VIDA E PREVIDÊNCIA SIA

16 OUT 2019

PROTOCOLO
PROFISSIONAL SOLICITANTE
AGÊNCIA RECIFE

24 - DATA DA SOLICITAÇÃO

26 / 02 / 19

23 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

25 - N.º DOCUMENTO (CNS / CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

Bruno R. S. Rosado
Resid. Neurocirurgia
CREMEPE 27872

26 - ASSINATURA E CARIMBO (N.º DO REGISTRO E CONSELHO)

27 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

28 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

/ /

29 - N.º DOCUMENTO (CNS / CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

30 - ASSINATURA E CARIMBO (N.º 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: Mauricio 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 :

CEFALÉIA (dor de cabeça que não cessa)

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: Necessita de

atendimento de ambulatório

ambulatório de serviço

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. 0163



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO



FICHA DE ESCLARECIMENTO

Nº Atendimento: 1668480

Nome: Mauricio B. da Silva

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

Diagnóstico Próvel:

Cuti Vtico da de de 1 mto

4 cut 1/2 mto de humor ①

Tratamento Realizado:

TO Gaveta 4 Ipoim +

Analg

Observação:

as: ① Atv da 9 mto 24/02/19

② Atv de atv de 9 mto por 60 dias

Cópia de:

③ Atv 20 mto B. Diogo

24/02/19

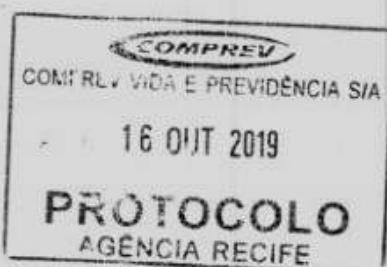
Justos em 16 dias

Médico - CRM N°

Medico especialista F. V. da CNE
Ortopedico/traumatologo
CRMPE 24287

ATENÇÃO: Este documento destina-se a comprovação de atendimento hospitalar ou ambulatório para INSS, Empresas, Escolas, Ministério do Trabalho, Continuidade do tratamento ambulatorial, segundo a recomendação N° 04/2002 do Ministério Público do Estado de Pernambuco.

Cód. 0157



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETAN-PE
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

Nº 014356133524

VIA: COD. REAVAM: 395262534 RNRIC: EXERCÍCIO: 2019

JOSE ILDO DA SILVA

BONITO-PE

082.176.025-2 PLACA: FEG0947

PLACAMENTO: 30/03/2019 CHASSIS: 3B27C1570BR596054

ESPECIFICO: PAS MOTOCICLETA COMBUSTÍVEL: ALCO/GASOL

MARCA/MODELO: HONDA/CG 150 FAN ESI ANO FAB: 2011 ANO MOD: 2011

CAF/POV/CL: 2F/149CL CATEGORIA: PARTIC COR PREDOMINANTE: PRETA

COTA UNICA: 1 IPVA 2019 QUITADO VENC. COTA UNICA: 1 VENC. COTAS: 1

V FAIXA IPVA: 1 PAGAMENTO/FATAS: 2019 3

A F 2019 3

PRÉMIO TANFARO (R\$): 60.11 IVE (R\$): 0.62 PRÉMIO TOTAL (R\$): 54.58 DATA DE PAGAMENTO: 15/02/19

SEM RESERVA

DOCUMENTO DE PAGAMENTO OBRIGATÓRIO
 PAGO NA PRAZOS REFERENCIAIS

ROBERTO CARLOS MOREIRA FONTELLAS

ROBERTO CARLOS MOREIRA FONTELLAS
 DIRETOR-PRÉSTAVEL DETAN-PE

Local: BONITO-PE Data: 09/04/19



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 18/08/2020 15:26:17
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20081815261776300000065255682>
 Número do documento: 20081815261776300000065255682

Num. 66514766 - Pág. 25

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: Mauricio Bezerra da Silva

portador(a) do documento de identidade nº: 4.321.191, expedido por SSP, em
07/12/1989 inscrito no CPF sob o nº: 023.918.784-20,
residente: R. Dom Augusto de Lourdes nº: 306 complemento: _____,
Bairro: Centro, cidade: São Joaquim do Monte, Estado PE.

2. OUTORGADO: Adelma Francisca de Amorim

portador(a) do documento de identidade nº: 4.619.036, expedido por SSP, em
23/05/1991 inscrito no CPF sob o nº: 944.273.804-68,
residente: Rua Dom Augusto de Lourdes nº: 306 complemento: _____,
Bairro: Centro, cidade: São Joaquim do Monte, Estado PE.

Amplos 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:

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

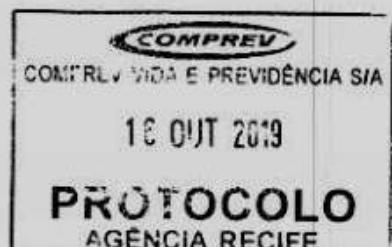
24 de JUNHO de 2019

CARTÓRIO DE NOTAS E DE REGISTRO DE SÃO JOAQUIM DO MONTE - PE

CARTÓRIO DE NOTAS E DE REGISTRO DE SÃO JOAQUIM DO MONTE - PE
TITULAR: FRANKLIN DA SILVA NOGUEIRA
Telefone: (81) 99083-6472

Reconheço por AUTENTICIDADE a firma de MAURICIO BEZERRA DA SILVA . Sou fá. Em testemunho da verdade. JUCYELLE EDUARDA DOS SANTOS TEIXEIRA - Escrivente Autorizada.
Emol.: R\$ 3,47; TSNR: R\$ 0,00; Total R\$ 4,47.

Selo: 0150953.ANB05201901-011159 04/06/2019 14:55:19
Consulte autenticidade em [www.tpe.jus.br/sealdigital](http://tpe.jus.br/sealdigital)



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

Titular do CPF: MAURICIO BEZERRA DA SILVA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médica-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 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

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

JOELMA FRANCISCA DE AMORIM SILVA

ANDREZA LARISSA ANGELO DE SOUZA



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 18/08/2020 15:26:17
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20081815261776300000065255682>
Número do documento: 20081815261776300000065255682

Num. 66514766 - Pág. 29