



Número: **0000118-44.2019.8.17.2270**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Vara Unica da Comarca de Betânia**

Última distribuição : **15/08/2019**

Valor da causa: **R\$ 1.000,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
ALMIRA DE SOUZA MAGALHAES NETA (AUTOR)	HAROLDO MAGALHAES DE CARVALHO (ADVOGADO)
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (REU)	

Documentos

Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
66599 824	19/08/2020 16:22	<u>ANEXO 2</u>	Outros (Documento)



Rio de Janeiro, 03 de Dezembro de 2018

Aos Cuidados de: **ALMIRA DE SOUZA MAGALHAES NETA**

Nº Sinistro: **3180564812**

Vítima: **ALMIRA DE SOUZA MAGALHAES NETA**

Data do Acidente: **19/08/2018**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **ROSANA DE MENEZES SILVA CAVALCANTE**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180564812**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

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

00020097
A standard linear barcode representing the document number 00020097.

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 13660990



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 19/08/2020 16:22:29
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20081916222940500000065338479>
Número do documento: 20081916222940500000065338479

Num. 66599824 - Pág. 1



Rio de Janeiro, 03 de Dezembro de 2018

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3180564812

Vítima: ALMIRA DE SOUZA MAGALHAES NETA

Data do Acidente: 19/08/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ROSANA DE MENEZES SILVA CAVALCANTE

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), ALMIRA DE SOUZA MAGALHAES NETA

O(s) documento(s) abaixo não permitiram o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Comprovação de ato declaratório

Pag. 00345/00346 - carta_03 - INVALIDEZ



Sendo assim, favor entrar em contato com um dos canais relacionados a seguir para as informações necessárias.

Ponto de atendimento, onde o seu pedido do Seguro DPVAT foi entregue, ou site www.seguradoralider.com.br ou 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 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.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 13662076



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 19/08/2020 16:22:29
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20081916222940500000065338479>
Número do documento: 20081916222940500000065338479

Num. 66599824 - Pág. 2



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:
	066.877.794-00	Almira de Souza Magalhães Neta

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

DADOS CADASTRAIS

Nome completo:	Almira de Souza Magalhães Neta	CPF:	066.877.794-00
Profissão:	Agricultora	Endereço:	Brock Guerra
Número:	82	Complemento:	Casa
Bairro:	Centro	Cidade:	Bitanica
Estado:	PE	CEP:	56640-000
E-mail:		Tel.(DDD):	81-9634-4904

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

RENDIMENTO MENSAL:

<input checked="" type="checkbox"/> RECUZO INFORMAR	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00	<input type="checkbox"/> R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$10.000,00

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

<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)	<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
<input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (341)	Nome do BANCO: _____
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)	AGÊNCIA: _____ CONTA: _____ (Informar o dígito se existir)
AGÊNCIA: 0914 CONTA: 0020-4960 1 (Informar o dígito se existir)	AGÊNCIA: _____ CONTA: _____ (Informar o dígito se existir)

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

INVALIDEZ PERMANENTE

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

MORTE

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima:	<input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (no Civil) <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado Judicialmente <input type="checkbox"/> Viúvo	Data do óbito da vítima:		
Grau de Parentesco com a vítima:	Vítima deixou companheiro(a): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:		
Vítima teve filhos?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Se tinha filhos, informar quantos: Vivos: _____ Falecidos: _____	Vítima deixou nascituro (vai nascer)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Vítima deixou pais/avôs vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não

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

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado	Local e Data: Jura de aliança 21-11-2018	TESTEMUNHAS
Nome: _____	1º Nome: _____ CPF: _____	
CPF: _____	Assinatura _____	
(*) Assinatura de quem assina A ROGO	EXCELSIOR SEGUROS 30 NOV. 2018	
K Almira de Souza Magalhães Neta Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)	2º Nome: _____ CPF: _____ Assinatura _____	

Assinatura do Representante Legal (se houver)	Assinatura do Procurador (se houver)
Assinatura de M. S. Cavalcante	

(*) 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.





EXCELSIOR SEGUROS
30 NOV. 2018
SEGURO DPVAT



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 19/08/2020 16:22:29
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20081916222940500000065338479>
Número do documento: 20081916222940500000065338479

Num. 66599824 - Pág. 4



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 182ª CIRCUNSCRIÇÃO - BETÂNIA - DP182ªCIRC
DINTER2/21ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N°. **18E0272000244**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **08/11/2018** às **13:07**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado) que aconteceu no dia **19/8/2018** às **09:00**

Fato ocorrido no endereço: **AVENIDA JOAO GOMES DE LUCENA, 1** - Bairro: **SAO CRISTOVAO - SERRA TALHADA/PERNAMBUCO/BRASIL** - Ponto de Referência: **EM FRENTE A MP AUTO CORRETORA**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO(A) (AUTOR \ AGENTE)
SILVINA APARECIDA DE LIMA SILVESTRE (OUTRO)
NAPOLEÃO INACIO DE ALBUQUERQUE NETO (TESTEMUNHA)
FRANCISCO SALVIO GONÇALVES PEREIRA (TESTEMUNHA)
ALMIRA DE SOUZA MAGALHAES NETA (VITIMA)



Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Outros motivos) , que estava em posse do(a) Sr(a): DESCONHECIDO(A)
VEICULO: (Outros motivos) , que estava em posse do(a) Sr(a): ALMIRA DE SOUZA MAGALHAES NETA

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

ALMIRA DE SOUZA MAGALHAES NETA (presente ao plantão) - Sexo: **Feminino** Mãe: **MARIVAL GOMES DE SOUZA** Pai: **AGGEU MAGALHAES** Data de Nascimento: **13/4/1989** Naturalidade: **CUSTODIA / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **7555941/SDS/PE (RG), 06687779400 (CPF), 04770608100 (CNH)** Estado Civil: **CASADO(A)** Escolaridade: **3º. GRAU INCOMPLETO** Profissão: **ESTUDANTE** Telefones Celulares: - 87999649664

Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE BETANIA, 1, RUA ENOQUE GUERRA, - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - BETANIA/PERNAMBUCO/BRASIL, QUASE EM FRENTE A DELEGACIA DE POLICIA**

NAPOLEÃO INACIO DE ALBUQUERQUE NETO (não presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **CLEOBULA RAMOS DE ALBUQUERQUE** Pai: **LEONEL INACIO DE OLIVEIRA** Data de Nascimento: **1/7/1970** Naturalidade: **SERRA TALHADA / PERNAMBUCO / BRASIL** Estado Civil: **CASADO(A)** Escolaridade: **1º. GRAU COMPLETO** Profissão: **COMERCIANTE** Telefones Celulares: - 87999278179

Endereço Residencial: **RUA ANTONIO INACIO DE MEDEIROS, 2526, BAIRRO IPSEP - CEP: 0 - Bairro: VARZEA - SERRA TALHADA/PERNAMBUCO/BRASIL**

FRANCISCO SALVIO GONÇALVES PEREIRA (não presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **IZALDITE PEREIRA DA SILVA** Pai: **JOSE GONÇALVES DA SILVA** Data de Nascimento: **11/5/1977** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL** Profissão: **AUTONOMO(A)** Telefones Celulares: - 879996002530

08/11/2018 14:01



Endereço Residencial: **RUA MARIA GOMES DE SOUZA, 892 - CEP: 0 - Bairro: JOSE RUFINO ALVES - SERRA TALHADA/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

SILVINA APARECIDA DE LIMA SILVESTRE (não presente ao plantão) - Sexo: **Feminino** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

Endereço Residencial: **RUA EMIDIO NUNES DA SILVA, 100, BAIRRO TANCREDO NEVES - CEP: 0 - Bairro: SAO CRISTOVAO - SERRA TALHADA/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **SILVINA APARECIDA DE LIMA SILVESTRE**, que estava em posse do(a) Sr(a): **ALMIRA DE SOUZA MAGALHAES NETA**

Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 150 FAN MIX ESDI** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **VERMELHA** - Quantidade: **01 (UNIDADE)**

Placa: **PCK2921** (PERNAMBUCO/SERRA TALHADA) Renavam: **035188403** Chassi: **9C2KC1680ER039608**
Ano Fabricação/Modelo: **2014/2014** Combustível: **ALCO/GASOL**

AUTOMOVEL (VEICULO), que estava em posse do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO(A)**

Categoria/Marca/Modelo: **AUTOMOVEL/NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **PRATA** - Quantidade: **01 (UNIDADE)**

Complemento / Observação

A VITIMA COMPARCEU A ESTA DELEGACIA PARA NOTICIAR QUE PILOTAVA A REFERIDA MOTOCICLETA SAINDO DA LOJA MP AUTO CORRETORA EM SERRA TALHADA-PE E INGRESSANDO NA VIA LOCAL DA AVENIDA JOÃO GOMES DE LUCENA NO SENTIDO SUBURBIO- CENTRO QUANDO FOI SURPREENDIDA POR UM AUTOMOVEL DE COR PRATA QUE TRANSITAVA PELA RUA CABO JOAQUIM DA MATA E TAMBÉM INGRESSOU NA VIA LOCAL DA AVENIDA JOÃO GOMES DE LUCENA DE FORMA BRUSCA E BEM PROXIMO À CALÇADA DA REFERIDA LOJA; A VITIMA ALEGA QUE PARA NÃO SER ATINGIDA PELO VEÍCULO, EFETUOU UMA FRENAÇÃO DE EMERGÊNCIA QUE RESULTOU NA PERDA DE CONTROLE DA MOTOCICLETA QUE VEIO A DEITAR PARA O LADO ESQUERDO ATINGINDO O PÉ ESQUERDO DA VITIMA; ELA ALEGA QUE NO MOMENTO NÃO PERCEBEU NENHUMA FRATURA PORÉM AO SER SOCORRIDA PELA TESTEMUNHA NAPOLEÃO FOI CONSTATADO, JÁ NO HOSPITAL, UMA FRATURA EM UM DOS DEDOS DO PÉ ESQUERDO; AFIRMA QUE NÃO FOI POSSIVEL IDENTIFICAR O CONDUTOR OU DEMAIS CARACTERÍSTICAS DO VEÍCULO CAUSADOR DO ACIDENTE.

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

Almira de Souza Magalhães Neta
ALMIRA DE SOUZA MAGALHAES NETA
(VITIMA)

B.O. registrado por: **FELIPE DE BRITO FERREIRA** - Matrícula: **320334-4**



08/11/2018 14:01





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:		
	066.877.794-00	Almira de Souza Magalhães Neta		
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VITIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012				
Nome completo:				CPF:
Profissão:	Enderéco:	Nome completo da vítima		
Agricultora	Bonack Guerica	CPF: 066.877.794-00		
Bairro:	Cidade:	Estado:	Número:	Complemento:
Sentro	Bitanica	P E	82	Lata
E-mail:				CEP: 56640-000
Tel.(DDD): 27-9634-4904				

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

DADOS CADASTRAIS

RENDA MENSAL:

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00	<input type="checkbox"/> R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$10.000,00

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

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

Bradesco (237) Itaú (341)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 0914

CONTA: 0020-4960

AGÊNCIA: _____

CONTA: _____

(Informar o dígito se existir)

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

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 39, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo Data do óbito da vítima: _____

Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): Sim Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____

Vítima teve filhos? Sim Não Se tinha filhos, informar quantos: Vivos: Falecidos: Vítima deixou nascituro (vai nascer)? Sim Não Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

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

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado
Local e Data: Jura elatada 21-11-2018
Nome: _____
CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

K Almira de Souza Magalhães Neta
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS
1º | Nome: _____
CPF: _____

Assinatura
EXCELSIOR SEGUROS
30 NOV. 2018
2º | Nome: _____
CPF: _____
Assinatura
SEGURADO DPVAT

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.



D S T Q Q S S

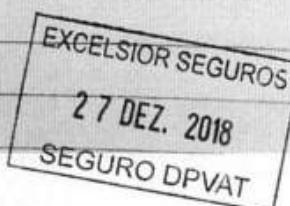
000

Esclarecimento

Eu, Almira Venho através desta esclarecer, que
não sou culpada do medico não ter informado
que de fato aconteceu que foi queda
de moto, agora acontece que não fui socorri-
da por Bombeiros, bairu e nem por a pessoa
de Napoléao e qual me socorreu de imediato,
Pedendo abrir espaço para que Vocês venham
e investigue se fui vítima de acidente com
moto ou não! Peço a compreensão de todos
e aguarde uma resposta, por que estou
Prejudicada com requebras

Serra Talhada, 27 de Dezembro de 2018

Almira de Souza Flagelhão Neto



Scanned by CamScanner



BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 08/01/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 675,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ALMIRA DE SOUZA MAGALHAES NETA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00914

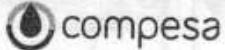
CONTA: 000000204960-1

Nr. da Autenticação EB6C9315FB838674



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 19/08/2020 16:22:29
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20081916222940500000065338479>
Número do documento: 20081916222940500000065338479

Num. 66599824 - Pág. 9



CNPJ 09.769.035/0001-64
INSC. EST. N° 18.1.001.0014398-2

ATENDIMENTO: RUA DARIO FERRAZ - NUM. - 00319 - CENTRO FLORES
TA PE 56400-000

DADOS DO CLIENTE		MATRÍCULA	2557827	Out/2018
MARINALVA GOMES DE SOUZA				
R ENOCK GUERRA, COMPESA 00082 - CENTRO BETANIA PE 56670-000				
INSCRIÇÃO: 018.810.012.0000.146	GRUPO: 16	DEB. AUTOMÁTICO:	002557827	
SITUAÇÃO ÁGUA LIGADO	SITUAÇÃO ESGOTO POTENCIAL	RESIDENCIAL	QUANTIDADE DE ECONOMIAS COMERCIAL INDUSTRIAL	PÚBLICA
HIDRÔMETRO A12U159848	DATA LEIT. ANTERIOR 11/10/2018	DATA LEIT. ATUAL 12/11/2018	TIPO DE CONSUMO (A/E) REAL	

ÁGUA:

LEIT ANT: 583 CONSUMO: 9
LEIT ATU: 592
LEIT FAT: 592

HISTÓRICO DE CONSUMO REFERÊNCIA CONSUMO

09/2018	18	PARAMETROS	NÚMERO DE AMOSTRAS		
			EXIG.	PORT.	ANALISES
08/2018	05	TURBIDEZ	MS 2.914/11	REALIZ.	A LEGIS.
07/2018	05	COR APARENTE	10	10	10
06/2018	07	CLORO RESIDUAL	10	10	10
05/2018	05	COLIF. TOTAIS	10	10	10
04/2018	02	E. COLI	10	10	10
MEDIA:	07				

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

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS

	CONSUMO	TOTAL(R\$)
ÁGUA RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)	9,13	41,30
CONSUMO DE ÁGUA		
JUROS DE MORA 08/2018		0,08

EXCELSIOR SEGUROS
30 NOV. 2018
SEGURO DPVAT

TRIBUTOS	BASE DE CÁLCULO	PERCENTUAL (%)	VALOR DO IMPÔSTO
PIB COFINS	41,30 41,30	1,65 7,60	0,68 3,14

VENCIMENTO: 25/11/2018 TOTAL A PAGAR: 41,38

MENSAGEM:

S IDENTIFICAMOS A EXISTÊNCIA DE 1 FATURA(S) PENDENTES, NO TOTAL DE R\$ 86,28. REGULARIZE SEU DEBITO E EVITE A NEGATIVACAO E SUSPENSÃO DO FORNECIMENTO DE ÁGUA.





Tarifa Social de Energia Elétrica Criada pela Lei 10.438, de 26/04/02

Companhia Energética do Pernambuco
Av. João de Barros, 111, Bos Vistos, Recife, Pernambuco - CEP 50055-992
CNPJ 10.835.932/0001-08 | Ins. Est. 0025943-93 | www.celpe.com.br

dados do cliente
MARGARIDA ALVES CAVALCANTE

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
RUA FRANCISCO OLAVO 110

CPF: 368 710 364-15

IPSEP/SERRA TALHADA
SERRA TALHADA PE.
56912-130

CLASSIFICAÇÃO
B1 RESIDENCIAL
RESIDENCIAL
Monofásico

033325249 UNICA 25/09/2018

2278078019 09/2018
02/10/2018 25/10/2018

25/09/2018 2000126268 3872821

245,82

Consumo Ativo(kWh)
Acréscimo Bandeira VERMELHA
Contrib. Bem Pública Municipal
ICMS Subvenção-CDE-NF 021982132-26/08/18
ICMS Subvenção-CDE-NF 023726409-26/07/18
PRÓ-CRÂNCA-(081)3412-8860 0800 031 8869

QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
282.000000	0,75282909	212,20
		20,35
		6,66
		1,51
		1,73
		0,98

TOTAL DA FATURA

245,82

NP DO MEDIDOR 3012212218	TIPO DA PUNÇÃO CAT	DATA 27/09/2018	ANTERIOR LITURIA 17.361,00	ATUAL LITURIA 17.345,00	NP DE DATA 39	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (kWh)
								282,00

MÊS	VALORES	CONTRIBUIÇÃO DO CONSUMO		
		VALORES DE CALCULO	%	VALORES DE IMPORTE
SET/18	282			R\$ 212,20
AGO/18	362			R\$ 20,35
SETEMBR	284	232,84	25,00	R\$ 6,66
OUT/18	360	232,84	1,02	R\$ 1,51
NOV/18	378	232,84	1,48	R\$ 1,73
DEZ/18	384			R\$ 0,98
JAN/19	372			
FEB/19	365			
MAR/19	338			
ABR/19	340			
MAY/19	362			
JUN/19	362			
JUL/19	378			
SET/17	278			

BUSC 1747 FBIS INOB UUSS B2/B 9092 TA/2

Importante: A tarifa social de energia elétrica é destinada a famílias com 1 a 4 pessoas que residem em imóveis com até 77 m² e que tenham renda familiar bruta mensal de até R\$ 1.000,00 (um mil reais). O consumo é considerado quando há residência no imóvel, comprovado por meio de documento de identificação ou comprovante de residência. Pode ser aplicada para famílias com renda familiar bruta mensal entre R\$ 1.001,00 e R\$ 1.200,00 (um mil e um a dois mil reais), quando o consumidor demonstrar que não possui condições de pagar a tarifa social de energia elétrica. Neste caso, o consumidor poderá optar por pagar a tarifa social de energia elétrica ou a tarifa de energia elétrica convencional. Em caso de desaparecimento do imóvel em que residia, o consumidor deve informar a Celpe para que seja feita a alteração da fatura e que seja feita a devolução da tarifa social de energia elétrica.

ATENÇÃO! O CONSUMIDOR DEVE INFORMAR A CELPE SE SUA CONTA ESTIVER EM ABERTO

Verifique se sua conta está aberta. Se estiver, entre em contato com a Celpe e informe os dados de sua conta.

Se não estiver, entre em contato com a Celpe e informe os dados de sua conta.

O consumo é feito mediante pagamento de uma taxa de serviço de R\$ 10,00 (dez reais), com exceção de quem optar por pagar a tarifa social de energia elétrica.

Este consumo é destinado ao consumo de energia elétrica residencial.

O consumo é destinado ao consumo de energia elétrica residencial.

O consumo é destinado ao consumo de energia elétrica residencial.

O consumo é destinado ao consumo de energia elétrica residencial.

O consumo é destinado ao consumo de energia elétrica residencial.

O consumo é destinado ao consumo de energia elétrica residencial.

O consumo é destinado ao consumo de energia elétrica residencial.

O consumo é destinado ao consumo de energia elétrica residencial.

O consumo é destinado ao consumo de energia elétrica residencial.

O consumo é destinado ao consumo de energia elétrica residencial.

O consumo é destinado ao consumo de energia elétrica residencial.

O consumo é destinado ao consumo de energia elétrica residencial.

O consumo é destinado ao consumo de energia elétrica residencial.

O consumo é destinado ao consumo de energia elétrica residencial.

O consumo é destinado ao consumo de energia elétrica residencial.

O consumo é destinado ao consumo de energia elétrica residencial.

O consumo é destinado ao consumo de energia elétrica residencial.

O consumo é destinado ao consumo de energia elétrica residencial.

O consumo é destinado ao consumo de energia elétrica residencial.

O consumo é destinado ao consumo de energia elétrica residencial.

O consumo é destinado ao consumo de energia elétrica residencial.

O consumo é destinado ao consumo de energia elétrica residencial.

O consumo é destinado ao consumo de energia elétrica residencial.

O consumo é destinado ao consumo de energia elétrica residencial.

O consumo é destinado ao consumo de energia elétrica residencial.

O consumo é destinado ao consumo de energia elétrica residencial.

O consumo é destinado ao consumo de energia elétrica residencial.

O consumo é destinado ao consumo de energia elétrica residencial.

O consumo é destinado ao consumo de energia elétrica residencial.

O consumo é destinado ao consumo de energia elétrica residencial.

O consumo é destinado ao consumo de energia elétrica residencial.

O consumo é destinado ao consumo de energia elétrica residencial.

O consumo é destinado ao consumo de energia elétrica residencial.

O consumo é destinado ao consumo de energia elétrica residencial.

O consumo é destinado ao consumo de energia elétrica residencial.

O consumo é destinado ao consumo de energia elétrica residencial.

O consumo é destinado ao consumo de energia elétrica residencial.

O consumo é destinado ao consumo de energia elétrica residencial.

O consumo é destinado ao consumo de energia elétrica residencial.

O consumo é destinado ao consumo de energia elétrica residencial.

O consumo é destinado ao consumo de energia elétrica residencial.

O consumo é destinado ao consumo de energia elétrica residencial.

O consumo é destinado ao consumo de energia elétrica residencial.

O consumo é destinado ao consumo de energia elétrica residencial.

O consumo é destinado ao consumo de energia elétrica residencial.

O consumo é destinado ao consumo de energia elétrica residencial.

O consumo é destinado ao consumo de energia elétrica residencial.

O consumo é destinado ao consumo de energia elétrica residencial.

O consumo é destinado ao consumo de energia elétrica residencial.

O consumo é destinado ao consumo de energia elétrica residencial.

O consumo é destinado ao consumo de energia elétrica residencial.

O consumo é destinado ao consumo de energia elétrica residencial.

O consumo é destinado ao consumo de energia elétrica residencial.

O consumo é destinado ao consumo de energia elétrica residencial.

O consumo é destinado ao consumo de energia elétrica residencial.

O consumo é destinado ao consumo de energia elétrica residencial.

O consumo é destinado ao consumo de energia elétrica residencial.

O consumo é destinado ao consumo de energia elétrica residencial.

O consumo é destinado ao consumo de energia elétrica residencial.

O consumo é destinado ao consumo de energia elétrica residencial.

O consumo é destinado ao consumo de energia elétrica residencial.

O consumo é destinado ao consumo de energia elétrica residencial.

O consumo é destinado ao consumo de energia elétrica residencial.

O consumo é destinado ao consumo de energia elétrica residencial.

O consumo é destinado ao consumo de energia elétrica residencial.

O consumo é destinado ao consumo de energia elétrica residencial.

O consumo é destinado ao consumo de energia elétrica residencial.

O consumo é destinado ao consumo de energia elétrica residencial.

O consumo é destinado ao consumo de energia elétrica residencial.

O consumo é destinado ao consumo de energia elétrica residencial.

O consumo é destinado ao consumo de energia elétrica residencial.

O consumo é destinado ao consumo de energia elétrica residencial.

O consumo é destinado ao consumo de energia elétrica residencial.

O consumo é destinado ao consumo de energia elétrica residencial.

O consumo é destinado ao consumo de energia elétrica residencial.

O consumo é destinado ao consumo de energia elétrica residencial.

O consumo é destinado ao consumo de energia elétrica residencial.

O consumo é destinado ao consumo de energia elétrica residencial.

O consumo é destinado ao consumo de energia elétrica residencial.

O consumo é destinado ao consumo de energia elétrica residencial.

O consumo é destinado ao consumo de energia elétrica residencial.

O consumo é destinado ao consumo de energia elétrica residencial.

O consumo é destinado ao consumo de energia elétrica residencial.

O consumo é destinado ao consumo de energia elétrica residencial.

O consumo é destinado ao consumo de energia elétrica residencial.

O consumo é destinado ao consumo de energia elétrica residencial.

O consumo é destinado ao consumo de energia elétrica residencial.

O consumo é destinado ao consumo de energia elétrica residencial.

O consumo é destinado ao consumo de energia elétrica residencial.

O consumo é destinado ao consumo de energia elétrica residencial.

O consumo é destinado ao consumo de energia elétrica residencial.

O consumo é destinado ao consumo de energia elétrica residencial.

O consumo é destinado ao consumo de energia elétrica residencial.

O consumo é destinado ao consumo de energia elétrica residencial.

O consumo é destinado ao consumo de energia elétrica residencial.

O consumo é destinado ao consumo de energia elétrica residencial.

O consumo é destinado ao consumo de energia elétrica residencial.

O consumo é destinado ao consumo de energia elétrica residencial.

O consumo é destinado ao consumo de energia elétrica residencial.

O consumo é destinado ao consumo de energia elétrica residencial.

O consumo é destinado ao consumo de energia elétrica residencial.

O consumo é destinado ao consumo de energia elétrica residencial.

O consumo é destinado ao consumo de energia elétrica residencial.

O consumo é destinado ao consumo de energia elétrica residencial.

O consumo é destinado ao consumo de energia elétrica residencial.

O consumo é destinado ao consumo de energia elétrica residencial.

O consumo é destinado ao consumo de energia elétrica residencial.

O consumo é destinado ao consumo de energia elétrica residencial.

O consumo é destinado ao consumo de energia elétrica residencial.

O consumo é destinado ao consumo de energia elétrica residencial.

O consumo é destinado ao consumo de energia elétrica residencial.

O consumo é destinado ao consumo de energia elétrica residencial.

O consumo é destinado ao consumo de energia elétrica residencial.

O consumo é destinado ao consumo de energia elétrica residencial.

O consumo é destinado ao consumo de energia elétrica residencial.

O consumo é destinado ao consumo de energia elétrica residencial.

O consumo é destinado ao consumo de energia elétrica residencial.

O consumo é destinado ao consumo de energia elétrica residencial.

O consumo é destinado ao consumo de energia elétrica residencial.

O consumo é destinado ao consumo de energia elétrica residencial.

O consumo é destinado ao consumo de energia elétrica residencial.

O consumo é destinado ao consumo de energia elétrica residencial.

O consumo é destinado ao consumo de energia elétrica residencial.

O consumo é destinado ao consumo de energia elétrica residencial.

O consumo é destinado ao consumo de energia elétrica residencial.

O consumo é destinado ao consumo de energia elétrica residencial.

O consumo é destinado ao consumo de energia elétrica residencial.

O consumo é destinado ao consumo de energia elétrica residencial.

O consumo é destinado ao consumo de energia elétrica residencial.

O consumo é destinado ao consumo de energia elétrica residencial.

O consumo é destinado ao consumo de energia elétrica residencial.

O consumo é destinado ao consumo de energia elétrica residencial.

O consumo é destinado ao consumo de energia elétrica residencial.

O consumo é destinado ao consumo de energia elétrica residencial.

O consumo é destinado ao consumo de energia elétrica residencial.

O consumo é destinado ao consumo de energia elétrica residencial.

O consumo é destinado ao consumo de energia elétrica residencial.

O consumo é destinado ao consumo de energia elétrica residencial.

O consumo é destinado ao consumo de energia elétrica residencial.

O consumo é destinado ao consumo de energia elétrica residencial.

O consumo é destinado ao consumo de energia elétrica residencial.

O consumo é destinado ao consumo de energia elétrica residencial.

O consumo é destinado ao consumo de energia elétrica residencial.

O consumo é destinado ao consumo de energia elétrica residencial.

O consumo é destinado ao consumo de energia elétrica residencial.

O consumo é destinado ao consumo de energia elétrica residencial.

O consumo é destinado ao consumo de energia elétrica residencial.

O consumo é destinado ao consumo de energia elétrica residencial.

O consumo é destinado ao consumo de energia elétrica residencial.

O consumo é destinado ao consumo de energia elétrica residencial.

O consumo é destinado ao consumo de energia elétrica residencial.

O consumo é destinado ao consumo de energia elétrica residencial.

O consumo é destinado ao consumo de energia elétrica residencial.

O consumo é destinado ao consumo de energia elétrica residencial.

O consumo é destinado ao consumo de energia elétrica residencial.

O consumo é destinado ao consumo de energia elétrica residencial.

O consumo é destinado ao consumo de energia elétrica residencial.

O consumo é destinado ao consumo de energia elétrica residencial.

O consumo é destinado ao consumo de energia elétrica residencial.

O consumo é destinado ao consumo de energia elétrica residencial.

O consumo é destinado ao consumo de energia elétrica residencial.

O consumo é destinado ao consumo de energia elétrica residencial.

O consumo é destinado ao consumo de energia elétrica residencial.

O consumo é destinado ao consumo de energia elétrica residencial.

O consumo é destinado ao consumo de energia elétrica residencial.

O consumo é destin



DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

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

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

¹ Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Rosana de M. S. Barreto inscrito (a) no CPF sob o Nº 051.394.744/25, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Almira de Souza Magalhães Veta inscrito (a) no CPF sob o Nº 066.877.794/00, do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Almira de Souza Magalhães Veta, inscrito (a) no CPF sob o Nº 066.877.794/00, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: Agricultora Renda: não informo 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>Francisco Alvaro</u>	Número	<u>110</u>
Bairro	<u>IPSEP</u>	Estado	<u>PE</u>
Email	<u>Serra da Bahia</u>	CEP	<u>56912-130</u>

Telefone comercial(DDD)

Telefone celular (DDD)

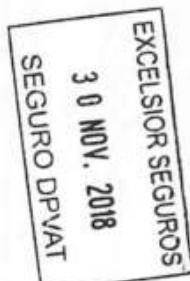
37-9634-4904

S. Bahia, 21 de 11 de 2018

Local e Data

Assinatura do Declarante

Rosana de M. S. Barreto



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Silvina Aparecida de Lima Silvestre,
RG nº 4343221, data de expedição 09/03/2005.
Órgão SDS-PE, portador do CPF nº 051.196.614-83, com
domicílio na cidade de Serra Talhada, no Estado de
Pernambuco, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Almaña de Menegem do Wasmimento, nº 263,
complemento Casa, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mentionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
víma Almira de Souza Magalhães cujo o condutor era
Almira de Souza Magalhães.

Veículo: Motocicleta

Modelo: Honda CG150 FAN ESDI

Ano: 2014

Placa: PCK 2921

Chassi: 9C2KC1680ER039608

Data do Acidente: 19/03/2018

Local e Data: Serra Talhada 13/11/2018

Silvina Aparecida de Lima Silvestre
Assinatura do Declarante



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

Reginaldo Anísio da Silva

Delegado Titular do 2º Of. do Protesto

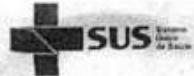
CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE SERRA TALHADA - PE

Titular: REGINALDO ANÍSIO DA SILVA

Telefone: (87) 38311-924

Reconheço a Firma por Autenticidade da SILVINA APARECIDA
DE LIMA SILVESTRE. Dou Fé. Serra Talhada - PE. Em Test°
() da verdade. () Reginaldo Anísio da Silva -
Titular. () Maria Lúcia de Souza - Substituta. Emol. -
R\$ 3,39. TSNR - R\$ 0,00. PFRB - R\$ 0,40. ISS - R\$ 0,00
Selos: 0074872.XLZ11201801.04578 21/11/2018 16:09:26
Consulte autenticidade em [www.tpe.jpe.jus.br](http://tpe.jpe.jus.br)





BOLETIM DE CLASSIFICAÇÃO DE RISCO E EMERGÊNCIA

Nº.

Data:	19/08/18.	Hora:	09:11.	N.	33
Nome:	Aurina de Souza Magdalene Neto				
Nome Social:				Profissão:	Vitilígena
Nascimento:	13-04-89	Sexo:	f	Estado Civil:	Casada
Escolaridade:	Ensino fundamental			Responsável:	Aurina
Mãe:	Marivalde Gonçalves Souza				
Endereço:	R. Dr. Antônio S. de Oliveira 2526				
Bairro:	São José			Fone:	9.9969 9661
Cartão SUS:	898.0040708-292			RG/CPF:	
Raca/Cor:	Branca	Preta	Parda	Amarela	Indígena

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

VERMELHO

AMARELO

VERDE

AZUL

Situação/Queixa:

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO	PERMITIDO	PROIBIDO				
Situação/Queixa:						
PA:	P脉:	HGT:	T:	SpO2:	Peso:	Glasgow:
Medicações em uso:						
Intolerâncias/Alergias:						
Fluxograma:			Carimbo e Assinatura:			

ATENDIMENTO MÉDICO

História e Exame Físico:

Dña con da e
edera de tejido

Tratamento:

~~Pt So's E~~
~~Pt Tongue E~~
- S'closed on 7/10/10
- Fst Extende

Hipótese Diagnóstica:

Catálogo e Assinatura:

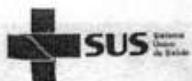
e Assinatura:



Dr. Júlio José dos Santos
17-261
17-262
264



(81) 9 9924-8149



BOLETIM DE CLASSIFICAÇÃO DE RISCO E EMERGÊNCIA

Nº: 58

Data: 20.08.18	Hora: 10:10				
Nome: Almeida de Souza magalhães nita					
Nome Social:					
Nascimento: 13.03.89	Sexo: Feminino	Estado Civil: Casada			
Escolaridade:	Responsável:				
Mãe: Hawaial Gomes de Souza					
Endereço: Av. Antônio Macau de Medeiros					
Bairro: J. Autodromo	Município: Itaíuba	Fone: 9.9964-9664			
Cartão SUS: 598.0010.9688.5292	RG/CPF:				
Raça/Cor:	Branca	Preta	Parda	Amarela	Indígena

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO VERMELHO AMARELO VERDE AZUL

Situação/Queixa:

Norma pé e HF I DIA
c/ DOR, dor no e ameaça

PA: Pulso: HGT: T: SpO2: Peso: Glasgow:

Medicações em uso:

Intolerâncias/Alergias:

Fluxograma: Carimbo e Assinatura:

ATENDIMENTO MÉDICO

História e Exame Físico:

DOR, dor no pé

Tratamento: PR leot. sfo uterino
anest.



Hipótese Diagnóstica:

FERT- S- NUT

Carimbo e Assinatura:

part. em oste da artéria
NFC



Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE	2 - CNES
HOSPITAL SÃO VICENTE	2351633
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE	4 - CNES
HOSPITAL SÃO VICENTE	2351633

Identificação do Paciente

NÚMERO DO DOCUMENTO 066.877.794-00	NOME ATEND. ALMIRA DE SOUZA MAGALHAES NETA		
5 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE 898004096885292	6 - SIS PRE NATAL	7 - SENHA/REGULAÇÃO	8 - N° DO PRONTUÁRIO 000083500
9 - NOME DO PACIENTE MARIVAL GOMES DE SOUZA	10 - DATA DE NASCIMENTO 13/04/1989	11 - SEXO Feminino	12 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL MARIVAL GOMES DE SOUZA
14 - ENDEREÇO (RUA N° BAIRRO) João Gomes de Lucena	15 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA SERRA TALHADA	16 - COD. IBGE MUNICÍPIO PE	17 - UF 18 - CEP 56909-000
19 - HISTÓRIA CLÍNICA / EXAME FÍSICO <i>Fosseus superfície M/D, edema de laringe, dor, coceira e febre morb. confirmado</i>		JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO <i>pele de laringe APe R/F</i>	

20 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS) <i>pele de laringe APe R/F</i>	
21 - DIAGNÓSTICO INICIAL <i>Fevreuxa 5º de laringite</i>	22 - CID. 10 PRINCIPAL <i>593/5923</i>
23 - DIAGNÓSTICO SECUNDÁRIO	24 - CID. 10 SECUNDÁRIO
25 - CID. 10 CAUSAS ASSOCIADAS	

26 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO <i>At. de suspeita</i>		27 - COD. DO PROCEDIMENTO <i>0408050462</i>	
28 - CLÍNICA	29 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO	30 - DOCUMENTO	31 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE
35 - TRAUMA FEM. 01	IX CNS I CPF	32 - ASSEGURADOR (PROFISSIONAL AUTORIZADOR)	
36 - ANTONIO KOTUMES de Freitas CRM: 7351 CPF: 056.552.003-25	33 - DATA DA SOLICITAÇÃO 03/09/2018	34 - ASSISTENTE (PROFISSIONAL PERTINENTE ao EDÍCIO) Mauriciana Pereira Pereira CPF: 030.473.994-41 CRM: 16278 Clínica	
35 - I ACIDENTE DE TRÂNSITO			
36 - I ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO			
37 - I ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO			
38 - CNPJ DA SEGURADORA			
39 - N° DO BILHETE			
40 - SÉRIE			
41 - CNPJ DA EMPRESA			
42 - CNAE DA EMPRESA			
43 - CBOR			
44 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA			
EMPREGADO	EMPREGADOR	AUTÔNOMO	DESEMPREGADO
APOSENTADO	NÃO SEGURADO		
PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)			

45 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO AUTORIZADO	46 - CÓD. ORGÃO EMISSOR	51 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (ABI) <i>263210501733-2</i>
47 - DOCUMENTO	48 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR	MOTIVO DA ALTA: <i>02</i>
CNS CPF		CARÁTER DA INTERNAÇÃO: <i>02</i>
49 - DATA DA AUTORIZAÇÃO	50 - ASSISTENTE (PROFISSIONAL AUTORIZADOR)	DATA DA INTERNAÇÃO: <i>03/09/18</i>
/ /	110 Pele de laringe CPF: 153.272.114-15 CRM: 8603 Médico Autorizado X/GERES	DATA DA ALTA: <i>05/09/18</i>

EXCELSIOR SEGUROS
30 NOV. 2018
SEGURÓ DPVAT





ESPELHO DA SOLICITAÇÃO

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO		DATA DA SOLICITAÇÃO:	
NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE: HOSPITAL REGIONAL PROFESSOR AGAMENON MAGALHAES - S. TALHADA		20/08/2018 16:03	
MÉDICO SOLICITANTE: PEDRO AURELIANO AMADOR DE CARVALHO	ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO): CRM - 16558		
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE			
NOME DO PACIENTE: ALMIRA DE SOUSA MAGALHAES	Nº DO PRONTUÁRIO: 480458		
CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS):	DATA DE NASCIMENTO: 13/03/1989		SEXO: Feminino
NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL: M GOMES DE SOUSA	TELEFONE DE CONTATO:		
ENDERECO (RUA, Nº, BAIRRO): AV. ANTONIO INACIO DE MEDEIROS,	CÓD. IBGE MUNICÍPIO: 2613909	UF: PE	CEP:
MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA: SERRA TALHADA			
JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO			
PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS: PACT,COM FRATURA 5 METACARPO ESQUERDO			
CONDICÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO:			
PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADO DE EXAMES REALIZADOS):			
RAIO X			
DIAGNÓSTICO INICIAL: FRATURA DO 5 MTC ESQUERDO			
CID 10 PRINCIPAL:	CID 10 SECUNDÁRIO:	CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS:	
SINAIS VITais			
PROCEDIMENTO SOLICITADO			
DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO:		CÓDIGO DO PROCEDIMENTO:	
CLÍNICA:	CARÁTER DA INTERNAÇÃO: URGÊNCIA	DOCUMENTO: (X) CNS () CPF	Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE:
EXECUTANTE			
NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE:		DATA DE AUTORIZAÇÃO:	
TIPO DE LEITO:	ESPECIALIDADE:		
MÉDICO AUTORIZADOR:			
AUTORIZAÇÃO			
NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR:		DATA DA SOLICITAÇÃO:	
DOCUMENTO: (X) CNS () CPF	Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR:		COD. ÓRGÃO EMISSOR: 8339
ESCLARECIMENTOS			

EXCELSIOR SEGUROS
30 NOV. 2018
SEGURO DPVAT



ESPELHO DA SOLICITAÇÃO

Evolução

Data/Hora Profissional Evolução
23/08/18 08:21 JOSE ANDRE MELO BARRETO GUIMARAES

Descrição
PACT,INSTAVEL AGUARDANDO VAGA CIRURGICA

Data/Hora Profissional Evolução
22/08/18 09:35 JOSE ANDRE MELO BARRETO GUIMARAES

Descrição
PACT,INSTAVEL AGUARDANDO VAGA CIRURGICA

Data/Hora Profissional Evolução
21/08/18 09:15 JOSE ANDRE MELO BARRETO GUIMARAES

Descrição
PACT,INSTAVEL AGUARDANDO VAGA CIRURGICA

Data/Hora Profissional Evolução
20/08/18 16:44 VERA LUCIA BEZERRA LEITE
Descrição
NO MOMENTO SEM VAGA PARA OFERTAR NA REDE PUBLICA E CONVENIADA

Data/Hora Profissional Evolução
20/08/18 16:03 PEDRO AURELIANO AMADOR DE CARVALHO
Descrição
Solicitação Leito

TEMPO DE ATENDIMENTO

Data / Hora	Status	Tempo utilizado	Usuário/Estabelecimento	Observação
20/08/18 16:03	Em digitação	0h:1m:33s	ANACS/HOSPITAL REGIONAL PROFESSOR AGAMENON MAGALHAES - S. TALHADA	Solicitação armazenada.
20/08/18 16:05	Aguardando Regulacao	0h:30m:15s	ANACS/HOSPITAL REGIONAL PROFESSOR AGAMENON MAGALHAES - S. TALHADA	Alterada situação da solicitação de EM DIGITAÇÃO para AGUARDANDO REGULAÇÃO.
20/08/18 16:35	Aguardando Regulacao	0h:0m:22s	EULALIA,LAPA/CENTRAL DE REGULAÇÃO HOSPITALAR - SES/PE	Associando profissional regulador: EULALIA,LAPA solicitação: 480458
20/08/18 16:36	Regulado	0h:8m:23s	EULALIA,LAPA/CENTRAL DE REGULAÇÃO HOSPITALAR - SES/PE	Alterada situação da solicitação de AGUARDANDO REGULAÇÃO para REGULADO.
20/08/18 16:44	Aguardando Disponibilidade		VERALEITE/CENTRAL DE REGULAÇÃO HOSPITALAR - SES/PE	Alterada situação da solicitação de REGULADO para AGUARDANDO DISPONIBILIDADE.

DADOS CANCELAMENTO

DADOS ALTA

ASSISTIDO

Data / Hora

Paciente Assistido

Usuário

EXCELSIOR SEGUROS

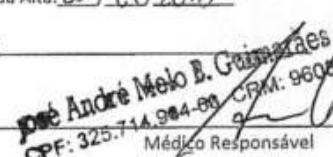
30 NOV. 2018

SEGURO DPVAT



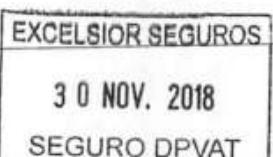


Hospital São Vicente

Data do Atendimento:	03/09/2018	Nº Registro:	000083500
Identificação do Paciente:	ALMIRA DE SOUZA MAGALHAES NETA	305 - TRAUMA FEM.	03
Data Nascimento:	13/04/1989	Idade:	29
Estado Civil:	Casado(a)	Profissão:	Feminino
	AGRICULTORA	Naturalidade:	Parda
Filiação: Pai:	AGGEU MAGALHAES	Mãe:	MARIVAL GOMES DE SOUZA
Endereço:	João Gomes de Lucena	3758	
Bairro:	São Cristóvão	Cidade:	SERRA TALHADA
		Estado:	PE
		Telefone:	(87) 99964-9664
ELEMENTOS DA OCORRÊNCIA:			
Acidente de Trânsito	<input type="checkbox"/>	Acidente de Trabalho	<input type="checkbox"/>
Outros Acidentes	<input type="checkbox"/>	Agressão	<input type="checkbox"/>
Vício	<input type="checkbox"/>	Casual	<input type="checkbox"/>
Outros	<input type="checkbox"/>		
Nome do Acompanhante:		Telefone para Contato:	
Endereço:			
Local da Ocorrência:			
<u>ANAMNESE E EXAME FÍSICO</u> <i>Loscos periorbitais M1 D1, olefactoideos necessita de sedar e caçar, dor e secreção nasal frequentes</i>			
Diagnóstico Inicial	<i>Fratura do I molar d.</i>		
S.A.D.T			
Diagnóstico Final	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> EXCELSIOR SEGUROS 30 NOV. 2018 SEGURO DPVAT </div>		
CONDICÃO DE ALTA	MOTIVO DA ALTA		
<input checked="" type="checkbox"/> Melhorada	<input checked="" type="checkbox"/> Decisão Médica		
<input type="checkbox"/> Inalterado	<input type="checkbox"/> Alta a Pedido		
<input type="checkbox"/> Piorado	<input type="checkbox"/> Transferência		
<input type="checkbox"/> Óbito+48h	<input type="checkbox"/> Evasão		
<input type="checkbox"/> Óbito-48h	<input type="checkbox"/> Indisciplina		
Óbito em:	<i>3/9/18</i>		
Hora:			
		Data do Internamento: <u>3/9/18</u> Data da Alta: <u>05/09/2018</u> Local:  CPF: 325.714.984-80 CRM: 9806 Médico Responsável	



Cirurgia Realizada:	Nº do Procedimento:	
<i>extensão de ferre</i>		
Data: 04/09/18	Inicio:	Término:
Cirurgião: <i>Ander</i>		
1º Auxiliar: <i>Fredes</i>		
2º Auxiliar: <i>Silvane</i>		
Anestesista:		
DESCRICAÇÃO CIRÚRGICA <i>Sol pestigas Alveolar M1 e f Redescos paracol. Precepsulcaos Foco fechado. Redescos e fixados pelo uso de fio Kirschner, Radiotaxis + Cefalino</i>		
 Antônio Rodrigues de Freitas CRM 7351 CPF: 056.552.603-25		
<hr/> Assinatura do Cirurgião		





9927-5179-364-9664

HOSPITAL PROFESSOR AGAMENON MAGALHÃES

Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco

Serra Talhada - FUSAM/SUS/F

Nome:

JUANA DO SOBREIRA M. RODRIGUES

DO HOSP. SAD VITÓRIA

HDX: TECN. ENFERM.

① DRENAR INDE SW/D

② ALIMENTOS 500g → ③ 06/11/18
SW JN

③ Hemocultura c/colostomia → solicitação
c/colostomia

④ ESR + COEG Neste exame

Data: 20/8/18

Médico - CRM

EXCELSIOR SEGUROS

30 NOV. 2018

SEGURO DPVAT



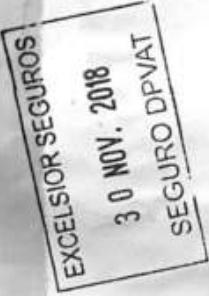


EXCELSIOR SEGUROS
30 NOV. 2018
SEGURO DPVAT



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 19/08/2020 16:22:29
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20081916222940500000065338479>
Número do documento: 20081916222940500000065338479

Num. 66599824 - Pág. 22



DE: ROSANA MENEZES
RUA: JOCA MAGALHÃES
661 A
CENTRO
SERRA TALHADA - PE
CEP:56.903.480



PARA: EXCELSIOR SEGUROS (MATRIZ) SETOR DPVAT

AVENIDA: MARQUES DE OLINDA, 175

RECIFE ANTIGO

RECIFE-PE

50.030.000

EXCELSIOR SEGUROS

30 NOV. 2018

SEGURO DPVAT



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180564812 **Cidade:** Serra Talhada **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ALMIRA DE SOUZA MAGALHAES **Data do acidente:** 19/08/2018 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A
NETA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 03/01/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO 5º METATARSO DO PÉ DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO COM FIO DE KIRSCHNER. ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DE PÉ DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL RESIDUAL DE PÉ DIREITO.

Documentos complementares:

Observações:

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos pés	50 %	Em grau residual - 10 %	5%	R\$ 675,00
Total			5 %	R\$ 675,00

ESPECIALISTA

Empresa: Líder- Serviços AMD

Grupo: EQ3

Nome: TALITA FONSECA MEDEIROS DA SILVA

CRM: 5290873-8

UF do CRM: RJ

Assinatura:



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180564812 **Cidade:** Serra Talhada **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ALMIRA DE SOUZA MAGALHAES **Data do acidente:** 19/08/2018 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A
NETA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 03/01/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO 5º METATARSO DO PÉ DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO COM FIO DE KIRSCHNER E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DE PÉ DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL RESIDUAL DE PÉ DIREITO.

Documentos complementares:

Observações:

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos pés	50 %	Em grau residual - 10 %	5%	R\$ 675,00
Total			5 %	R\$ 675,00



Procuração

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

1. Outorgante Almira de Souza Magalhães Neta
portador(a) do documento de identidade nº 1555.941, expedido por SDS-PE, em
31/07/2014, inscrito no CPF sob o nº 066.877.794-00, residente na
Franck Guerreiro, nº 82,
complemento Vasca, Bairro Centro, cidade Betânia, Estado PE.

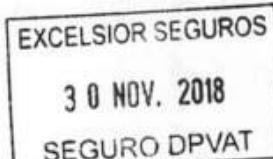
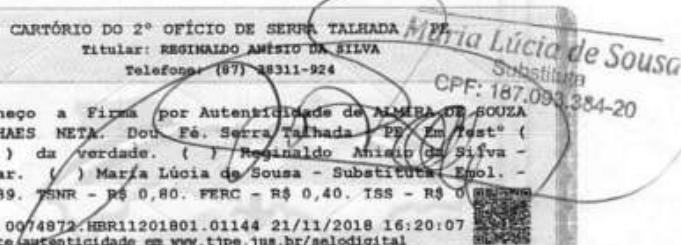
2. Outorgado Rosana de Menezes Silva Cavalcante

portador(a) do documento de identidade nº 6.870.802, expedido por SDS-PE, em
29/05/2001, inscrito no CPF sob o nº 051.394.744-25, residente na
Rua Francisco Olavo, nº 110,
complemento Casa, Bairro IPSEP, cidade Serra Talhada, Estado PE.

Amplos poderes para praticar todos os atos administrativos e judiciais que se fizerem necessários na movimentação e conclusão dos processos novos e complementares do Seguro Obrigatório - DPVAT, e especialmente para preenchimento e assinatura do FORMULÁRIO DE AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO.

Serra Talhada 21 de 11 de 2018.

Outorgante X Almira de Souza Magalhães Neta



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0434148/18

Número do Sinistro: 3180564812

Vítima: ALMIRA DE SOUZA MAGALHAES NETA

CPF: 066.877.794-00

CPF de: Próprio

Data do acidente: 19/08/2018

Titular do CPF: ALMIRA DE SOUZA MAGALHAES NETA

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Comprovação de ato declaratório

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: 27/12/2018

Nome: ROSANA DE MENEZES SILVA CAVALCANTE

CPF: 051.394.744-25

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 27/12/2018

Nome: RAIANNE SILVA BARBOSA

CPF: 102.869.074-61

ROSANA DE MENEZES SILVA CAVALCANTE

RAIANNE SILVA BARBOSA



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 19/08/2020 16:22:29
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20081916222940500000065338479>
Número do documento: 20081916222940500000065338479

Num. 66599824 - Pág. 28