Tribunal de Justiça de Pernambuco
PJe - Processo Judicial Eletrônico

01/10/2020

Número: **0035328-56.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**
Órgão julgador: **Seção A da 16ª Vara Cível da Capital**
Última distribuição : **04/08/2020**
Valor da causa: **R$ 10.125,00**
Assuntos: **Acidente de Trânsito**
Segredo de justiça? **NÃO**
Justiça gratuita? **SIM**
Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
CINTHIA MARIA DA SILVA (AUTOR)	**BRUNO LEONARDO NOVAES LIMA (ADVOGADO)** **MANOELA TRIGUEIRO CAROCA CAVALCANTI (ADVOGADO)**
COMPANHIA EXCELSIOR DE SEGUROS (REU)	

Documentos

Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
68891206	01/10/2020 14:12	ANEXO 1	Outros (Documento)

Seguradora LÍDER

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima: 094.391.214-83

4 - Nome completo da vítima: CINTHIA MARIA DA SILVA

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

DADOS CADASTRAIS

5 - Nome completo: CINTHIA MARIA DA SILVA

6 - CPF: 094.391.214-83

7 - Profissão: REC. INF

8 - Endereço: RUA 1 NOVA BETEL

9 - Número: 01

10 - Complemento: CASA

11 - Bairro: NOVA BETEL

12 - Cidade: TORITAMA

13 - Estado: PE

14 - CEP: 55125-000

15 - E-mail:

16 - Tel.(DDD): (54)9.9665-0454

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ R$1.00 A R$1.000,00 ☐ R$2.501,00 ATÉ R$5.000,00

☐ SEM RENDA ☐ R$1.001,00 ATÉ R$2.500,00 ☐ ACIMA DE R$5.000,00

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

☐ **CONTA POUPANÇA** (somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)

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

AGÊNCIA: ( ) CONTA: ( ) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

☒ **CONTA CORRENTE** (Todos os bancos)

Nome do BANCO: INTER

AGÊNCIA: 0001 (9) CONTA: 6079254 (0)

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

PERMANENTE

☒ Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins do requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não

27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:

30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não

31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:

33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34

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

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

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

TESTEMUNHAS

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, TORITAMA, 14 de MAIO DE 2020.

Cinthia Maria da Silva

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS.001 V002/2019

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

DADOS DO SINISTRO

Número: 3200177820 **Cidade:** Toritama **Natureza:** Invalidez Permanente

Vítima: CINTHIA MARIA DA SILVA **Data do acidente:** 16/01/2020 **Seguradora:** ITAÚ SEGUROS DE AUTO E RESIDÊNCIA S.A.

PARECER

Diagnóstico: TCE COM CONTUSÕES HEMORRÁGICAS EM REGIÃO OLFATÓRIA LOBO TEMPORAL DIREITO, REGIÃO MEDIAL LOBO FRONTAL DIREITO E EM LOBO FRONTA, ACOMPANHADAS DE EDEMA PERI LESIONAL E LESÃO EXTRA-AXIAL EM HEMISFÉRIO CEREBRAL ESQUERDO COMPATÍVEL COM HEMATOMA SUBDURAL

Descrição do exame físico: VÍTIMA COM FÁCIES DE DOR, DEAMBULA COM APOIO

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR
SEM COMPLICAÇÕES
ALTA MÉDICA

Sequelas permanentes: DEFICIT FUNCIONAL LEVE EM SNC

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 28/05/2020

Conduta mantida:

Observações: O EXAME FÍSICO DESCRITO DEMONSTROU QUE APÓS A CONSOLIDAÇÃO DAS LESÕES OCORRIDAS NO TRAUMA E O TERMINO DO TRATAMENTO, HÁ UM QUADRO SEQUELAR CARACTERIZADO POR RESTRIÇÃO DOS MOVIMENTOS HABITUAIS EM SNC, PORTANTO MANTEMOS A CONDUTA DO MÉDICO EXAMINADOR.

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
Lesões neurológicas que cursem com impedimento do senso de orientação espacial e/ou do livre deslocamento corporal	100 %	Em grau leve - 25 %	25%	R$ 3.375,00
		Total	**25 %**	**R$ 3.375,00**

Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e Quantificação de Lesões Permanentes em Vitimas do Seguro DPVAT

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Número do Sinistro: 3200177820
Nome do(a) Examinado(a): Cinthia Maria da Silva
Endereço do(a) Examinado(a): R Um Nova Betel, 1
Lotto Nova Betel Toritama PE CEP: 55125-000
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SDS / PE] 8514039
Data local do acidente: [16/01/2020]
Data local do exame: [28/05/2020] Caruaru [PE]

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:

TCE COM CONTUSÕES HEMORRÁGICAS EM REGIÃO OLFATÓRIA LOBO TEMPORAL DIREITO, REGIÃO MEDIAL LOBO FRONTAL DIREITO E EM LOBO FRONTA, ACOMPANHADAS DE EDMA PERILESIONAL E LESÃO EXTRA-AXIAL EM HEMISFÉRIO CEREBRAL ESQUERDO COMPATÍVEL COM HEMATOMA SUBDURAL

II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.

Tratamento: TRATAMENTO CONSERVADOR
Complicações: NDN
Data da Alta: V?TIMA N?O APRESENTOU DOCUMENTOS

III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado:

VÍTIMA COM FÁCIES DE DOR, DEAMBULA COM APOIO

IV. Nexo de casualidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

(X) Sim ( ) Não

V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)

(X) Sim ( ) Não

VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:

DANO NEUROLÓGICO

Caso a resposta do item V seja ""Não"", concluir utilizando apenas as opções no item VII "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item VII "b"

VII. Segundo o previsto no inciso II, §1° do art. 3° da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).

( ) "Vítima em tratamento"
Esta avaliação médica deve ser repetida em dias

( ) "Sem sequela permanente"
(Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)

b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):
LESÕES NEUROLÓGICAS QUE CURSEM COM IMPEDIMENTO DO SENSO DE ORIENTAÇÃO ESPACIAL E DO LIVRE DESLOCAMENTO CORPORAL
% do dano: ( ) 10% residual **(X) 25% leve**
( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo

Região Corporal (Sequela):
% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve
( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo

Região Corporal (Sequela):
% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve
( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo

Região Corporal (Sequela):
% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve
( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo

VIII. (*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.

Assinatura d(a)o Médico(a) Examinador(a)
Carimbo com Nome e CRM

Andrea R Madeira
CRM-19953

Dra. Andrea Rodrigues Madeira
CPF - 846.667.813-15
CRM/PE - 19953

SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DE PERNAMBUCO
COInter/1 – 8º Grupamento de Bombeiros

Surubim-PE, 10 de fevereiro de 2020.

SAULO SILVA GUSMÃO – Ten Cel QOC-BM
Comandante

CERTIDÃO DE OCORRÊNCIA nº Div. Op. 003/20-8ºGB

O auxiliar administrativo do 8º Grupamento de Bombeiros do Corpo de Bombeiros Militar do Estado de Pernambuco, por solicitação da Sra. CINTIA MARIA DA SILVA RG: 8.514.039 SDS-PE, endereço: Sítio Caldas - Zona Rural - Caruaru - PE. Certifico que às 14h32min do dia 16 de janeiro de 2020, a VTR AR 627 da 3ºSG/8ºGB Toritama, foi deslocada para o Sítio Caldas, zona rural de Caruaru-PE, a fim de atuar em uma ocorrência de colisão entre motocicletas, onde vitimou a Sra. Cintia Maria da Silva RG nº 8.514 039 SDS-PE. Uma das motocicletas envolvidas seria uma moto CG Honda, cor predominante verde, placa não identificada, conduzida pelo Sr. Edvaldo Severino dos Santos RG nº 7.318.900 SDS-PE. Que após as avaliações primária e secundária, não foi constatado nenhuma escoriação e, ou fratura aparente. Onde a vítima mencionada, foi conduzida para o Hospital de Toritama. Entregue ao profissional médico Lázaro Luis Souza CRM nº 25266. Nada mais havendo a certificar do que consta nos registros de Relatório diário, que se encontra arquivado na Divisão de Operações, segue assinado, data e visado no SIGO e auxiliado por mim, 3º SGT BM LUIZ ÂNGELO DA MOTA SILVEIRA, respondendo como auxiliar da Divisão de Operações do 8ºGB.

LUIZ ÂNGELO DA MOTA SILVEIRA – 3º SGT BM
Administrativo/8ºGB

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: 03/06/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 3.375,00

*******TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: CINTHIA MARIA DA SILVA

BANCO: 077

AGÊNCIA: 00001

CONTA: 000006079254-0

Nr. da Autenticação 2D1374CFE8BF0619

Tarifa Social de Energia Elétrica: Cidadãos Lei 10.438, de 26/04/02

CELPE

Companhia Energética de Pernambuco
Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife - PE, CEP 50050-902
CNPJ 10.835.932/0001-28 | Insc. Est. 0320944-90 | www.celpe.com.br

ADRIANA MARIA MOURA DE A. FERNANDES

CPF: 995 234 444-34

81 RESIDENCIAL
RESIDENCIAL
Monofásico

RUA JUAO BATISTA S/N

CENTRO/SURUBIM
SURUBIM PE
55750-000

06/08/2020			
06/09/2020			
06/10/2020			83,80

06/289903	ÚNICA	07/10/2020	
07/10/2020	201116806E	8758009	

	QUANTIDADE	PREÇO (R$)	VALOR (R$)
Consumo Ativo(kWh)-TUSD	60,0000000	0,4285815	42,22
Consumo Ativo(kWh)-TE	88,0000000	0,3247625	35,51
Adicional Bandeira AMARELA			1,88
Contribuição Pública Municipal			3,49
ICMS Subvenção CEE-NF 678728097-07/10/14			0,70-

TOTAL DA FATURA

Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR DATA	ANTERIOR LEITURA	ATUAL DATA	ATUAL LEITURA	Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (kWh)
[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]		[illegible]

	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]
[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]
[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]

COMPOSIÇÃO DO VALOR			
Geração de Energia	[illegible]	[illegible]	[illegible]
Transmissão	[illegible]	[illegible]	[illegible]
Distribuição (Custos)	[illegible]	[illegible]	[illegible]
Perdas de Energia	[illegible]	[illegible]	[illegible]
Encargos Setoriais	[illegible]	[illegible]	[illegible]
Tributos	[illegible]	[illegible]	[illegible]
Total			[illegible]

Consumo Ativo(kWh)-TUSD
Consumo Ativo(kWh)-TE

AAU3.B1E7.A457.8073.FL0C.0089.0B1A.0862

	CONSUMO	VALOR APURADO	LIMITE MENSAL	LIMITE TRADICIONAL	LIMITE ANUAL	TENSÃO (MÉDIA R$)	LIMITE DE VARIAÇÃO (%) MÍNIMO	MÁXIMO
[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]
[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]
[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]

Limite kWh 12,32 Saldo - Valor de [illegible]

Seguradora LÍDER

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 227206 (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 SUSEP[1] 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[2].**

[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 nº9.613/98.

Pelo exposto, eu EDUARDO JOSÉ DE A. FERNANDES inscrito (a) no CPF 574.940.534 / 68 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário CINTHIA MARIA DA SILVA inscrito (a) no CPF sob o Nº 094.391.214 / 83, do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima CINTHIA MARIA DA SILVA, inscrito (a) no CPF sob o Nº 094.391.214 / 83, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

_____

[X] 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: RUA JOÃO BATISTA		Número: 370	Complemento: CASA
Bairro: CENTRO	Cidade: SURUBIM	Estado: PE	CEP: 55750-000
Email: —	Telefone comercial (DDD): (81) 9.9665-0454	Telefone celular (DDD): (81) 9.8133-5022	

SURUBIM, 14 de MAIO de 2020.

Local e Data

X _____

Assinatura do Declarante

DLDRL.001 V001/2017

HOSPITAL MUNICIPAL
NOSSA SENHORA DE FÁTIMA

PREFEITURA DE TORITAMA
Trabalhando para todos

Toritama, 18 de Março de 2020.

Hospital Municipal Nossa Senhora de Fátima
Declaração de Atendimento Hospitalar

DECLARAÇÃO nº **050/2020**
Do: Hospital Municipal Nossa Senhora de Fátima
Para: **CINTHIA MARIA DA SILVA**

Venho através desta, informa que o (a) Senhor (a) **CINTHIA MARIA DA SILVA** deu entrada nesta unidade no dia 16/01/2020 sob o registro 95884-1 como consta no prontuário.

Sem mais para o momento.

Atenciosamente,

Mateus Tavares
Portaria 387 - SMS
Coordenador de Unidade de Saúde

Mateus Emanoel Tavares
Coordenado da Unidade de Saúde

Av. João Manoel da Silva • Centro – Toritama - Pernambuco • Telefone: 3741- 1192• E-mail – admhospitaltoritama@gmail.com

PREFEITURA MUNICIPAL DE TORITAMA

ATCO-83692-1-59

Data e Hora da Chegada
16/01/2020 às 15:22

Unidade: 2-1 - HOSPITAL MUNICIPAL NOSSA SENHORA DE FATIMA

Paciente: **49872-1 CINTHIA MARIA DA SILVA** Nascimento: 14/04/1986
Sexo: Feminino RG: Idade: 34 ano(s) e 20 dia(s)
Município: TORITAMA UF: PE
Logradouro: 1, 06 Localidade: NOVA BETEL
Profissão: Telefone: (81) 89866924 / ()
CNS Pac.: Celular: ()
Nome Mãe: MARIA DAS DORES DA SILVA
Ass. Paciente ou Resp: _____
Nome Responsável. Quando menor: _____ Polegar
Grau Parentesco: _____ Nº Registro: 95884-1

DADOS DA TRIAGEM

Data	Hora	Profissional	Descrição
16/01/2020	15:24	AGENDA INTEGRADA	Pulso (bpm): 87; Saturação de O2 (%): 98; Glicemia Capilar (mg/dL): 174; 120 / 80; Observação: Trazida pelo corpo de bombeiros, refere cefaleia, episódio de êmese SIC, episódio de síncope SIC. . DOR MODERADA

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM - OBSERVAÇÃO

Data	Hora	Setor	Profissional	Descrição

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA

CID / KDAP 2	Código	Descrição	Profissional
CID	R520	DOR AGUDA	228-1 - LAZARO LUIS SOUZA

PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE DE MOTO SEM CAPACETE EVOLUI COM TCE LEVE E VOMITO HÁ 1 HORA

PROCEDIMENTOS

Código	Procedimento	Profissional	Data
0301060061	ATENDIMENTO DE URGENCIA EM ATENCAO ESPECIALIZADA		
0301060061	ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA POR PACIENTE	228-1 - LICIA CRISTIANE ANDRADE CABRAL	16/01/2020

MEDICAMENTOS

Código	Medicamento	Concentração	Posología

EXAMES

Código	Exame	Observação

PRESCRIÇÕES / ORIENTAÇÕES

Data	Hora	Medicações/Orientações - Execução	Responsável/Prescrição
16/01/2020	15:27	COMPLEXO B INJETAVEL 2ML, 1 AMPOLA,APLICAÇÃO IMEDIATA, INTRAVENOSA (Uso Externo)	LAZARO LUIS SOUZA
16/01/2020	15:27	DICLOFENACO SODICO 75 MG/3ML IND 1 AMPOLA,APLICAÇÃO IMEDIATA, INTRAMUSCULAR (Uso Externo)	LAZARO LUIS SOUZA
16/01/2020	15:27	DEXAMETASONA 4MG/ML IND, 1 AMPOLA,APLICAÇÃO IMEDIATA, INTRAVENOSA (Uso Externo)	LAZARO LUIS SOUZA
16/01/2020	15:27	DIPIRONA SODICA 1G/2ML IND, 1 AMPOLA,APLICAÇÃO IMEDIATA, INTRAVENOSA (Uso Externo)	LAZARO LUIS SOUZA
16/01/2020	15:27	METOCLOPRAMIDA 10MG IND AMPOLA 2ML, 1 AMPOLA,APLICAÇÃO IMEDIATA, INTRAVENOSA (Uso Externo)	LAZARO LUIS SOUZA
16/01/2020	15:27	SORO FISIOLOGICO 0,9% 500 ML, 1 UNIDADE,APLICAÇÃO IMEDIATA, INTRAVENOSA (Uso Externo), DILUENTE 1 AMPOLA DIPIRONA 50%	LAZARO LUIS SOUZA

_____ _____
Profissional Responsável

Segunda-feira 04 de Maio de 2020 02:59 PM

SENHA DA REGULAÇÃO

HR

Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco

Hospital da Restauração

ETIQUETA

Ficha de Atendimento

Nº PRONTUARIO 1709741	Data e Hora de Atendimento 22/01/2020 01:19	Local de Solicitação EMERGENCIA GERAL
		Atendimento Manual
Nº ATEND. 1638713	Paciente CINTHIA MARIA DA SILVA	Nm Social
Data de Nascimento 14/04/1986	Idade 33a 9m 9d	Sexo FEMININO
Estado Civil SOLTEIRO	Profissão	Acompanhante JANAINA ZELIA DA SILVA
DOC ID / Data expedição 8514039 07-Abr-08	Mãe MARIA DAS DORES DA SILVA	
	Pai JOSE RAIMUNDO DA SILVA	Cadastro SUS 708100563364234
Endereço NAO INFORMADO		Número
Bairro NOVA BETEL		Complemento
Cidade TORITAMA		UF PE Telefone 983988924
Observações		

Motivo do atendimento: ENCAMINHAMENTO NEURO CIRURGIA

Procedência: OUTRO HOSPITAL

Informações do Serviço Social:

Condições de moradia: Tipo: Assistente Social:

Condições de Endereço:

Providências: Não [ ] Cesta Básica [ ]

Encaminhamentos: Rede de Apoio [ ] CRAS [ ] Cons Tutelar [ ] Delegacias [ ] Ministério Público [ ] Outros [ ]

Observações: Assinatura/Carimbo:

Evolução Clínica:

Atendimento Médico

Leito de Observação: Sim [ ] Não [ ] Controle Diretriz: Sim [ ] Não [ ] Acidente de Trabalho: Sim [ ] Não [ ]

Acompanhamento: Sim [ ] Não [ ] T.D. Transporte de Acompanhante:

Procedimento Cirúrgico: Sim [ ] Não [ ] Sobrevivência: Sim [ ] Não [ ] Alta:

Complicações de Procedimento Cirúrgico: Sim [ ] Não [ ] Por Quê?

Exame Físico:

A Geral: Via Aérea Livre: Sim [ ] Não [ ] O paciente fala: Sim [ ] Não [ ] Tem:

Fragmento:

Sinais Vitais: PA: Temp: Pulso: Sat:

HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO

Relatório de Classificação de Risco - Protocolo: MANCHESTER_V2

Data e hora entrada da senha: 22/01/2020 01:08

Nome Paciente: CINTHIA MARIA DA SILVA
Cód. Paciente:
Data de Nascimento:
Sexo: Feminino
Idade: 39
Senha: [illegible]
Convênio:
Atendimento:
SAME:

Período: 22/01/2020 01:11 - 22/01/2020 01:12

ALEXSANDRA COUTINHO LIMA - COREN: 140438 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - CLASSIFICAÇÃO

Prioridade: **AMARELO - URGENTE**

Cor: AMARELO

Queixa Principal: PACIENTE COM HISTÓRIA DE CEFALEIA CONSTANTE, HISTÓRIA DE QUEDA DE MOTO, COM TRAUMA CRANIANO HÁ MAIS OU MENOS 01 DIAS

Observação: SENHA 5355630

Fluxograma Sugerido: TRAUMA CRANIOENCEFÁLICO

Discriminadores: DOR MODERADA

Especialidade: NEUROCIRURGIA ADULTO

Sinais Vitais Chegada: ESCALA COMA DE GLASGOW ADULTO: 15
ESCALA DE DOR: 6

Acolhido(a) por: ALEXSANDRA COUTINHO LIMA - COREN: 140438 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 22/01/2020 01:12

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco

Página 1 de 1

HOSPITAL GERESTA/GRAÇÃO

PERNAMBUCO

PRESCRIÇÕES, CUIDADOS MÉDICOS E CONTROLE DE APLICAÇÃO

MEDICAMENTO	DOSE	VIA	INTERV.	DURAÇÃO	[illegible]	[illegible]	[illegible]

CUIDADOS

ASSINATURA DO MÉDICO

Definição do Caso:

Condição de Alta:

Autorização para Alta / Internamento / Transferência:

Termo de responsabilidade para Internamento:

Data: Nome completo legível:

Nº de identidade: Assinatura:

Termo de responsabilidade de alta a pedido:

Data: Nome completo legível:

Nº de identidade: Assinatura:

Data e Hora Impressão: 22/Jan/20

HOSPITAL MUNICIPAL
NOSSA SENHORA DE FÁTIMA

FICHA DE
ENCAMINHAMENTO

PREFEITURA DE
ORITAMA

Por não constituir caso para tratamento nesta unidade, estamos encaminhando o paciente:

NOME DO PACIENTE: [illegible]

IDADE: [illegible]

NOME DO MÉDICO: [illegible]

NOME DO TECIDO ENCAMINHADO: [illegible]

PARA HOSPITAL: [illegible] SENHA [illegible]

ESCLARECIMENTOS SOBRE O PACIENTE: [illegible]

DE ACORDO COM O MÉDICO:

ORITAMA

ASSINATURA DO MÉDICO: [illegible]

OBS.: Em caso de paciente menor de idade, anotar a filiação

NOME DO PAI: [illegible]

NOME DA MÃE: [illegible]

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO

HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO

SERVIÇO DE NEUROTRAUMATOLOGIA - FICHA DE ESCLARECIMENTO

Atendimento nº : 170394A

Nome : Cintia Maria da Silva

Foi atendido às 01:13 h do dia 20 / 01 / 2020

Diagnóstico Provável TCE / Contusão grave

_____ data da alta 20 / 01 / 2020

Este paciente deverá retornar para EMERGÊNCIA em caso de :
CEFALÉIA (dor de cabeça que não alivia)
VÔMITOS
PARALISIAS (que aparecem após a alta)
ANISOCORIA (MENINA DOS OLHOS MAIOR DO QUE A OUTRA)
CONVULSÃO
OBS : Analgésicos que podem ser utilizados desde que não haja Alergia (NOVALGINA, ANADOR, TYLENOL)

Voltar ao ambulatório de NEUROCIRURGIA

Observação : Uso por 7 dias

ATENÇÃO : Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar ou ambulatorial para INSS, Empresas, Escolas, Ministério do Trabalho, Continuidade do tratamento ambulatorial, segundo a recomendação Nº 04 / 2002 do Ministério Público do Estado de Pernambuco.

Cod. 0163

DR. FILIPE LIVINO
NEUROLOGIA
CRM-PE 17.811

Cinthia Maria da Silva

RELATÓRIO MÉDICO

Paciente vítima de acidente de motocicleta em 16/01/2020, tendo sofrido TCE moderado. Cursa com cefaléia opressiva, de grande intensidade e vertigens.

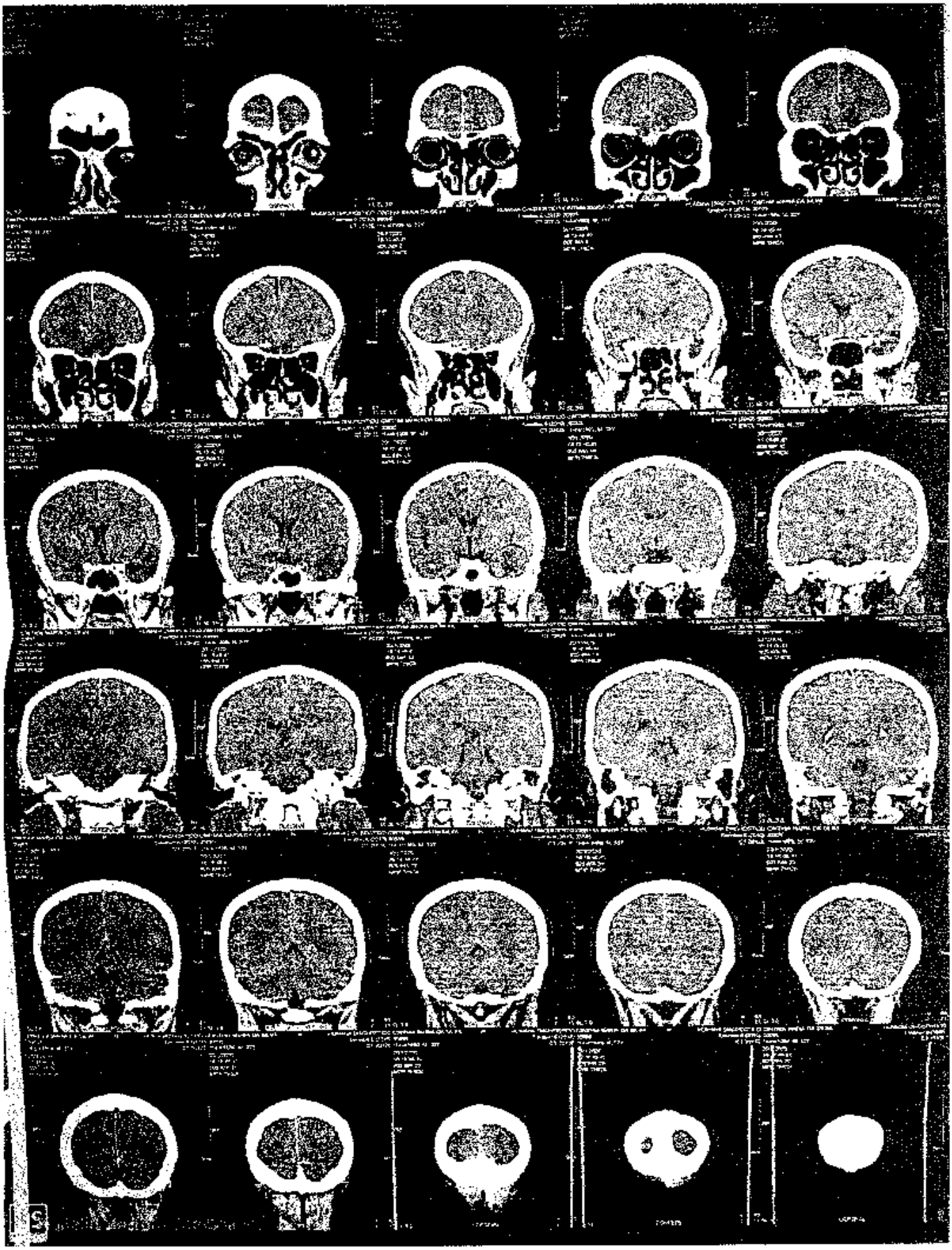
TC de Crânio (20/01/2020): contusões hemorrágicas em região olfatória do lobo temporal D, em região medial do lobo frontal D e em lobo temporal D, acompanhadas por edema perilesional, sem ocasionar efeito de massa. Observa-se ainda pequena lesão extra-axial em hemisfério cerebral esquerdo compatível com hematoma subdural agudo.

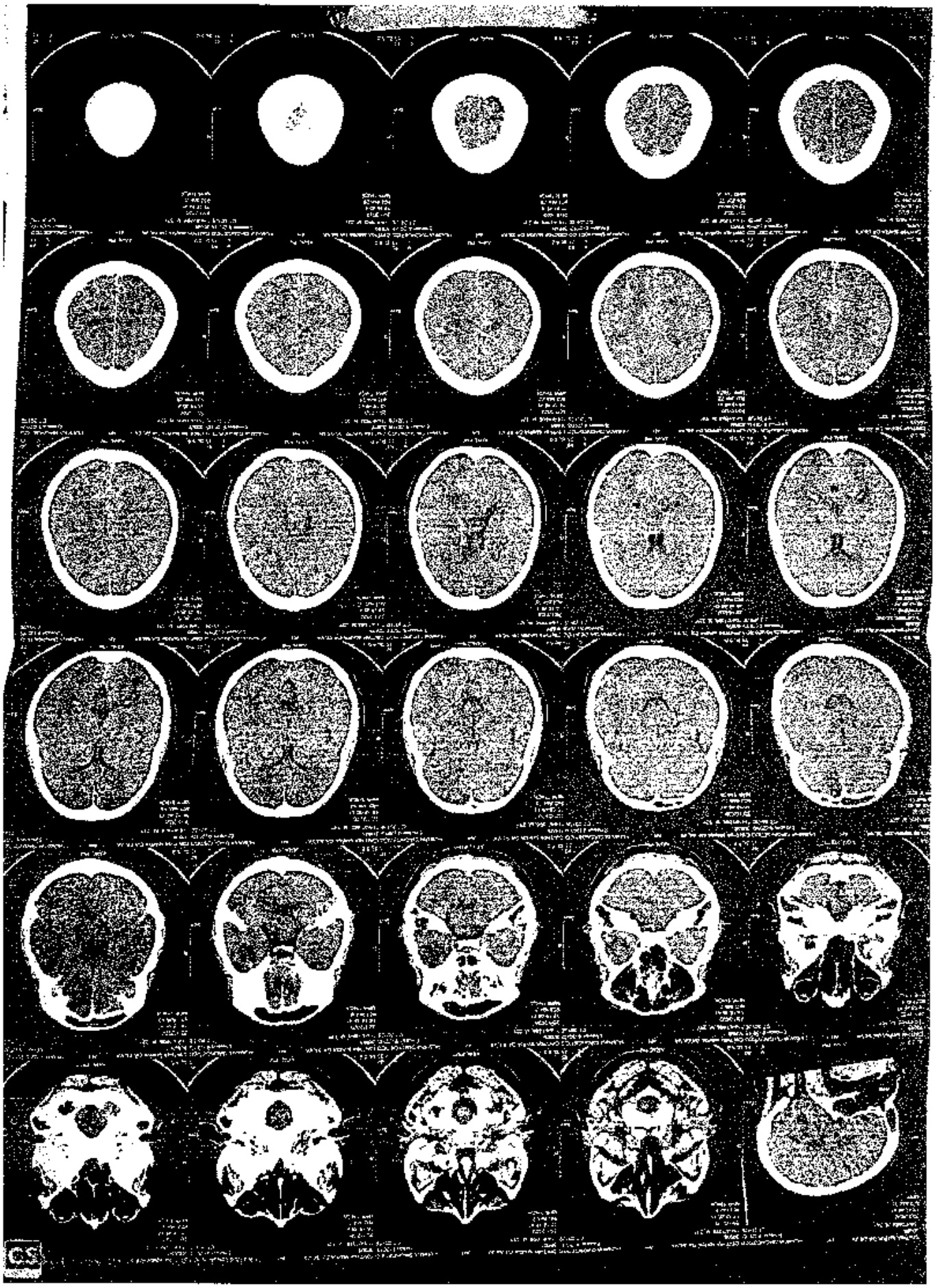
A paciente encontra-se orientada a manter repouso absoluto por 10 dias, associado a corticoterapia sistêmica, e repouso relativo por mais 20 dias, a realizar TC de Crânio para controle evolutivo e retornar para nova avaliação médica em 02/03/2020.

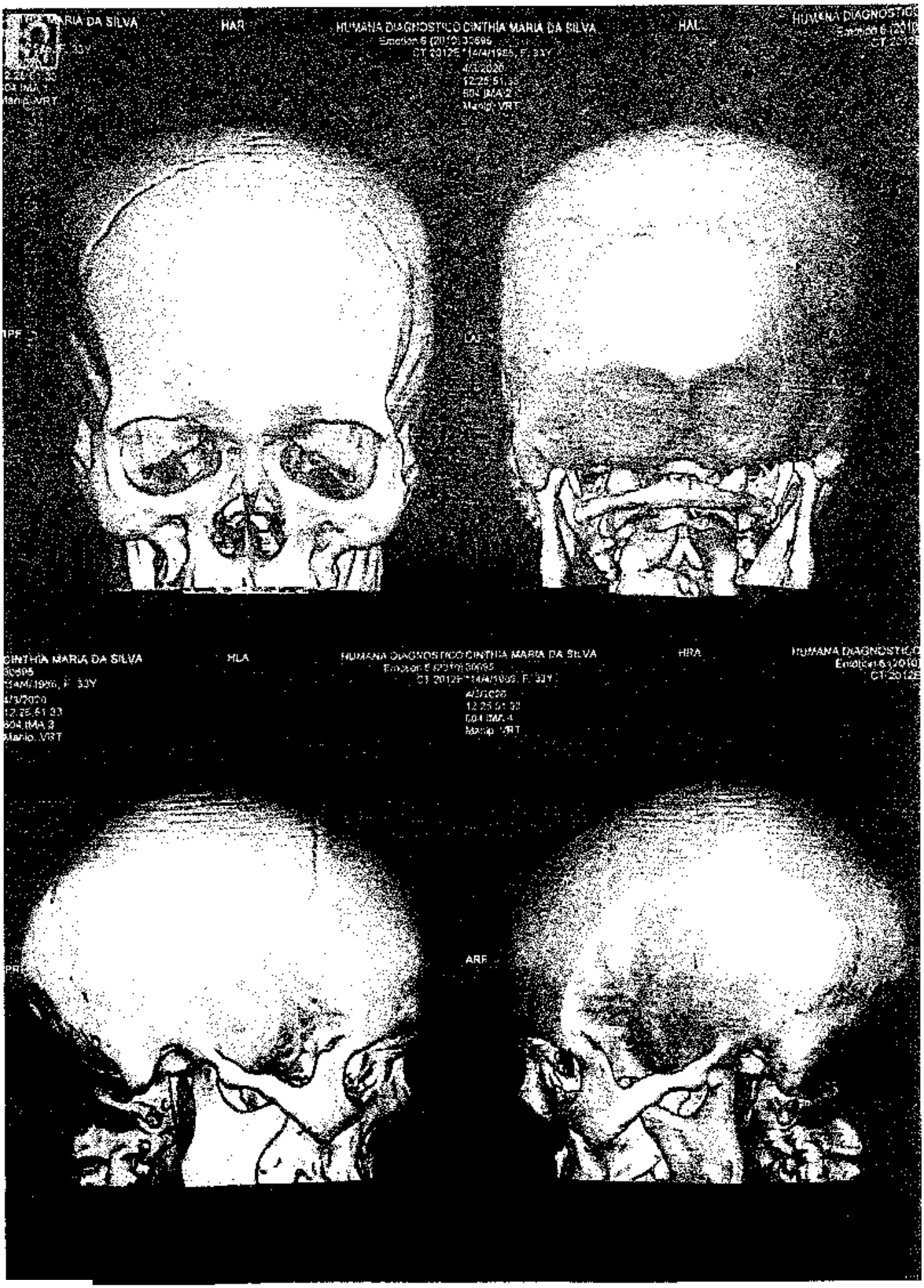
CID-10: T90.5

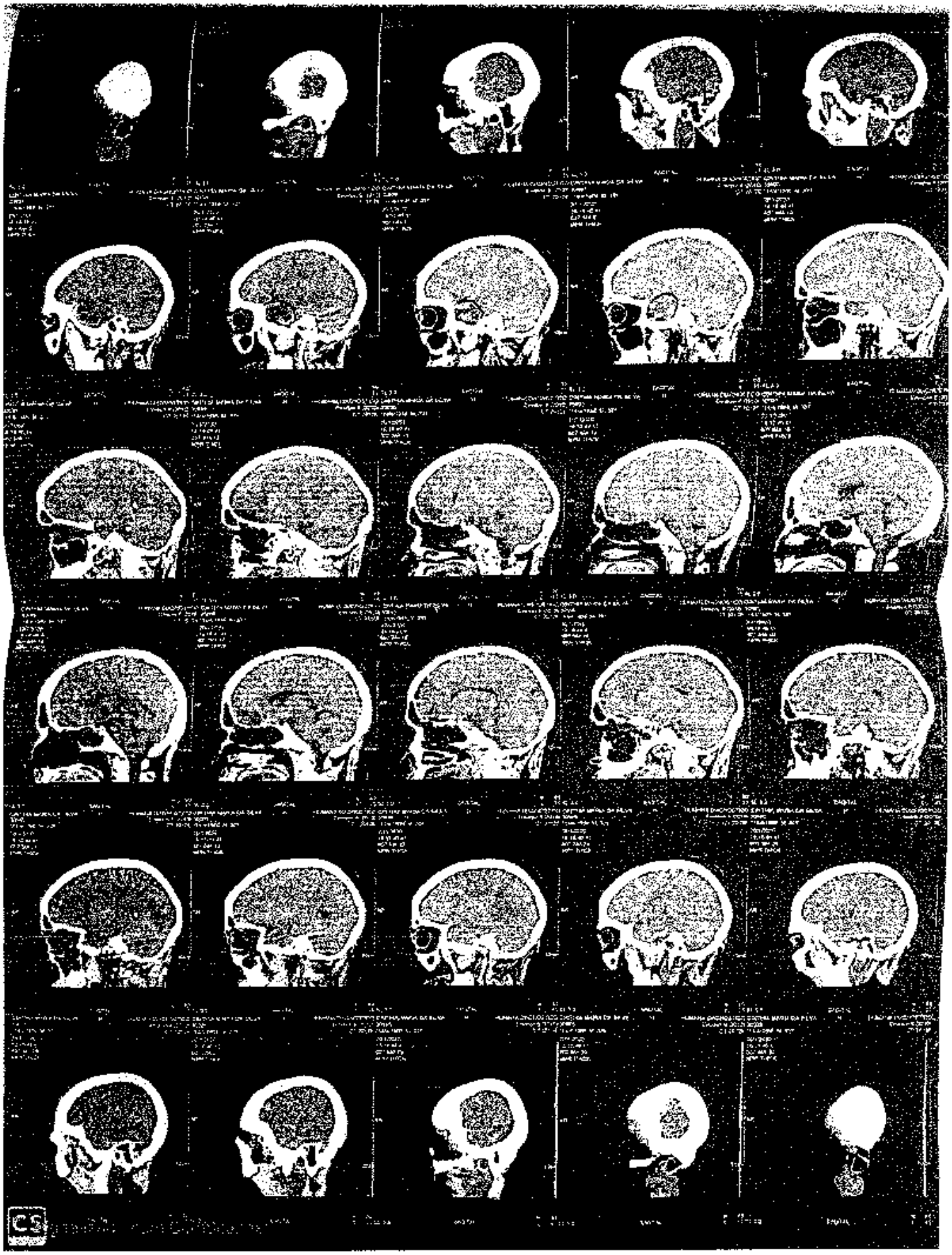
20/01/2020

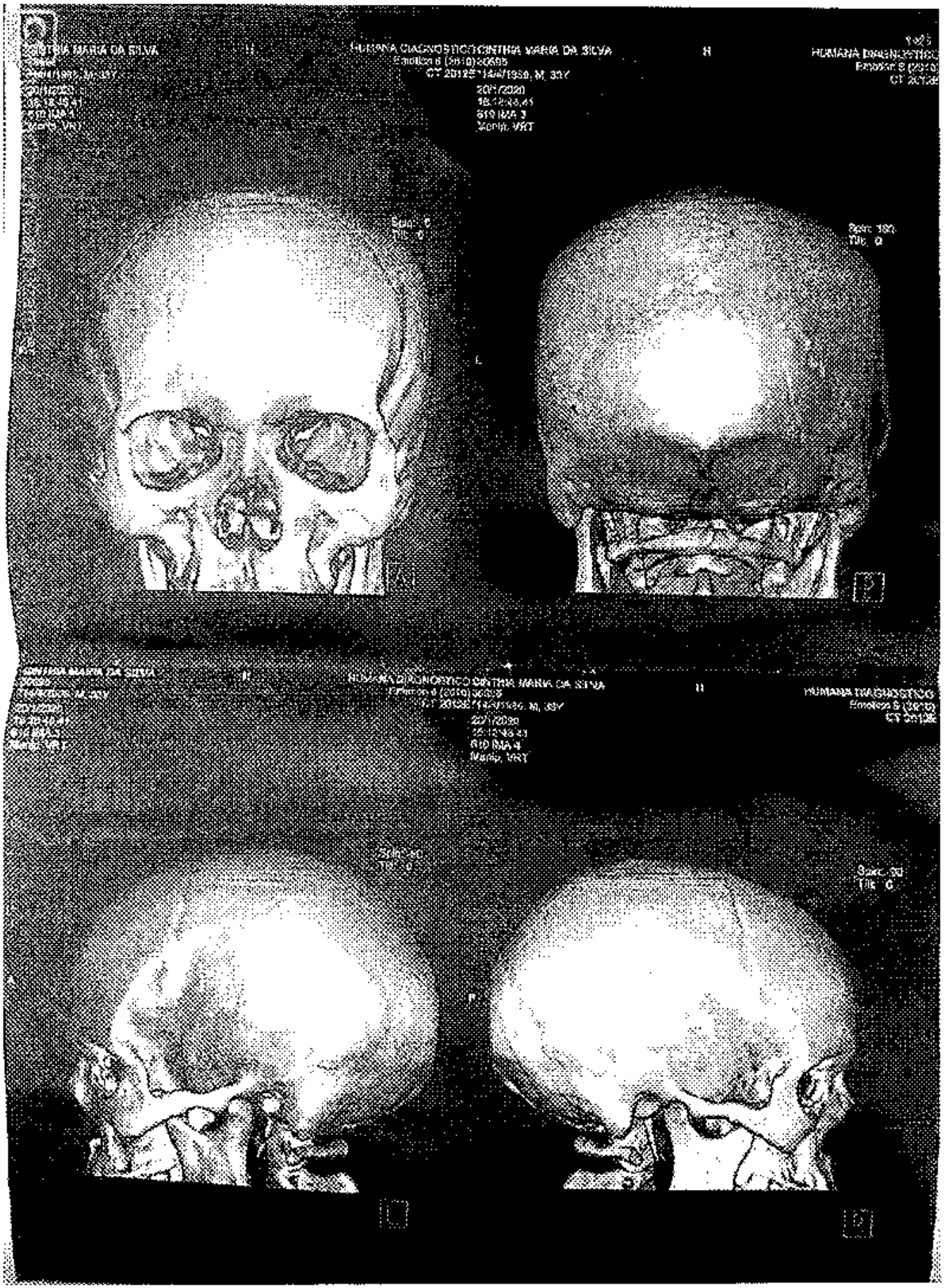
R. PARANAÍBA, Nº 171 - MAURÍCIO DE NASSAU - GARUARU/PE
FONE: (81) 3137.3909

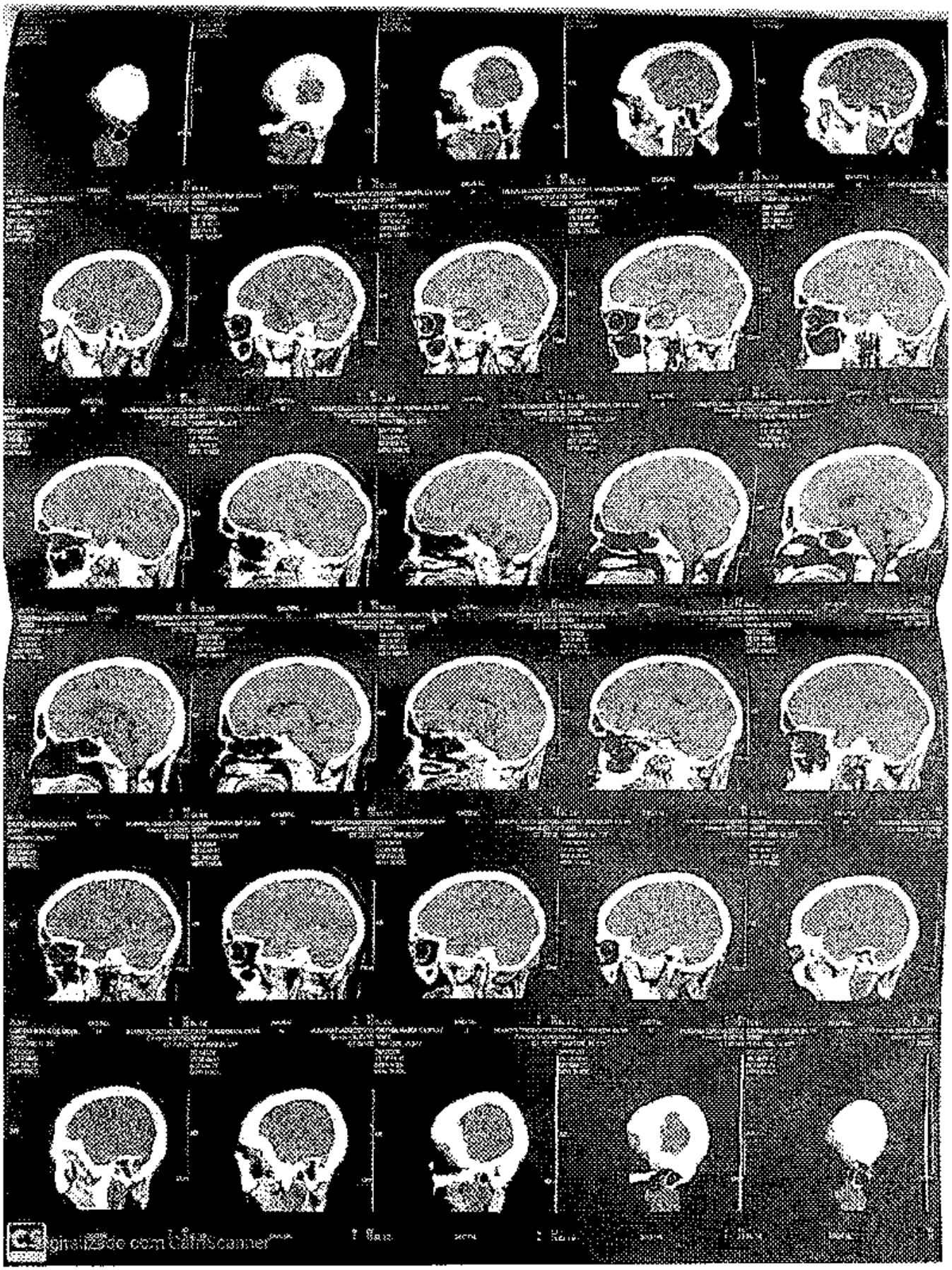


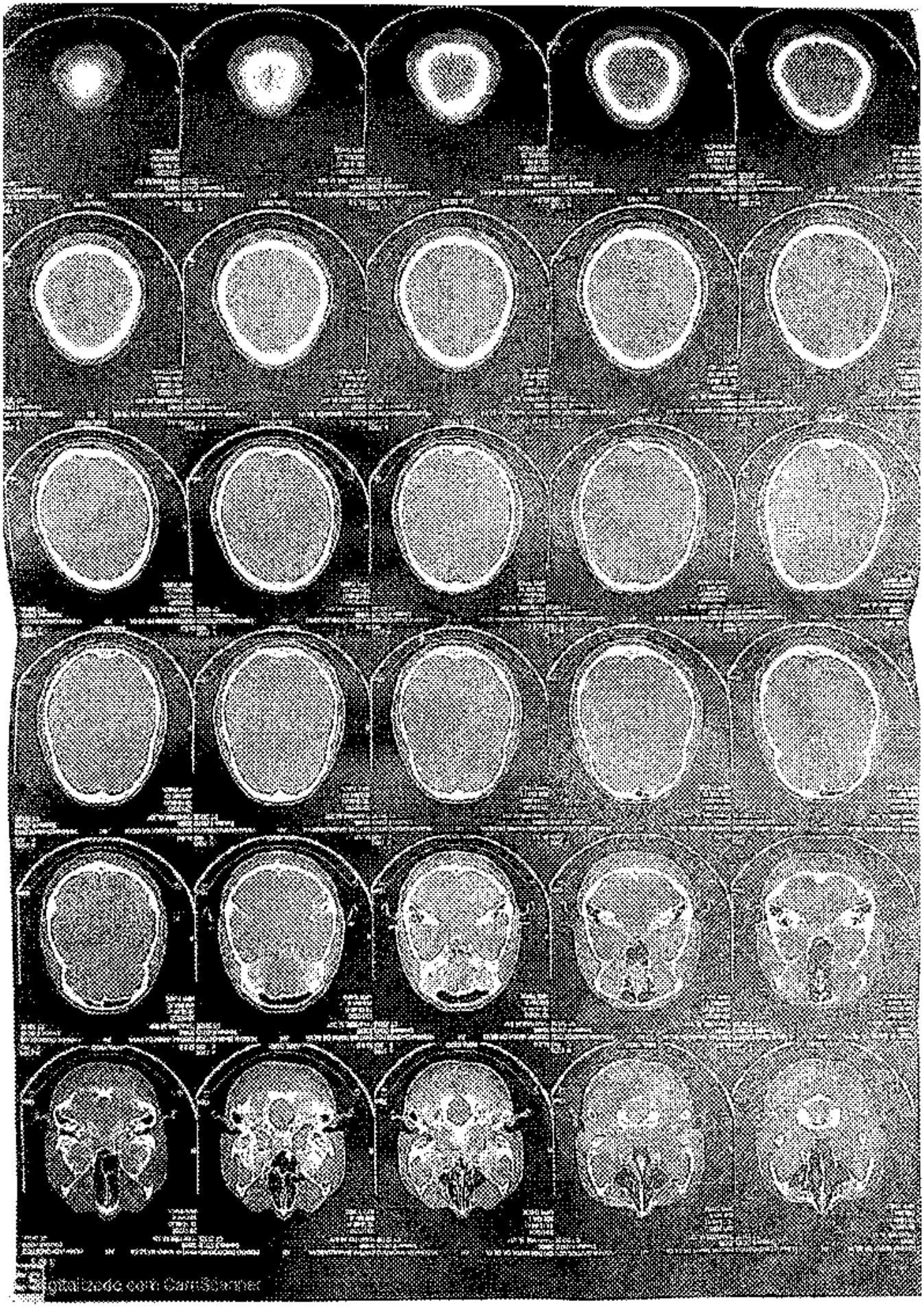


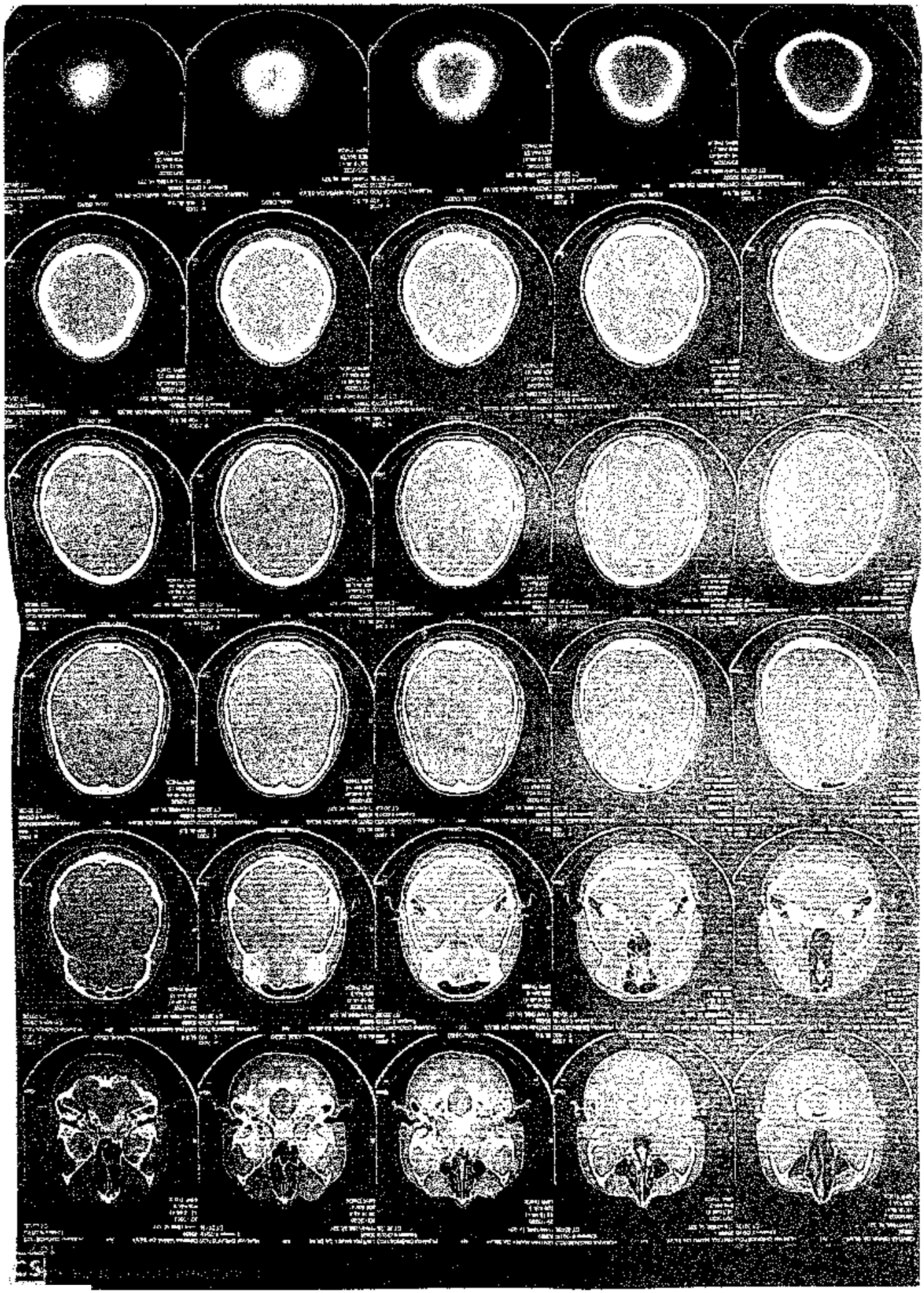

HAR
HUMANA DIAGNOSTICO CINTHIA MARIA DA SILVA
HAL
HLA
HUMANA DIAGNOSTICO CINTHIA MARIA DA SILVA
HRA
ARF

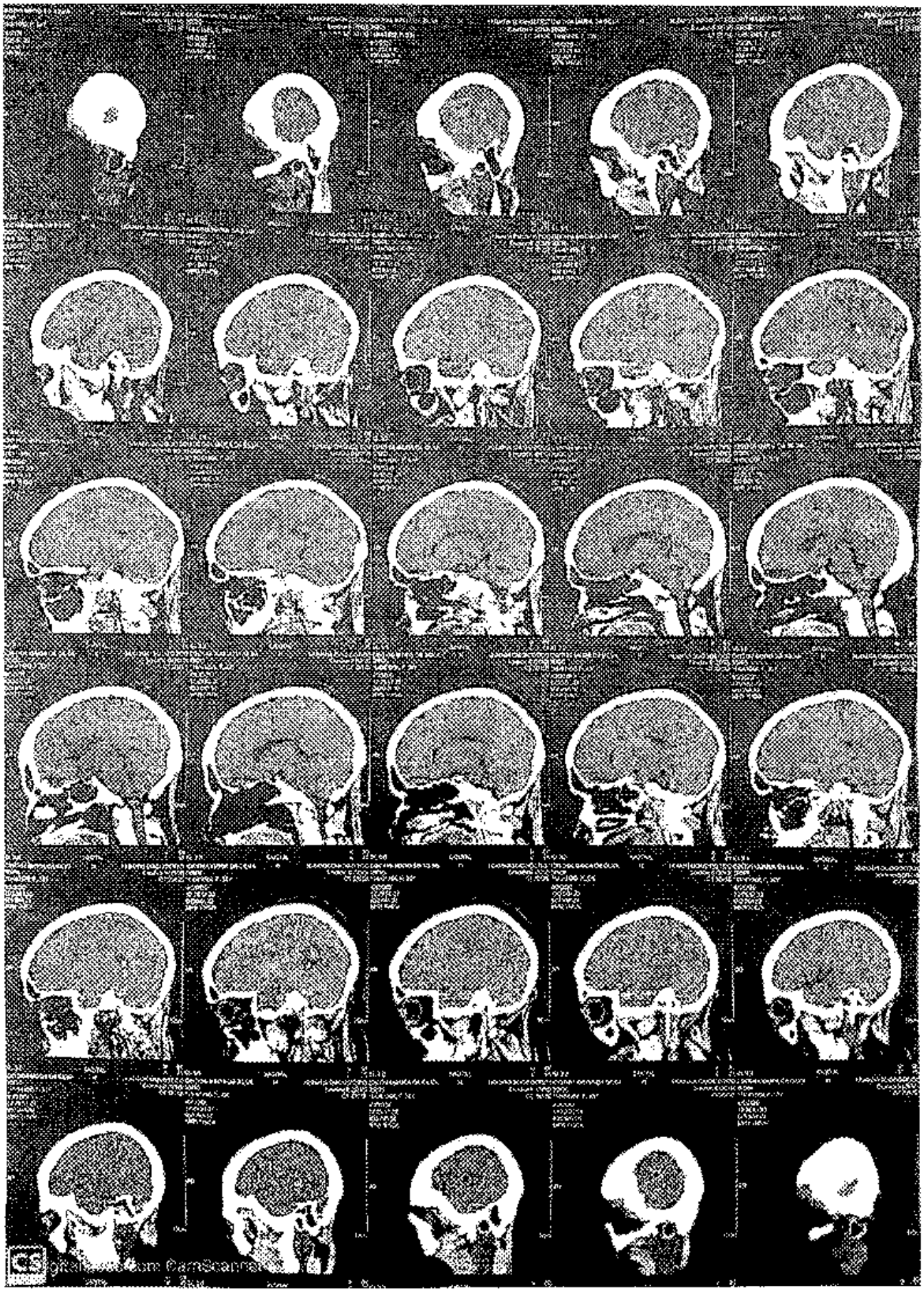


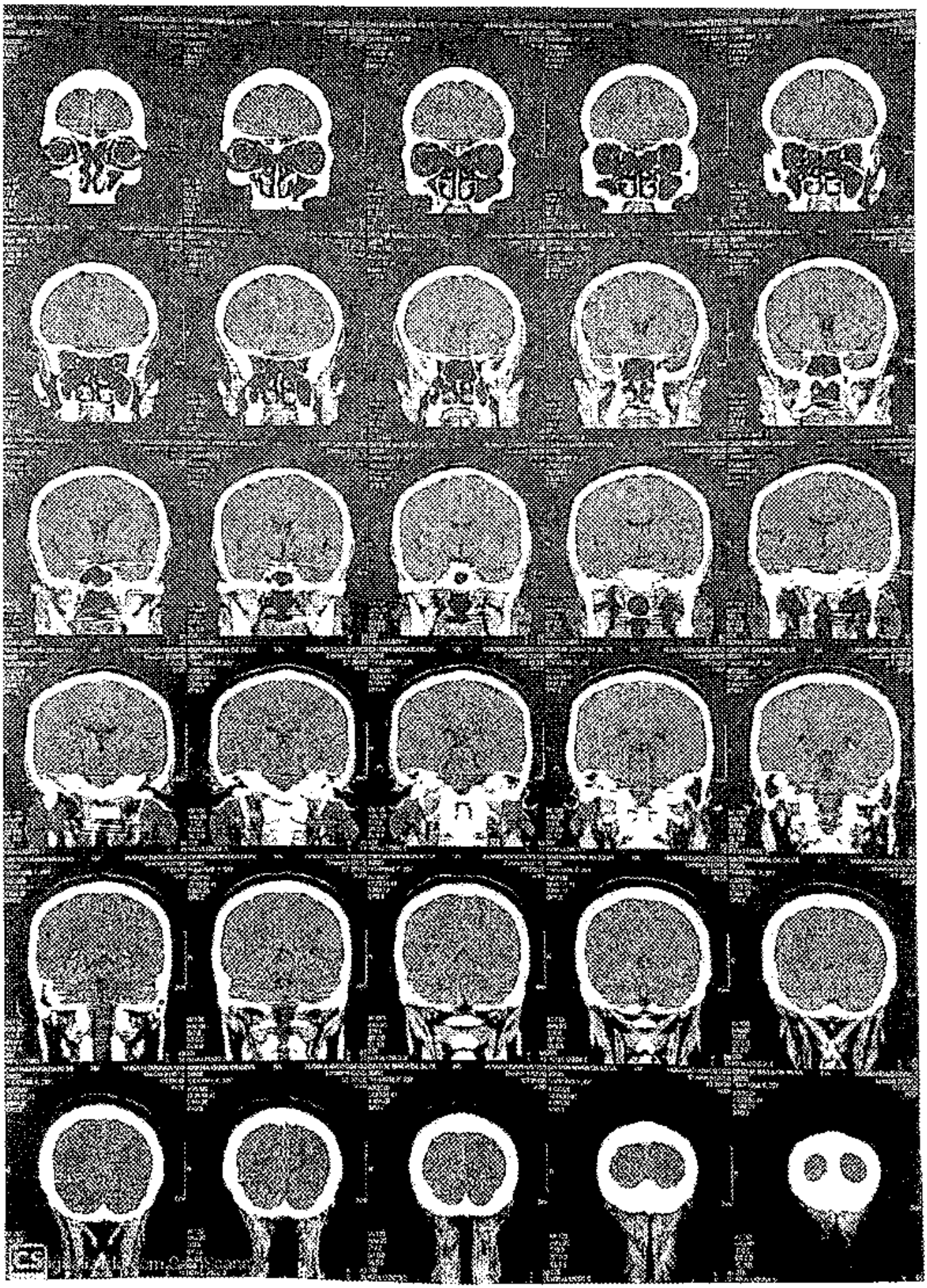

HUMANA DIAGNOSTICO CINTHIA MARIA DA SILVA
20/1/2020
18:12:43,41
610 IMA 3
Manip. VRT
A
P
HUMANA DIAGNOSTICO CINTHIA MARIA DA SILVA
20/1/2020
18:12:43,41
610 IMA 4
Manip. VRT
D
E


Digitalizado com CamScanner


Digitalizado com CamScanner







DR. FILIPE LIVINO
NEUROLOGIA
CRM-PE 17.311

Cinthia Maria da Silva

LAUDO MÉDICO

Paciente vítima de acidente de motocicleta em 16/01/2020, tendo sofrido TCE moderado. Cursa desde então com cefaléia nucal, irradiando-se para região fronto-temporal, associada á náuseas, fotofobia e quadro vertiginoso. O quadro apresenta-se refratário à terapia com Etoricoxib e Cetorolaco Trometamol e corticoterapia sistêmica. Adicionalmente a paciente cursa com prejuízo cognitivo interessado aos campos da memória, atenção, concentração, praxias e alterações do humor (o humor encontra-se extremamente lábil, alternando entre humor ansioso e depressivo).

TC de Crânio (20/01/2020): contusões hemorrágicas em região olfatória do lobo temporal D, em região medial do lobo frontal D e em lobo temporal D, acompanhadas por edema perilesional, sem ocasionar efeito de massa. Observa-se ainda pequena lesão extra-axial em hemisfério cerebral esquerdo compatível com hematoma subdural agudo.

R. PARANAÍBA, Nº 171 - MAURÍCIO DE NASSAU - CARUARU/PE
FONE: (81) 3137.3909

DR. FILIPE LIVINO
NEUROLOGIA
CRM-PE 17.311

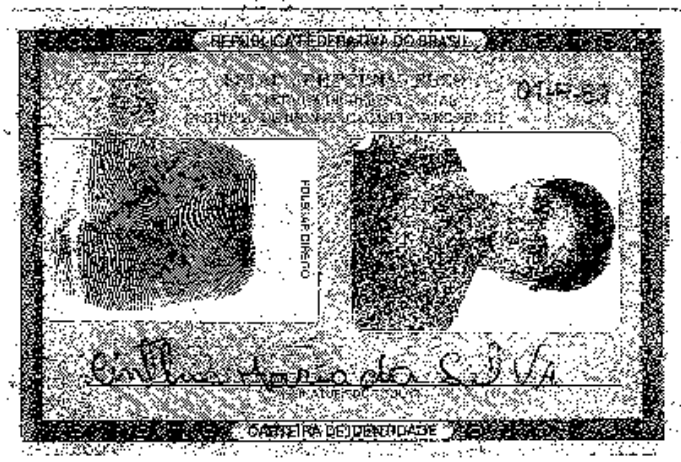
Considerando-se o tempo decorrido entre o TCE e a atual avaliação, os prejuízos cognitivos e funcionais, bem como a refratariedade do quadro álgico, a paciente encontra-se **INCAPACITADA** ao exercício do trabalho por período indefinido, sendo de grande importância a consideração de amparo previdenciário.

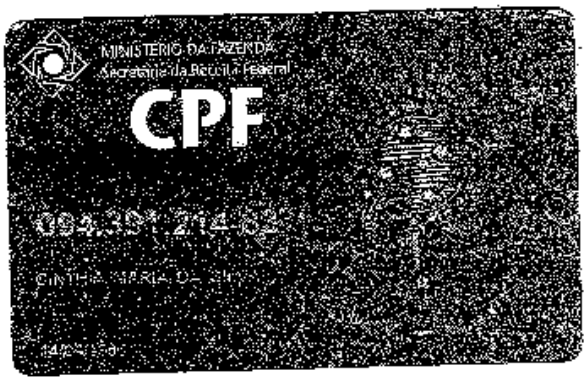
CID-10: T90.5

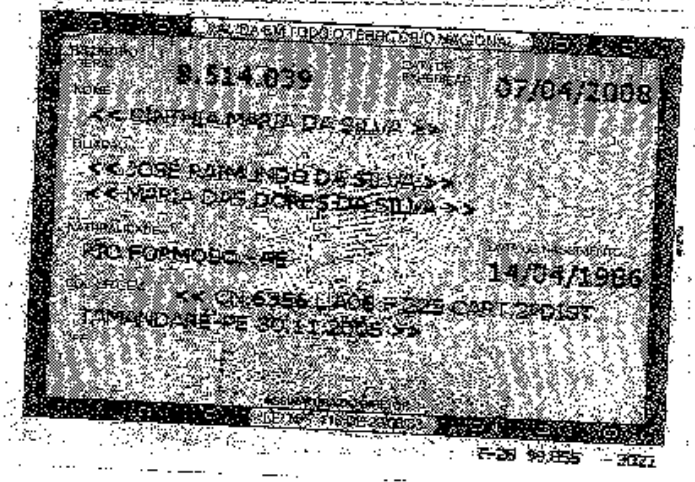
27/05/2020

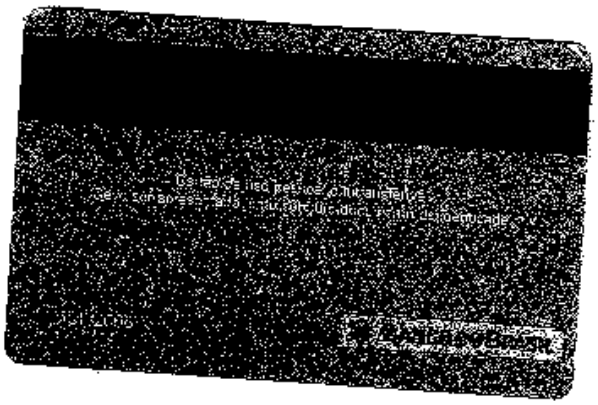
Dr. Filipe Livino
Neurologia
CRM-PE 17.311

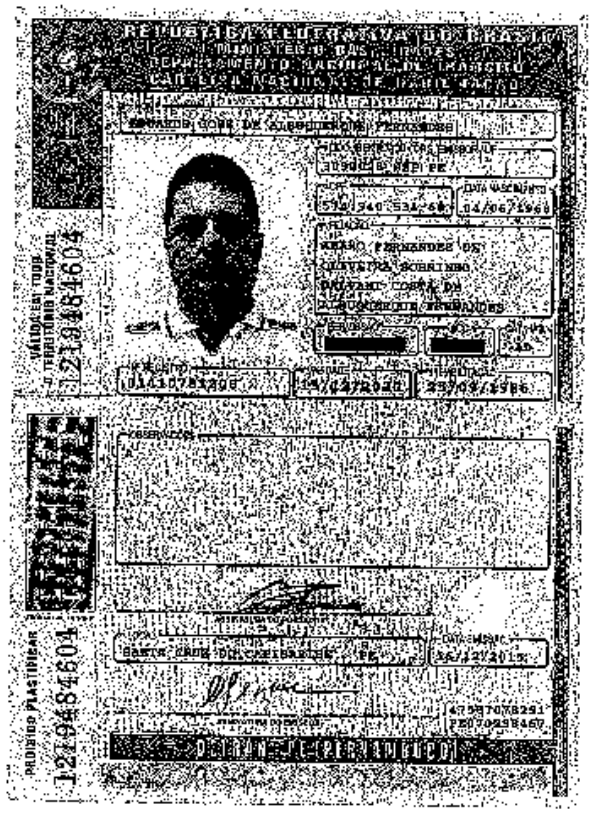
R. PARANAÍBA, Nº 171 - MAURÍCIO DE NASSAU - CARUARU/PE
FONE: (81) 3137.3909


REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
CARTEIRA DE IDENTIDADE


MINISTÉRIO DA FAZENDA
Secretaria da Receita Federal
CPF


8.514.039
07/04/2008
<< CINTHIA MARIA DA SILVA >>
<< JOSÉ RAIMUNDO DA SILVA >>
<< MARIA DOS DORES DA SILVA >>
RIO FORMOSO - PE
14/04/1986





Adriano Santos
Leiloeiro Oficial
JUCEPE 321

Comitente Vendedor
DETRAN - DEPARTAMENTO ESTADUAL DE TRANSITO D
CNPJ 900001367

Arrematante Comprador
BENEDITO JOSE DE MOURA
Endereço AV RIACHUELO N:158 LAGOA JOÃO CARLOS
Cidade FREI MIGUELINHO Estado PE CEP 55790000 Fone 99305869
CPF / CNPJ 77245040400 RG 5614197 SSP PE

DESCRIÇÃO	VALOR DA ARREMATAÇÃO
Leilão nº: 4 - Lote 211 - HONDA/HONDA CG 125 TITAN - 19 9 - VERDE - gasolina - KLU3207 - SUCATA - JC25E-X217650 - UF:PE	400,00

SUCATA

Valor da arrematação	400,00
Taxa de leilão 5%	20,00
TOTAL	420,00

Este expediente evidencia a arrematação desta nota de venda em leilão, na arrematante confirma para todos os fins e efeitos que tem conhecimento das normas publicadas no edital de leilão e demais atos da certeza. Confirma, ainda, que no ato da aquisição bem e ação examinou previamente o bem arrematado, aceitou, decidiu e teve ciência plena e contínua, nada acrescentar, tropicando sua condição tendo pleno conhecimento do que adquiriu bem foi recuperado de furto, roubo ou de sinistro, é usado, não foi avaliado, reconditionado e não está em período de garantia do fabricante, tendo adquirido o mesmo no estado e observação em que se encontra, sem qualquer garantia. Tem ciência de que nem o comitente vendedor nem o leiloeiro respondem por eventuais vícios ocultos, bem como por eventuais restrições, gravames e bloqueios que venham a recair sobre referido bem, nem da ação que venham ser ajuizadas na aquisição de bens de terceiro de produtos e ou serviços, sendo o leiloeiro meramente o contratante verbal. Conforme termos do artigo 1.192, do Código Civil

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0138993/20

Vítima: CINTHIA MARIA DA SILVA **Data do acidente:** 16/01/2020

CPF: 094.391.214-83 **CPF de:** Próprio **Titular do CPF:** CINTHIA MARIA DA SILVA

Seguradora: ITAÚ SEGUROS DE AUTO E RESIDÊNCIA S.A.

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES : 574.940.534-68

Comprovante de residência
Declaração Circular SUSEP 445/12
Documentos de identificação
Procuração

CINTHIA MARIA DA SILVA : 094.391.214-83

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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

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

Portador da documentação apresentada	Responsável pelo cadastramento na seguradora
Data da apresentação: 14/05/2020	Data do cadastramento: 14/05/2020
Nome: EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES	Nome: JULIANA BEZERRA DE LUNA
CPF: 574.940.534-68	CPF: 114.202.964-69
EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES	JULIANA BEZERRA DE LUNA

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE

NOME: CINTHIA MARIA DA SILVA
NACIONALIDADE: BRASILEIRA
PROFISSÃO: REC INFORMAR
RG: 8.514.039 SDS/PE e CPF: 094.391.214-83
DATA DO ACIDENTE: 16/01/2020
COBERTURA: INVALIDEZ
VÍTIMA: CINTHIA MARIA DA SILVA
ENDEREÇO: RUA 1 LOTTO NOVA BETEL, 01,TORITAMA-CEP 55125-000

OUTORGADO

NOME: EDUARDO JOSÉ DE ALBUQUERQUE FERNANDES
NACIONALIDADE: BRASILEIRO
PROFISSÃO: ADVOGADO OAB/PE nº 52105
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 CONSTITUO MEU BASTANTE PROCURADOR E OUTORGADO, ACIMA QUALIFICADO, A QUEM CONFIO PODERES PARA REPRESENTAR-ME PERANTE AS SEGURADORAS QUE CONSTITUI O **CONSÓRCIO DE SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT.** PODENDO O SEU DITO PROCURADOR REQUERER E SOLICITAR DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO E CÓPIAS DE PRONTUÁRIOS JUNTO A HOSPITAIS ONDE A VÍTIMA RECEBERA ATENDIMENTO E DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO JUNTO A UNIDADES DO SAMU RESPONSÁVEIS PELO SOCORRO A VÍTIMA

SURUBIM, 16 DE MARÇO DE 2020

Cinthia maria da SILVA

ASSINATURA DO OUTORGANTE

(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)

Serventia do Reg. Civil e Notas do Pau de Açucar/Taq. do Norte - Oficio
Rua Presidente Castelo Branco, nº 05, Centro. Fone:(81) 99407...
Maria Eugenia Ramos Albuquerque Rodrigues - Oficiala Interina

Reconheco por autenticidade a firma de
CINTHIA MARIA DA SILVA
que confere c/ o padrão reg. nesta
serventia. Dou fé.
Pau de Açucar/Taq do Norte
06 de maio de 2020, hora 12:48:55
Valor Total R$ 5,27
Selo: 00106856.WD103202002.00091

Em testemunho da verdade.
Maria Eugenia Ramos Albuquerque Rodrigues - Interina
Maria Genoveva Ramos Albuquerque (1º Substituta)

SERVENTIA DE NOTAS E REGISTRO CIVIL-DISTRITO DE PAU DE AÇUCAR - TAQUARITINGA DO NORTE-PE
CNPJ: 33.966.670/0001-35
Rua Presidente Castelo Branco, 05, centro
CEP: 56.795 - 000
Bela. Maria Eugenia R. Albuquerque Rodrigues
Oficiala Interina

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0138993/20

Número do Sinistro: 3200177820

Vítima: CINTHIA MARIA DA SILVA **Data do acidente:** 16/01/2020

CPF: 094.391.214-83 **CPF de:** Próprio **Titular do CPF:** CINTHIA MARIA DA SILVA

Seguradora: ITAÚ SEGUROS DE AUTO E RESIDÊNCIA S.A.

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Documentação médico-hospitalar
Outros

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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

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

Portador da documentação apresentada	Responsável pelo cadastramento na seguradora
Data da apresentação: 12/06/2020 Nome: EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES CPF: 574.940.534-68	Data do cadastramento: 12/06/2020 Nome: Marta Marinho dos Santos CPF: 492.294.514-87
EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES	Marta Marinho dos Santos

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, 15 de Maio de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200177820 **Vítima: CINTHIA MARIA DA SILVA**

Data do Acidente: 16/01/2020 **Cobertura: INVALIDEZ**

Procurador: EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), CINTHIA MARIA DA SILVA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00981/00982 - carta_01 - INVALIDEZ

00020491

Carta nº 15779295

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

Rio de Janeiro, 20 de Maio de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200177820 **Vítima: CINTHIA MARIA DA SILVA**

Data do Acidente: 16/01/2020 **Cobertura: INVALIDEZ**

Procurador: EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), CINTHIA MARIA DA SILVA

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, foi verificada a necessidade de realização de avaliação médica presencial para a identificação e/ou enquadramento da invalidez permanente de acordo com a tabela prevista na Lei nº 6.194, de 1974.
O prazo de 30 (trinta) dias para análise do seu pedido fica interrompido e sua contagem será reiniciada após a emissão do laudo da avaliação médica.
O não comparecimento à avaliação médica agendada poderá gerar o cancelamento do pedido do Seguro DPVAT.
Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 01229/01230 - carta_02 - INVALIDEZ

00040615

Carta nº 15791147

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

Rio de Janeiro, 10 de Junho de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200177820 **Vítima: CINTHIA MARIA DA SILVA**

Data do Acidente: 16/01/2020 **Cobertura: INVALIDEZ**

Procurador: EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), CINTHIA MARIA DA SILVA

Informamos que o pagamento da indenização do Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R$ 0,00
Juros:	R$ 0,00
Total creditado:	R$ 3.375,00

Dano Pessoal: Lesões neurológicas que cursem com impedimento do senso de orientação espacial e/ou do livre deslocamento corporal 100%
Graduação: Em grau leve 25%
% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 100%) 25,00%
Valor a indenizar: 25,00% x 13.500,00 = R$ 3.375,00

Recebedor: **CINTHIA MARIA DA SILVA**
Valor: **R$ 3.375,00**
Banco: **077**
Agência: **000000001**
Conta: **000006079254-0**
Tipo: **CONTA CORRENTE**

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R$ 13.500,00.

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

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 01939/01940 - carta_30 - INVALIDEZ

00010970

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, 17 de Junho de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200177820 **Vítima: CINTHIA MARIA DA SILVA**

Data do Acidente: 16/01/2020 **Cobertura: INVALIDEZ**

Procurador: EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Assunto: REANÁLISE DO PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), CINTHIA MARIA DA SILVA

Após revisão da Análise Médica Documental ou perícia em 17/06/2020, 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

Pag. 01563/01564 - carta_09 - INVALIDEZ

00050782

Carta nº 15865988

Seguradora LIDER

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima: 094.391.214-83

4 - Nome completo da vítima: CINTHIA MARIA DA SILVA

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

DADOS CADASTRAIS

5 - Nome completo: CINTHIA MARIA DA SILVA

6 - CPF: 094.391.214-83

7 - Profissão: REC. INF

8 - Endereço: RUA 1 NOVA BETEL

9 - Número: 01

10 - Complemento: CASA

11 - Bairro: NOVA BETEL

12 - Cidade: TORITAMA

13 - Estado: PE

14 - CEP: 55125-000

15 - E-mail:

16 - Tel.(DDD): (54)9.9665-0454

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ R$1.00 A R$1.000,00 ☐ R$2.501,00 ATÉ R$5.000,00

☐ SEM RENDA ☐ R$1.001,00 ATÉ R$2.500,00 ☐ ACIMA DE R$5.000,00

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

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)

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

AGÊNCIA: ( ) CONTA: ( ) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: INTER

AGÊNCIA: 0001 (9) CONTA: 6079254 (0)

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

PERMANENTE

☒ Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não

27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:

30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não

31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:

33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34

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

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

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

TESTEMUNHAS

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, TORITAMA, 14 de MAIO DE 2020.

Cinthia Maria da Silva

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS.001 V002/2019

GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 129ª CIRCUNSCRIÇÃO - TORITAMA - DP129ªCIRC
DINTER/17ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 20E0219000340

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **11/05/2020** às **10:59**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado) que aconteceu no dia **16/1/2020** às **14:00**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICIPIO DE TORITAMA, 1, SÍTIO CALDAS** Bairro: **CENTRO - TORITAMA/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

EDVALDO SEVERINO DOS SANTOS (AUTOR \ AGENTE)
FABIANO FRANCISCO DE MORAES (OUTRO)
CINTHIA MARIA DA SILVA (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): EDVALDO SEVERINO DOS SANTOS

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

FABIANO FRANCISCO DE MORAES (não presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

EDVALDO SEVERINO DOS SANTOS (não presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **MARINALVA MARIA DA CONCEIÇÃO** Data de Nascimento: **25/7/1981** Naturalidade: **TAQUARITINGA DO NORTE / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **7318900/SDS/PE (RG)** Estado Civil: **AMASIADO(A)** Escolaridade: **ANALFABETO** Profissão: **AGRICULTOR(A)**
Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE TORITAMA, 01, RUA 01, LOTEAMENTO NOVA BETEL - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - TORITAMA/PERNAMBUCO/BRASIL**

CINTHIA MARIA DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: **Feminino** Mãe: **MARIA DAS DORES DA SILVA** Pai: **JOSÉ RAIMUNDO DA SILVA** Data de Nascimento: **14/4/1986** Naturalidade: **RIO FORMOSO / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **8514039/SDS/PE (RG)** Estado Civil: **AMASIADO(A)** Escolaridade: **1°. GRAU INCOMPLETO** Profissão: **AGRICULTOR(A)** Telefones Celulares:
- **994702148**

Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE TORITAMA, 01, RUA 01, LOTEAMENTO NOVA BETEL. - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - TORITAMA/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **FABIANO FRANCISCO DE MORAES**, que estava em posse do(a) Sr(a): **EDVALDO SEVERINO DOS SANTOS**

11/05/2020 11:00

Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 125** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **VERDE** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **KLU3287** (PERNAMBUCO/PAULISTA) Renavam: **719179530** Chassi: **9C2JC2500XR211650**
Ano Fabricação/Modelo: **1999/1999** Combustível: **GASOLINA**

Complemento / Observação

RELATA A VÍTIMA QUE: NO DIA 16 DE JANEIRO DE 2020, POR VOLTA DAS 14 HORAS, VIAJAVA COMO CARONA NA MOTOCICLETA DE PLACA KLU3287, PILOTADA PELO SEU COMPANHEIRO, O SENHOR EDVALDO SEVERINO DOS SANTOS, OCASIÃO EM QUE TRAFEGAM NO SENTIDO SÍTIO CALDAS A BR 104, QUANDO FOI TRAÇADO POR UM OUTRO VEICULO (MOTOCICLETA DE PLACA NÃO ANOTADA) QUE TRAFEGAVA NO MESMO SENTIDO E AO FORÇAR UMA ULTRAPASSAGEM ACABOU TOCANDO NA MOTOCICLETA NA QUAL A VÍTIMA VIAJAVA, FAZENDO COM QUE O CONDUTOR PERDE-SE O CONTROLE E VIESSE A CAIR, DO ACIDENTE O SEU COMPANHEIRO SOFREU FERIMENTOS LEVES, ENQUANTO QUE A VÍTIMA SOFREU LESÕES GRAVES, SENDO SOCORRIDA POR UMA UNIDADE DO CORPO DE BOMBEIROS AO HOSPITAL NOSSA SENHORA DE FÁTIMA NESTA CIDADE, DEVIDO A GRAVIDADE DOS FERIMENTOS A VÍTIMA FOI TRANSFERIDA PARA O HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO NA CIDADE DO RECIFE/PE.

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

Cinthia Maria da Silva

CINTHIA MARIA DA SILVA
(VITIMA)

B.O. registrado por: **ROGERIO DAVI DA FONSECA** - Matrícula: **220978-0**

129ª CIRCUNSCRIÇÃO POLICIAL
17ª DESEC
TORITAMA - PE

11/05/2020 11:00