



18/08/2020

Número: **0019967-96.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção A da 31ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **21/04/2020**

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

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

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
JULIA TATIANNE ALVES DE MELO (AUTOR)		ANA CRISTINA ALEIXO PEREIRA SANTOS (ADVOGADO) sharon Stéphanne 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
66490824	18/08/2020 11:19	ANEXO 1	Outros (Documento)



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

Rio de Janeiro, 10 de Maio de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190315625

Vítima: JULIA TATIANNE ALVES DE MELO

Data do Acidente: 22/01/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JULIA TATIANNE ALVES DE MELO

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 14289806





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, 16 de Maio de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190315625

Vítima: JULIA TATIANNE ALVES DE MELO

Data do Acidente: 22/01/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), JULIA TATIANNE ALVES DE MELO

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

Foi verificado que o dano pessoal evoluiu sem sequela definitiva, razão pela qual não foi caracterizada a invalidez permanente coberta pelo Seguro DPVAT.

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 orientações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 01071/01072 - carta_04 - INVALIDEZ

00070536



Carta nº 14326347



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:
	440.844.344-78	Julia Tatianne Alves de Melo
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012		
Nome completo:	CPF:	
Julia Tatianne Alves de Melo	440.844.344-78	
Profissão:	Número:	Complemento:
Recebu-se	90	
Bairro:	Cidade:	Estado:
Centro	Bezernes	PE
Limite:	CEP:	Tel (DDD):
	55660-000	(81) 9 9668-4844

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

RENDA MENSAL:

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

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

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

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)

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

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 0392 CONTA: 88793 8

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

Pelo presente, eu, abaixo assinado, autorizo o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, a partir de hoje, desde já, em me submeter a avaliação médica às custas da Seguradora LIDER para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa 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 (ou Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: 09 MAI 2019

Grão 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/mãe 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 a existência, mantendo-me, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Local e Data, Bezernes 09/04/19

Nome: _____

CPF: _____

TESTEMUNHAS

1º Nome: _____

CPF: _____

Daniel Soares de Menezes

Assinatura

2º Nome: _____

CPF: _____

Juliano Santos dos Santos

Assinatura

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Julia Tatianne Alves de Melo

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 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.

FP-001 V.01/2018

Boletim de Ocorrência



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 091ª CIRCUNSCRIÇÃO - BEZERROS - DP91ªCIRC
DINTER/14ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **19E0181000290**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **13/02/2019** às **17:22**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia **22/1/2019** às **20:20**

Fato ocorrido no endereço: **BAIRRO DE POVOADO DE SERRA NEGRA, 01, ESTRADA CARROÇAVEL DE ACESSO A VILA DE SERRA NEGRA** - Bairro: **POVOADO DE SERRA NEGRA - BEZERROS/PERNAMBUCO/BRASIL** - Ponto de Referência: **FAZENDA DE NATALÍCIO**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

//// (AUTOR / AGENTE)
DANIEL SOARES DO NASCIMENTO (VITIMA)
JULIA TATIANNE ALVES DE MELO (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): **DANIEL SOARES DO NASCIMENTO**

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

DANIEL SOARES DO NASCIMENTO (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **SEVERINA FIDELES DA SILVA** Pai: **JOÃO SOARES DO NASCIMENTO** Data de Nascimento: **26/2/1999** Naturalidade: **CARUARU / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **10017503/SDS/PE (RG), 12815857421 (CPF)** Escolaridade: **2º. GRAU INCOMPLETO** Profissão: **AUTONOMO(A)** Telefones Celulares: **- 998920261**

Endereço Residencial: **RUA ALTO DA ESTRELA, 90 - CEP: 0 - Bairro: ROSARIO - BEZERROS/PERNAMBUCO /BRASIL**

JULIA TATIANNE ALVES DE MELO (presente ao plantão) - Sexo: **Feminino** Mãe: **MARIA DAS GRAÇAS LAURENTINO DE MELO** Pai: **ADERSON ALVES DE MELO** Data de Nascimento: **13/9/1989** Naturalidade: **BEZERROS / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **8727992/SDS/PE (RG), 14084431478 (CPF)** Estado Civil: **AMASIADO(A)** Escolaridade: **1º. GRAU INCOMPLETO** Profissão: **AGRICULTOR(A)** Telefones Celulares: **- 998920261**

Endereço Residencial: **RUA ALTO DA ESTRELA, 90 - CEP: 0 - Bairro: ROSARIO - BEZERROS/PERNAMBUCO /BRASIL**

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

13/02/2019 17:18



Boletim de Ocorrência

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): **DANIEL SOARES DO NASCIMENTO**
 Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/VALKYRIE 1500** Objeto apreendido: **Não**
 Cor: **VERMELHA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **KIH8848** (PERNAMBUCO/BEZERROS) Renavam: **545998549** Chassi: **9C2KD0550DR125051**
 Ano Fabricação/Modelo: **2013/2013** Combustível: **ALCO/GASOL**
 Descrição: **PROPRIETARIO: ELIANA FERREIRA DE QUEIROZ**

Complemento / Observação

COMPARECEU A ESTA DELEGACIA O SENHOR DANIEL SOARES DO NASCIMENTO O QUAL PASSOU A DECLARAR QUE NO DIA E HORARIO ACIMA DESCRITO ELE VITIMA CONDUZIA A REFERIDA MOTOCICLETA, TENDO COMO GARUPA A SENHORA JULIA TATIANNE ALVES DE MELO, QUE AMBOS TRAFEGAVAM VINDO DA VILA DE SERA NEGRA, ZONA RURAL DESTA URBE COM DESTINO AO CENTRO DA CIDADE, QUANDO NO TRAJETO ELE DANIEL (VITIMA) PERDEU O COTROLE DA MOTOCICLETA SAINDO DA ESTRADA E COLIDINDO COM A CERCA DE ARAME FARPADO, MOMENTO ESTE QUE AMBOS FORAM ARREMESSADOS AO CHÃO, EM SEGUIDA POPULARES ACIONARAM O SAMU, ONDE AS VITIMAS FORAM ATENDIDAS NO LOCAL DO ACIDENTE CONFORME DECLARAÇÕES DO SAMU; QUE, EM SEGUIDA AS VITIMAS FORAM SOCORRIDAS PARA A UNIDADE MISTA SÃO JOSE (HOSPITAL MUNICIPAL), ONDE AS VITIMAS FORAM ATENDIDAS CONFORME PRONTUARIO DE N° 909.154 REFERENTE A A VITIMA "JULIA TATIANNE" E PRONTUARIO DE N° 909.155 REFERENTE A VITIMA "DANIEL SOARES"; AMBAS FICHAS ASSINADAS PELA DRA. AMANDHA CRUZ CRM PE 26968; QUE, AS VITIMAS FORAM TRANSFERIDAS PARA O HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO NA CIDADE DO RECIFE-PE, ONDE A VITIMA DANIEL SOARES FOI SUBMETIDO A PROCEDIMENTOS CIRURGICOS E A VITIMA JULIA TATIANNE AOS MPROCEDIMENTOS MEDICOS CITADOS NA FICHA DE ALTA MEDICA EM ANEXO. NADA MAIS A DECLARAR.

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

DANIEL SOARES DO NASCIMENTO
 (VITIMA)

JULIA TATIANNE ALVES DE MELO
 (VITIMA)

B.O. registrado por: **CLOVES VITORINO DA SILVA** - Matrícula: **3811646**



13/02/2019 17:18



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:
	440.844.344-78	Julia Tatianne Alves de Melo
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012		
Nome completo:	CPF:	
Julia Tatianne Alves de Melo	440.844.344-78	
Profissão:	Endereço:	Número:
Reembu-se	Rua Alto da Estrela	90
Bairro:	Cidade:	Estado:
Centro	Bezermos	PE
CEP:	Tel (DDD):	
55660-000	(81) 9 9668-4844	

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

RENDA MENSAL:

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

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

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

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)

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

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 0392 CONTA: 88793 8

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

Pelo presente, eu, abaixo assinado, autorizo o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, a partir de hoje, desde já, em me submetendo a avaliação médica às custas da Seguradora LIDER para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa 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 (ou Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: 09 MAI 2019

Grão 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/mãe 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 a existência, mantendo-me, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Local e Data, Bezermos 09/04/19

Nome: _____

CPF: _____

TESTEMUNHAS

1ª Nome: _____

CPF: _____

Daniel Soares de Moxamento

Assinatura

2ª Nome: _____

CPF: _____

Juliano Santos dos Santos

Assinatura

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Julia Tatianne Alves de Melo

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 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.

FP-001 V.01/2018



PREFEITURA MUNICIPAL DOS BEZERROS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
COORDENAÇÃO DO SAMU



SAMU
192

DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins, em atenção ao pedido da Sra. Julia Tatianne Alves de Melo, Identidade 8727992 SDS-PE, CPF 104844314-78 que constam nos registros de ocorrências do SAMU BEZERROS, atendimento realizado por este serviço a Sra. Julia Tatianne Alves de Melo, número da ocorrência – ID 0392, no dia 22 de janeiro de 2019, às 20h e 35min, com queixa de queda de moto, na estrada de Serra Negra, Bezerros-PE. Tendo sido enviada uma UNIDADE DE SUPORTE BÁSICO, que prestou atendimento a vítima no local, transportando-a em seguida para a UNIDADE MISTA SÃO JOSÉ.

Certa de pronto atendimento, desde já agradece.

Bezerros, 08 de Fevereiro de 2019.


Klevio Maranhão
Coord. RUE- SAMU
Bezerros-PE

Klevio Maranhão
Coord. Técnico da Rede de Urgência
e Emergência Bezerros
Mat. 600961



Rua: Vitoriano Pereira de Lima, 84 – Centro - CEP 55660-000 –Bezerros – PE
FONE/FAX: 3728-6716/6717 - RAMAL-34



DADOS DO CLIENTE
SEVERINA FIDELIS DA SILVA

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
RUA ALCANTARA ESTERIL 20

CPF 077 081 834-71 NIS 16549039757

CENTRO BEZERRAS
BEZERRAS PE
5560-000

CLASSIFICAÇÃO
B1 RESIDENCIAL
BAIXA RENDA COMÉ

Nº DA NOTA FISCAL	SERIE	EMIÇÃO
040423138	UNICA	23/11/2018

APRESENTAÇÃO	Nº DO CLIENTE	Nº DA INSTALAÇÃO
23/11/2018	2015054081	378278

CONTA CONTRATO	MES/ANO
7026299220	11/2018

DATA DE VENCIMENTO	DATA PREVISTA PRÓXIMA LECTURA
30/11/2018	24/12/2018

TOTAL A PAGAR (R\$)	101,38
---------------------	--------

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo até 30 kWh	30,00000000	0,24868895	7,46
Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh	70,00000000	0,42676232	29,87
Consumo Ativo superior a 100 até 220 kWh	70,00000000	0,64012049	44,80
Acrescimo Bandeira AMARELA			1,18
Acrescimo Bandeira VERMELHA			2,09
Contrib. Ilum. Pública Municipal			12,91
Multa por atraso-NF 036614834 - 23/10/18			2,04
Juros por atraso-NF 036614834 - 23/10/18			0,06
Atualização-IGPM-NF 036614834 - 23/10/18			0,06

TOTAL DA FATURA

109-38

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL									
Nº DO RECEIJO	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR		ATUAL		Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (KWH)
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA				
157421	CAF	25-10-2018	17 541,86	23-10-2018	17 771,10	07	1.000,00		175,24

HISTÓRICO DE CONSUMO
MÊS: 05/17

PERÍODO	CONSUMO (m³)
05/16	172
06/16	108
07/16	134
08/16	134
09/16	124
10/16	137
11/16	86
12/16	131
01/17	157
02/17	126
03/17	113
04/17	123
05/17	123

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS

	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPORTE
ICMS	R\$ 39,39	21,00	8,27
PIS	R\$ 39,39	0,74	0,29
COFINS	R\$ 39,39	3,44	1,35

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

	R\$	28,87	55,22%
Geração de Energia	R\$	6,28	4,14%
Transmissão	R\$	15,12	22,17%
Distribuição (Cargas)	R\$	5,90	7,32%
Perdas de Energia	R\$	2,78	3,21%
Outros Serviços Relativos	R\$	2,40	2,91%
Tributos	R\$	86,39	100%

TABELAS APLICÁVEIS

Consumo Ativo até 30 m³	0,116280
Consumo Ativo superior a 30 até 100 m³	0,302240
Consumo Ativo superior a 100 até 200 m³	0,483390

RESERVAÇÃO FISCAL

5289 2457 5406 8403 7898 0540 288C 20CT

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

[illegible]

Declaração do Proprietário de Veículo

Eu, Eliana Ferreira de Queiroz,
RG: 7.402.616, data de expedição 08/04/2017
Órgão SDS, portador do CPF 080.360.664-02, com
domicílio na cidade de Bezerros, no Estado de
Pernambuco, onde resido na (Rua/avenida/estrada)
Rua Ilto da Estrela, nº SIN,
complemento _____, declaro, sob as penas da lei, que o veículo
abaixo mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente
ocorrido com a vítima Julia Tatianne Alves de Melo
cujo o conduto era Daniel Soares do Nascimento.
Veículo: Moto

Modelo: Honda NXR 150 Bros

Ano: 2013

Placa: KIH 8848

Chassi: 9C2KD0550D R12 5051

Data do Acidente: 22/03/2019

Local e data do cartório: Bezerros 01/03/2019

Eliana Eliana Ferreira de Queiroz 2º Cartório
Assinatura do Declarante

Daniel Daniel Soares do Nascimento
Assinatura do condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante de sinistro)

Obs: Reconhecer firma por autenticidade!

TABELIONATO VASCONCELOS - CARTÓRIO DE NOTAS E PROTESTO
Rua Dr. José Mariano, 52 - Centro - Bezerros - PE - Fone: (81) 3728-1182
Maurício José de Vasconcelos - Tabelião Público

Reconheço a firma por autenticidade de: 01/03/2019 09:32:26
ELIANA FERREIRA DE QUEIROZ, DOU
E. de Queiroz, 2ª. Cartório. Custas R\$ 3,99
TSMR R\$ 0,80
Total R\$ 4,79
Selo Digital N. 007772.119335800000065232289
Consulte autenticidade em www.tpe.jus.br/selodigital

COMPREV
COMPRI - UNA e PROVIDÊNCIA SIA
09 MAI 2019
PROTOCOLO
CÂNCIA RECIFE





Secretaria Municipal de Saúde
Unidade Mista São José



Juliana
Alves

FICHA DE ATENDIMENTO

DATA: 22/05/19	REGISTRO: 009134	CARTÃO DO SUS:
NOME: Juliana Tatiane Alves de Melo	HORA: 21:30	TELEFONE: 99669-0077
NOME DA MÃE:	IDADE: 24 ANOS	
DATA DE NASCIMENTO:	ACOMPANHANTE:	
END.: DEZENDOS		
SINAIS VITAIS		BAIRRO:
PA: / mmHg	HGT: mg/dL	T: °C
PESO: kg	Téc. Enfermagem/COREN	

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

I - Sinais de Emergência Imediata

CLASSIFICAR COMO VERMELHO

- ☐ Apnéia ☐ Cianose ☐ Estridor ☐ FC < 50 ou > 140 bpm ☐ FR < 10 ou > 32 l/min
- ☐ Extremidades frias ☐ Enchimento capilar letificado ☐ Pulso fraco ou ausente ☐ PCR ☐ Sudorese
- ☐ PAS < 80 ou > 200 mmHg ☐ PAD < 40 ou > 130 mmHg ☐ HGT < 40 ou > 40 mg/dl ☐ Convulsão no momento
- ☐ Politraumatizado/Glasgow < 12 ☐ Letargia ☐ Queimaduras em mais de 15% do corpo/áreas críticas ou problemas respiratórios
- ☐ Intoxicação exógena ☐ PAF ☐ PAB ☐ Sangramento intenso
- ☐ Broncoaspiração ☐ Anafilaxia associada à insuficiência respiratória

II - Sinais de urgência - Atendimento preferencial sobre os pacientes classificados como VERDE, no consultório ou leito da sala de observação

CLASSIFICAR COMO AMARELO

- ☐ Politraumatizado com Glasgow entre 13 e 15 ☐ TCE leve ☐ PAS < 90 ou > 180 mmHg ☐ PAD < 50 ou > 110 mmHg sem sintomas
- ☐ Febre > 39°C ☐ Febre com imunodepressão ☐ Histórico de convulsão nas últimas 24 horas ☐ Impossibilidade de deambulação
- ☐ Tumor pastoso ☐ Mucosas ressecadas ☐ Vômitos no momento
- ☐ Queimaduras de 1ª e 3ª áreas não críticas SCQ < 10% ☐ Vítila de abuso sexual ocorrido há até 72 horas
- ☐ Fraturas anguladas e luxações com comprometimento neuro vascular ou dor intensa
- ☐ Dor Abdominal intensa ☐ Dor Torácica intensa ☐ Melena ☐ Hematêmese ☐ Enterorragia ☐ Epistaxe
- ☐ Acidente perfuro-cortante com material biológico ☐ Crise asmática

III - Sem risco de morte - somente será atendida após todos os pacientes classificados como vermelho e amarelo

CLASSIFICAR COMO VERDE

- ☐ Febre sem outros sinais clínicos < 39°C ☐ Retorno em período < 24 horas por ausência de melhora
- ☐ Lombalgia intensa ☐ Entorse, suspeita de fraturas, luxações
- ☐ Dor abdominal sem alterações de sinais vitais ☐ Dor de garganta com história de febre e com placas sem toxemia
- ☐ Vômitos, diarreia sem sinais de desidratação ☐ Enxaqueca ☐ Dor de ouvido moderada a grave
- ☐ História de convulsão sem alteração do nível de consciência ☐ Abscessos ☐ Intercorrências ortopédicas

IV - Quadro crônico sem agudização ou caso social (deverá ser encaminhado para atendimento em Unidade Básica de Saúde ou atendimento pelo Serviço Social)

CLASSIFICAR COMO AZUL

- ☐ Queixas crônicas sem alterações agudas ☐ Tosse, coriza, dor de garganta, obstrução nasal ☐ Coriza crônica ou recorrente
- ☐ Queimaduras de 1ª grau em áreas não críticas e há mais de 12 horas
- ☐ Troca de curativos ou retiradas de pontos
- ☐ Administração de medicamento ☐ Mostra exames laboratoriais ou raios X. Não urgentes.
- ☐ Solicitação de atestado de saúde ou ocupacional ☐ Solicitação de exames e receitas não urgentes
- ☐ Constipação intestinal sem outros sintomas ☐ Troca ou retirada de sonda

CLASSIFICAÇÃO

- ☐ Vermelho
☐ Amarelo
☐ Verde
☐ Azul

COMPREV
COMPREV VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

09 MAI 2019

Alergias: () NÃO () SIM, a

PROTOCOLO
AGÊNCIA RECIFE

Assinatura da enfermeira e carimbo

Assinatura da Assistente Social e carimbo



FICHA DE ATENDIMENTO

Alergias: () NÃO () SIM, à

REGISTRO:

Queixas:

Exame físico:

H.D.:

CONDUTA/ REAVALIAÇÃO/ CONDUTA MEDICAÇÃO

Conduta:

TIPO DE CONSULTA

Consulta simples

Consulta c/ Observação

Indicação (Internamento)

MOTIVO DA ALTA

Melhora

Solicitação

Transferência

Indisciplina

Óbito

ÓBITO

Data: ____/____/____

Hora: ____:____:____

ATESTADO

SIM ()

NÃO ()

DIAS: ____

Data: ____/____/____

Hora: ____:____:____

COMPREU
CONTROLE DE PREVIDÊNCIA SIA
09 MAI 2019PROTOCOLO
AGÊNCIA RECIFEMédico - CREMEPE
(Carimbo)



Prefeitura Municipal de Bezerros
Secretaria Municipal de Saúde
Unidade Mista São José



Protocolo de Encaminhamento

HL-Traumato

TIPO DE OCORRÊNCIA
Causa Externa: Acidente/Violência () Causa Clínica () Obstétrica () Psiquiátrica ()
Em caso de violência/acidente: Via Pública () Domicílio () Local de Trabalho ()

SENHA 5604250

IDENTIFICAÇÃO
Nome do Paciente: Lucas Felipe de Jesus Idade: 26
Sexo: M / F / Profissão: Fone:
Endereço Residencial: Bairro:
Cidade:

CAUSA EXTERNA (ACIDENTE/VIOLENCIA)
Acidente de Trânsito: Ônibus () Caminhão () Carro de Passeio () Motocicleta ()
Atropelamento: Pedestre () Ciclista ()
Automóvel (Corrida): Passageiro () Motorista () Banco de Trás () Banco da Frente () Uso de cinto: S () N ()
Motocicleta: Motociclista () Passageiro () Uso de Capacete: S () N ()
Semi-Afogamento/Submersão () Soterramento ()
Intoxicação Exógena () Animais Peçonhentos () Agente Causador:
Exposição ao: Fogo/Fumaça/Choque Elétrico ()
Queimaduras: 1º Grau () 2º Grau () 3º Grau ()
Queda: () Altura Aproximada Metros () Queda da Própria Altura
Agressões: () Por Arma de Fogo/Tipo () Arma Branca/Tipo:
Agressão Sexual: () Maus Tratos () Outros () Citar:
Mecanismo do Trauma: () Impacto Frontal () Impacto Lateral () Impacto Traseiro () Ejeção () Capotamento

CAUSAS CLÍNICAS
História Clínica Atual: Doença crônica de longa data, com diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo 2, em uso de insulina, com queixas de sede excessiva, fome e perda de peso.
História Diagnóstica: Diabetes Mellitus tipo 2.

AValiação CLÍNICA
Glicemia Capilar (HGT): Temperatura: F.C.: P.A.:
Vias Aéreas: FR Dispneia S () N () Tiragem Intercostais S () N () Obstrução Vias Aéreas: S () N ()
Sibilos Expiratórios: S () N () B.A.N.: S () N () Deformidade do Tórax: S () N () Gemido/Estírcor: S () N ()
Distúrbio Falta/Choro: S () N ()
Atividade Psicomotora: S () N () Lesões de pele: S () N () Retração Xifóide: S () N ()
Perfusão Periférica: Boa () Lentificada () Bulhas Cardíacas: Normofonéticas () Hipofonéticas ()
Pulso: Rítmico () Arritmico () Filiforme () Fino ()
Coloração de Pele: Normocrada () Palidez () Cianose ()
Sudorese: S () N () Desidratado: S () N () Ictérico: S () N ()

FR: RN 35-50
< 1 ano 30-50
Crianças 20-30
Adulto 12-30

FC: RN 120-160
< 1 ano 90-140
Criança 80-110
Adulto 60-100

Amanda Cruz
Médica
CRM-PE 28988

COMPREV
CONTROLE DE QUALIDADE E SEGURANÇA SIA
09 MAI 2019
PROTÓCOLO
AGÊNCIA DE SAÚDE



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO



FICHA DE ESCLARECIMENTO

Nº Atendimento: 1082533

Nome: Julia Tatiane A de Melo

Foi atendido às _____ hs. do dia 23 / 01 / 2019

Diagnóstico Provável: Contusão joelho Esq

Tratamento Realizado: Ata joelho
no ambulatório ortopedic (joelho)

cel SSO

Observação: _____

Cópia de: _____

Médico CRM Nº _____

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



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO



FICHA DE ESCLARECIMENTO

Nº Atendimento: 2082322

Nome: Juliana Talcane A de Melo

Foi atendido às _____ hs. do dia 23/01/2019

Diagnóstico Provável: Contusão facial Esc

Tratamento Realizado: Atendimento em Pronto Socorro

Observação: _____

Cópia de: _____

Médico - CRM Nº _____

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



VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL Nº 8.727.992 DATA DE EMISSÃO 18/02/2009

NOME << JULIA TATIANNE ALVES DE MELO >>

FILIAÇÃO << ADERSON ALVES DE MELO >>
<< MARIA DAS GRAÇAS LAURENTINO DE MELO >>

NATURALIDADE BEZERROS - PE DATA DE NASCIMENTO 13/09/1989

DOC ORIGEM << CN.36716 LA33 F.33 CART.1ºDIST. BEZERROS-PE 13.11.1989 >>

CPF

ASSINATURA DO DIRETOR
LEI Nº 7.166 DE 09/09/03

33.35.401 - 4422

MINISTÉRIO DA FAZENDA

Receita Federal
Cadastro de Pessoas Físicas

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número
140.844.314-78

Nome
JULIA TATIANNE ALVES DE MELO

Nascimento
13/09/1989

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
PROTEÇÃO CIVIL, DEFESA SOCIAL E COMUNITÁRIA

0017

Julia Tatianne Alves de Melo

CARTEIRA DE IDENTIDADE

COMPREV

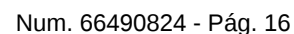
COMPRENSÃO E PREVIDÊNCIA SIA

09 MAI 2019

PROTOCOLO
AGÊNCIA RECIFE



COMPREV
COMPREensão E PREVIDÊNCIA S/A
09 MAI 2019
PROTOCOLO
AGÊNCIA RECIFE



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190315625 **Cidade:** Bezerros **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JULIA TATIANNE ALVES DE MELO **Data do acidente:** 22/01/2019 **Seguradora:** UNIÃO SEGURADORA S/A - VIDA E PREVIDÊNCIA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 15/05/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA CONTUSO NO JOELHO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR.
ALTA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

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

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190315625 **Cidade:** Bezerros **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JULIA TATIANNE ALVES DE MELO **Data do acidente:** 22/01/2019 **Seguradora:** UNIÃO SEGURADORA S/A - VIDA E PREVIDÊNCIA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 15/05/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA CONTUSO NO JOELHO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR.
ALTA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

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

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0156481/19

Vítima: JULIA TATIANNE ALVES DE MELO

CPF: 140.844.314-78

CPF de: Próprio

Data do acidente: 22/01/2019

Titular do CPF: JULIA TATIANNE ALVES DE MELO

Seguradora: UNIÃO SEGURADORA S/A - VIDA E PREVIDÊNCIA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

JULIA TATIANNE ALVES DE MELO : 140.844.314-78

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

Documentação recebida sem conferência.

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

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 09/05/2019
Nome: JULIA TATIANNE ALVES DE MELO
CPF: 140.844.314-78

JULIA TATIANNE ALVES DE MELO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 09/05/2019
Nome: JONATAN BARBOSA DE BARROS
CPF: 703.787.774-32

JONATAN BARBOSA DE BARROS

