



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
66599824	19/08/2020 16:22	<a href="#">ANEXO 2</a>	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**.

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

Pag. 00193/00194 - carta\_01 - INVALIDEZ



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

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](http://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

Pag. 00345/00346 - carta\_03 - INVALIDEZ

00050173



Carta nº 13662076



## 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		
Nome completo:	CPF:	
Almira de Souza Magalhães Neta	066.877.794-00	
Profissão:	Número:	Complemento:
Agricultora	82	Casa
Bairro:	Cidade:	Estado:
Centro	Bitania	PE
E-mail:	CEP:	Tel. (DDD):
	56640-000	37-9634-4907

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

**RENDA MENSAL:**

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

### DADOS CADASTRAIS

#### 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) <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)	Nome do BANCO: _____
AGÊNCIA: 0914 CONTA: 00204960 1	AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(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.

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

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

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

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

### DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima:	<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/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não

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

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data: Serra Talhada 21-11-2018

Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

(\*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

#### TESTEMUNHAS

1ª | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

2ª | Nome: \_\_\_\_\_

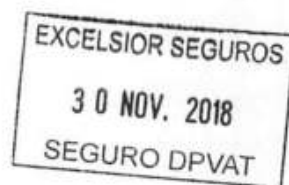
CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_



(\*) 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.





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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **18E0272000244**

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

**ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (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 (VÍTIMA)



**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**

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

Categoria/Marca/Modelo: **AUTOMOVEI/NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**

Cor: **PRATA** - Quantidade: **01 (UNIDADE)**

Complemento / Observação

A VITIMA COMPARECEU 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 AUTOMOVEI 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 VEICULO, EFETUOU UMA FRENAGEM DE EMERGENCIA 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 CARACTERISTICAS DO VEICULO 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 (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012		
Nome completo:	CPF:	
Almira de Souza Magalhães Neta	066.877.794-00	
Profissão:	Endereço:	Número:
Agricultora	6006 K Guerra	82
Complemento:	Cidade:	CEP:
	Betânia	56670-000
Bairro:	Estado:	Tel.(DDD):
Centro	PE	84-9634-4904
E-mail:		

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

**DADOS CADASTRAIS**

**RENDA MENSAL:**

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

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

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

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)

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

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: \_\_\_\_\_

AGÊNCIA: 0914 CONTA: 00204960 1

(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.

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

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

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

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

### DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

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

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

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data: Serra Talhada 21-11-2018

Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

(\*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

#### TESTEMUNHAS

1ª | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

2ª | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_



(\*) 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.



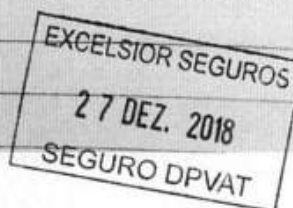


## Esclarecimento

Eu, Almira Venho através desta esclarecer, que não sou culpada do medico não ter informado aquilo que de fato aconteceu, que foi queda de moto, agora acontece que não foi socorrida por Bombeiros, Samu e sim por a pessoa de Napoleão a qual me socorreu de imediato, podendo abrir espaço para que vocês venham ou investigue se fui vítima de acidente com moto ou não! Peço a compreensão de todos e aguardo uma resposta, por que estou prejudicada com sequelas

Serra Talhada, 27 de Dezembro de 2018

Almira de Souza Magalhães Neta



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

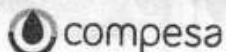
CONTA: 000000204960-1

---

---

Nr. da Autenticação EB6C9315FB838674





CNPJ 09.769.035/0001-64  
INSC. EST. Nº 18.1.001.0014398-2

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

DADOS DO CLIENTE  
MARINALVA GOMES DE SOUZA  
R ENOCK GUERRA, COMPESA 00082 - CENTRO BETANIA PE 56670-000  
INSCRIÇÃO: 018.810.012.0000.146 GRUPO: 16 DEB. AUTOMATICO: 002557827

SITUAÇÃO ÁGUA LIGADO	SITUAÇÃO ESGOTO POTENCIAL	RESIDENCIAL	QUANTIDADE DE ECONOMIAS (COMERCIAL INDUSTRIAL PÚBLICA)
		1	
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

PARAMETROS	NÚMERO DE AMOSTRAS		
	EXIG. PORT. MS 2.914/11	ANÁLISES REALIZ.	ATENDEM A LEGIS
TURBIDEZ	10	10	10
COR APARENTE	10	10	10
CLORO RESIDUAL	10	10	10
COLIF. TOTAIS	10	10	10
E. COLI	10	10	10

MEDIA: 07

Qualidade de Água: [www.compesa.com.br](http://www.compesa.com.br)

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

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS	CONSUMO	TOTAL (R\$)
ÁGUA		
RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)		
CONSUMO DE ÁGUA	9 M3	41,30
JUROS DE MORA - 08/2018		0,08

EXCELSIOR SEGUROS  
30 NOV. 2018  
SEGURO DPVAT

TRIBUTOS	BASE DE CÁLCULO	PERCENTUAL (%)	VALOR DO IMPOSTO
PS	41,30	1,65	0,68
COFAS	41,30	7,60	3,14

VENCIMENTO: 25/11/2018

TOTAL A PAGAR: 41,38

MENSAGEM:

5 IDENTIFICAMOS A EXISTÊNCIA DE 1 FATURA(S) PENDENTES, NO  
TOTAL DE R\$ 86,28. REGULARIZE SEU DÉBITO E EVITE A NEGA-  
TIVACÃO E SUSPENSÃO DO FORNECIMENTO DE ÁGUA.





Tarifa Social de Energia Elétrica Criada pela Lei 10.438, de 26/04/02  
Companhia Energética de Pernambuco  
Av. João de Barros, 151, Boa Vista, Recife, Pernambuco - CEP 00050-002  
ICNPJ 10.835.832/0001-08 | Insc. Est. 0003943-93 | 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  
55912-130

CLASSIFICAÇÃO  
B1 RESIDENCIAL  
RESIDENCIAL  
Monofásico

033226249	UNICA	25/09/2018
25/09/2018	2000100269	3872821

2278076019	09/2018
02/10/2018	25/10/2018
245,82	

Consumo Ativo (kWh)	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Acrescimo Bandeira VERMELHA	202,00000000	0,75282609	212,28
Contrib. Ilum. Pública Municipal			20,35
ICMS Subvenção-CDE-NF 021862133-26/08/18			8,88
ICMS Subvenção-CDE-NF 028726409-26/07/18			1,61
PRO-CRANHA-0813412-8980 0000 031 6999			1,73
			0,98

TOTAL DA FATURA

245,82

UF DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR	DATA	LEITURA	DATA	LEITURA	UF DO CLIENTE	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (KWH)
2610218218	CA3		27/09/2018	17 261,00	26/09/2018	17 843,00	26	1,00000		261,00

PERÍODO	VALOR	PERCENTUAL	VALOR DO IMPORTE
SET 18 260			
AGO 18 260			
Jul 18 260			
JUN 18 260			
Mai 18 260			
ABR 18 264			
MAR 18 372			
FEV 18 265			
JAN 18 378			
DEZ 17 340			
NOV 17 362			
OUT 17 362			
SET 17 378			

CONTRIBUIÇÃO	VALOR	PERCENTUAL	VALOR DO IMPORTE
ICMS	232,84	25,00	58,16
PIS	232,84	1,00	2,33
COPFIS	232,84	1,00	12,31
Total	232,84		

Resumo geral de 12 meses em 27/09/2018, considerando o período de 12 meses anteriores ao mês de leitura. Este resumo não representa o consumo real, apenas uma estimativa baseada no histórico de consumo. O consumo real será informado no próximo boleto. O cliente pode consultar o consumo real no site da CELPE ou no aplicativo CELPE APP.

ATIVIDADE E CELPE INFORMA QUE VOCÊ POSSUI CONTAS EM ABERTO			
Valor	Valor	Valor	Valor
25/09/18	26/09/18	26/09/18	26/09/18

EXCELSIOR SEGUROS  
30 NOV. 2018  
SEGURO DPVAT



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

A Circular SUSEP<sup>1</sup> nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF<sup>2</sup>**.

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

<sup>2</sup> Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Rosana de M.S. Cavalcante inscrito (a) no CPF sob o Nº 051.394.744/25, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Almira de Souza Magalhães Weta inscrito (a) no CPF sob o Nº 066.877.794/00, do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Almira de Souza Magalhães Weta, 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

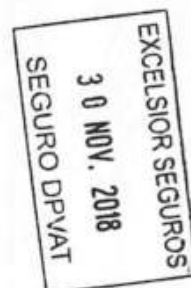
Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço		Número	Complemento
<u>Francisco Olavo</u>		<u>110</u>	<u>Casa</u>
Bairro	Cidade	Estado	CEP
<u>IPSEP</u>	<u>Água Fria</u>	<u>PE</u>	<u>56912-130</u>
Email	Telefone comercial(DDD)		Telefone celular (DDD)
			<u>87-9634-4907</u>

Água Fria, 21 de 11 de 2018  
Local e Data

Rosana de M.S. Cavalcante  
Assinatura do Declarante



DLDRL001 V001/2017



## Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Silvina Aparecida de Lima Silvestre,  
RG nº 4443224, 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  
Perнамambuco, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)  
Amália de Menezes do Nascimento, nº 263,  
complemento Casa, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo  
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a  
vítima Almira de Souza Magalhães Neto cujo o condutor era  
Almira de Souza Magalhães Neto.

Veículo: Motocicleta  
Modelo: Honda/CG150 FAN ESD1  
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 de SILVINA APARECIDA DE LIMA SILVESTRE. Dou Fé: Serra Talhada - PE. Em Teste ( ) da verdade. ( ) Reginaldo Anísio da Silva - Titular. ( ) Maria Lúcia de Sousa - Substituta. Emol. - R\$ 3,39. TSNR - R\$ 0,80. FEEC - R\$ 0,40. TSS - R\$ 0

Selo: 0074872.XLZ11201801.04578.27/11/2018 16:09:26  
Consulte autenticidade em [www.tpe.pe.gov.br/validar](http://www.tpe.pe.gov.br/validar)





BOLETIM DE CLASSIFICAÇÃO DE RISCO E EMERGÊNCIA						Nº: 33
Data: 19/08/2018	Hora: 09:41					
Nome: Amara de Souza	Profissão: Médico					
Nome Social:	Estado Civil: Casada					
Nascimento: 13.09.89	Sexo: f	Responsável: A mesma				
Escolaridade: En media comp	Mãe: Municipal Genio de Souza					
Endereço: Av. Antonio J. de Almeida 2526	Bairro: São Antonio					
Cartão SUS: 848.00404688-5292	RG/CPF:					
Raça/Cor:	Branca	Preta	Parda	Amarela	Indígena	

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO		<input type="checkbox"/> VERMELHO	<input type="checkbox"/> AMARELO	<input type="checkbox"/> VERDE	<input type="checkbox"/> AZUL
Situação/Queixa:					
PA:	Pulso:	HGT:	T:	SpO2:	Peso:
Medicações em uso:					
Intolerâncias/Alergias:					
Fluxograma:			Carimbo e Assinatura:		

ATENDIMENTO MÉDICO	
<p>História e Exame Físico:</p> <p>Paciente com dor e edema no tornozelo</p>	
<p>Tratamento:</p> <p>Rx 1000mg</p> <p>Rx 1000mg</p> <p>Rx 1000mg</p> <p>Rx 1000mg</p>	
<p>Hipótese Diagnóstica:</p> <p>Edema de tornozelo</p>	<p>Carimbo e Assinatura:</p> <p>Dr. Antonio J. de Almeida</p>





(81) 9 9927-8149



**HOSPAM**  
HOSPITAL REGIONAL PROFESSOR  
AGAMENON MAGALHÃES



**BOLETIM DE CLASSIFICAÇÃO DE RISCO E EMERGÊNCIA**

Nº:

58

Data:	20.08.18	Hora:	10:10
Nome:	Almeida de Souza Magalhães Rita		
Nome Social:	Profissão: autônoma		
Nascimento:	13.03.89	Sexo:	Fem.
Estado Civil:	Casada		
Escolaridade:	Responsável:		
Mãe:	Hauval Gomes de Souza		
Endereço:	Av. Antonio Inacio de Medeiros		
Bairro:	5. Agosto	Município:	Statuado
Fone:	9.9964-9664		
Cartão SUS:	598.0040.9688.5292	RG/CPF:	
Raça/Cor:	Branca	Preta	Parda
Amarela	Indígena		

**CLASSIFICAÇÃO DE RISCO**

☐ VERMELHO

☐ AMARELO

☐ VERDE

☐ AZUL

Situação/Queixa:

Norma P-E (E) HA I PTA  
CI PDR, ODONT e LAMINAR

PA:	Pulso:	HGT:	T:	SpO2:	Peso:	Glasgow:
Medicações em uso:						
Intolerâncias/Alergias:						
Fluxograma:				Carimbo e Assinatura:		

**ATENDIMENTO MÉDICO**

História e Exame Físico:

DOR, ODONT P-E (E)

Tratamento:

AO LEV. SÃO VICENTE  
ANAL.


Hipótese Diagnóstica:

FRT - 50 NUT (E)

Carimbo e Assinatura:

part, em este de ortopedia



 <b>SUS</b> Sistema Único de Saúde	Ministério da Saúde	Secretaria de Saúde	<b>LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR</b>
	Estado de Pernambuco		

**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	NOME ATEND.		
066.877.794-00			
5 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE	6 - SIS PRE NATAL	7 - SENHA/REGULAÇÃO	8 - Nº DO PRONTUÁRIO
898004096885292			000083500
9 - NOME DO PACIENTE	10 - DATA DE NASCIMENTO	11 - SEXO	
ALMIRA DE SOUZA MAGALHAES NETA	13/04/1989	Feminino	
12 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL	DDD		13 - TELEFONE DE CONTATO
MARIVAL GOMES DE SOUZA			(87) 99964-9664
14 - ENDEREÇO (RUA Nº BAIRRO)	16 - COD. IBGE MUNICÍPIO		
João Gomes de Lucena	PE 56909-000		
15 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA	17 - UF	18 - CEP	
SERRA TALHADA	PE	56909-000	

**JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO**

19 - HISTÓRIA CLÍNICA / EXAME FÍSICO	20 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)
Posição patológica M.D. e e.e.e.e. de D.H. a.D., e.e.e.e.e. e e.e.e.e.e. M.O.V.A. - a favor R.D.	As Rx de D.H. e R.P. e R.L.
21 - DIAGNÓSTICO INICIAL	22 - CID. 10 PRINCIPAL
fractura 5ª costela esquerda D	S903/S923
23 - DIAGNÓSTICO SECUNDÁRIO	24 - CID. 10 SECUNDÁRIO
	25 - CID. 10 CAUSAS ASSOCIADAS

**PROCEDIMENTO SOLICITADO**

26 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO	27 - COD. DO PROCEDIMENTO
Os 5ºs de fratura	0405050462
28 - CLÍNICA	29 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO
15 - TRAUMA FEM. OI	IX   CNS     CPF
32 - ASSINATURA E CARIMBO DO SOLICITANTE	33 - DATA DA SOLICITAÇÃO
Antonio Routhies de Freitas CRM: 7351 CPF: 056.552.043-25	03/09/2018
34 - ASSINATURA E CARIMBO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE	35 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE
Mauriciana Peres Peres (MÉDICO) CPF: 020.473.994-41 CRM: 16278 Almora Clínica	

**PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)**

35 - [ ] ACIDENTE DE TRÂNSITO	38 - CNPJ DA SEGURADORA	39 - Nº DO BILHETE	40 - SÉRIE
36 - [ ] ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO	41 - CNPJ DA EMPRESA	42 - CNAE DA EMPRESA	43 - CBOR
37 - [ ] ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO			
44 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA			
[ ] EMPREGADO [ ] EMPREGADOR [ ] AUTÔNOMO [ ] DESEMPREGADO [ ] APOSENTADO [ ] NÃO SEGURADO			

**AUTORIZAÇÃO**

45 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO AUTORIZADO	46 - COD. ORGÃO EMISSOR	51 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (ABH)
		261210501111-2
47 - DOCUMENTO	48 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR	MOTIVO DA ALTA:
[ ] CNS [ ] CPF		Caráter da internação: 03.09.18
49 - DATA DA AUTORIZAÇÃO	50 - ASSINATURA E CARIMBO DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR (CONSELHO)	DATA DA INTERNAÇÃO: 03.09.18
/ /	CPF: 153.272.214-15 CRM: 8603 Médico Autorizador XI GERES	DATA DA ALTA: 05.09.18

EXCELSIOR SEGUROS  
30 NOV. 2018  
SEGURO DPVAT



# ESPELHO DA SOLICITAÇÃO

<b>IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO</b>		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	

<b>IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE</b>		Nº DO PRONTUÁRIO:
NOME DO PACIENTE: ALMIRA DE SOUSA MAGALHAES		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:
ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO): AV. ANTONIO INACIO DE MEDEIROS,		
MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA: SERRA TALHADA	COD. IBGE MUNICÍPIO: 2613909	UF: PE
CEP:		

<b>JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO</b>		
PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS: PACT.COM FRATURA 5 METACARPO ESQUERDO		
CONDIÇÕES 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:

<b>SINAIS VITAIS</b>
----------------------

<b>PROCEDIMENTO SOLICITADO</b>			
DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO:			CÓDIGO DO PROCEDIMENTO:
CLÍNICA:	CARÁTER DA INTERNAÇÃO: URGÊNCIA	DOCUMENTO: ( X )CNS ( )CPF	Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE:
<b>EXECUTANTE</b>			
NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE:		DATA DE AUTORIZAÇÃO:	
TIPO DE LEITO:	ESPECIALIDADE:		
MÉDICO AUTORIZADOR:			
<b>AUTORIZAÇÃO</b>			
NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR:			DATA DA SOLICITAÇÃO:
DOCUMENTO: ( X )CNS ( )CPF	Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR:		COD. ÓRGÃO EMISSOR: 8339

<b>ESCLARECIMENTOS</b>
------------------------

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/Estabeleciment	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	Sexo: Feminino	Cor: Parda
Estado Civil: Casado(a)	Profissão: AGRICULTORA	Naturalidade: SERRA TALHADA	Nacionalidade: Brasileiro
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 [ ] Acidente de Trabalho [ ] Outros Acidentes [ ] Agressão [ ]			
Mortício [ ] Casual [ ] Outros [ ]			
Nome do Acompanhante:		Telefone para Contato:	
Endereço:			
Local da Ocorrência:			
<u>ANAMNESE E EXAME FÍSICO</u> <i>lesão perfurante M.Dm, de penetração recalcitrante de 12 cm e eixo, dor e supuração. ferimento de 1</i>			
Diagnóstico Inicial <i>fratura do IV metacarpo M.</i>			
S.A.D.T			
Diagnóstico Final <i>Fratura do V metacarpo</i>			
<div>EXCELSIOR SEGUROS 30 NOV. 2018 SEGURO DPVAT</div>			
CONDIÇÃO DE ALTA		MOTIVO DA ALTA	
Melhorada <input checked="" type="checkbox"/>	Decisão Médica <input checked="" type="checkbox"/>	Data do Internamento: <i>3, 9, 12</i>	
Inalterado [ ]	Alta a Pedido [ ]	Data da Alta: <i>05/09/2018</i>	
Piorado [ ]	Transferência [ ]	Local: _____	
Óbito+48h [ ]	Evasão [ ]	<i>José André Melo B. Guimarães</i> CPF: 325.714.984-00 CRM: 9606 Médico Responsável	
Óbito-48h [ ]	Indisciplina [ ]		
Óbito em: ____/____/____			
Hora: _____			



Cirurgia Realizada:		Nº do Procedimento:
pt. de sutura 5º MTE		
Data: 04.09.18	Início:	Término:
Cirurgião: <i>Antônio</i>		
1º Auxiliar: <i>Rafael</i>		
2º Auxiliar:		
Anestesista: <i>Silvia</i>		
<p><b>DESCRIÇÃO CIRÚRGICA</b> Sob punção aspirar MTE e          fazer punção, aspirar e          fazer fixação. Redução e fixação          de usando o fio Kirschner, radiolúcido          e curativo</p> <p><i>Antônio</i></p> <p>Antônio Rodrigues de Freitas          CRM 7351          CPF: 056.552.603-25</p>		
Assinatura do Cirurgião		

EXCELSIOR SEGUROS  
 30 NOV. 2018  
 SEGURO DPVAT





9927-5179 - 364-9664

**HOSPAM**

HOSPITAL PROFESSOR AGAMENON MAGALHÃES

Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco

Serra Talhada - FUSAM/SUS/F

Nome: ANARA DO LIZI M. NOVA

Nº HOSP. SÃO VICENTE

Hdx: Negt. JEMTT ①

① DIETA LUNE SWD

② ALERGENIA JEO - ② 06/11/18  
SW JIN

③ HEMOGRAMA CADA 60 DIAS

④ SW + CCEG → Solicitado  
colúelo  
Niente oklogma

Data: 20/8/18

Médico - CRM

EXCELSIOR SEGUROS

30 NOV. 2018

SEGURO DPVAT





REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
 MINISTÉRIO DAS CIDADES  
 DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSPORTES  
 CATEGORIA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

NOME  
 ALNIRA DE SOUZA MAGALHÃES NETO

DOC. IDENTIDADE (CPF, PASSAPORTE, etc.)  
 7559941 SDS PE

CPF  
 066.877.794-00

DATA NASCIMENTO  
 13/04/1989

FILIAÇÃO  
 AGGEM MAGALHÃES

MARIVAL GOMES DE SOUZA

PERMISSÃO  
 ACC CAT. HVA  
 AB

Nº REGISTRO  
 04770608100

VALIDADE  
 30/07/2019

1ª EMISSÃO  
 02/10/2009

OBSERVAÇÕES  
 sem observações

ASSINATURA DO DETRANISTA  
 Assinatura de Assessor Administrativo

LOCAL  
 SERRA TALHADA - PE

DATA EMISSÃO  
 31/07/2014

ASSINATURA DO EMISSOR  
 46576872561  
 28061017132

DETRAN - PE (PERNAMBUCO)

DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSPORTES

VÁLIDA EM TODOS  
 O TERRITÓRIOS NACIONAIS  
 962860351

PROIBIDO PLASTIFICAR  
 962860351

EXCELSIOR SEGUROS  
 30 NOV. 2018  
 SEGURO DPVAT



EXCELSIOR SEGUROS  
30 NOV. 2018  
SEGURO DPVAT

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

**SEDEX**

☐ AR

☐ MP

☐ Correlatos

☐ PISO (kg)

1420

DY 30549179 0 BR



## 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:**

*Talita Fonseca Medeiros*



## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

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

### 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 7555941, expedido por SDS-PE, em  
31/07/2014 inscrito no CPF sob o nº 066.877.794-00, residente na  
Joack Guerra, nº 82  
complemento Casa, 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.

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

Serra Talhada 21 de 11 de 2018.

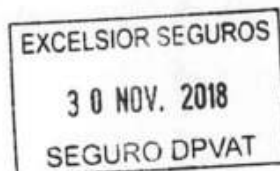
Outorgante X Almira de Souza Magalhães Neta



CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE SERRA TALHADA  
Titular: REGINALDO ANÍSIO DA SILVA  
Telefone: (87) 28311-924

Reconheço a Firma por Autenticidade de ALMIRA DE SOUZA MAGALHÃES NETA, Dou. Fê. Serra Talhada - PE, Em Teste ( ) da verdade. ( ) Reginaldo Anísio da Silva - Titular. ( ) Maria Lúcia de Sousa - Substituta Empl. - R\$ 3,39. TSNR - R\$ 0,80. FERC - R\$ 0,40. ISS - R\$ 0,00.

Selo: 0074872.HBR11201801.01144 21/11/2018 16:20:07  
Consulte autenticidade em [www.tjpe.jus.br/selodigital](http://www.tjpe.jus.br/selodigital)



## 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

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

Data do acidente: 19/08/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: ALMIRA DE SOUZA  
MAGALHAES NETA

### 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](http://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

ROSANA DE MENEZES SILVA CAVALCANTE

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 27/12/2018  
Nome: RAIANNE SILVA BARBOSA  
CPF: 102.869.074-61

RAIANNE SILVA BARBOSA

