



Número: **0021734-72.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção A da 30ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **07/05/2020**

Valor da causa: **R\$ 8.606,25**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
MARIA LIVIA OLIVEIRA DE LIMA (AUTOR)	BRUNO LEONARDO NOVAES LIMA (ADVOGADO) MANOELA TRIGUEIRO CAROCA CAVALCANTI (ADVOGADO)
COMPANHIA EXCELSIOR DE SEGUROS (REU)	
PAULO FERNANDO BEZERRA DE MENEZES FILHO (PERITO)	

Documentos

Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
67398 070	02/09/2020 16:05	<u>ANEXO 1</u>	Outros (Documento)



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

Rio de Janeiro, 19 de Julho de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190438020 Vítima: MARIA LIVIA OLIVEIRA DE LIMA

Data do Acidente: 17/02/2019 Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), MARNEZ FLORA DE OLIVEIRA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta n° 14589360



Pág. 01215/01216 - carta 01 - INVAHIDEZ



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 02/09/2020 16:05:11
<https://pjje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2009021605112160000066112035>
Número do documento: 2009021605112160000066112035

Nº 67398070 - Pág. 1



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

Rio de Janeiro, 19 de Julho de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190438020

Vítima: MARIA LIVIA OLIVEIRA DE LIMA

Data do Acidente: 17/02/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), MARINEZ FLORA DE OLIVEIRA

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

Declaração do Proprietário do Veículo não enviado(a), não acusamos o recebimento do documento, necessário apresentar.

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.

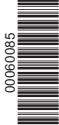
Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00169/00170 - carta_03 - INVALIDEZ



00060085

Carta nº 14589365



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 02/09/2020 16:05:11
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20090216051121600000066112035>
Número do documento: 20090216051121600000066112035

Num. 67398070 - Pág. 2



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

Rio de Janeiro, 14 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190438020 Vítima: MARIA LIVIA OLIVEIRA DE LIMA

Data do Acidente: 17/02/2019 Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Assunto: REANÁLISE DO PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), MARIA LIMA OLIVEIRA DE LIMA

Após revisão da Análise Médica Documental ou perícia em 14/10/2019, verificou-se que a lesão permanente apresentada já foi adequadamente indenizada, nos termos da Lei nº 6.194, de 1974, não tendo sido identificado agravamento da invalidez permanente da vítima, ou nova lesão permanente decorrente do mesmo acidente de trânsito.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para você

Ran 01479/011480 - carta 09 - INVAL IDEZ

Carta n° 14963478



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 02/09/2020 16:05:11
<https://pjje.tjpe.jus.br:443/g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2009021605112160000066112035>
Número do documento: 2009021605112160000066112035

Num. 67398070 - Pág. 3



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - N° do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:

163.183.874-12 MARIA LIVIA OLIVEIRA LIMA

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

5 - Nome completo: 6 - CPF:

7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento:

11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP:

15 - E-mail: 16 - TEL (DDD): 17 - TEL (DDI):

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

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

20 - CPF do Representante Legal: 21 - Profissão do Representante Legal:

22 - Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovação anexa [ANEXAR CóPIA].

23 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

- | | | |
|--|--|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> RECURSO INFDRMAR | <input type="checkbox"/> R\$1,00 A R\$1.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$7.501,00 ATÉ R\$5.000,00 |
| <input type="checkbox"/> SFM RLINDA | <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 | <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00 |

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

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

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Bradesco (237) | <input type="checkbox"/> Itaú (341) |
| <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) | <input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104) |

AGÊNCIA: CONTA:

(Inserir o dígito se existir) (Inserir o dígito se existir) (Inserir o dígito se existir) (Inserir o dígito se existir)

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que fui impossibilitado de apresentar laudo de indenização médica (Imd) para os fins de requerimento de Indevidos da Seguro DPVAT por invalides permanentes e que não tenho nenhuma 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 da pedida.

Peço que você assine a declaração, submetendo o preenchimento da anexo ao meu pedido de indicação do Seguro DPVAT por invalides permanentes, 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 do acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/77, art. 3º, §º, declarando que essa autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discordar do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

24 - Estado: Salvo/a? Casada (no Civil): Divorciado Separado judicialmente Viúva Solteiro Velho/a Velha Velho/a da vítima

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

26 - Vítima teve filhos, informar: Sim Não Se a vítima teve irmãos, informar: Sim Não Se a vítima teve pais, informar: Sim Não

27 - Vítima teve filhos, informar: Sim Não Se a vítima teve irmãos, informar: Sim Não Se a vítima teve pais, informar: Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso necessário, a Indenização do Seguro DPVAT por morte áqueles herdeiros que se apresentarem e provarem esta condição, estando entre, ainda, de 0 a 240 dias de emissão da declaração, não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infractione ao artigo 295 do Código Penal.

34 - Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

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

38 - 1º | Nome: _____
CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: _____
CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e data: SANTA MARIA DO CAMBUCA/PE DM/07/2019

x Maria Lívia Oliveira Lima

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

41 - Assinatura da Represuritaria Legal (se houver)

42 - Assinatura do Procurador (se houver)

DD2/2019

NÃO ALFABETIZADO

FESTEJUNHAS



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 02/09/2020 16:05:11

https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20090216051121600000066112035

Número do documento: 20090216051121600000066112035

Num. 67398070 - Pág. 4



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - N° do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:

163.183.874-12 MARIA LIVIA OLIVEIRA LIMA

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

5 - Nome completo: 6 - CPF:

7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento:

11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP:

15 - E-mail: 16 - TEL (DDD): (81) 9665-0454

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

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

MARINA FLORA DE OLIVEIRA **764.982.124-20** **REC. INF.**

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovação anexa [ANEXAR CóPIA].

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

- | | | |
|--|--|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> RECURSO INFDRMAR | <input type="checkbox"/> R\$1,00 A R\$1.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$7.501,00 ATÉ R\$5.000,00 |
| <input type="checkbox"/> SFM RLINDA | <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 | <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00 |

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

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

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Bradesco (237) | <input type="checkbox"/> Itaú (341) |
| <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) | <input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104) |

AGÊNCIA: CONTA:

(Inserir o dígito se existir) (Inserir o dígito se existir) (Inserir o dígito se existir) (Inserir o dígito se existir)

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que fui impossibilitado de apresentar laudo de inspeção médica (Imd) para os fins de requerimento de Indevidos da Seguro DPVAT por invalidez permanente e/ou vacas (Assinhar uma das opções):

- | |
|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> Não há IML que atende a região do acidente ou da minha residência; ou |
| <input type="checkbox"/> O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou |
| <input type="checkbox"/> O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias da piedade. |

Peço que você assine adu, salvo o preseequimento da anuissu do meu pedido de indicação do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me sujeitar à avaliação médica às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/77, art. 3º, §º, declarando que essa autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discordar do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado: Salvo(a): Casada (no Civil): Divorciado: Separado judicialmente: Viúva: Óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: Sim Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima: Sim Não 29 - Se tinha filhos, informar: 30 - Vítima casada: Sim Não 31 - Vítima: Sim Não 32 - Se tinha irmãos, informar: 33 - Vítima: Sim Não

Vivos: Falecidos: Nasceu (falecida) Vivos: Falecidos: Vivos: Falecidos:

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso necessário, a Indenização do Seguro DPVAT por morte áqueles herdeiros que se apresentarem e provarem esta condição, estando certo, ainda, de que a qualquer contestação ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da respectabilidade criminal por infração do artigo 295 do Código Penal.

34 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

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

40 - Local e data: **SANTA MARIA DO CAMBUCA/PE 04/07/2019**

x Maria Flora Oliveira Lima

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura da Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

DD2/2019

DADOS CADASTRAIS

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

NÃO ALFABETIZADO

FESTEJUNHAS





534106

0234474/19

GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 133^a CIRCUNSCRIÇÃO - SANTA MARIA DO CAMBUCA -
DP133PCIRC DINTER1/16/DESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N°: 19E0223000269

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **22/05/2019** às **21:04**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado) que aconteceu no dia **17/2/2019** às **14:30**

Fato ocorrido no endereço: **PX A FAZENDA DE JOÃO DAVID - SANTA MARIA DO CAMBUCA/PERNAMBUCO/BRASIL** Próximo a: **MUNICIPIO DE SANTA MARIA DO CAMBUCA, 1, ESTRADA DO SITIO BAIXIO - Bairro CENTRO - SANTA MARIA DO CAMBUCA/PERNAMBUCO /BRASIL**
Local do Fato: **VIA PÚBLICA**

Pessoal(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR / AGENTE)
MARINEZ FLORA DE OLIVIERA (NOTICIANTE)
LUCIENE MARIA DE SOUZA (OUTRO)
M.L.O.D.L. (Menor de Idade) (VITIMA)



Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): M. Gente Segura, Av. Rui Barbosa, 118 Centro, Santa Maria do Cambucá/PE, 56300-000, que é menor de idade

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

M.L.O.D.L. (Menor de Idade) (não presente ao plantão) - Sexo: Feminino Mãe: MARINEZ FLORA DE OLIVEIRA Pai: LEONARDO SILVA DE LIMA Data de Nascimento: 22/4/2002 Naturalidade: CARUARU / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 11010412/SDS/PE (RG), 16318387412 (CPF) Estado Civil: SOLTEIRO(A) Escolaridade: 1º GRAU COMPLETO Profissão: ESTUDANTE Endereço Residencial: RUA JULIO JOSE DE LIMA, 118 - CEP: 0 - Bairro: CENTRO - SANTA MARIA DO CAMBUCA/PERNAMBUCO/BRASIL

MARINEZ FLORA DE OLIVIERA (presente ao plantão) - Sexo: Feminino Mãe: FLORA MARIA DE OLIVEIRA Pai: PATRICIO ANARO DE OLIVEIRA Data de Nascimento: 26/10/1986 Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 2458354/SDS/PE (RG), 76498212420 (CPF) Estado Civil: SOLTEIRO(A) Escolaridade: 1º GRAU COMPLETO Endereço Residencial: RUA JULIO JOSE DE LIMA, 118 - CEP: 0 - Bairro: CENTRO - SANTA MARIA DO CAMBUCA/PERNAMBUCO/BRASIL

DESCONHECIDO (não presente ao plantão) - Sexo: Desconhecido Mãe: , Pai: , Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

LUCIENE MARIA DE SOUZA (não presente ao plantão) - Sexo: Feminino Mãe: , Pai: , Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

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



VEICULO (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **LUCIENE MARIA DE SOUZA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **MARIA LIVIA OLIVEIRA DE LIMA**.
 Categoria/Marca/Modelo: **MOTONETA/HONDA/BIZ 125** Objeto apreendido: **Não**
 Cor: **VERMELHA** - Quantidade: **1 (UNIDADE)**

Placa: **PEH0883** (PERNAMBUCO/SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE) Renavam: **300306447** Chassi: **9C2JC4820BR018736**
 Ano Fabricação/Modelo: **2011/2011** Combustível: **ALCO/GASOL**

Complemento / Observação

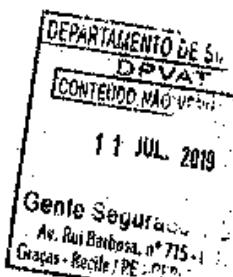
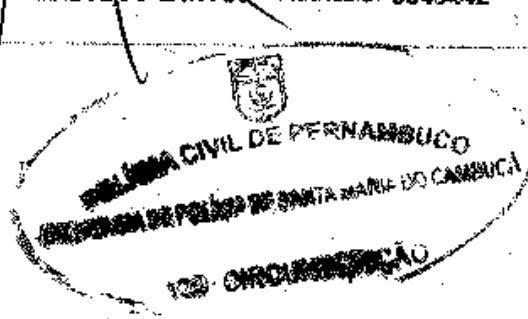
INFORMA A NOTICIANTE QUE SUA FILHA MARIA LIVIA OLIVEIRA DE LIMA NO DIA 17/02/2019, PÔR VOLTA DAS 1430 HORAS CONDUZIA A MOTOCICLETA DE PLACA PEH 0883, PELA ESTRADA DO SITIO BAXIO, TRAFEGANDO NO SENTIDO CENTRO DESTA CIDADE AO REFERIDO SITIO, E AO TRAFEGAR NAS PROXIMIDADES DA FAZENDA DO DR. JOÃO DAVID, PERDEU O CONTROLE DA CITADA MOTOCICLETA E VEIO A CAIR, SOFRENDO LESÕES GRAVES EM SEU COTOVelo ESQUERDO. LOGO APÓS O ACIDENTE A VITIMA DEU ENTRADA NA POLICLINICA DESTA CIDADE E POSTERIORMENTE FOI SUBMETIDA A TRATAMENTO NO HOSPITAL DE EMERGENCIA DE TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES.

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

MARINEZ FLORA DE OLIVIERA

**MARINEZ FLORA DE OLIVIERA
(NOTICIANTE)**

B.O. registrado por: **MAXAEL OLIVEIRA DOS SANTOS** - Matrícula: **3648442**



Gente Segura
Av. Rui Barbosa, nº 715-1
Gratas - Recife / PE - CEP 50.110-000





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - N° do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:

163.183.874-12 MARIA LIVIA OLIVEIRA LIMA

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

5 - Nome completo: 6 - CPF:

7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento:

11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP:

15 - E-mail: 16 - TEL (DDD): 17 - TEL (DDI):

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

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

20 - CPF do Representante Legal: 21 - Profissão do Representante Legal:

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovação anexa [ANEXAR CóPIA].

22 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

<input checked="" type="checkbox"/> RECURSO INFDRMAR	<input type="checkbox"/> R\$1,00 A R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$7.501,00 ATÉ R\$5.000,00
<input type="checkbox"/> SFM RLINDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00

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

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

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

AGÊNCIA: CONTA:

(Inserir o dígito se existir) (Inserir o dígito se existir) (Inserir o dígito se existir) (Inserir o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Ider a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da Indenização/Cumprimento do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já, e somente após a efetivação do crédito, quaisquer ônus do valor recebido.

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

Declaro, sob as penas da lei, que fui impossibilitado de apresentar laudo de indenização médica (Imd) para os fins de requerimento de Indenização do Seguro DPVAT por invalidade permanente, e que não assinei nenhuma 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 da piedade.

Peço que você assine a declaração, submetendo o preenchimento da anotação do meu pedido de indicação do Seguro DPVAT por invalidade permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Ider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/77, art. 3º, §º, declarando que essa autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discordar do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

24 - Estado: Salvo/a? Casada (no Civil) Divorciado Separado judicialmente Viúva Solteiro (se não é viúva)

25 - Grau de Parentesco com a vítima: Sim Não 26 - Se a vítima deixou companheiro(a): Sim Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima: Sim Não 29 - Se tinha filhos, informar: 30 - Vítima casada: Sim Não 31 - Vítima: Sim Não 32 - Se tinha irmãos, informar: 33 - Vítima: Sim Não

Vivos: Falecidos: Nasceu/foi morto(a): Vivos: Falecidos: Nasceu/foi morto(a):

Estou ciente de que a Seguradora Ider pagará, caso necessário, a Indenização do Seguro DPVAT por morte áqueles herdeiros que se apresentarem e provarem esta condição, estando certo, ainda, de que a qualquer contestação ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da respectabilidade criminal por infração do artigo 295 do Código Penal.

34 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

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

38 - 1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e data: **SANTA MARIA DO CAMBUCA/PE 04/07/2019**

x Maria Lívia Oliveira Lima

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

41 - Assinatura da Represulanta Legal (se houver)

42 - Assinatura do Procurador (se houver)

DD2/2019





PREFEITURA DE
SANTA MARIA DO CAMBUCÁ
Trabalhando com o povo
FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE SANTA MARIA DO CAMBUCÁ

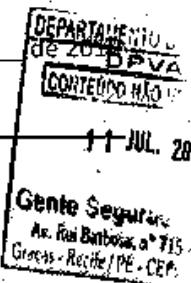
DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins, que o(a) paciente MARIA LIVIA OLIVEIRA DE LIMA, vítima de acidente de carro, portador(a) do CPF: 463.183.894-12 RG: , residente: Rua Júlio José De Lima nº 188, recebeu atendimento na Policlínica Santina Falcão no dia 17/02/19, onde foram realizados os primeiros socorros pela equipe de plantão.

Henrique Soares do Nascimento
Santa Maria do Cambucá, 23 de JUNHO
Dir. Recursos Humanos
CPF: 845.605.337-08

Henrique Soares
HENRIQUE SOARES DO NASCIMENTO

DIRETOR DE RECURSOS HUMANOS



BRADESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 237 AGÊNCIA: 2373-6 CONTA: 000000429200-6

DATA DA TRANSFERENCIA: 27/09/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 843,75

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: MARIA LIVIA OLIVEIRA DE LIMA

BANCO: 237

AGÊNCIA: 00835-4

CONTA: 000000022683-1

Nr. Autenticação
BRADESCO2709201905000000000237008350000002268384375 PAGO



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 02/09/2020 16:05:11
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20090216051121600000066112035>
Número do documento: 20090216051121600000066112035

Num. 67398070 - Pág. 10



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 EDUARDO JOSE DE FERNANDES inscrito (a) no CPF 574.910.534-16, na qualidade de Procurador (a) / Intermédio(a) do Beneficiário MARIA LIVIA OLIVEIRA LIMA inscrito (a) no CPF sob o Nº 163.123.874-12, do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ, da Vítima MARIA LIVIA OLIVEIRA LIMA, inscrito (a) no CPF sob o Nº 163.123.874-12, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

11 JUL. 2019

Recuso informar

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

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

Endereço <u>RUA JOAO BATISTA</u>	Número <u>370</u>	Complemento <u>CASITA</u>
Bairro <u>CENTRO</u>	Estado <u>PE</u>	CEP <u>55750000</u>
Cidade <u>SURUBIM</u>	Telefone comercial (DDD) <u>(81) 96650454</u>	Telefone celular (DDD) <u>(81) 81335022</u>
E-mail <u>apagued1999@gmail.com.br</u>		

SURUBIM/PE, 04 de JULHO de 2019
Local e Data

Assinatura do Declarante

DLDRL001 V001/2017



SANTA MARIA DO CAMBUÁ (PE), 01 de AGOSTO 2019.

0245783/19

À LIDER SEGUROS DPVAT

VÍTIMA: MARIA LIVIA OLIVEIRA LIMA

TIPO DE INDENIZAÇÃO: INVALIDEZ

SINISTRO N° 3190438020

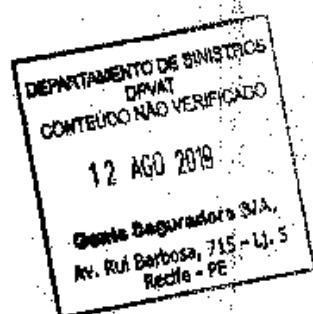
Prezado Senhor,

Informo que por ocasião do meu acidente de trânsito, ocorrido em 17/02/2019, me encontrava conduzindo a motocicleta HONDA BIZ 125 ES de placa PEH 10883, que não é de minha propriedade, e que não conheço o proprietário. Fui apenas vítima de um acidente que me deixou com sequelas e não tenho responsabilidade nenhuma se o proprietário da mesma não a deixa em dias.

DIANTE DO EXPOSTO, solicito de V.S^a, que seja concluída a regulação do meu processo, em seguida que seja encaminhado para liberação do pagamento pela LIDER da indenização a que faço " JUS ".

Nestes Termos
Espera Deferimento

x Maria Livia Oliveira Lima
MARIA LIVIA OLIVEIRA LIMA
VITIMA/BENEFICIARIO



Mariê Flora de Oliveira
MARINEZ FLORA DE OLIVEIRA
GENITORA/REPRESENTANTE LEGAL



PREFEITURA DE
SANTA MARIA DO CAMBUCA
Trabalhando com o povo

**SERVIÇO DE
PRONTO ATENDIMENTO**

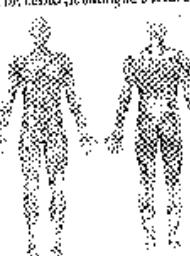
Data:	07/02/2013	Hora:	14:47	Registro:
Nome:			Referência:	
Endereço:				
Bairro:	Zona Rural	Cidade:	St. M. Cambucá	
Idade:	16 anos	Sexo:	F	Cor: P0
Profissão:				
Responsável:				
Endereço do Responsável:				
VEÍCULO: Automóvel <input type="checkbox"/> Ônibus <input type="checkbox"/> Moto <input checked="" type="checkbox"/> Outro <input type="checkbox"/> Ignorado <input type="checkbox"/>				
MODO: Atropelamento <input type="checkbox"/> Colisão <input type="checkbox"/> Capotagem <input type="checkbox"/> Outro <input type="checkbox"/> Ignorado <input type="checkbox"/>				
POR: Arma de Fogo <input type="checkbox"/> Arma Branca <input type="checkbox"/> Espancamento <input type="checkbox"/> Outro <input type="checkbox"/> Ignorado <input type="checkbox"/>				
MODO: Assalto/Briga <input type="checkbox"/> Ação Policial <input type="checkbox"/> Agressão Sexual <input type="checkbox"/> Outro <input type="checkbox"/> Ignorado <input type="checkbox"/>				
ORIGEM: Construção Civil <input type="checkbox"/> Indústria <input type="checkbox"/> Agricultura <input type="checkbox"/> Comércio <input type="checkbox"/> Outro <input type="checkbox"/> Ignorado <input type="checkbox"/>				
POR: Arma de Fogo <input type="checkbox"/> Enforcado <input type="checkbox"/> Drogas <input type="checkbox"/> Queda de Nível <input type="checkbox"/> Outro <input type="checkbox"/> Ignorado <input type="checkbox"/>				
INTOXICAÇÃO ACIDENTAL <input type="checkbox"/>				
Intoxicação Acidental <input type="checkbox"/> Queda Acidental <input type="checkbox"/> Afogamento <input type="checkbox"/> Queimadura <input type="checkbox"/> Outro <input type="checkbox"/> Ignorado <input type="checkbox"/>				
LOCALIZAÇÃO DO PACIENTE				
Via Pública <input type="checkbox"/> Domicílio <input type="checkbox"/> Ambiente de Trabalho <input type="checkbox"/> Escola <input type="checkbox"/> Outro <input type="checkbox"/> Ignorado <input type="checkbox"/>				
Queixas:				
Dores de dor no lado esquerdo da costela esq. Bex. P0 mundo ()				
Exame Físico:				
PA:	FC:	P脉:	Temperatura:	HGT:
Gente jovem Av. Rio Barboza, n° 775 - Lote 100				
Hipótese Diagnóstica:				
Urgente - no hzº fechado?				
Procedimentos:				
HRA - Gastroenterologia				



17.05.2019

**ESTADO RIO GRANDE DO SUL
SECRETARIA DO GÓDÉ
CONSELHO DE EMERGÊNCIA E CRÍSEMA LUIZ GONÇALVES FERNANDES**

OBS FÍCIA: **MERCANTÍMIOS DO TRÂMIA** (se houver, informar o local com o nomeiro correspondente do bairro)



60

QUESTIONNAIRE: Superfície corporal usada = ____% Grav. (10% Grav.) (20% Grav.) (30% Grav.)
DESIGNACIONES:

Journal of Clinical Anesthesia 2000; 14:431-436. © 2000 by Lippincott Williams & Wilkins, Inc.



1/02/2010

MICROFones Guerreiros

EXAME SECUNDÁRIO / PARECER MÉDICO

DETALHES DO PACIENTE		SERVIÇOS REALIZADOS	
Centro cirúrgico	Cirurgia hospitalar / Ambulatório	COLEÇÃO/PROCESSIONAMENTO	DATA/ANEL
Internação/Exame	Auxiliar de enfermagem	Av. Rio Branco, nº 725 - Laje 5 Graciosa - Belo Horizonte - MG - CEP 31010-320	DR Yves
Consultório ou sala de exames	Oftálmico	11 JUL. 2019	
Assinatura do responsável (se necessário)			

<http://pje.tjpe.jus.br:443/1g/rajanesh/jsp/jsturner.jsp?processo=000000066112035>

11 JUL. 2019



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 02/09/2020 16:05:11
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20090216051121600000066112035>
Número do documento: 20090216051121600000066112035

Num. 67398070 - Pág. 16

17/02/2019

HTCG-Painel Administrativo

Data da Internação: 17/02/2019 Hora: 19:47:06

SUSMinistério
Governo do
Brasil
Saúde
**LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR**

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

2 - CNES

2362856

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

4 - CNES

2362856

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

MARIA LÍVIA OLIVEIRA DE LIMA

6 - N° DO PROJUNTUÁRIO

1835619

7 - CARTÃO DO SUS

098002789646858

8 - DATA DE NASCIMENTO

22/04/2002

9 - SEXO

M/F

Peso (Kg)

50

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

MARINÉZ FLORA DE OLIVEIRA

11 - TELEFONE DA PESSOA

PCB 83

Nº DE TELEFONE

981757274

12 - ENDEREÇO (RUA, N°, BAIRRO)

POUSADA SAMAMBABA , 15 , ZONA RURAL

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Santa Cecília

14 - EPP/CEP MUNICÍPIO

251315

15 - CEP

PB

58463000

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Durante a degenerescênci a articular de cintura direita opõe
oposição das juntas no último terço.

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Bromocriptina + Glucagon + Dexametasona + IUD

19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES NORMATIZADOS)

Emissor: **Dr. Luiz Juvencio Medeiros**

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL

Artrite degenerativa artroso artrose

21 - CID 10 PRINCIPAL

22 - CID 10 SECUNDÁRIO

23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

Pax/LX côntrito D

PROCEDIMENTO SOLICITADO

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

26 - DESCRIÇÃO DO PRATICAMENTO SOLICITADO

Artrite degenerativa artroso artrose

27 - CID 10 PRINCIPAL

28 - CID 10 SECUNDÁRIO

29 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

30 - CLÍNICA

31 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

02

32 - DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/CLASSE DO PROFISSIONAL

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

34 - N.º DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

980016296677001

35 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

LUIZ JUVENCIO MEDEIROS

36 - DATA DA SOLICITAÇÃO

37 - ASSINATURA E CARIMBO (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO DE MEDICINA)

38 - N.º DO LEXÍDIO

17/02/2019

17/02/2019

39 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

40 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

41 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

42 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

43 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

44 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

45 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

46 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

47 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

48 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

49 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

50 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

51 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

52 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

53 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

54 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

55 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

56 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

57 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

58 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

59 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

60 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

61 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

62 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

63 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

64 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

65 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

66 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

67 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

68 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

69 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

70 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

71 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

72 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

73 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

74 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

75 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

76 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

77 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

78 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

79 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

80 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

81 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

82 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

83 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

84 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

85 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

86 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

87 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

88 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

89 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

90 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

91 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

92 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

93 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

94 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

95 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

96 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

97 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

98 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

99 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

100 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

101 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

102 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

103 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

104 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

105 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

106 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

107 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

108 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

109 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

110 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

111 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

112 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

113 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

114 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

115 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

116 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

117 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

118 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

119 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

120 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

121 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

122 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

123 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

124 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

125 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

126 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

127 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

128 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

129 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

130 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

131 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

132 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

133 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

134 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

135 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

136 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

137 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

138 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

139 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

140 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

141 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

142 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

143 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

144 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

145 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

146 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

147 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

148 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

149 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

150 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

151 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

152 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

153 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

154 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

155 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

156 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

157 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

158 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

159 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

160 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

161 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

162 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

163 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

164 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

165 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

166 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

167 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

168 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

169 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

170 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

171 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

172 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

173 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

174 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

175 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

176 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

177 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

178 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

179 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

180 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

181 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

182 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

183 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

184 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

185 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

186 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

187 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

188 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

189 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

190 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

191 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

192 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

193 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

194 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

195 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

196 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

197 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

198 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

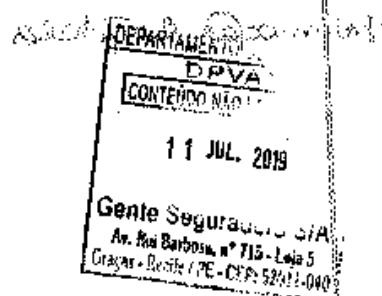
199 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Requerido para que este ato seja feito.
Doutor Francisco Gob. at. mif.

Ass. à Procuradoria de Contabilidade

Carvalho

Q. P. V. 2019





PACIENTE: MARIA LÍVIA O. DE LIMA

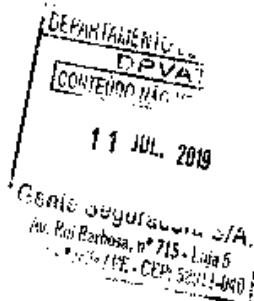
DATA DO EXAME: 17.02.2019

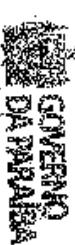
RADIOGRAFIA DE COTOVELO

- Sinais de luxação do cotovelo. Fragmento ósseo destacado da porção proximal do rádio.
- Aumento das partes moles locais por edema.
- Relações articulares conservadas.

12

Ramona de Miranda Araújo
Dr. Ramona de Miranda Araújo
Médico Radiologista - Membro Titular do C.B.R.
CRM-PB 1323





SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA
DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

Receituário Simples

Médico _____
Data _____

11 JUL. 2019
Gente *very good* - 14.
Av. Rio Branco, nº 715 - Loja 5
Crópus - Recife/PE - CEP: 57011-040

Ramalho
Ode ontem

Mod. 001

Data

Médico





SECRETARIA DO ESTADO DE SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

Nome do Paciente	Pleno Júnior		Nº Prontuário
Data da Operação	17/02/2020	Enf.	Leito
Operador	Dr. Júnior Pinto		1º Auxiliar
2º Auxiliar	Colo	3º Auxiliar	Instrumentador
Anestesia	Tipo de Anestesia		
Diagnóstico Pré-Operatório			
Tipo de Operação	Tirageo da Cintura		
Diagnóstico Pós-Operatório	Rotação facete		
Relatório Imediato da Patologia			
Exame Radiológico no Ato	Nao		
Acidente Durante a Operação	fis		

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

Via de Acesso - Tática e Técnica - Ligaduras - Drenagem - Sutura - Material Empregado - Aspecto Visceras
1) Acesso: Técnica 2) Abordagem: Segundo Trabalho Rotação 3) Concreto: C 4) Data: 11/02/2020
5) Ligaduras: Técnicas de Ligation 6) Drenagem: Drains 7) Sutura: Fibras de Poliamida 8) Material: Branca
9) Aspecto: Visceras
10) VRPF
11) Data: 11/02/2020
12) Hora: 10:15
13) Local: Hospital Dom Luiz Gonzaga Fernandes
14) Profissional: Dr. Júnior Pinto
15) Assinatura: Dr. Júnior Pinto
16) Data: 11/02/2020
17) Hora: 10:15
18) Local: Hospital Dom Luiz Gonzaga Fernandes
19) Profissional: Dr. Júnior Pinto
20) Assinatura: Dr. Júnior Pinto

0.00

L866/PP
DR. JÚNIOR PINTO
MEDICINA DO TRABALHO
CONSULTA DE ORTOPEDIA



NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

PACIENTE:	Oliveira, Douria Oliveira da Cunha				GOVERNO DA PARAÍBA			
DI	LEITE	CONVENIO	IDADE	REGISTRO	apresentar no atendimento			
22/04/02	Sob. 03	062	162	18355266	Hospital de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes			
CIRURGIA	Redução e imobilização de luxação de cotovelo	CIRURGÃO	Dr. José Ribeiro					
ANESTESIA	Sedo-corti	ANESTESIA	Dra. Joabelli					
INSTRUMENTADORA	Wesley	DATA	17/02/19	INÍCIO	21:00	FIM	21:18	CÓDIGO
Qtd.	MODIFICAÇÕES ANESTÉSICAS							
01	Aacetaminofen.	01	Bolsa Constipante	Qtd.	FIOS			
	Atropina 0,01%		Catet. pr. Fioz.		Catgut urticante Sérifx			
	Clorazepato 0,01%		Catet. Da Urinar Sist. Fioz.		Catgut crimpado Sérifx			
	Flumazenil 0,01%		Compressa Grande		Catgut crimpado Sérifx			
	Flumore 0,01%		Compressa Pequena		Catgut Simples			
	Octantrina 0,01%		Colarinho		Catgut Simples Sérifx			
	Tramadol 0,01%		Drizo		Catgut Simples Sérifx			
	Ureterogastro.		Esteril. Karr n°		Cera pr. caso			
01	Fentanil 0,01%		Escoço Párpado n°		Fitabond			
	Locasal	01	Oriente Párpado n°		Fitabond			
	Ketolar 0,1%		Scrupe de Macrônitos		Fitabond			
	Mercadona 2,0%		Equipo de Macrojoladas		Fio de Algodão Sérifx			
	Nobabon 0,01%		Equipo de Sangue		Fio de Algodão Sérifx			
	Paracetamol 0,01%		Equipo de PVC		Fio de Algodão Sérifx			
	Prolongador 0,01%		Escarapela Lact. 1ml		Fio de Algodão Sérifx			
	Proteína 0,01%		Furadil 1ml		Filagármica			
	Quetamina	01	Gesso Parafuso 1/10 Unidades		Monomylon			
01	Rapson 0,01% - Propofol	01	H. O. ml		Monomylon			
	Thiobarbital 0,01%		Intracath Adulto		Proline Sérifx			
	Thiobarbital 0,01%		Intracath Infantil		Proline Sérifx			
01	MEDICAÇÕES	01	Lâmina de Bisturi n° 20		Proline Sérifx			
	Aqua Desidratante 0,01%		Lâmina de Bisturi n° 12		Proline Sérifx			
01	Decadron 0,01%		Lâmina de Bisturi n° 10		Prolene Sérifx			
02	Depotona 0,01%		Lâmina 7,0		Vicryl Sérifx			
	Fraxidol 0,01%		Lâmina 7,5		Vicryl Sérifx			
	Hebicortisol 0,01%		Lâmina 8,0		Vicryl Sérifx			
	Intermedina 0,01%		Lâmina 8,5		Vicryl Sérifx			
	Glicose 0,01%		Oxigênio 1ml	31/02/2019				
	Glucagon 0,01%		Portafix					
	Hemostat 0,01%		PVP Dogmarate 1ml			11 JUL. 2019		
	Isopropanol 0,01%		PVP Tonic 1ml					
	S. analgésico 0,01%		Qtd.				SOROS	
01	Lasix 0,01% - Famotidina 0,01%		Sabut Antiséptico		SG Normoplasma fr. 500 ml			
	Medroxiprogesterona		Saco esteril		SG Ofidato fr. 500 ml			
01	Metformina 0,01%		Seringa desc. 10 ml		SG Hipertônico fr. 500 ml			
	Paracetamol		Seringa desc. 20 ml		SG Ringer fr. 500 ml			
	Perfex 0,01%		Seringa desc. 50 ml		SG fr. 500 ml			
	Septaplast 0,01%		Sonda					
	Sofazolina 0,01%		Sonda Foley				ORTSESE E PRÓTESE	
01	Terodilatador		Sonda Nasogástrica					
			Sonda Uretal n°					
			Sterilembran					
			Tremekin					
			Vaseline 1ml					
			Colutor 10					
Qtd.	MATERIAIS / SOLUÇÕES							EQUIPAMENTOS
	Agujetas desc. 25 x 7							
	Agujetas desc. 28 x 7,5							<input checked="" type="checkbox"/> Oxigênio da PULSE
	Agujetas desc. 31 x 9,5							<input type="checkbox"/> Face Auxiliar
	Agujetas pr. naus n°							<input type="checkbox"/> Serra
	Q.5 Alcool de Entubagem							<input type="checkbox"/> Desfibrilador
	A. roto loreda 0,01%							<input type="checkbox"/> Foco Frontal
	Algodões de Crepon							<input checked="" type="checkbox"/> Força de Luz
01	Algodão de Sustento N° 15							
	Azul 0,01%							
	Branco 0,01%							
	Verde 0,01%							
	Amarelo 0,01%							
	Castanho 0,01%							
	Preto 0,01%							
	Verde 0,01%							
	Castanho 0,01%							
	Preto 0,01%							
	Amarelo 0,01%							
	Castanho 0,01%							
	Preto 0,01%							
	Amarelo 0,01%							
	Castanho 0,01%							
	Preto 0,01%							
	Amarelo 0,01%							
	Castanho 0,01%							
	Preto 0,01%							
	Amarelo 0,01%							
	Castanho 0,01%							
	Preto 0,01%							
	Amarelo 0,01%							
	Castanho 0,01%							
	Preto 0,01%							
	Amarelo 0,01%							
	Castanho 0,01%							
	Preto 0,01%							
	Amarelo 0,01%							
	Castanho 0,01%							
	Preto 0,01%							
	Amarelo 0,01%							
	Castanho 0,01%							
	Preto 0,01%							
	Amarelo 0,01%							
	Castanho 0,01%							
	Preto 0,01%							
	Amarelo 0,01%							
	Castanho 0,01%							
	Preto 0,01%							
	Amarelo 0,01%							
	Castanho 0,01%							
	Preto 0,01%							
	Amarelo 0,01%							
	Castanho 0,01%							
	Preto 0,01%							
	Amarelo 0,01%							
	Castanho 0,01%							
	Preto 0,01%							
	Amarelo 0,01%							
	Castanho 0,01%							
	Preto 0,01%							
	Amarelo 0,01%							
	Castanho 0,01%							
	Preto 0,01%							
	Amarelo 0,01%							
	Castanho 0,01%							
	Preto 0,01%							
	Amarelo 0,01%							
	Castanho 0,01%							
	Preto 0,01%							
	Amarelo 0,01%							
	Castanho 0,01%							
	Preto 0,01%							
	Amarelo 0,01%							
	Castanho 0,01%							
	Preto 0,01%							
	Amarelo 0,01%							
	Castanho 0,01%							
	Preto 0,01%							
	Amarelo 0,01%							
	Castanho 0,01%							
	Preto 0,01%							
	Amarelo 0,01%							
	Castanho 0,01%							
	Preto 0,01%							
	Amarelo 0,01%							
	Castanho 0,01%							
	Preto 0,01%							
	Amarelo 0,01%							
	Castanho 0,01%							
	Preto 0,01%							
	Amarelo 0,01%							
	Castanho 0,01%							
	Preto 0,01%							
	Amarelo 0,01%							
	Castanho 0,01%							
	Preto 0,01%							
	Amarelo 0,01%							
	Castanho 0,01%							
	Preto 0,01%							
	Amarelo 0,01%							
	Castanho 0,01%							
	Preto 0,01%							
	Amarelo 0,01%							
	Castanho 0,01%							
	Preto 0,01%							
	Amarelo 0,01%							
	Castanho 0,01%							
	Preto 0,01%							
	Amarelo 0,01%							
	Castanho 0,01%							
	Preto 0,01%							
	Amarelo 0,01%							
	Castanho 0,01%							
	Preto 0,01%							
	Amarelo 0,01%							
	Castanho 0,01%							
	Preto 0,01%							
	Amarelo 0,01%							
	Castanho 0,01%							
	Preto 0,01%							
	Amarelo 0,01%							
	Castanho 0,01%							
	Preto 0,01%							
	Amarelo 0,01%							
	Castanho 0,01%							
	Preto 0,01%							
	Amarelo 0,01%							
	Castanho 0,01%							
	Preto 0,01%							
	Amarelo 0,01%							
	Castanho 0,01%							
	Preto 0,01%							
	Amarelo 0,01%							
	Castanho 0,01%							
	Preto 0,01%							
	Amarelo 0,01%							
	Castanho 0,01%							
	Preto 0,01%							
	Amarelo 0,01%							
	Castanho 0,01%							
	Preto 0,01%							
	Amarelo 0,01%							
	Castanho 0,01%							
	Preto 0,01%							
	Amarelo 0,01%							
	Castanho 0,01%							
	Preto 0,01%							
	Amarelo 0,01%							
	Castanho 0,01%							
	Preto 0,01%							
	Amarelo 0,01%							
	Castanho 0,01%							
	Preto 0,01%							
	Amarelo 0,01%							
	Castanho 0,01%							



Paciente	Nome	Data	Prescrição Médica	Horário	Alimentação	Exame	Comentários
10000000000000000000	João Silveira	11/07/2019	Medicamento A - 100mg	10:00 AM	Almoço	Evolução Médica	



17/02/2019

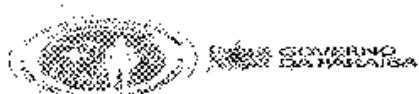
SIPM-Painel Administrativo

CNPJ: 10.846.190/0901-55

Data: 17/02/2019

Horas: 19:58:28

Médico (a) / Diarista: Euler Fabrício Alves Cruz



PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE:

Nº de prontuário: 1835619 - Paciente: MARIA LÍVIA OLIVEIRA DE LIMA - Idade: 016 - Sexo: F

Nome da Mãe: MARINEZ FLORA DE OLIVEIRA - Data de Nascimento: 22/04/2002 - Admissão: 17/02/2019

Clínica: CENTRO CIRÚRGICO - Unidade: URPA - Leito: 3 - Diagnóstico: FRATURA/LUXAÇÃO DE COVOELO DIREITO; TRIADE TERRIVEL?

DATA: 17/02/2019

MÉDICO(A) ASSISTENTE: Euler Fabrício Alves Cruz /

Item	Prescrição	Apresentação
1	SORO RINGER COM LACTATO 500ML E.V. FRASCO, 12h/12h	(10)-6h
2	DIPRONA SÓDICA 500 MG/ML 2 ML E.V. TAMPOLA, 6h/6h	(10)-24h - 6h - 12h
3	PEROXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V. IFRA AJP, 12h/12h Reconstituir 2ML ABD.	(10)-6h
4	RANTIDINA CLORIDRATO 50 MG/ML 2ML E.V. TAMPOLA, 12h/12h Diluir em 190 ML SF	(10)-6h
5	BRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 2ML E.V. TAMPOLA FAZER SE NECESSÁRIO	
6	ONDANSETRONA CLORIDRATO 2 MG/ML 2 ML E.V. TAMPOLA FAZER SE NECESSÁRIO 8h/8h	
7	DIETA LIVRE	
8	CUIDADOS GERAIS - SINAIS VITais	
9	FISIOTERAPIA MOTORA	

EVOLUÇÃO

DATA: 17/02/2019 HORA: 19:53:26

PACIENTE DÁ ENTRADA COM QUEIXA DE DOR EM COVOELO DIREITO. AO EXAME: DOR A PALPAÇÃO, PRESENÇA DE DEFORMIDADE E LIMITAÇÃO FUNCIONAL.
FOI TENTADO REDUÇÃO EM SALA DE GESSO, PORÉM, A LUXAÇÃO É INSTÁVEL. ENCAMINHADA PARA BLOCO CIRÚRGICO.

 ASSINATURA + CARIMBO
 Euler Fabrício Alves Cruz

 Dr. Euler Fabrício A. Cruz
 CRM-PB: 121.350/2019
 CRF-PB: 27.000/2019

11 JUL 2019

 Gente Segura
 Av. Rio Barbosa, nº 713 - Centro
 Cabedelo/PB - CEP: 52011-000

17.02.19 20:00

* A ATA está no pronto atendimento

 Euler Fabrício Barbosa Santos
 ENFERMEIRO
 COREN-PB 381.919

* O paciente chegará na UBS/Unidade Pediátrica às 20:00 hs



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

Ficha de Acolhimento

Nome:	Anderson Luiz Oliveira do Nascimento		
End:	K. Infraestrutura	Serviços	Bairro:
Data de Nascimento:	22/05/2002	Documento de Identificação:	Carteira de identidade
Quaixa:	Acidente		
Acidente de trabalho?	() Sim	() Não	Hora: 18:30 Documento:

Classificação de Risco

Nível de consciência: () Bom () Regular () Baixo	Aspecto: () Calmo () Fáceis de dor () Gemente
Frequência respiratória:	Frequência cardíaca:
Pressão arterial:	Temperatura axilar:
Dosagem de HGT:	Mucosas: () Normocorada () Pálida
Deambulação: () Livre () Cadeira de rodas () Maca	

Estratificação

- () Vermelho - atendimento imediato
() Verde - atendimento até 4 horas

- () Amarelo - atendimento até 1 hora
() Azul - atendimento ambulatorial

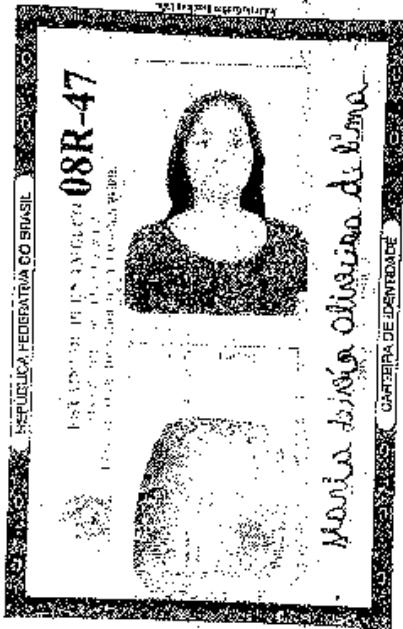
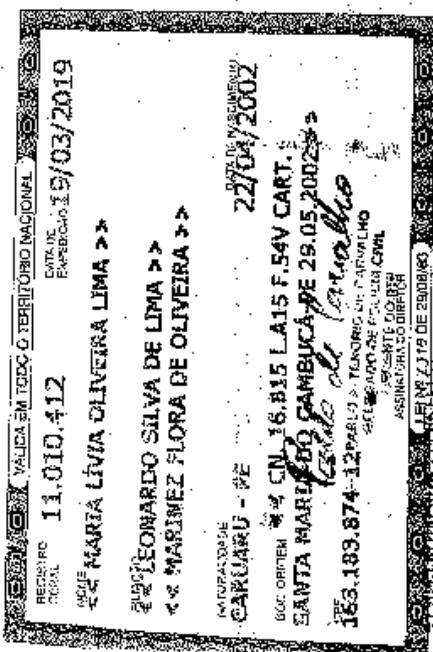
Arma Moura da Silva
E. S. M. G. J. R.

Assinatura e carimbo do profissional

11 JUL. 2019

Gentil Soárez
Dr. Rui Barbosa, nº 701
Capanema-PR/PE, 00





~~SECRET~~

Gente Organizada S/A
Av. Rio Branco, nº 715 - Loja 5
Grana - Beirute/PE - CEP: 59011-040



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

1 - Escolha a(s) tipo(s) de cobertura: DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) INVALIDEZ PERMANENTE MORTE

2 - N° do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:

163.183.874-12 MARIA LIVIA OLIVEIRA LIMA

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

5 - Nome completo: 6 - CPF:

7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento:

11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP:

15 - E-mail: 16 - TEL (DDD): 17 - TEL (DDI):

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

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

20 - CPF do Representante Legal: 21 - Profissão do Representante Legal:

22 - Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovação anexa [ANEXAR CóPIA].

23 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

- | | | |
|--|--|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> RECURSO INFDRMAR | <input type="checkbox"/> R\$1,00 A R\$1.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$7.501,00 ATÉ R\$5.000,00 |
| <input type="checkbox"/> SFM RLINDA | <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 | <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00 |

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

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

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Bradesco (237) | <input type="checkbox"/> Itaú (341) |
| <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) | <input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104) |

AGÊNCIA: CONTA:

(Inserir o dígito se existir) (Inserir o dígito se existir) (Inserir o dígito se existir) (Inserir o dígito se existir)

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que fui impossibilitado de apresentar laudo de indenização médica (Imd) para os fins de requerimento da Indenização do Seguro DPVAT por invalidade permanente, e que não assinei nenhuma 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 da piedade.

Peço que você assine a declaração, submetendo o preenchimento da anexo ao meu pedido de indicação do Seguro DPVAT, por invalidade 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 do acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/77, art. 3º, §º, declarando que essa autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discordar do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

24 - Estado: Salvo(a): Casada (no Civil): Divorciado: Separado judicialmente: Viúva: Óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: Sim Não 26 - Se a vítima deixou companheiro(a): Sim Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima: Sim Não 29 - Se tinha filhos, informar: 30 - Vítima casada: Sim Não 31 - Vítima: Sim Não 32 - Se tinha irmãos, informar: 33 - Vítima: Sim Não
teve filhos? Vivos: Falecidos: casado: Vivos: Falecidos: Irmãos: Vivos: Falecidos: Irmãos: Vivos: Falecidos:

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso necessário, a Indenização do Seguro DPVAT por morte áqueles herdeiros que se apresentarem e provarem esta condição, estando entre, ainda, de 0 a 240 dias, a declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 295 do Código Penal.

34 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

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

38 - 1º | Nome: _____
CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: _____
CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e data: **SANTA MARIA DO CAMBUCA/PE 04/07/2019**

x Maria Lívia Oliveira Lima

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

41 - Assinatura da Represulanta Legal (se houver)

42 - Assinatura do Procurador (se houver)

DD2/2019



Resultado do Relatório de Movimento de Veículos

Data: 22/05/2019
Hora: 20:46:44

SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL

Delegacia de Polícia de Repressão ao Roubo e Furto de Veículos
Informações do veículo de placa : PEH0083

 [Gerar relatório em PDF](#)

Nome proprietário: LUCIENE MARIA DE SOUZA

CPF do proprietário:

UF: PE

Tipo: MOTONETA

Especie: PAS

Combustível: ALCO/GASOL Marca / Modelos HONDA/BIZ 125 ES

Marca: HONDA

Cor: VERMELHA Ano Fabricação: 2011

Município: S C CAPIBARIBE

Endereço: RUA CAPITAO PEDROSA

Número: 191

Bairro: SAO CRISTOVAO

Cep: 55194-100

Complemento:

Chassi: 9C2JC4820BR018736

Restrição:

Renavam: 306306441

Impostos a pagar: R\$ 100,24

IPVA: R\$ 281,25

Seguro: R\$ 84,58

Entrevero: R\$ 28,26

Consumo: R\$ 0,00

Taxas: R\$ 18,04

Rebates: R\$ 0,00

Quantidade de Multas a pagar: 0

Multas a pagar: R\$ 0,00

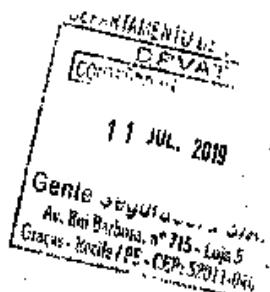
IPVA a pagar: R\$ 0,00

Total: R\$ 512,87

Situação: NORMAL

B.O.	Ano B.O.	Placa	UF. Placa	Chassi	Tipo Movimento	
8931	2016	PEH0083	PE	9C2JC4820BR018736	DEVOLUCAO	visualizar
8931	2016	PEH0083	PE	9C2JC4820BR018736	DECLARACAO	visualizar
8931	2016	PER0083	PE	9C2JC4820BR018736	RECUPERACAO	visualizar

[Nova Pesquisa](#)



Sagradora Lider - DPVAT

SEGURADO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS ID

VITIMA MARIA LUIZA DLUCKA LIMA

DATA DO ACIDENTE 27/01/13 CPF DA VITIMA 16318327416

PORADOR DA DOCUMENTAÇÃO SEU ALFREDO JOSE DE AGRENHOES

QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR VITIMA REPRESENTANTE LEGAL, OUJO PARENTE, COMÉ

A VITIMA É ENDEREÇO DO PORTADOR RUA JOSÉ BATISTA

Nº 370 COMPLEMENTO CASA UF PE BAIRRO Centro

CIDADE SUERIM UF PE CEP 55750000

E-MAIL alegria.suerim@gmail.com.br TELEFONE (81) 4630054

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

- DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)

CARTERA DE IDENTIDADE DA VITIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTERA DE TRABALHO OU CARTERA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

COPIA DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

USO DO IMPL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)

UNA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O USO DO IMPL: DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE USO DO IMPL

TORNOSINAL ASSINADA PELA VITIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (TORNOSINAL) QUE CONFIRME A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ACTA DEFINITIVA

BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

COMPROVAÇÃO DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (TORNOSINAL)

TORNOSINAL ASSINADA PELA VITIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (TORNOSINAL) QUE CONFIRME A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ACTA DEFINITIVA

FAUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VITIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONSTRODEM OS DADOS SUCÍGIOS, Tais como Cópia de FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

- DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

CARTERA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, OUJO PARENTE, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTERA DE TRABALHO OU CARTERA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

COPIA DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

COMPROVAÇÃO DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (TORNOSINAL)

OBS: REPRESENTANTE LEGAL E QUEM REPRESENTA A VITIMA MÉNOR DE 14/15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

NOITE - R\$ 15.500,00

INVALIDEZ PERMANENTE - ATÉ R\$ 12.500,00, ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRANDEZA DAS DESSES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.994/74.

DESPESAS MÉDICAS (DAMAS) - REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO). ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.

O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA.

COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULARIO

PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSO [WWW.DPVATSEGURODETRANSITO.COM.BR](http://www.dpvatsegurodetransito.com.br) OU LIGUE GRATIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE - RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA.

DATA _____

DESTITUIÇÃO - _____

NOME _____

ASSINATURA _____

Gente
Av. Presidente Vargas, 2019
Centro
Recife - PE

Brasília - DF

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190438020 Cidade: Santa Maria do Cambucá Natureza: Invalidez Permanente
Vítima: MARIA LIVIA OLIVEIRA DE LIMA Data do acidente: 17/02/2019 Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 14/08/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA/LUXAÇÃO DO COTOVELO DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - REDUÇÃO INCRUENTA EM CENTRO CIRÚRGICO (P14).
ALTA.

Sequelas permanentes: DIMINUIÇÃO DOS ARCOS DOS MOVIMENTOS DO COTOVELO DIREITO

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO COTOVELO DIREITO.

Documentos complementares:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos cotovelos	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
		Total	6,25 %	R\$ 843,75



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190438020 Cidade: Santa Maria do Cambucá Natureza: Invalidez Permanente
Vítima: MARIA LIVIA OLIVEIRA DE LIMA Data do acidente: 17/02/2019 Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 11/10/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA/LUXAÇÃO DO COTOVELO DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - REDUÇÃO INCRUENTA EM CENTRO CIRÚRGICO (P14).
ALTA.

Sequelas permanentes: DIMINUIÇÃO DOS ARCOS DOS MOVIMENTOS DO COTOVELO DIREITO

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida: Sim

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO COTOVELO DIREITO.

Documentos complementares:

Observações: REANÁLISE CONCLUÍDA E NÃO VISUALIZADO DOCUMENTAÇÃO MÉDICA-HOSPITALAR NOVA QUE EVIDENCIE AGRAVAMENTO DE SEQUELA JÁ INDENIZADA ANTERIORMENTE SEGUNDO LEI VIGENTE. CONDUTA MANTIDA.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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



Recomendamos a impressão desse Comprovante.
Para tanto, utilize a opção de impressão de seu browser.



Bradesco

Comprovante de Transferência

Data: 19/09/2019 Hora: 08:15:00

Debitado da Conta-Corrente de EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERN

Agência e conta do débito: 835 Conta-Corrente: 13711-1

Agência e conta do crédito: 835 Conta-Corrente: 22683-1

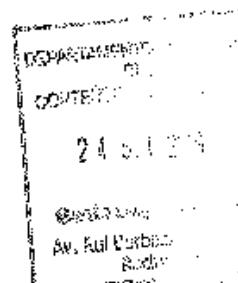
Favorecido: MARIA LIVIA OLIVEIRA DE LIMA

Valor: 2,00 N° de Documento: 835271

Data do débito: 19/09/2019

AUTENTICAÇÃO

IMLijjJuw kUEmfqpt LAbTyayQ *fGsb8Gpi nAwBuvjkQ BhabGs7s queXrwUd / 5JeApxw
xLBb7a*D QGrakRMe R5Cksp*U 4vc18cRJ nVLzpfkL PVUrO'vd C29pOZ5T' thNa@m23
sm6h1OY9 WBnRkXB7 z9*5@kwU GlQD9V7b JTQQzd4E pxYJ+@7s 5R110533 80209999



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 02/09/2020 16:05:11
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20090216051121600000066112035>
Número do documento: 20090216051121600000066112035

Num. 67398070 - Pág. 35

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE

NOME: MARINEZ FLORA DE OLIVEIRA
NACIONALIDADE: BRASILEIRA
PROFISSÃO: RECUSO INFORMAR
IDENTIDADE: 2.458.354 SDS/PE CPF: 764.982.124-20
DATA DO ACIDENTE: 18/02/2019
COBERTURA: INVALIDEZ
VÍTIMA: MARIA LIVIA OLIVEIRA DE LIMA
ENDEREÇO: RUA JULIO JOSE DE LIMA, 118, CENTRO, SANTA MARIA DO CAMBUCÁ-PE

OUTORGADO

NOME: EDUARDO JOSÉ DE ALBUQUERQUE FERNANDES
NACIONALIDADE: BRASILEIRO
PROFISSÃO: RECUSA INFORMAR
IDENTIDADE: 3.092.028 SSP/PE CPF: 574.940.534-68
ENDEREÇO: RUA JOÃO BATISTA, Nº370, BAIRRO CENTRO, SURUBIM-PE.

PELO PRESENTE INSTRUMENTO PARTICULAR DE PROCURAÇÃO, NOMEIO E CONSTITUIU MEU BASTANTE PROCURADOR E OUTORGADO, ACIMA QUALIFICADO, A QUEM CONFIÓ PODERES PARA REPRESENTAR-ME PERANTE AS SEGURADORES, CONSTITUÍDO, O CONSÓRCIO DE SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT.

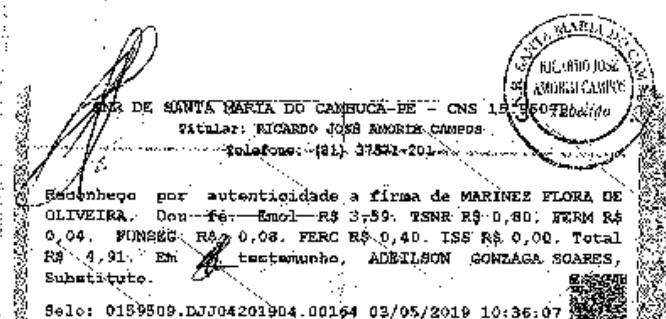
11 JUL. 2019

SANTA MARIA DO CAMBUCÁ-PE 18 DE MARÇO AMORIM

Gente
Graças

ASSINATURA DO OUTORGANTE

(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0245783/19

Número do Sinistro: 3190438020

Vítima: MARIA LIVIA OLIVEIRA DE LIMA

CPF: 163.183.874-12

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

Data do acidente: 17/02/2019

Titular do CPF: MARIA LIVIA OLIVEIRA DE LIMA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Outros

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: 03/09/2019
Nome: MARINEZ FLORA DE OLIVEIRA
CPF: 764.982.124-20

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 03/09/2019
Nome: ALESSANDRO SOARES DA SILVA
CPF: 073.922.587-10

MARINEZ FLORA DE OLIVEIRA

ALESSANDRO SOARES DA SILVA



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 02/09/2020 16:05:11
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20090216051121600000066112035>
Número do documento: 20090216051121600000066112035

Num. 67398070 - Pág. 37