



Número: **0004227-19.2020.8.17.2480**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **5ª Vara Cível da Comarca de Caruaru**

Última distribuição : **16/07/2020**

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

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
<b>EDNILSON POSSIDONIO FERREIRA (AUTOR)</b>	<b>KELLY JULLIANNY SANTOS FERREIRA (ADVOGADO)</b>
<b>SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (REU)</b>	

**Documentos**

Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
68966 522	02/10/2020 15:44	<a href="#"><u>ANEXO 1</u></a>	Outros (Documento)



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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, 31 de Março de 2020

Nº do Pedido do  
Seguro DPVAT: 3200134320      Vítima: EDNILSON POSSIDONIO FERREIRA

Data do Acidente: 22/11/2019      Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ROSILENE MARGARIDA DA SILVA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), EDNILSON POSSIDONIO FERREIRA

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 nº 15669510

Pag. 00057/00058 - carta\_01 - INVALIDEZ



00020029



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 02/10/2020 15:44:35  
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20100215443533500000067634304>  
Número do documento: 20100215443533500000067634304

Num. 68966522 - Pág. 1



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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 Abril de 2020

**Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200134320** Vítima: EDNILSON POSSIDONIO FERREIRA

**Data do Acidente: 22/11/2019 Cobertura: INVALIDEZ**

Procurador: ROSILENE MARGARIDA DA SILVA

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a). EDNILSON POSSIDONIO FERREIRA**

informações abaixo:

Multa: R\$ 0,00  
Juros: R\$ 0,00  
Total creditado: R\$ 1.518,75

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um tornozelo 25%  
Solução: Encadear 25%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalides Permanente DPVAT: (25% de 25%) 6,25%

Valor a indenizar: 6,25% x 13.500,00 = R\$ 843,75

Dano Pessoal: Dedos da pé-Perda funcional completa de qualquer

um dos dedos do pé 10%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 10%) 5,00%

Valor a indenizar: 5,00% x 13.500,00 = R\$ 675,00

Recebedor: EDNILSON POSSIDONIO FERREIRA

Valor: R\$ 1.518,75

Banco: 001

Agência: 000000834-6

Conta: 000510027035-3

Tipo: CONTA POUPANCA

**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, retorno 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](http://www.seguradoralider.com.br/recomeco)

Atenciosamente





## PEDIDO DO SEGURO DPVAT

1 - 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:  055698244-48 4 - Nome completo da vítima:  Ednilson Possidônio Ferreira

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL)- CIRCULAR SUSEP N° 445/2012

5 - Nome completo:  Ednilson Possidônio Ferreira 6 - CPF:  055698244-48

7 - Profissão:  Recife 8 - Endereço:  Rua das Cadeias 9 - Número:  1204 10 - Complemento:  Casa

11 - Bairro:  Recife 12 - Cidade:  Recife 13 - Estado:  PE 14 - CEP:  55020-300

15 - E-mail:  Rose.Silva.Rego@Hotmail.com 16 - Tel.(DDD):  (81) 99285-3008

### 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:

- |  |  |  |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR | <input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00       | <input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 |
| <input type="checkbox"/> SEM RENDA       | <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. Assinale uma opção)

Bradesco (237)  Itaú (341)

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

AGÊNCIA:  0834 |  6 | CONTA:  510 017 035 |  3

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

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

AGÊNCIA: \_\_\_\_\_ | CONTA: \_\_\_\_\_ |

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

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

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:  Sim  Não 26 - 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  Sim  Não 30 - Vítima deixou  Sim  Não 31 - Vítima  Sim  Não 32 - Se tinha irmãos, informar  Sim  Não 33 - Vítima deixou  Sim  Não teve filhos?  Vivos: Falecidos: nasceu(nascer)?  Vivos: Falecidos: irmãos?  Vivos: Falecidos: pais/avós vivos?

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

34  
Impressão  
digital da  
víma ou  
beneficiário  
não alfabetizado

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,

*Recife - 10-03-2020*

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

*Morgona da Silveira*

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

NAO ALFABETIZADO

38 - 1º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

TESTEMUNHAS





Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 02/10/2020 15:44:35  
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20100215443533500000067634304>  
Número do documento: 20100215443533500000067634304

Num. 68966522 - Pág. 4



12/03/2020

GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO  
ESTADO POLICIAL DO HOSPITAL REGIONAL DO AGreste - 90º CIRCUNSCRICAO  
CARUARU

**BOLETIM DE OCORRÊNCIA N.º 20E2106000136**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 12/03/2020 às 15:58

**ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado) que aconteceu no dia 22/11/2019 às 18:23**

Fato ocorrido no endereço: MUNICIPIO DE CARUARU, 01 - Bairro: RIACHAO - CARUARU/PERNAMBUCO/BRASIL - Ponto de Referência: EM FRENTE A ANTIGA FÁBRICA DE SABÃO

Local do Fato: VIA PUBLICA

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:  
DESCONHECIDO (AUTOR\AGENTE)  
EDNILSON POSSIDONIO FERREIRA (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): DESCONHECIDO  
VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): EDNILSON  
POSSIDONIO FERREIRA

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

EDNILSON POSSIDONIO FERREIRA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino  
Mãe: JOSEFA MARIA DOS SANTOS Pai: JOSÉ POSSIDONIO FERREIRA Data de Nascimento: 14/8/1986 Naturalidade:  
SAO JOAQUIM DO MONTE / PERNAMBUCO / BRASIL  
Documentos: 06569824448 (CPF) Estado Civil: SOLTEIRO(A) Profissão: COMERCIANTE  
Telefones Celulares:  
+55 86 363651

Endereço Residencial: RUA DO CEDRO, 1204, RENDEIRAS - CEP: 56000-000 - Bairro: SALGADO - CARUARU/PERNAMBUCO/BRASIL

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

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

VEÍCULO 01 (VEÍCULO), que estava em posse do(a) Sr(a): EDNILSON POSSIDONIO FERREIRA  
Categoria/Marca/Modelo: MOTOCICLETA/SUZUKI/NÃO INFORMADO Objeto apreendido: Não  
Cor: VERMELHA - Quantidade: 01 (UNIDADE NÃO INFORMADA)  
Placa: KFV8270 (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Renavam: 886044696 Chassi: 8CDNF41LJ8M212465  
Ano Fabricação/Modelo:  
2008/2008  
Descrição: A REFERIDA MOTOCICLETA PERTENCE AO SENHOR REGINALDO GUDES DA SILVA



Boletim de Ocorrência

Página 2 de 2

VEÍCULO 02 (VEÍCULO) de propriedade do(a) Sr(a): DESCONHECIDO, que estava em posse do(a) Sr(a): DESCONHECIDO

Categoria/Marca/Modelo: AUTOMÓVEL/NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO Objeto apreendido: Não

Quantidade: 01 (UNIDADE NÃO INFORMADA)

#### Complemento / Observação

ALEGA À VÍTIMA, QUE NO MOMENTO DO ACIDENTE CONDUZIA O VEÍCULO ORA DENOMINADO DE VEÍCULO 01, QUANDO EM DADO MOMENTO DESVIOU A ATENÇÃO DA VIA E COLIDIU COM O VEÍCULO DO AUTOR DESTE BO., QUE CONDUZIA O VEÍCULO ORA DENOMINADO DE VEÍCULO 01. ELE VÍTIMA, FOI SOCORRIDO POR POPULARES PARA A UPA DA RENDEIRAS, E TRANSFERIDO PARA O HRA., SENHA N°8820108, E PRONTUÁRIO MÉDICO N°349485, COM FRATURA EXPOSTA EM 5º PDD, AINDA INFORMA À VÍTIMA QUE ÁS DECLARAÇÕES ORA PRESTADAS NESTE BO., SÃO A EXPRESSÃO DA VERDADE, ASSUMINDO TOTAL RESPONSABILIDADE PELAS MESMAS, E QUE TAL REGISTRO PRENDE-SE O FATO DELE VÍTIMA AÇÃOAR O SEGURO DPVAT. DIANTE DO EXPÓSTO PEDE PROVIDÊNCIAS.

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

EDNILSON POSSIDONIO FERREIRA  
(VÍTIMA)

*Ednilson, Possidonio, Ferreira*

B.O. registrado por: CARLOS ALBERTO DA SILVA MELO - Matrícula: 3809382



Carlos Alberto da Silva Melo  
Comissário Especial de Polícia  
Mat. 380.938-2





## PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

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

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012

5 - Nome completo:  6 - CPF:

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

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

15 - E-mail:  16 - Tel.(DDD):

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:  19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

<input type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<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 abertos. Assinale uma opção)

Bradesco (237)  Itaú (341)

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

AGÊNCIA:  CONTA:  (Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

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

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

(Informar o dígito se existir)

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

INVALIDEZ PERMANENTE

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

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

Não há IML que atende a região do acidente ou da minha residência; ou

O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

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

MORTE

23 - Estado civil da vítima:  Solteiro  Casado (na Civil)  Divorciado  Separado Judicialmente  Vivão

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:  Sim  Não 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 Lider pagará, caso devido, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além de responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

NÃO ALFABETIZADO

34  
Impressão  
digital da  
víma ou  
beneficiário  
não alfabetizado

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

38 - 1º | Nome: \_\_\_\_\_

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

Assinatura da testemunha

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

39 - 2º | Nome: \_\_\_\_\_

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

Assinatura da testemunha

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

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019

Rosilne  
Morgana da Silveira



# BANCO DO BRASIL

## COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

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

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

---

DATA DA TRANSFERENCIA: 08/04/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.518,75

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: EDNILSON POSSIDONIO FERREIRA

BANCO: 001

AGÊNCIA: 00834-6

CONTA: 000510027035-3

---

Nr. da Autenticação 693DA6FA69D48823



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 02/10/2020 15:44:35  
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20100215443533500000067634304>  
Número do documento: 20100215443533500000067634304

Num. 68966522 - Pág. 9



## NOTA FISCAL / FURTA / F. CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

Companhia Energética de Pernambuco  
Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife - PE, CEP 50150-002  
CNPJ 10.835.932/0001-08 | Inscrição Estadual: 0005943-83 | www.celpe.com.br

## DADOS DO CLIENTE

DAMIANA FREIRE FELIX

CPP: 046 677 544-00 NIS: 21230853B16

## CLASSIFICAÇÃO

BT RESIDENCIAL  
BAIXA RENDA COM NIS  
Monofásico

DATA DE REFERÊNCIA: 14/12/2019  
DATA DE VENCIMENTO: 11/01/2020

DATA DE EMISSÃO: 20/12/2019 | NÚMERO DA NOTA: 4759247

## ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

RUA DO CEDRO 1204 AP-1AND

RENDEIRAS/CARUARU  
CARUARU PE  
55020-300

DATA CONTRATO	MESANO
4010906445	12/2019
20/12/2019	11/01/2020

27,85

## DETALHAMENTO DA NOTA FISCAL

	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo até 30 kWh	30.000.000	0,16798701	5,83
Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh	48.000.000	0,32212830	15,48
Acréscimo Bandeira AMARELA			0,22
Acréscimo Bandeira VERMELHA			0,83
Contrib. Itam Pública Municipal			4,47
Multa por atraso-NF 080598034 - 11/10/19			0,62
Juros por atraso-NF 080599034 - 11/10/19			0,33
Ajustamento IGPM-NF 080598034 - 11/10/19			0,18

## TOTAL DA FATURA

## DEMONSTRATIVO DO CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	DATA ANTERIOR LEITURA	DATA ATUAL LEITURA	Nº DE DAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (KWH)
2180211780	CAT	13/12/2019	4.048,00	14/12/2019	4.137,00	32	1.00000

## HISTÓRICO DE CONSUMO

MES/ANO	BASE DE CALCULO	%	VALOR DO IMPÔTO	COMPONENTE DO CONSUMO
DEZ18 76	ICMS			Geração de Energia R\$ 10,69 47,20%
NOV18 88	PIS			Transmissão R\$ 5,17 5,26%
OUT18 99	COFINS	0,68	0,58	Distribuição (Capex) R\$ 7,98 21,88%
SET18 91		0,44	0,44	Perdas de Energia R\$ 2,23 10,03%
AGO18 88				Reserva Sistólica R\$ 0,66 3,11%
SET18 90				Tributos R\$ 0,62 2,26%
JUN18 90				Total R\$ 22,14 100%
JUL18 90				
MAI18 79				
ABR18 66				
MAR18 145				
FEV18 130				
JAN18 127				
DEZ18 141				

Consumo Ativo ate 30 Unid.

Consumo Ativo maior e igual a 30 (kWh)

018239450

021439200

## INFORMAÇÕES ADICIONAIS

Peço que não publique esta nota fiscal na internet, pois é uma prova documental para a minha habitação e não é permitido que seja divulgada em sites ou páginas de redes sociais. Caso seja divulgada, peço que seja feito um desmentido escrito no site da Celpe. O cliente é compensado quando há violação da privacidade individual do nível de fornecimento. Peço, em atenção ao meu direito à privacidade, que o nome e endereço sejam removidos da nota fiscal. Agradeço.

Este documento é de uso exclusivo da Celpe. Não pode ser reproduzido, divulgado ou alterado sem a autorização escrita da Celpe. É vedada a sua publicação em mídia impressa ou eletrônica, bem como a sua utilização para fins comerciais.

## DURAÇÃO E FAZERES DAS INSCRIÇÕES

PERÍODO	VALOR APROXIMADO	UNITE MÍNIMA	LIMITES TRIMESTRAL	UNITE MÁXIMA	TENSÃO NORMAL (V)	LIMITES DE VARIAÇÃO (%)
BIC	1403910	9,31	10,83	31,25	220	202 231
RIC	0,00	3,33	6,47	12,25		
GMG	0,00	1,01	0,00	0,00		

Límite GICR: 12,22

SUDI - Valor do Encargo do Usuário Sistema de Distribuição = R\$ 10,10,1%

CONTÁ CONTRATO MESANO DATA DE VENCIMENTO TOTAL A PAGAR (R\$)

4010906445 12/2019 27,85

BANCO DO BRASIL S/A PAGÁVEL EM QUALQUER REDE BANCÁRIA

00190.00009 03217.475015 00527.724173 7 81090000002785

PAGADOR/CPF / CNPJ / ENDEREÇO 046 677 544-00

DAMIANA FREIRE FELIX

RUA DO CEDRO 1204 AP-1AND

55020-300 CARUARU PE

Nº DO DOCUMENTO	CONTÁ CONTRATO	DATA DE VENCIMENTO	VALOR DO DOCUMENTO
32174750100527724	500371384	4010906445	20/12/2019 27,85

## SENDEDORIO

COMPANHIA ENERGÉTICA DE PERNAMBUCO CNPJ 10.835.932/0001-06

AV. JOSÉ DE BARROS, 111, BOA VISTA, RECIFE, PERNAMBUCO CEP 50050-002





Tarifa Social de Energia Elétrica - Criação pela Lei nº 10.408, de 24.04.2002

HRITA & SCA | 15 SEPTEMBER 2018

Companhia Energética de Pernambuco  
Av. João de Barros, 111 - Bae Vista, Recife - PE. CEP 50050-902  
CNPJ 10.835.832/0001-08 | Inrc. Est. 0005843-93 | www.cepe.com.br

DADOS DO CLIENTE

ROSEMERE FORMOSINA DA SILVA

CPF 628 452 004-04 NIS 12419398403

**ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA**

RUA RICARDO PILAR 332

#### **CLASSIFICAÇÃO**

B1 RESIDENCIAL  
BAIXA RENDA COM NIS  
Monofamiliar

082239648	UNCA.	11/01/2020
11/01/2020	2002284970	881382

**CONTA CONTRATADA**  
**0820850017**      **PERÍODO**  
**DATA DE INSCRIÇÃO**  
**17/01/2020**      **DATA PRAZO DE DESISTIR**  
**08/02/2020**  
**111,69**

DEEPER PERSPECTIVE

	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo-TUSD até 30 kWh	30,000000	0,13645745	4,09
Consumo-TUSD superior a 30 até 100 kWh	70,000000	0,23397108	16,38
Consumo-TUSD superior a 100 até 220 kWh	80,000000	0,36080083	28,00
Consumo-TE até 30 kWh	30,000000	0,12556846	3,77
Consumo-TE superior a 30 até 100 kWh	70,000000	0,21525375	15,06
Consumo-TE superior a 100 até 220 kWh	80,000000	0,32288062	26,81
Acréscimo Bandeira AMARELA			
Contrib. Ium. Pública Municipal			2,31
ICMS Subvenção-CIDE-NF 094441800-12/11/18			11,16
ICMS - Subvenção Bala Preta			0,76
Multa por atraso-NF 094441800 - 12/11/18			1,22
Juros por atraso-NF 094441800 - 12/11/18			1,82
Alta/Reduzida IPM-NF 094441800 - 12/11/18			0,91
			0,36

#### TOTAL DE FALTAS

1115

—  
—

DETALHAMENTO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL								
Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR	ATUAL	M/DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (KWH)	
		DATA LEITURA	DATA LEITURA					
3130043149	CAT	14-12-2018 13.064,00	11-01-2019 12.244,00	28	1.00000		180,00	

Digitized by Google

卷之三

Digitized by srujanika@gmail.com

Digitized by srujanika@gmail.com

**ATENÇÃO! A CÉLULA INFORMATIVA NÃO PODE SER COPIADA**

**ESTA É A SEU UNIFORME QUE VOCÊ PODE SER GONTAS**

Venda	Desconto	Frete	Valor	Desconto	Valor
205/2018	R\$ 0,00				

Este comunicado não substitui aviso de riscos anteriores e não contém elementos em discussão geral. Caso a legislação ou o regulamento permita que dalguns tipos de risco ameaça, poderá ocorrer o encerramento do Crédito-EFC, podendo assim levar à extinção da cobertura conforme as regras definidas no Art. 39 e Anexo I do Regulamento. Pode ocorrer agilidade de cobertura, bem como inclusão de novas regras de fechamento.

[View details](#) | [View cart](#)

DURADA E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES					TIPO DE TENSÃO	
CONSUMO CARREGUEIRO	VALOR MÉDIO	LIMITE MÍNIMO	LIMITE MÍNIMO	LIMITE MÁXIMO	TENSÃO NOMINAL (V)	LIMITE DE VARIAÇÃO (%)
	(KWH)				MÍNIMO	MÁXIMO
DIC	9,00	8,00	10,15	20,30	220	-
FIC	0,00	3,11	9,33	12,48	202	-
DIFC	0,00	2,88	0,00	0,00	231	-
Limite DIC: 12,27						



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 02/10/2020 15:44:35  
<https://pjte.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=201002154435335000006763430>

Num. 68966522 - Pág. 11



## DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br) ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)

Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

### INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

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

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

<sup>1</sup> SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELA CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. <sup>2</sup> CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APlicar PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº9.613/98.

Pelo exposto, eu ROSILENE MARGARIDA DA SILVA

Inscrito (a) no CPF/CNPJ 029.170.884 / 60 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Edmilson Porsidônio Ferreira Inscrito (a) no CPF sob o N° 055 698 244, 48

do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Edmilson Porsidônio Ferreira

Inscrito (a) no CPF sob o N° 055 698 244, 48 conforme determinação da Circular Susep 445/12:

- Declaro Profissão: \_\_\_\_\_ Renda: \_\_\_\_\_ e apresento os documentos comprobatórios:

Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora 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: RUA RICARDO PILAR	Número: 332	Complemento: CASA
Bairro: SÃO FRANCISCO	Estado: PE	CEP: 55.000-000
E-mail: rose.silva.seguros@hotmail.com		Tel.(DDD): 81 99285-3008

Local e Data: CARUARU, 10-03-2020

Assinatura do Declarante





HOSPITAL REGIONAL DO AGreste  
EMERGÊNCIA



3 - Evolução / Exames

2011 Verificando que paciente dada exame  
2019 que imediata ento qd o 5º dia  
Verificada evolução de pp do 5º dia  
com dor no minimo. Ho conservado.  
Abaixo os resultados do ex m. rosto  
McRill.

22 Nov. 2019

Termo de Responsabilidade de Alta a Pedido

( ) Paciente ( ) Familiar

Responsabilizo-me pela imediata retirada do paciente dese nosocomio, bem como tenho absoluto conhecimento sobre todas as consequencias que esse ato possa acarretar.

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

Endereço: \_\_\_\_\_ Tel.: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Assinatura

Autorização de Procedimento

( ) Paciente ( ) Familiar

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

Endereço: \_\_\_\_\_ Tel.: \_\_\_\_\_

Procedimento: \_\_\_\_\_

Assinatura

Diag. Definitivo:

Destino do Paciente

( ) Alta ( ) Cirurgia ( ) Óbito ( ) Evadiu-se ( ) Termo de Alta a Pedido  
( ) Transferência: \_\_\_\_\_ ( ) Internamento \_\_\_\_\_

Condição de Alta

( ) Curado ( ) Melhorado ( ) Inalterado ( ) Óbito

Data: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_ Médico: \_\_\_\_\_ CRM: \_\_\_\_\_

22/11/2019 18:23:41

2 de 2

Usuario do Atendimento

JOSEFAAS



**SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE - SES**

**EVOLUÇÃO CLÍNICA**

Unidade de Saúde:

HOSPITAL REGIONAL DO AGreste

Nome do Paciente:

Registro N°:

Clinical

Leito N°:

DATA	HORA	EVOLUÇÃO
30/11/19 8h		<p><del>to outpatients</del>          UD-Fx sc ROD          no of - pain relief          no pains</p> <p>con: <del>metab</del></p> <p><i>[Handwritten signature of Dr. Marcos Heringer]</i></p> <p>Dr. Marcos Heringer          Traumatólogo - Ortopedista          CRM-PE 22504 / EOT 16190</p>



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE - SES  
**EVOLUÇÃO CLÍNICA**

Unidade de Saúde:

HOSPITAL REGIONAL DO AGreste

Nome do Paciente:

Registro Nº:

Clinica:

Leito Nº:

DATA	HORA	EVOLUÇÃO
23/11/19	13:00h	<i>f luxus lumborum f</i> <i>ao intenso sº dor +</i> <i>notado sono</i>
		<i>paciente ficou estabil.</i> <i>seu doros co menor.</i>
		<i>pois aux</i> <i>em folha dormiu bem.</i>
		<i>Dr. Alírio Lopes Leite</i> <i>Traumatologia / Ortopedia</i> <i>Clinica de MSO</i> <i>CRM 16776-PE TESTE 14238 / 58CM</i> <i>or! evolução e como se move</i> <i>↑ dorosa.</i> <i>Acum 2º feijoada</i>
		<i>29/11/19</i>
		<i>Pct ortral</i> <i>rr +</i> <i>SL doroso</i> <i>Dorosa em dor de</i> <i>curvatura</i>
		<i>DR. Alírio Lopes Leite</i> <i>Ortopedia - Dor</i> <i>GRCNPCE 21000</i>



EDNILSON POSSIDONIO FERREIRA  
14/08/1986  
ID: 349485  
Male  
33 Years

H

HOSPITAL REGIONAL DO AGreste  
RADIOGRAFIA DE TORMOZELO ...  
Ac. Nb: 321844  
Acq.: 13/01/2020  
Acq.: 09:12:33

10 cm

AP

RDIR

Frame: [1] 1/1  
Zoom: 18,8%  
Window/Level: 4.096/2.048  
Pixel:  
CR (2400x3020)

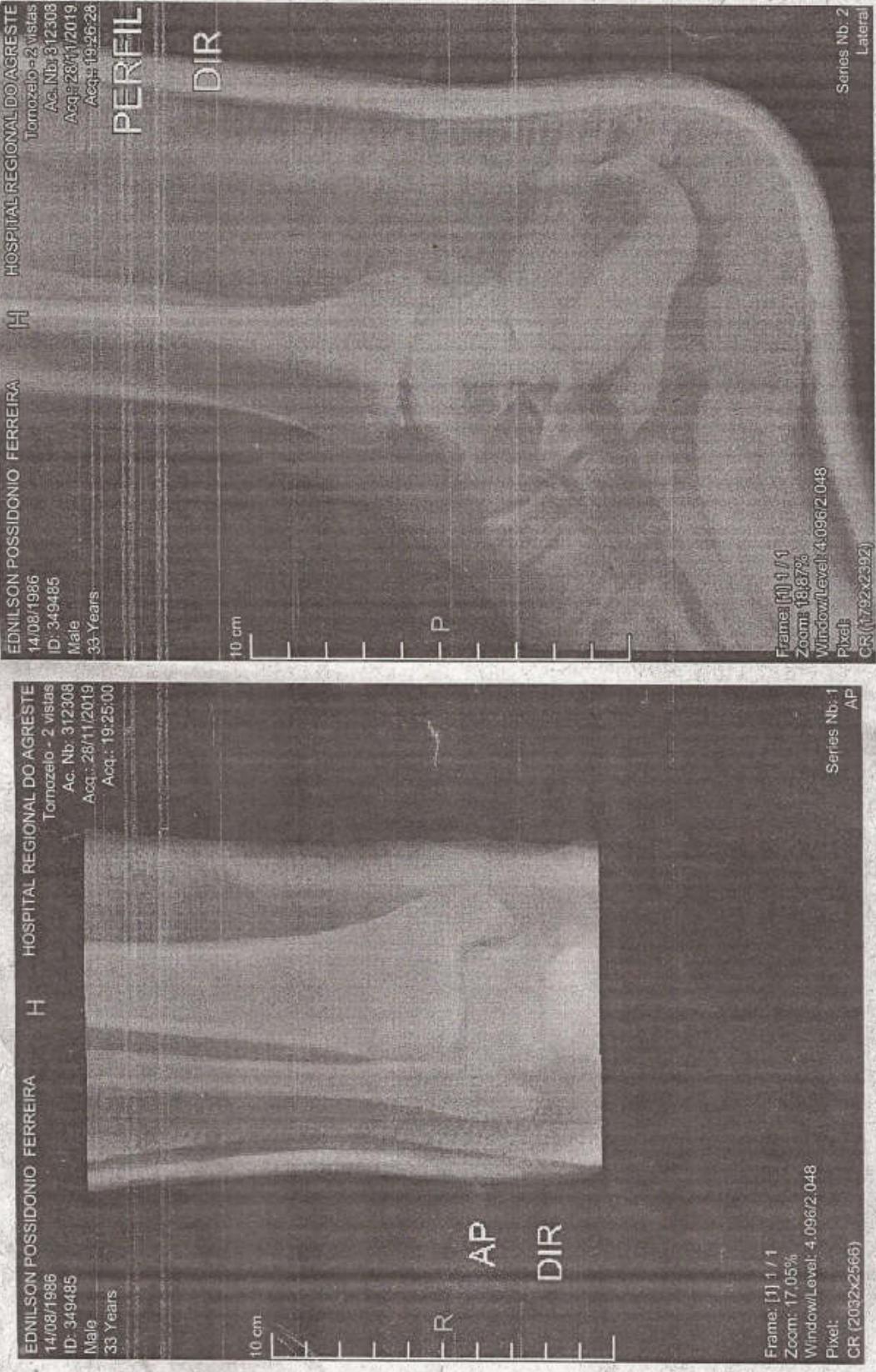
Series Nb: 1  
AP



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 02/10/2020 15:44:35  
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20100215443533500000067634304>  
Número do documento: 20100215443533500000067634304

Num. 68966522 - Pág. 17





EDNILSON POSSIDONIO FERREIRA H HOSPITAL REGIONAL DO AGreste  
14/08/1986 Tomazelo - 2 vistas  
ID: 349485 Ac. N°: 312308  
Male Acq.: 28/11/2019  
33 Years Acq.: 19/25/00

EDNILSON POSSIDONIO FERREIRA H HOSPITAL REGIONAL DO AGreste  
14/08/1986 Tomazelo - 2 vistas  
ID: 349485 Ac. N°: 312308  
Male Acq.: 28/11/2019  
33 Years Acq.: 19/26/28

## PERFIL

10 cm

10 cm

D/R

R AP

P

Frame: [1] / 1  
Zoom: 17.05%  
WindowLevel: 4.096/2.048  
Pixel:  
CR (2032x2560)

Frame: [1] / 1  
Zoom: 13.03%  
WindowLevel: 4.096/2.048  
Pixel:  
GR (1792x2392)

Series Nb: 2  
Lateral

EDNILSON POSSIDONIO FERREIRA  
14/08/1986  
ID: 349485  
Male  
33 Years



HOSPITAL REGIONAL DO AGreste  
RADIOGRAFIA DE TORNOZELO  
Ac. Nb: 321844  
Acq.: 13/01/2020  
Acq: 09:13:45

10 cm

PERFIL  
DIR

P

Frame: [1] 1/1  
Zoom: 18.8%  
Window/Level: 4.096/2.048  
Pixel:  
CR (2400x3020)

Series Nb: 2  
Lateral



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 02/10/2020 15:44:35  
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20100215443533500000067634304>  
Número do documento: 20100215443533500000067634304

Num. 68966522 - Pág. 21



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO - UPA RENDEIRAS

GUIA DE TRANSFERÊNCIA

NOME: Eduíson Pombinho Ferreira IDADE: 33 anos  
REGISTRO: \_\_\_\_\_ HORA: \_\_\_\_\_ DATA DE NASCIMENTO: / /

HISTÓRIA ATUAL:

Sujeito vítima de acidente motorizado, com dor e edema em tornozelo e pé ♂, com Rx de molde ext. e Frx de 5º PDD direito, com fechamento local.

EXAME FÍSICO:

---

---

EXAMES COMPLEMENTARES:

---

---

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:

- Frx Molido  
 Frx Exposta 5º PDD ?

CONDUTA:

- Enc. para avaliação da traumotópica

TRANSFERIDO PARA: HRA SENHA: 5820108

COM ACOMPANHAMENTO MÉDICO: SIM

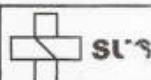
NÃO

ASSINATURA E CARIMBO

ASSINATURA E CARIMBO

DATA: / /





Sistema  
Único de  
Saúde

Ministério  
da  
Saúde

## LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

### Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

HOSPITAL REGIONAL DO AGreste WALDEMIRO FERREIRA

2 - CNES

2427419

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

FRA

4 - CNES

### Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

Edison Pauelino Ferreira

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

819800141141810619135108B6

16 - DATA DE NASCIMENTO

19/08/1986

9 - SEXO

Masc.  1

Fem.  3

10 - RACA/COR

11 - NOME DA MÃE

Joséia maria dos Santos

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

DDD

12 - TELEFONE DE CONTATO

Nº DO TELEFONE

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

17 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO

18 - UF

19 - CEP

### JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Dores intensas no 5º PDD, há 2 dias após  
colidir moto-carro.

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Recomendo internação

22 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

Rx + Anamnesis + TEC

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL

24 - CID 10 PRINCIPAL

25 - CID 10 SECUNDÁRIO

26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

Fractura exposta D5 PDD

### PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

29 - CLÍNICA

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

31 - DOCUMENTO

32 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO

35 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

12 NOV 2010

27 NOV 2010

### PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)

36 - ( ) ACIDENTE DE TRÂNSITO

39 - CNPJ DA SEGUROADORA

40 - Nº DO BILHETE

41 - SÉRIE

37 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

42 - CNPJ EMPRESA

43 - CNAE DA EMPRESA

44 - CBOR

38 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

( ) EMPREGADO ( ) EMPREGADOR

( ) AUTÔNOMO

( ) DESEMPREGADO

( ) APOSENTADO

( ) NÃO SEGURADO

### AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - CÓD. ÓRGÃO EMISSOR

52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

48 - DOCUMENTO

49 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

( ) CNS ( ) CPF

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

51 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)



bra reti

ha: 22/11/2019 18:15

ciente: EDNILSON POSSIDONIO FERREIRA

ciente:

Data de Nascimento: 14/08/1986

Sexo: Masculino

Idade: 33

Senha: U0024

Convênio:

Atendimento:

SAME:

Período: 22/11/2019 18:16 - 22/11/2019 18:17

ANDREA KAROLINY SOUZA SILVA - COREN: S/N/C - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - CLASSIFICAÇÃO

Prioridade:

URGENTE

Cor:

AMARELO

Queixa Principal: PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO COM QUEIXA DE DOR E EDEMA  
EM TORNOZELO D. APRESENTANDO FRATURA EXPOSTA EM 5º PDD.

Observação: COM SENHA: 5820108

Fluxograma sintoma: PROBLEMAS NOS MEMBROS

Discriminador(es): - FRATURA EXPOSTA?

Especialidade: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Acolhido(a) por: ANDREA KAROLINY SOUZA SILVA - COREN: S/N/C - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 22/11/2019 18:17

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco

Página 1 de 1



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 02/10/2020 15:44:35  
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20100215443533500000067634304>  
Número do documento: 20100215443533500000067634304

Num. 68966522 - Pág. 24

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

Unidade de Saúde: HOSPITAL REGIONAL DO AGreste

Paciente: *Ednilson Donizete Kizum* Nº do Registro:

Clinica: *Ortop.* Nº do Leito

Operador: *DJ. Reiten*

1º Assistente: 2º Assistente:

Instrumentador: Anestesista:

Anestesia: Local Duração:

Data da Operação: 09/01/2020 Início: Término:

Diagnóstico Pré-Operatório: *Fratura exposta 5º PDI*

Diagnóstico Pós-Operatório:

Operação Proposta:

Operação Realizada: *Limpada cirúrgica*

DESCRIÇÃO DO ATO OPERATÓRIO

*Retirada DDH, sob anestesia local  
Antisseptico + Anestetico + Apronico  
campo cirúrgico estéril  
Obliquada Fratura exposta 5º PDI  
Realizada Limpada cirúrgica com  
elminiação de tecido morto e  
fixação com 180 gr + Apróxi-  
mação nos planos + sutura + curativo  
Cuidado  
AIRPA*

*CA*  
Dr. Cláton Soárez Oliveira  
Médico - Cirurgião  
CRM-PE: 10001

*12/01/2020*



## SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO

## RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

Unidade de Saúde: HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE

Paciente: *Fernilson Denizardo Kossman* Nº do Registro:Clínica: *Ortop.* Nº do Leito:Operador: *DJ. Clerton*

1º Assistente: 2º Assistente:

Instrumentador: Anestesista:

Anestesia: Duração:

Data da Operação: *09/01/2020* Início: Término:Diagnóstico Pré-Operatório: *Rotação exposta 5º PDD*

Diagnóstico Pós-Operatório:

Operação Proposta:

Operação Realizada:

*Limp da cirúrgica*

## DESCRIÇÃO DO ATO OPERATÓRIO

*Petz em DDH, rebatimento da  
articulação + raspagem + Aprim.  
campos cirúrgicos artícula*  
*Obliquade Rotação exposta 5º PDD*  
*Realizada limpeza cirúrgica com  
limpeza de tecido resultando  
+ irrigação com ÁG, g + PAFORI-  
mação que passou + setosa + curativo  
Custodio*  
*PARA*

*66**12/01/2020*

41

EDNILSON POSSIDONIO FERREIRA F HOSPITAL REGIONAL DO AGreste  
14/08/1986 Tomozélo - 2 visitas  
ID: 349485 Ac. Nb: 312308  
Male Acq.: 28/11/2019  
33 Years Acq.: 19/27.48  
PA

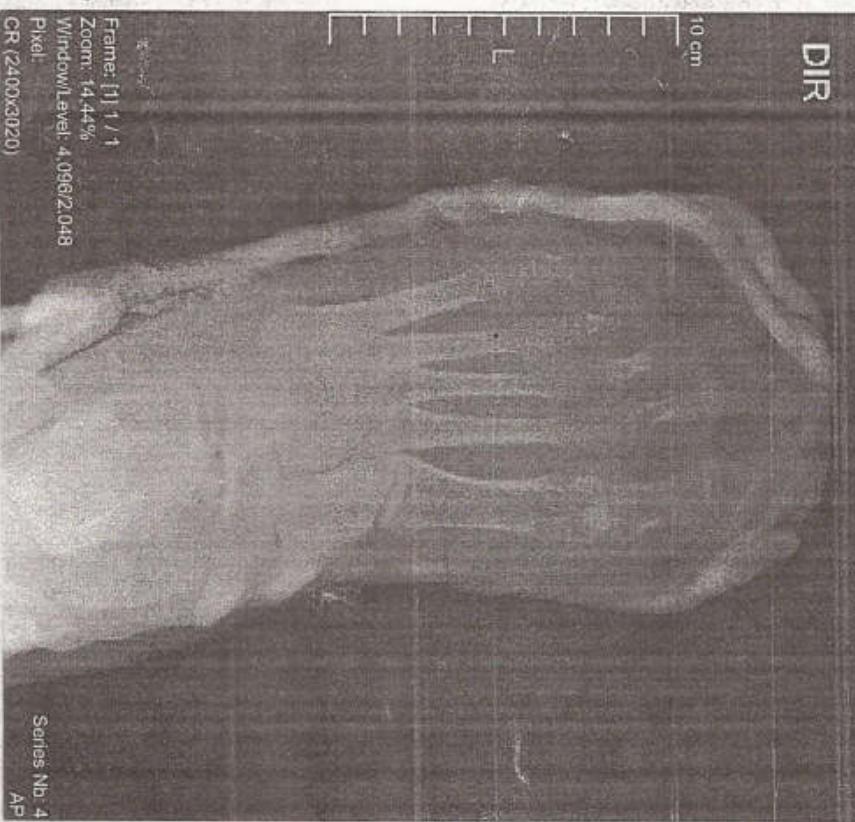
DIR

10 cm

EDNILSON POSSIDONIO FERREIRA F HOSPITAL REGIONAL DO AGreste  
14/08/1986 Tomozélo - 2 visitas  
ID: 349485 Ac. Nb: 312308  
Male Acq.: 28/11/2019  
33 Years Acq.: 19/29.20  
PA

DIR

10 cm



Frame: [1] 1 / 1  
Zoom: 14.44%  
Window/Level: 4.096/2.048  
Pixel:  
CR (2400x3020)

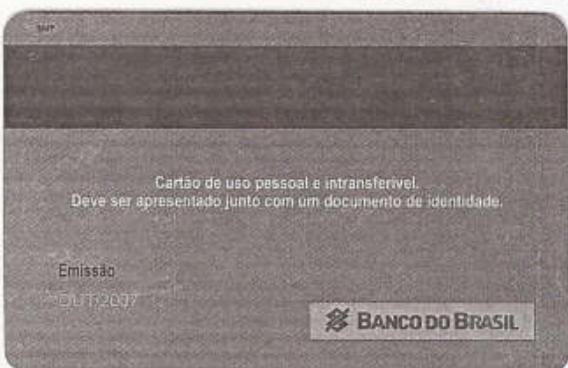
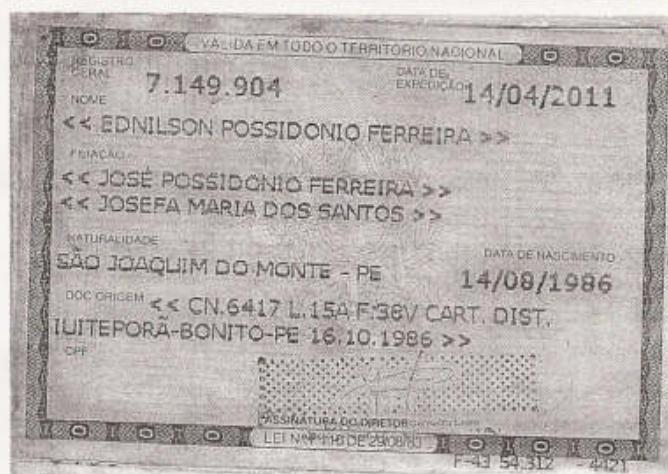
Frame: [1] 1 / 1  
Zoom: 14.44%  
Window/Level: 4.096/2.048  
Pixel:  
CR (2400x3020)

Serias Nb: 3  
AP  
CR (2400x3020)



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 02/10/2020 15:44:35  
<https://pje.tje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20100215443533500000067634304>  
Número do documento: 20100215443533500000067634304

Num. 68966522 - Pág. 27



DETAN - PE		Nº 014206949936	
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO			
VIA 1	CÓD. RENAVAM 988644595	R.N.T.R.C. *****	EXERCÍCIO: 2019
NOME REGINALDO GUEDES DA SILVA			
CARUARU - PE		0	
CNPJ / CNPJ 217.077.158-15		PLACA KEV8270	
PLACA ANT / UF ***** / PE	CHASSI 9CDNF41LJ8M212465		
ESPECIE / TIPO PAS / MOTOCICLETA		COMBUSTÍVEL GASOLINA	
MARCA / MODELO SUZUKI / EM125. YFZ		ANO FAB. 2003	ANO MOD. 2003
CAP / POT / CIL 2 P / 125 CL		CATEGORIA PARTIC	COR PREDOMINANTE VERMELHA
I P	COTA ÚNICA IPVA 2019 QUITADO	VENC. COTA ÚNICA 1º *****	VENC / COTAS
V A	FAIXA IPVA 1	PARCELAMENTO / COTAS *****	2º *****
		3º *****	
PRÉMIO TARIFÁRIO (R\$) 80.11		IOF (R\$) 0.32	PRÉMIO TOTAL (R\$) 84.50
DATA DE PAGAMENTO 13/02/19			
OBSERVAÇÕES AL. FID. BANCO BRADESCO FINANCIAMENTO NAO VULDO PARA TRANSFERENCIA			
CARUARU		DATA 25/03/19	
Roberto Carlos Morgato Fontelle			
DIRETOR PRES.			



## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3200134320      **Cidade:** Caruaru      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** EDNILSON POSSIDONIO FERREIRA      **Data do acidente:** 22/11/2019      **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

### PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 02/04/2020

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DO MALÉOLO MEDIAL E DO 5º DEDO DO PÉ DIREITO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CONSERVADOR DO TORNOZELO E CIRÚRGICO DO PÉ.  
ALTA MÉDICA.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO TORNOZELO E 5º DEDO DO PÉ 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 DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DO TORNOZELO E MODERADO DO 5º DEDO DO PÉ 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 tornozelo	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Dedos da pé-Perda funcional completa de qualquer um dos dedos do pé	10 %	Em grau médio - 50 %	5%	R\$ 675,00
<b>Total</b>		<b>11,25 %</b>	<b>R\$ 1.518,75</b>	



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 02/10/2020 15:44:35  
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20100215443533500000067634304>

Número do documento: 20100215443533500000067634304

## RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0105235/20

**Vítima:** EDNILSON POSSIDONIO FERREIRA

**CPF:** 055.698.244-48

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 22/11/2019

**Titular do CPF:** EDNILSON POSSIDONIO FERREIRA

**Seguradora:** GENTE SEGURADORA 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

#### ROSILENE MARGARIDA DA SILVA : 029.170.884-60

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

#### EDNILSON POSSIDONIO FERREIRA : 055.698.244-48

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](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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

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

#### Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 30/03/2020  
Nome: ROSILENE MARGARIDA DA SILVA  
CPF: 029.170.884-60

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 30/03/2020  
Nome: Eduardo Rodrigo de Sousa Borges  
CPF: 077.643.254-06

ROSILENE MARGARIDA DA SILVA

Eduardo Rodrigo de Sousa Borges



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 02/10/2020 15:44:35  
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20100215443533500000067634304>  
Número do documento: 20100215443533500000067634304

Num. 68966522 - Pág. 31

## PROCURAÇÃO

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

### OUTORGANTE:

Nome: Ednilson Possidônio Ferreira  
brasileiro (a), estado civil: Solteiro, profissão: Recreio,  
RG nº 7149904, CPF/MF nº 055 698 244-48, com  
endereço residencial na Rua do Cedro - 1204  
Rendeiros  
Barrauna - PE

### OUTORGADO:

Nome: \_\_\_\_\_  
brasileiro (a), estado civil: Solteira, RG nº 9000 - 356,  
CPF/MF nº 029 170 884 - 70, com endereço residencial na  
Rua: Ricardo Pilon, 332  
São Francisco  
Barrauna - PE

### PODERES:

Amplos poderes para praticar os atos administrativos do Seguro Obrigatório – DPVAT, por natureza Invalidiz da Vítima Ednilson Possidônio Ferreira CPF 055 698 244-48 e cujo Sinistro ocorrido no dia \_\_\_\_\_.

Barrauna, 10 de Maio de 2020.



x Ednilson Possidônio Ferreira  
Outorgante  
(Reconhecer firma por autenticidade)





SEGUNDO SERVICO NOTARIAL E PROTETOR DE CASIARU - PE  
Assentado na Rua Nossa Senhora das Graças, 1000 - Centro - CEP 58010-000 - Telefones: (84) 323-1511 / 323-1512  
PALEOCO PORTO - CEP 58010-000 - Telefones: (84) 323-1511 / 323-1512

**RECONHECO, por autenticidade a(s) firma(s) de:**  
**EDNILSON POSSIDONIO FERREIRA**  
selo Nº 0077073.ICB03202001.01746  
dou fé. CARUARU, 10/03/2020 10:46:09 Em test<sup>o</sup>  da verdade.

Rosângela Zácaras/Marina Vieira

Consulte autenticidade em: [www.tjpe.jus.br/seodigital](http://www.tjpe.jus.br/seodigital) ou pelo QR CODE



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 02/10/2020 15:44:35  
<https://pjje.tjpe.jus.br:443/g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2010021544353350000067634304>  
Número do documento: 2010021544353350000067634304

Num. 68966522 - Pág. 33

## RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0105235/20

**Vítima:** EDNILSON POSSIDONIO FERREIRA

**CPF:** 055.698.244-48

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 22/11/2019

**Titular do CPF:** EDNILSON POSSIDONIO FERREIRA

**Seguradora:** GENTE SEGURADORA 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

#### ROSILENE MARGARIDA DA SILVA : 029.170.884-60

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

#### EDNILSON POSSIDONIO FERREIRA : 055.698.244-48

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](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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

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

#### Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 30/03/2020  
Nome: ROSILENE MARGARIDA DA SILVA  
CPF: 029.170.884-60

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 30/03/2020  
Nome: Eduardo Rodrigo de Sousa Borges  
CPF: 077.643.254-06

ROSILENE MARGARIDA DA SILVA

Eduardo Rodrigo de Sousa Borges



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 02/10/2020 15:44:35  
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20100215443533500000067634304>  
Número do documento: 20100215443533500000067634304

Num. 68966522 - Pág. 34