



Número: **0000066-39.2020.8.17.2100**

Classe: **PETIÇÃO CÍVEL**

Órgão julgador: **3ª Vara Cível da Comarca de Abreu e Lima**

Última distribuição : **13/01/2020**

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

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
DEIVSON LOURENCO SILVA (REQUERENTE)		TATYANY FERREIRA DE SOUZA (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (REQUERIDO)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
66513304	18/08/2020 15:11	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, 09 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190683771

Vítima: DEIVSON LOURENCO SILVA

Data do Acidente: 15/09/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: TATYANY FERREIRA DE SOUZA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), DEIVSON LOURENCO SILVA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 15211931





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, 20 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190683771

Vítima: DEIVSON LOURENCO SILVA

Data do Acidente: 15/09/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: VÍTIMA EM TRATAMENTO

Senhor(a), DEIVSON LOURENCO SILVA

Devido a lesão não estar consolidada, não é possível, no momento, caracterizar a invalidez permanente pleiteada.

Assim, após finalizado o tratamento médico/hospitalar e se verificada a existência de invalidez permanente, a vítima deverá apresentar os respectivos documentos médicos, tais como os listados a seguir:

- Boletim médico/hospitalar, com a ficha da evolução médica e a alta médica hospitalar;
- Relatório do tratamento médico realizado na internação e/ou no atendimento ambulatorial;
- Laudos de exames, caso realizados no tratamento, tais como: Raio X, tomografia, ressonância magnética e de controle pós procedimento cirúrgico ou tratamento conservador ambulatorial, com a identificação do paciente e data de realização.

Em caso de cirurgia anexar: os relatórios médicos hospitalares com os procedimentos adotados e materiais usados, folha de anestesia, folhas de evolução médica e sumário de alta.

Informamos que é direito do paciente solicitar e receber, sem custos, os documentos do tratamento médico realizado nos hospitais públicos ou particulares, em internação ou tratamento ambulatorial.

Esclarecemos, por fim, que os documentos emitidos por enfermagem ou outros profissionais da área de saúde devem estar, necessariamente, acompanhados pela respectiva evolução/solicitação médica.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00053/00054 - carta_07 - INVALIDEZ

00070027



Carta nº 15271997







PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

5 - Nome completo: 6 - CPF: 7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento: 11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP: 15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD):

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☐ 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: 1606 3 CONTA: 0118912 3

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

22 - 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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: 25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: 28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

DOC 001 V002/2019





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 028ª CIRCUNSCRIÇÃO - PAULISTA - DP28ªCIRC DIM/8ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **19E0118009124**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **22/09/2019** às **11:40**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Doloso (Consumado) que aconteceu no dia **15/9/2019** às **06:15**

Fato ocorrido no endereço: **BAIRRO DE CENTRO (BAIRRO), 01 - Bairro: CENTRO - PAULISTA/PERNAMBUCO/BRASIL** - Ponto de Referência: **COMPLEXO POLICIAL - PAULISTA**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR \ AGENTE)
DEIVSON LOURENÇO SILVA (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): DEIVSON LOURENÇO SILVA
VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): DESCONHECIDO

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

DEIVSON LOURENÇO SILVA (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **MARIA DE LOURDES DA SILVA** Pai: **MANOEL LOURENÇO DA SILVA** Data de Nascimento: **18/4/1985** Naturalidade: **RECIFE / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **50834/PM/PE (RG)** Profissão: **POLICIAL MILITAR**
Endereço Residencial: **RUA CENTO E VINTE QUATRO, 135 - CEP: 55000-000 - Bairro: CAETES I - ABREU E LIMA/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

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

VEÍCULO 01 (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **DEIVSON LOURENÇO SILVA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **DEIVSON LOURENÇO SILVA**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/XRE300** Objeto apreendido: **Não**
Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **OYY1844 (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO)**

VEÍCULO 02 (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**, que estava em posse do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**
Categoria/Marca/Modelo: **AUTOMOVEI/TOYOTA/HILUX** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **PRETA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Descrição: **VIATURA POLICIAL - GT 17300 (RADIO PATRULHA)**

22/09/2019 11:27



INFORMA O NOTICIANTE, QUE É POLICIAL MILITAR E ESTAVA RETORNANDO PARA CASA APOS TERMINO DE SERVIÇO, E QUE ESTAVA CONDUZINDO SUA MOTOCICLETA EM VIA PUBLICA QUANDO PASSAVA EM FRENTE AO COMPLEXO POLICIAL DE PAULISTA, UMA VIATURA DA RADIO PATRULHA SAIU DO COMPLEXO SEM O DEVIDO CUIDADO E COLIDIU COM A MOTOCICLETA DO NOTICIANTE. O NOTICIANTE CAIU NO CHÃO E PRECISOU DE CUIDADOS MEDICOS. ELE FOI SOCORRIDO POR UMA AMBULANCIA DO SAMU E LEVADO PARA O PRONTO ATENDIMENTO DO HOSPITAL DO ESPINHEIRO, CONFORME FORMULARIO DE EMERGENCIA APRESENTADO (ATENDIMENTO 18843777). NO HOSPITAL ELE FOI ATENDIDO E MEDICADO COM DIAGNOSTICO DE UM PROVAVEL ESCLEROSE EM CONDILO MEDIAL DE FEMUR COM ENTORSE E DISTENSÃO ENVOLVENDO LIGAMENTO COLATERAL DO JOELHO (CID 10 S 834). DIZ TAMBÉM O NOTICIANTE O NÚMERO DA OCORRÊNCIA DO FATO NA POLICIA MILITAR - M-10734360 E QUE SUA MOTOCICLETA FOI DANIFICADA NO ACIDENTE ENTRE OUTROS DANOS O VEÍCULO TEVE O MOTOR FURADO, RETROVISORES QUEBRADOS, SETAS, CARENAGEM.

DEIVSON LOURENÇO SILVA
(VITIMA)

B.O. registrado por: **RODRIGO PAZ DE MELO** - Matrícula: **2732467**



22/09/2019 11:27







PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

5 - Nome completo: 6 - CPF: 7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento: 11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP: 15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD):

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
☒ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) Nome do BANCO: ☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: 1606 3 CONTA: 0118912 3 AGÊNCIA: 1606 3 CONTA: 0118912 3
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

22 - 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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

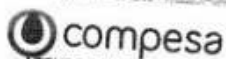
42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

ENC 01 V002/2019



Atenção: O gasto de água nessas atividades é bastante alto.
Ao escovar os dentes ou fazer a barba mantenha a torneira fechada.



CNPJ 09.769.035/0001-64
INSC. EST. Nº 18.1.001.0014398-2
NUM. - 00931 - LOJA-5 - CENTRO

ATENDIMENTO: AVENIDA BRASIL - N.º 53525-790
ABREU E LIMA PE 53525-790

DADOS DO CLIENTE
TATYANY FERREIRA DE SOUZA MATRÍCULA: 53661394 Out/2019
R CENTO E VINTE E SETE, N. 00045 - CAETES I ABREU E LIMA PE 53
530-120
INSCRIÇÃO: 338.170.470.0382.000 GRUPO: 17 DEB. AUTOMÁTICO: 053661394

SITUAÇÃO ÁGUA	SITUAÇÃO ESGOTO	RESIDENCIAL	QUANTIDADE DE ECONOMIAS	PÚBLICA
LIGADO	FACTIVEL	1	COMERCIAL INDUSTRIAL	
HIDRÔMETRO	DATA LEIT. ANTERIOR	DATA LEIT. ATUAL	TIPO DE CONSUMO (A/E)	
A19M428555	11/10/2019	12/11/2019	REAL	

ÁGUA:
LEIT ANT: 42 CONSUMO: 16
LEIT ATU: 58
LEIT FAT: 58

HISTÓRICO DE CONSUMO
REFERÊNCIA CONSUMO

09/2019 12
08/2019 21
07/2019 20
06/2019 20
05/2019 20
04/2019 20
MÉDIA: 19

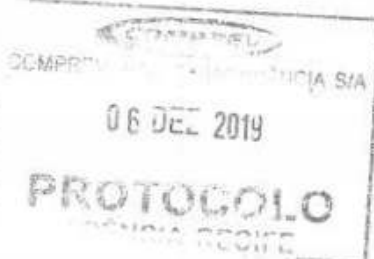
PARAMETROS	NÚMERO DE AMOSTRAS		
	EXIG. PORT. MS 2.914/11	ANÁLISES REALIZ.	ATENDEN. A LEGIS.
TURBIDEZ	43	43	42
COR APARENTE	43	43	43
CLORO RESIDUAL	43	43	42
KOLIF. TOTAIS	43	43	43
E. COLI	43	43	43

Qualidade de Água: www.compesa.com.br

OBS.: (1) COLIFORMES TOTAIS AUSÊNCIA 95% DAS AMOSTRAS EXAMINADAS
(2) 305 PARÂMETROS CONFORMES TOTAIS ESCHERICHIA COLI E CLORO
RESIDUAL SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES SANITÁRIAS DA ÁGUA
(3) 305 PARÂMETROS COR E TURBIDEZ SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES
ASSOCIADAS AO ASPECTO VISUAL DA ÁGUA

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS

ÁGUA	CONSUMO	TOTAL (R\$)
RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)		
ATE 10 M3 - 44,08 POR UNIDADE	10 M3	44,08
11 M3 A 20 M3 - R\$ 5,05 POR M3	6 M3	30,30
MULTA P/IMPONTUALIDADE 09/2019		1,08



Atenção: O gasto de água nessas atividades é bastante alto.
Ao escovar os dentes ou fazer a barba mantenha a torneira fechada.

compesa

CNPJ 09.769.035/0001-64
INSC. EST. Nº 18.1.001.0014398-2
NUM. - 00931 - LOJA-5 - CENTRO

ATENDIMENTO: AVENIDA BRASIL - NUM. - 00931 - LOJA-5 - CENTRO
ABREU E LIMA PE 53525-790

DADOS DO CLIENTE
TATYANY FERREIRA DE SOUZA MATRÍCULA: 53661394 Out/2019
R cento e vinte e sete, N. 00045 - CAETES I ABREU E LIMA PE 53
530-120
INSCRIÇÃO: 338.170.470.0382.000 GRUPO: 17 DEB. AUTOMÁTICO: 053661394

SITUAÇÃO ÁGUA	SITUAÇÃO ESGOTO	RESIDENCIAL	QUANTIDADE DE ECONOMIAS	PÚBLICA
LIGADO	FACTIVEL	1	COMERCIAL INDUSTRIAL	
HIDRÔMETRO	DATA LEIT. ANTERIOR	DATA LEIT. ATUAL	TIPO DE CONSUMO (A/E)	
A19H428555	11/10/2019	12/11/2019	REAL	

ÁGUA:
LEIT ANT: 42 CONSUMO: 16
LEIT ATU: 58
LEIT FAT: 58

HISTÓRICO DE CONSUMO
REFERÊNCIA CONSUMO

09/2019 12
08/2019 21
07/2019 20
06/2019 20
05/2019 20
04/2019 20
MÉDIA: 19

PARAMETROS	NÚMERO DE AMOSTRAS		
	EXIG. PORT. MS 2.914/11	ANÁLISES REALIZ.	ATENDEM. A LEGIS.
TURBIDEZ	43	43	42
COR APARENTE	43	43	43
CLORO RESIDUAL	43	43	42
KOLIF. TOTAIS	43	43	43
E. COLI	43	43	43

Qualidade de Água: www.compesa.com.br

OBS.: (1) COLIFORMES TOTAIS AUSÊNCIA 95% DAS AMOSTRAS EXAMINADAS
(2) 305 PARÂMETROS CONFORMES TOTAIS ESCHERICHIA COLI E CLORO
RESIDUAL SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES SANITÁRIAS DA ÁGUA
(3) 305 PARÂMETROS COR E TURBIDEZ SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES
ASSOCIADAS AO ASPECTO VISUAL DA ÁGUA

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS

	CONSUMO	TOTAL (R\$)
ÁGUA		
RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)		
ATE 10 M3 - 44,08 POR UNIDADE	10 M3	44,08
11 M3 A 20 M3 - R\$ 5,05 POR M3	6 M3	30,30
MULTA P/IMPONTUALIDADE 09/2019		1,08

COMPANHIA DE SANEAMENTO S/A
06 DEZ 2019
PROTOCOLO
AGÊNCIA REGISTRO



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/BIBLIOTECASWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

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

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao 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 Nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Antony Ferreira de Sousa
inscrito (a) no CPF/CNPJ 101596864,31, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário
Deisson Lourenço Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 060764974,75,
do sinistro de DPVAT cobertura Invalididez da Vítima Deisson Lourenço Silva
inscrito (a) no CPF sob o Nº 060764974,75, conforme determinação da Circular Susep 445/12:
Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:
☒ Recuso informar

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

Endereço: <u>Rua Bento e Vinte e Nite</u>	Número: <u>45</u>	Complemento: _____
Bairro: <u>Carlos I</u>	Cidade: <u>Aracaju - Sergipe</u>	CEP: <u>53525-790</u>
E-mail: <u>AntonyB3.ach@hotmail.com</u>	Estado: <u>SE</u>	Tel.(DDD): <u>81 98582-1863</u>

Local e Data: _____

Antony Ferreira de Sousa
Assinatura do Declarante



DLRL001 V001/2017





PREScrição MÉDICA

Página 1 de 1

Emissão: 17/09/2019 16:20

Paciente: DEIVSON LOURENÇO SILVA		Dt. Nasc: 18/04/1985		Atendimento: 18543777	
Convênio: HAPVIDA		Nº Prescrição: 10868549		Prontuário: 12295261	
Posto: POSTO EMERGENCIA - HE		Leito: 300212/6		Peso: kg	
1. PROFENID IV (100.00mg)	Soro Fisiológico	100 mg	1 FRAP (FRAP C/ 100MG)	Agua	EV
			100 ml		CRM-022180
2. DIFIRONA (500.00mg/ml)	Agua Destilada	1000 mg	2 ML (AMPL C/ 500MG)	Agua	EV
			18 ml		CRM-022180
3. TALIA JOULHEIRA					
4. CONSULTA COM ORTOPEDISTA					
Profissional: CRM 022180 - MARCELO PAULO MELO DE SOUZA					



RP1541

ROMULO VALENTIN DA SILVA

IP: 10.1.22.151

17/09/2019 16:20

FORMULÁRIO EMERGÊNCIA CLÍNICA

Página 1 de 1

ULTRA SOM SERV MED LTDA - HE

17/09/2019 16:20

Paciente: DEIVSON LOURENCO SILVA	Dt. Nasc.: 18/04/1985	Atendimento: 18843777	Prontuário: 12295261
Convênio: HAPVIDA	Posto: POSTO EMERGENCIA - HE	Leito: 300212/6	
Profissional(is): MARCELO PAULO MELO DE SOUZA CRM 022180 [1]	Nº: 14906606	15/09/2019	às 07:20

ANAMNESE

Queixa Principal PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE DE TRANSITO COM TRAUMA EM MID. [1]
QUEIXA DE DOR EM REGIAO DE JOELHO DIREITO. SEM OUTRAS QUEIXAS
TRAZIDO PELO SAMU COM PROTOCOLO DE IMOBILIZAÇÃO DO TRAUMA.
AO EXAME FISICO NAO OBSERVO DEFORMIDADES.
PACIENTE CONSCIENTE E ORIENTADO.
COLUNA CERVICAL INDOLOR A PALPAÇÃO E A MOBILIZAÇÃO PASSIVA E ATIVA.
CD:
SOLICITO RADIOGRAFIA DE JOELHO ESQUERDO.

Queixa Principal

CID10	S800 CONTUSAO DO JOELHO	[1]
Alergias	Não	[1]
Medicação Em Uso	Não	[1]
Antecedentes Patológicos Familiar	Não	[1]

DIAGNÓSTICO

CID10	S800 CONTUSAO DO JOELHO	[1]
CID10	S800 CONTUSAO DO JOELHO	[1]

CLASSIFICAÇÃO DO PACIENTE



ULTRA SOM SERV MED LTDA - HE

17/09/2019 16:20

Paciente: DEIVSON LOURENCO SILVA Dt. Nasc.: 18/04/1985 Atendimento: 18843777 Prontuário: 12295261
Convênio: HAPVIDA Posto: POSTO EMERGENCIA - HE Leito: 300212/6

Profissional(is): MARCELO PAULO MELO DE SOUZA CRM 022180 [1] Nº: 14906710 15/09/2019 às 07:41

ANAMNESE

Queixa Principal [1]
PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE DE TRANSITO COM TRAUMA EM MID.
QUEIXA DE DOR EM REGIAO DE JOELHO DIREITO. SEM OUTRAS QUEIXAS
TRAZIDO PELO SAMU COM PROTOCOLO DE IMOBILIZAÇÃO DO TRAUMA.

AO EXAME FISICO NAO OBSERVO DEFORMIDADES.
PACIENTE CONSCIENTE E ORIENTADO.
COLUNA CERVICAL INDOLOR A PALPAÇÃO E A MOBILIZAÇÃO PASSIVA E ATIVA.

CD:
SOLICITO RADIOGRAFIA DE JOELHO ESQUERDO.

=====
reavaliação

paciente retorna com radiografias que nao evidenciam fraturas ou luxações em mid
cd:
analgesia

Queixa Principal
CID10 S800 CONTUSAO DO JOELHO [1]
Alergias Não [1]
Medicação Em Uso Não [1]
Antecedentes Patológicos Familiar Não [1]

EXAME FÍSICO

Aspecto Geral [1]
PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE DE TRANSITO COM TRAUMA EM MID.
QUEIXA DE DOR EM REGIAO DE JOELHO DIREITO. SEM OUTRAS QUEIXAS
TRAZIDO PELO SAMU COM PROTOCOLO DE IMOBILIZAÇÃO DO TRAUMA.

AO EXAME FISICO NAO OBSERVO DEFORMIDADES.
PACIENTE CONSCIENTE E ORIENTADO.
COLUNA CERVICAL INDOLOR A PALPAÇÃO E A MOBILIZAÇÃO PASSIVA E ATIVA.

CD:
SOLICITO RADIOGRAFIA DE JOELHO ESQUERDO.

DIAGNÓSTICO

CID10 S800 CONTUSAO DO JOELHO [1]
CID10 S800 CONTUSAO DO JOELHO [1]

CLASSIFICAÇÃO DO PACIENTE



FORMULÁRIO EMERGÊNCIA CLÍNICA

Página 1 de 1

ULTRA SOM SERV MED LTDA - HE

17/09/2019 16:21

Paciente: DEIVSON LOURENCO SILVA	Dt. Nasc.: 18/04/1985	Atendimento: 18843777	Prontuário: 12295261
Convênio: HAPVIDA	Posto: POSTO EMERGENCIA - HE	Leito: 300212/6	
Profissional(is): MARCELO PAULO MELO DE SOUZA CRM 022180 [1]	Nº: 14907644	15/09/2019	às 09:34

ANAMNESE

Queixa Principal

PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE DE TRANSITO COM TRAUMA EM MID. [1]
QUEIXA DE DOR EM REGIAO DE JOELHO DIREITO, SEM OUTRAS QUEIXAS
TRAZIDO PELO SAMU COM PROTOCOLO DE IMOBILIZAÇÃO DO TRAUMA.

AO EXAME FISICO NAO OBSERVO DEFORMIDADES.
PACIENTE CONSCIENTE E ORIENTADO.
COLUNA CERVICAL INDOLOR A PALPAÇÃO E A MOBILIZAÇÃO PASSIVA E ATIVA.

CD:
SOLICITO RADIOGRAFIA DE JOELHO ESQUERDO.

reavaliação

paciente retorna com radiografias que nao evidenciam fraturas ou luxações em mid
cd:
analgesia

PACIENTE RETORNA APOS MEDICAÇÃO ANALGESICA COM QUEIXA DE DOR EM JOELHO ESQUERDO.

CD:
SOLICITO TC.

Queixa Principal

CID10 S800 CONTUSAO DO JOELHO [1]

Alergias Não [1]

Medicação Em Uso Não [1]

Antecedentes Patológicos Familiar Não [1]

EXAME FÍSICO

Aspecto Geral

PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE DE TRANSITO COM TRAUMA EM MID. [1]
QUEIXA DE DOR EM REGIAO DE JOELHO DIREITO, SEM OUTRAS QUEIXAS
TRAZIDO PELO SAMU COM PROTOCOLO DE IMOBILIZAÇÃO DO TRAUMA.

AO EXAME FISICO NAO OBSERVO DEFORMIDADES.
PACIENTE CONSCIENTE E ORIENTADO.
COLUNA CERVICAL INDOLOR A PALPAÇÃO E A MOBILIZAÇÃO PASSIVA E ATIVA.

CD:
SOLICITO RADIOGRAFIA DE JOELHO ESQUERDO.

DIAGNÓSTICO

CID10 S800 CONTUSAO DO JOELHO [1]

CID10 S800 CONTUSAO DO JOELHO [1]

CLASSIFICAÇÃO DO PACIENTE



FORMULÁRIO EMERGÊNCIA CLÍNICA

Página 1 de 2

17/09/2019 16:21

ULTRA SOM SERV MED LTDA - HE

Paciente: DEIVSON LOURENCO SILVA	Dt. Nasc.: 18/04/1985	Atendimento: 18843777	Prontuário: 12295261
Convênio: HAPVIDA	Posto: POSTO EMERGENCIA - HE	Leito: 300212/6	
Profissional(is): MARCELO PAULO MELO DE SOUZA CRM 022180 [1]	Nº: 14909551	15/09/2019	às 12:46

ANAMNESE

Queixa Principal

PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE DE TRANSITO COM TRAUMA EM MID.
QUEIXA DE DOR EM REGIAO DE JOELHO DIREITO. SEM OUTRAS QUEIXAS
TRAZIDO PELO SAMU COM PROTOCOLO DE IMOBILIZAÇÃO DO TRAUMA.

[1]

AO EXAME FISICO NAO OBSERVO DEFORMIDADES.
PACIENTE CONSCIENTE E ORIENTADO.
COLUNA CERVICAL INDOLOR A PALPAÇÃO E A MOBILIZAÇÃO PASSIVA E ATIVA.

CD:
SOLICITO RADIOGRAFIA DE JOELHO ESQUERDO.

=====

reavaliação

paciente retorna com radiografias que nao evidenciam fraturas ou luxações em mid
cd:
analgesia

=====

PACIENTE RETORNA APOS MEDICAÇÃO ANALGESICA COM QUEIXA DE DOR EM JOELHO ESQUERDO.

CD:
SOLICITO TC.

=====

TC EVIDENCIA FOCO DE ESCLEROSE EM CONDILO MEDIAL DE FEMUR + APARENTE SOLUÇÃO DE CONTINUIDADE NA REGIAO POSTEROSUPERIOR DA FIBULA (FRATURA?). COM PEQUENO FRAGMENTO OSSEO EM PARTES MOLES ADJACENTES A REGIAO POSTERIOR AO CONDILO FEMORAL LATERAL DA TIBIA (FRAGMENTO OSSEO DESTACADO).

CD:
SOLICITO IMOBILIZAÇÃO COM TALA JOELHEIRA AO AMB ULATORIO DO GRUPO DE JOELHO

Queixa Principal

CID10	S800 CONTUSAO DO JOELHO	[1]
-------	-------------------------	-----

Alergias	Não	[1]
----------	-----	-----

Medicação Em Uso	Não	[1]
------------------	-----	-----

Antecedentes Patológicos Familiar	Não	[1]
-----------------------------------	-----	-----

EXAME FÍSICO

Aspecto Geral

PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE DE TRANSITO COM TRAUMA EM MID.
QUEIXA DE DOR EM REGIAO DE JOELHO DIREITO. SEM OUTRAS QUEIXAS
TRAZIDO PELO SAMU COM PROTOCOLO DE IMOBILIZAÇÃO DO TRAUMA.

[1]

AO EXAME FISICO NAO OBSERVO DEFORMIDADES.
PACIENTE CONSCIENTE E ORIENTADO.
COLUNA CERVICAL INDOLOR A PALPAÇÃO E A MOBILIZAÇÃO PASSIVA E ATIVA.

CD:
SOLICITO RADIOGRAFIA DE JOELHO ESQUERDO.

DIAGNÓSTICO

CID10	S800 CONTUSAO DO JOELHO	[1]
-------	-------------------------	-----

S800 CONTUSAO DO JOELHO



ULTRA SOM SERV MED LTDA - HE

17/09/2019 16:21

Paciente: DEIVSON LOURENCO SILVA

Dt. Nasc.: 18/04/1985

Atendimento: 18843777

Prontuário: 12295261

Convênio: HAPVIDA

Posto: POSTO EMERGENCIA - HE

Leito: 300212/6

CID10

[1]

CLASSIFICAÇÃO DO PACIENTE



FORMULÁRIO EMERGÊNCIA CLÍNICA

Página 1 de 2

ULTRA SOM SERV MED LTDA - HE

17/09/2019 16:21

Paciente: DEIVSON LOURENCO SILVA	Dt. Nasc.: 18/04/1985	Atendimento: 18843777	Prontuário: 12295261
Convênio: HAPVIDA	Posto: POSTO EMERGENCIA - HE	Leito: 300212/6	
Profissional(is): MARCELO PAULO MELO DE SOUZA CRM 022180 [1]	Nº: 14909638	15/09/2019	às 12:55

ANAMNESE

Queixa Principal

PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE DE TRANSITO COM TRAUMA EM MID.
QUEIXA DE DOR EM REGIAO DE JOELHO DIREITO. SEM OUTRAS QUEIXAS
TRAZIDO PELO SAMU COM PROTOCOLO DE IMOBILIZAÇÃO DO TRAUMA.

[1]

AO EXAME FISICO NAO OBSERVO DEFORMIDADES.
PACIENTE CONSCIENTE E ORIENTADO.
COLUMNA CERVICAL INDOLOR A PALPAÇÃO E A MOBILIZAÇÃO PASSIVA E ATIVA.

CD:
SOLICITO RADIOGRAFIA DE JOELHO ESQUERDO.

reavaliação

paciente retorna com radiografias que nao evidenciam fraturas ou luxações em mid
cd:
analgesia

PACIENTE RETORNA APOS MEDICAÇÃO ANALGESICA COM QUEIXA DE DOR EM JOELHO ESQUERDO.

CD:
SOLICITO TC.

TC EVIDENCIA FOCO DE ESCLEROSE EM CONDILO MEDIAL DE FEMUR + APARENTE SOLUÇÃO DE CONTINUIDADE NA REGIAO POSTEROSUPERIOR DA FIBULA (FRATURA?). COM PEQUENO FRAGMENTO OSSEO EM PARTES MOLES ADJACENTES A REGIAO POSTERIOR AO CONDILO FEMORAL LATERAL DA TIBIA (FRAGMENTO OSSEO DESTACADO).

CD:
SOLICITO IMOBILIZAÇÃO COM TALA JOELHEIRA AO AMB ULATORIO DO GRUPO DE JOELHO

Queixa Principal

CID10

S834 ENTORSE E DISTENSAO ENVOLVENDO LIGAMENTO COLATERAL (PERONIAL) (TIBIAL) DO JOELHO

[1]

Alergias

Não

[1]

Medicação Em Uso

Não

[1]

Antecedentes Patológicos Familiar

Não

[1]

EXAME FISICO

Aspecto Geral

PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE DE TRANSITO COM TRAUMA EM MID.
QUEIXA DE DOR EM REGIAO DE JOELHO DIREITO. SEM OUTRAS QUEIXAS
TRAZIDO PELO SAMU COM PROTOCOLO DE IMOBILIZAÇÃO DO TRAUMA.

[1]

AO EXAME FISICO NAO OBSERVO DEFORMIDADES.
PACIENTE CONSCIENTE E ORIENTADO.
COLUMNA CERVICAL INDOLOR A PALPAÇÃO E A MOBILIZAÇÃO PASSIVA E ATIVA.

CD:
SOLICITO RADIOGRAFIA DE JOELHO ESQUERDO.

DIAGNÓSTICO

CID10

S800 CONTUSAO DO JOELHO

[1]



FORMULÁRIO EMERGÊNCIA CLÍNICA

Página 2 de 2

ULTRA SOM SERV MED LTDA - HE

17/09/2019 16:21

Paciente: DEIVSON LOURENCO SILVA

Dt. Nasc.: 18/04/1985

Atendimento: 18843777

Prontuário: 12295261

Convênio: HAPVIDA

Posto: POSTO EMERGENCIA - HE

Leito: 300212/6

CID10

S800 CONTUSAO DO JOELHO

[1]

CLASSIFICAÇÃO DO PACIENTE





DIAGNÓSTICO POR IMAGEM VIDA IMAGEM.
RESSONANCIA MAGNETICA - HIL
NºPedido: 11250359

Data 08/11/2019

Pag 1 de 2

Paciente...: 12295261 DEIVSON LOURENCO SILVA

Nascimento.: 18/04/1985 Sexo: M

CPF.: 06076497475

Endereco...: R RUA CENTO E VINTE E QUATRO A 35 CAETÉS I ABREU E LIMA PE 53 Tel.:

Convenio...: HAPVIDA

Matricula...: 02DCZ010691006019

Solicitante: Dr(a) WILLIAM SILVA V DOS

Queixa Principal:

DOR EM JOELHOS

Exame:

RM DE JOELHO (UNILATERAL)



1922735211

RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DO JOELHO DIREITO

TÉCNICA: Foram realizadas sequências multiplanares nas ponderações T1, T2 e DP com e sem saturação de gordura, sem contraste endovenoso.

ANÁLISE:

Discreto derrame articular.

Rotura completa do ligamento cruzado anterior. Acotovelamento com sai sobrecarga do ligamento cruzado posterior.

Estiramento do ligamento colateral medial. Ligamento colateral lateral com sinais de leve sobrecarga.

Fina lesão oblíqua em corno posterior menisco medial tocando a face articular tibial.

Menisco lateral de morfologia e sinal preservado.

Patela tópica com o joelho em mínima flexão. Ângulo troclear preservado.

Gorduras suprapatelar, pré-patelar, pré femoral e de Hoffa sem particularidades.

Cartilagens com espessuras, contornos e intensidade de sinal normais.

Tendões do quadriceps, patelar, poplíteo, bíceps femoral e da pata de ganso sem particularidades.

Fossa poplíteica preservada.

Componentes dos cantos póstero lateral e póstero medial íntegros.

Estruturas musculares tróficas e com sinal habitual.

RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DO JOELHO ESQUERDO

TÉCNICA: Foram realizadas sequências multiplanares nas ponderações T1, T2 e DP com e sem saturação de gordura, sem contraste endovenoso.

ANÁLISE:





DIAGNÓSTICO POR IMAGEM VIDA IMAGEM.
RESSONANCIA MAGNETICA - HIL

NºPedido: 11250359

Data 08/11/2019

Pag 2 de 2

Paciente...: 12295261 DEIVSON LOURENCO SILVA

Nascimento.: 18/04/1985 Sexo: M

CPF.: 06076497475

Endereco...: R RUA CENTO E VINTE E QUATRO A 35 CAETÉS I ABREU E LIMA PE 53 Tel.:

Convenio...: HAPVIDA

Matricula...: 02DCZ010691006019

Solicitante: Dr(a) WILLIAM SILVA V DOS

Exame:

RM DE JOELHO (UNILATERAL)



Pequeno derrame articular.

Acentuado estiramento com lesão subtotal do ligamento cruzado posterior. Estiramento do ligamento cruzado anterior.

Fina lesão vertical de espessura completa em margem interna do corpo do menisco lateral.

Discreto foco de degeneração intrassubstancial em corpo do menisco medial, sem tocar as faces articulares.

Estiramento / sobrecarga do ligamento colateral medial e colateral lateral.

Tendinopatia insercional da pata anserina com aumento de sinal periférico dos tendões.

Planalto tibial lateral e medial.

Ilhota de esclerose em côndilo femoral medial, de questionável clínico atual.

Cartilagens com espessuras, contornos e intensidade de sinal normais.

Tendões do quadríceps, patelar, poplíteo e bíceps femoral sem particularidades.

Fossa poplíteia preservada.

Componentes dos cantos póstero lateral e póstero medial íntegros.

Estruturas musculares tróficas e com sinal habitual.

CARLOS EDUARDO BARBOSA PONTE - CRM 9327-CE





MARCAÇÃO DE CONSULTA E EXAMES
RECLAMAÇÕES E SUGESTÕES

SITE : WWW.HAPVIDA.COM.BR
CALL CENTER: 4002-2870 / 4002-3633

ODONTOLOGIA: 4002-2722

ODONTOLOGIA SAC: 0800.275.9092

TOTENS

(Terminals de Auto Atendimento em toda
unidade da Hapvida)

SAC: 0800.280.9130

CO PROFISSIONAL/SERVIÇO AUXILIAR DE DIAGNÓSTICO E TERAPIA - SP/ISADT N° 72155220

Principal 220	4 - Data de Autorização	5 - Senha	6 - Data de Validade da Senha	7 - Data de Emissão da Guia
10 - Validade da Carteira	11 - Nome DEVISON LOURENCO SILVA	12 - Número do Cartão Nacional de Saúde	13 - Número do Conselho	14 - Código CHES
15 - Nome do Contratado	16 - Conselho Profissional CRM	17 - Número no Conselho 2011	18 - UF PE	19 - Código CBO S
20 - CID 10	21 - Indicação Clínica ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA - DOR JOLEIROS - FLEIROS A DIR	22 - Cidade Solic.	23 - Cidade Autor.	24 - Cidade

DADOS DO CONTRATADO EXECUTANTE

30 - Código na Ordem do CNPJ/CPF	31 - Nome do Contratado	32 - T. Log	33 - 34 - 35 - Logradouro - Número - Complemento	36 - Município	37 - UF	38 - Cof. BGE	39 - CEP	40 - Código CHES	
41 - Nome da Profissional Escrita/Complementar	42 - Conselho Profissional	43 - Número no Conselho	44 - UF	45 - Código CBO S	46 - Grau de Participação	47 - Tipo de Doença	48 - Anos	49 - Meses	50 - Dias

DADOS DO ATENDIMENTO

46 - Tipo de Atendimento	47 - Tipo de Atendimento	48 - Tipo de Atendimento	49 - Tipo de Atendimento	50 - Tipo de Atendimento	51 - Tipo de Atendimento	52 - Tipo de Atendimento	53 - Tipo de Atendimento	54 - Tipo de Atendimento	55 - Tipo de Atendimento	56 - Tipo de Atendimento	57 - Tipo de Atendimento	58 - Tipo de Atendimento	59 - Tipo de Atendimento	60 - Tipo de Atendimento	61 - Tipo de Atendimento	62 - Tipo de Atendimento	63 - Tipo de Atendimento	64 - Tipo de Atendimento	65 - Tipo de Atendimento	66 - Tipo de Atendimento	67 - Tipo de Atendimento	68 - Tipo de Atendimento	69 - Tipo de Atendimento	70 - Tipo de Atendimento	71 - Tipo de Atendimento	72 - Tipo de Atendimento	73 - Tipo de Atendimento	74 - Tipo de Atendimento	75 - Tipo de Atendimento	76 - Tipo de Atendimento	77 - Tipo de Atendimento	78 - Tipo de Atendimento	79 - Tipo de Atendimento	80 - Tipo de Atendimento	81 - Tipo de Atendimento	82 - Tipo de Atendimento	83 - Tipo de Atendimento	84 - Tipo de Atendimento	85 - Tipo de Atendimento	86 - Tipo de Atendimento	87 - Tipo de Atendimento	88 - Tipo de Atendimento	89 - Tipo de Atendimento	90 - Tipo de Atendimento	91 - Tipo de Atendimento	92 - Tipo de Atendimento	93 - Tipo de Atendimento	94 - Tipo de Atendimento	95 - Tipo de Atendimento	96 - Tipo de Atendimento	97 - Tipo de Atendimento	98 - Tipo de Atendimento	99 - Tipo de Atendimento	100 - Tipo de Atendimento
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	---------------------------

CONSULTA REFERÊNCIA

49 - Tipo de Doença	50 - Tipo de Doença	51 - Tipo de Doença	52 - Tipo de Doença	53 - Tipo de Doença	54 - Tipo de Doença	55 - Tipo de Doença	56 - Tipo de Doença	57 - Tipo de Doença	58 - Tipo de Doença	59 - Tipo de Doença	60 - Tipo de Doença	61 - Tipo de Doença	62 - Tipo de Doença	63 - Tipo de Doença	64 - Tipo de Doença	65 - Tipo de Doença	66 - Tipo de Doença	67 - Tipo de Doença	68 - Tipo de Doença	69 - Tipo de Doença	70 - Tipo de Doença	71 - Tipo de Doença	72 - Tipo de Doença	73 - Tipo de Doença	74 - Tipo de Doença	75 - Tipo de Doença	76 - Tipo de Doença	77 - Tipo de Doença	78 - Tipo de Doença	79 - Tipo de Doença	80 - Tipo de Doença	81 - Tipo de Doença	82 - Tipo de Doença	83 - Tipo de Doença	84 - Tipo de Doença	85 - Tipo de Doença	86 - Tipo de Doença	87 - Tipo de Doença	88 - Tipo de Doença	89 - Tipo de Doença	90 - Tipo de Doença	91 - Tipo de Doença	92 - Tipo de Doença	93 - Tipo de Doença	94 - Tipo de Doença	95 - Tipo de Doença	96 - Tipo de Doença	97 - Tipo de Doença	98 - Tipo de Doença	99 - Tipo de Doença	100 - Tipo de Doença
---------------------	---------------------	---------------------	---------------------	---------------------	---------------------	---------------------	---------------------	---------------------	---------------------	---------------------	---------------------	---------------------	---------------------	---------------------	---------------------	---------------------	---------------------	---------------------	---------------------	---------------------	---------------------	---------------------	---------------------	---------------------	---------------------	---------------------	---------------------	---------------------	---------------------	---------------------	---------------------	---------------------	---------------------	---------------------	---------------------	---------------------	---------------------	---------------------	---------------------	---------------------	---------------------	---------------------	---------------------	---------------------	---------------------	---------------------	---------------------	---------------------	---------------------	---------------------	----------------------

PROCEDIMENTOS E EXAMES REALIZADOS

51 - Data	52 - Hora Inicial	53 - Hora Final	54 - Tab	55 - Código de Procedimento	56 - Tipo de Doença	57 - Tipo de Doença	58 - Tipo de Doença	59 - Tipo de Doença	60 - Tipo de Doença	61 - Tipo de Doença	62 - Tipo de Doença	63 - Tipo de Doença	64 - Tipo de Doença	65 - Tipo de Doença	66 - Tipo de Doença	67 - Tipo de Doença	68 - Tipo de Doença	69 - Tipo de Doença	70 - Tipo de Doença	71 - Tipo de Doença	72 - Tipo de Doença	73 - Tipo de Doença	74 - Tipo de Doença	75 - Tipo de Doença	76 - Tipo de Doença	77 - Tipo de Doença	78 - Tipo de Doença	79 - Tipo de Doença	80 - Tipo de Doença	81 - Tipo de Doença	82 - Tipo de Doença	83 - Tipo de Doença	84 - Tipo de Doença	85 - Tipo de Doença	86 - Tipo de Doença	87 - Tipo de Doença	88 - Tipo de Doença	89 - Tipo de Doença	90 - Tipo de Doença	91 - Tipo de Doença	92 - Tipo de Doença	93 - Tipo de Doença	94 - Tipo de Doença	95 - Tipo de Doença	96 - Tipo de Doença	97 - Tipo de Doença	98 - Tipo de Doença	99 - Tipo de Doença	100 - Tipo de Doença
-----------	-------------------	-----------------	----------	-----------------------------	---------------------	---------------------	---------------------	---------------------	---------------------	---------------------	---------------------	---------------------	---------------------	---------------------	---------------------	---------------------	---------------------	---------------------	---------------------	---------------------	---------------------	---------------------	---------------------	---------------------	---------------------	---------------------	---------------------	---------------------	---------------------	---------------------	---------------------	---------------------	---------------------	---------------------	---------------------	---------------------	---------------------	---------------------	---------------------	---------------------	---------------------	---------------------	---------------------	---------------------	---------------------	---------------------	---------------------	---------------------	----------------------

65 - Data e Assinatura do Profissional em Sentido

65 - Data e Assinatura do Profissional em Sentido	66 - Data e Assinatura do Profissional em Sentido	67 - Data e Assinatura do Profissional em Sentido	68 - Data e Assinatura do Profissional em Sentido	69 - Data e Assinatura do Profissional em Sentido	70 - Data e Assinatura do Profissional em Sentido	71 - Data e Assinatura do Profissional em Sentido	72 - Data e Assinatura do Profissional em Sentido	73 - Data e Assinatura do Profissional em Sentido	74 - Data e Assinatura do Profissional em Sentido	75 - Data e Assinatura do Profissional em Sentido	76 - Data e Assinatura do Profissional em Sentido	77 - Data e Assinatura do Profissional em Sentido	78 - Data e Assinatura do Profissional em Sentido	79 - Data e Assinatura do Profissional em Sentido	80 - Data e Assinatura do Profissional em Sentido	81 - Data e Assinatura do Profissional em Sentido	82 - Data e Assinatura do Profissional em Sentido	83 - Data e Assinatura do Profissional em Sentido	84 - Data e Assinatura do Profissional em Sentido	85 - Data e Assinatura do Profissional em Sentido	86 - Data e Assinatura do Profissional em Sentido	87 - Data e Assinatura do Profissional em Sentido	88 - Data e Assinatura do Profissional em Sentido	89 - Data e Assinatura do Profissional em Sentido	90 - Data e Assinatura do Profissional em Sentido	91 - Data e Assinatura do Profissional em Sentido	92 - Data e Assinatura do Profissional em Sentido	93 - Data e Assinatura do Profissional em Sentido	94 - Data e Assinatura do Profissional em Sentido	95 - Data e Assinatura do Profissional em Sentido	96 - Data e Assinatura do Profissional em Sentido	97 - Data e Assinatura do Profissional em Sentido	98 - Data e Assinatura do Profissional em Sentido	99 - Data e Assinatura do Profissional em Sentido	100 - Data e Assinatura do Profissional em Sentido
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	--

66 - Cotação

66 - Cotação	67 - Cotação	68 - Cotação	69 - Cotação	70 - Cotação	71 - Cotação	72 - Cotação	73 - Cotação	74 - Cotação	75 - Cotação	76 - Cotação	77 - Cotação	78 - Cotação	79 - Cotação	80 - Cotação	81 - Cotação	82 - Cotação	83 - Cotação	84 - Cotação	85 - Cotação	86 - Cotação	87 - Cotação	88 - Cotação	89 - Cotação	90 - Cotação	91 - Cotação	92 - Cotação	93 - Cotação	94 - Cotação	95 - Cotação	96 - Cotação	97 - Cotação	98 - Cotação	99 - Cotação	100 - Cotação
--------------	--------------	--------------	--------------	--------------	--------------	--------------	--------------	--------------	--------------	--------------	--------------	--------------	--------------	--------------	--------------	--------------	--------------	--------------	--------------	--------------	--------------	--------------	--------------	--------------	--------------	--------------	--------------	--------------	--------------	--------------	--------------	--------------	--------------	---------------

67 - Total Taxas

67 - Total Taxas	68 - Total Taxas	69 - Total Taxas	70 - Total Taxas	71 - Total Taxas	72 - Total Taxas	73 - Total Taxas	74 - Total Taxas	75 - Total Taxas	76 - Total Taxas	77 - Total Taxas	78 - Total Taxas	79 - Total Taxas	80 - Total Taxas	81 - Total Taxas	82 - Total Taxas	83 - Total Taxas	84 - Total Taxas	85 - Total Taxas	86 - Total Taxas	87 - Total Taxas	88 - Total Taxas	89 - Total Taxas	90 - Total Taxas	91 - Total Taxas	92 - Total Taxas	93 - Total Taxas	94 - Total Taxas	95 - Total Taxas	96 - Total Taxas	97 - Total Taxas	98 - Total Taxas	99 - Total Taxas	100 - Total Taxas
------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	-------------------

68 - Data e Assinatura do Solicitante

68 - Data e Assinatura do Solicitante	69 - Data e Assinatura do Solicitante	70 - Data e Assinatura do Solicitante	71 - Data e Assinatura do Solicitante	72 - Data e Assinatura do Solicitante	73 - Data e Assinatura do Solicitante	74 - Data e Assinatura do Solicitante	75 - Data e Assinatura do Solicitante	76 - Data e Assinatura do Solicitante	77 - Data e Assinatura do Solicitante	78 - Data e Assinatura do Solicitante	79 - Data e Assinatura do Solicitante	80 - Data e Assinatura do Solicitante	81 - Data e Assinatura do Solicitante	82 - Data e Assinatura do Solicitante	83 - Data e Assinatura do Solicitante	84 - Data e Assinatura do Solicitante	85 - Data e Assinatura do Solicitante	86 - Data e Assinatura do Solicitante	87 - Data e Assinatura do Solicitante	88 - Data e Assinatura do Solicitante	89 - Data e Assinatura do Solicitante	90 - Data e Assinatura do Solicitante	91 - Data e Assinatura do Solicitante	92 - Data e Assinatura do Solicitante	93 - Data e Assinatura do Solicitante	94 - Data e Assinatura do Solicitante	95 - Data e Assinatura do Solicitante	96 - Data e Assinatura do Solicitante	97 - Data e Assinatura do Solicitante	98 - Data e Assinatura do Solicitante	99 - Data e Assinatura do Solicitante	100 - Data e Assinatura do Solicitante
---------------------------------------	---------------------------------------	---------------------------------------	---------------------------------------	---------------------------------------	---------------------------------------	---------------------------------------	---------------------------------------	---------------------------------------	---------------------------------------	---------------------------------------	---------------------------------------	---------------------------------------	---------------------------------------	---------------------------------------	---------------------------------------	---------------------------------------	---------------------------------------	---------------------------------------	---------------------------------------	---------------------------------------	---------------------------------------	---------------------------------------	---------------------------------------	---------------------------------------	---------------------------------------	---------------------------------------	---------------------------------------	---------------------------------------	---------------------------------------	---------------------------------------	---------------------------------------	--

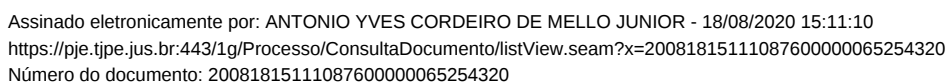
AUTORIZO O PRESTADOR A SUBSTITUIR A OPERADORA OS RESULTADOS DOS EXAMES E AVALIAÇÕES DE MEU ATENDIMENTO

70 - Total Gastos Médicos - R\$	71 - Total Gastos Médicos - R\$	72 - Total Gastos Médicos - R\$	73 - Total Gastos Médicos - R\$	74 - Total Gastos Médicos - R\$	75 - Total Gastos Médicos - R\$	76 - Total Gastos Médicos - R\$	77 - Total Gastos Médicos - R\$	78 - Total Gastos Médicos - R\$	79 - Total Gastos Médicos - R\$	80 - Total Gastos Médicos - R\$	81 - Total Gastos Médicos - R\$	82 - Total Gastos Médicos - R\$	83 - Total Gastos Médicos - R\$	84 - Total Gastos Médicos - R\$	85 - Total Gastos Médicos - R\$	86 - Total Gastos Médicos - R\$	87 - Total Gastos Médicos - R\$	88 - Total Gastos Médicos - R\$	89 - Total Gastos Médicos - R\$	90 - Total Gastos Médicos - R\$	91 - Total Gastos Médicos - R\$	92 - Total Gastos Médicos - R\$	93 - Total Gastos Médicos - R\$	94 - Total Gastos Médicos - R\$	95 - Total Gastos Médicos - R\$	96 - Total Gastos Médicos - R\$	97 - Total Gastos Médicos - R\$	98 - Total Gastos Médicos - R\$	99 - Total Gastos Médicos - R\$	100 - Total Gastos Médicos - R\$
---------------------------------	---------------------------------	---------------------------------	---------------------------------	---------------------------------	---------------------------------	---------------------------------	---------------------------------	---------------------------------	---------------------------------	---------------------------------	---------------------------------	---------------------------------	---------------------------------	---------------------------------	---------------------------------	---------------------------------	---------------------------------	---------------------------------	---------------------------------	---------------------------------	---------------------------------	---------------------------------	---------------------------------	---------------------------------	---------------------------------	---------------------------------	---------------------------------	---------------------------------	---------------------------------	----------------------------------

Assinatura do Usuário / Representante



COD 88625-5.000 BLS.-50x1-DE 48.491001 a 48.741.000-05/19





Nome do Paciente

02 - Nº Prontuário

for - however

- *La Abundancia*

- bluntp 2/2/21

04 - Assinatura e carimbo do médico

Y. sn³ - Recife - FE, CEP: 52.010-140

**SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA MILITAR DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE SAÚDE - CENTRO**

DIRETORIA DE SAUDE - CENTRO MÉDICO HOSPITALAR
PRESCRIÇÃO MÉDICA

PRESCRIÇÃO MÉDICA

AUXILIAR DE DIAGNÓSTICO E TERAPIA - SP/SADT Nº 4 8518042

laboratório

[illegible]



**SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA MILITAR DE PERNAMBUCO**

DIRETORIA DE SAUDE - CENTRO MÉDICO HOSPITALAR

PRESCRIÇÃO MÉDICA

01 - Nome do Paciente

Phyllis Lúcia de M.

02 - Nº Prontuário

Lib. t.c. e Rm. Lúcia

[Signature]
[Stamp: SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL, POLÍCIA MILITAR DE PERNAMBUCO, DIRETORIA DE SAÚDE, CENTRO MÉDICO HOSPITALAR]

03 - Data

04 - Assinatura e carimbo do médico

CMH: Praça do Deby, s/nº - Recife - PE, CEP: 52.010-140
Fone: 0 (**) 3181- 1445



Reisser Lorenz, Jh
Paciente em Lesão
ligamentar das juntas
Encaixilhado ao
Ligamento do joelho por
determinar condutas

CID: S836 + H235

Assinado por

Dr. Victor R. Nogueira
Traumato - Ortopedia
CREMEPE 2011

Kfe

05.12.2019

Call Center: 4002 3633 - Call Center (Recife): 4002 2870 - Call Center (interior): 0300 313 3633
Call Center (+Odonto): 4002 2722 - Call Center (+Odonto - interior): 0300 313 9094

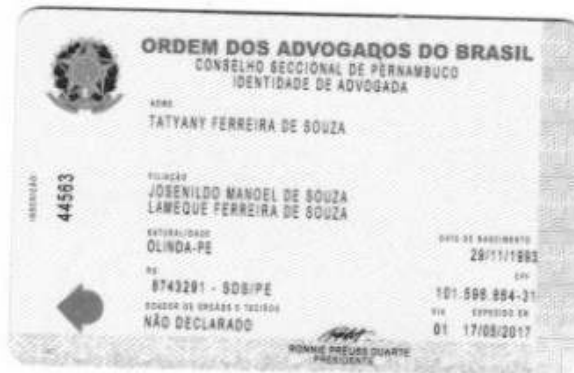
f/hapvida.saude

@hapvidasaude

www.hapvida.com.br









16.12.19

Reunio oscaris doito conto, informo que nos
temho interesse em permissões para o abastecimento
totalmente gratuito no processo administrativo de re-
quisição DPVAT.

Declaro a veracidade da informação

RECEBUE

UNPES

DATA SIG

15 DEZ 2019

PROTOCOLO



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190683771 **Cidade:** Paulista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: DEIVSON LOURENCO SILVA **Data do acidente:** 15/09/2019 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 20/12/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA CONTUSO EM JOELHOS COM LESÃO LIGAMENTAR À DIREITA E ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Em tratamento

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

Observações: P.2-5,7(BAM) P.9,10(EXAME) P.15(RELATÓRIO) CONFORME DOCUMENTO MÉDICO, COM DATA DE 05/12/2019, EMITIDA PELO DR. VICTOR R. NOGALES, CRM/PE No. 2011, NÃO SE EVIDENCIA PRESENÇA DE SEQUELAS PERMANENTES QUE NÃO SEJAM SUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO PROPORCIONADA POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. CONCLUINDO-SE POR VÍTIMA EM TRATAMENTO, CONFORME DOCUMENTAÇÃO ACOSTADA.

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

OUTORGANTE: DEIVSON LOURENÇO SILVA, brasileiro (a), estado civil: SOLTEIRO, profissão: MILITAR, portador (a) da Cédula de Identidade nº 50834 e inscrito (a) no CPF/ sob o nº 060.764.974-75, residente e domiciliado (a) na Rua 124-A, nº 135, bairro: PARTE SI, cidade: ABREU E LIMA PE, CEP. 53530-092.

OUTORGADO: **Dra. TATYANY FERREIRA DE SOUZA**, brasileira, solteira, advogada, inscrito na OAB/PE sob o nº. 44.563 -D, com endereço profissional no timbre, onde recebem intimações.

PODERES: Amplos e gerais poderes de representação para o exercício do procuratório judicial e extrajudicial, atinentes à cláusula **ad juditia et extra**, podendo requerer justiça gratuita, propor e variar de ações, receber intimações, desistir, transigir, confessar, renunciar ao direito sobre que se funda a ação, receber e dar quitação, firmar compromisso, produzir provas ou justificações, requerer, concordar com cálculos e avaliações, ratificar desistências e praticar, enfim, todos os atos necessários que visem a boa e fiel desincumbência dos deveres e prerrogativas advocatícias de defesa dos direitos subjetivos e interesses jurídicos da outorgante, para o que são conferidos todos os poderes, ainda que aqui não declarados expressamente, inclusive substabelecer, com ou sem reserva de poderes, e podendo agir, independentemente da ordem de nomeação, de forma conjunta ou individual. Esta Procuração tem a validade do processo em que se inserir, perdendo sua validade automaticamente com o arquivamento definitivo dos ditos autos.

Abreu e Lima, 25 de novembro de 2019.

Deivson Lourenço Silva
Deivson Lourenço Silva

Constituente



SERVIÇO NOTARIAL E REGISTRAL - 2º OFÍCIO
Título: Escritura de Arrendamento - Substitui: Escrita de Arrendamento

RECONHECIMENTO DE FIRMA N. 2019-020439

Reconheço por autenticidade a firma de
DEIVSON LOURENÇO SILVA
Dau fe. Paulista, PE, 06/12/2019 14:00:37
SELO DIGITAL: 0077644 GTY11201901 01751
Consulte autenticidade em www.ajoe.jus.br/melodigital
EMOL: 3.51 TSNN: 0.00 FERC: 0.40 15%: 0.00
FERM: 0.04 FUNSES: 0.00

Maria Jose da Silva
MARIA JOSE DA SILVA - ESCRIVENTE AUTORIZADA



Rua Ananias Lacerda de Andrade, 76-B / Primeiro Andar; Caietés Velho - Abreu e Lima, Pernambuco
Fone: (81) 98512-1863 E-mail: tatyany23.adv@hotmail.com

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0438453/19

Número do Sinistro: 3190683771

Vítima: DEIVSON LOURENCO SILVA

CPF: 060.764.974-75

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

Data do acidente: 15/09/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: DEIVSON LOURENCO SILVA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Outros

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: 16/12/2019
Nome: DEIVSON LOURENCO SILVA
CPF: 060.764.974-75

DEIVSON LOURENCO SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 16/12/2019
Nome: JOAO VITOR PEREIRA DA SILVA
CPF: 117.852.524-45

JOAO VITOR PEREIRA DA SILVA

