14/10/2020

Número: **0089634-09.2019.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**
Órgão julgador: **Seção B da 16ª Vara Cível da Capital**
Última distribuição : **26/12/2019**
Valor da causa: **R$ 2.531,25**
Assuntos: **Acidente de Trânsito**
Segredo de justiça? **NÃO**
Justiça gratuita? **SIM**
Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
SORAYA FERNANDA LIMA DA SILVA (AUTOR)	PEDRO GABRIEL PEREIRA DOS SANTOS (ADVOGADO)
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (REU)	

Documentos			
Id.	**Data da Assinatura**	**Documento**	**Tipo**
69500045	14/10/2020 16:34	ANEXO 1	Outros (Documento)

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

Rio de Janeiro, 27 de Setembro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190548930

Vítima: SORAYA FERNANDA LIMA DA SILVA

Data do Acidente: 14/02/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ALCIONE GOMES DA SILVA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), SORAYA FERNANDA LIMA 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. 00799/00800 - carta_01 - INVALIDEZ

00020400

Carta nº 14817682

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, 30 de Setembro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190548930

Vítima: SORAYA FERNANDA LIMA DA SILVA

Data do Acidente: 14/02/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ALCIONE GOMES DA SILVA

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), SORAYA FERNANDA LIMA 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. 01097/01098 - carta_02 - INVALIDEZ

00050549

Carta nº 14822188

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, 16 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190548930

Vítima: SORAYA FERNANDA LIMA DA SILVA

Data do Acidente: 14/02/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ALCIONE GOMES DA SILVA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), SORAYA FERNANDA LIMA DA SILVA

Pag. 01187/01188 - carta_30 - INVALIDEZ

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$ 843,75

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos ombros 25%
Graduação: Em grau leve 25%
% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 25%) 6,25%
Valor a indenizar: 6,25% x 13.500,00 = R$ 843,75

00020594

Recebedor: **SORAYA FERNANDA LIMA DA SILVA**
Valor: **R$ 843,75**
Banco: **104**
Agência: **000002708**
Conta: **000007435-3**
Tipo: **CONTA POUPANÇA**

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

Estamos aqui para Você

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 14/10/2020 16:34:13
https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20101416341353400000068152739
Número do documento: 20101416341353400000068152739

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:	4 - Nome completo da vítima:
	068.685.974-01	Soraya Fernanda Lima 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: Soraya Fernanda Lima da Silva | 6 - CPF: 068.685.974-01

7 - Profissão: Vendedora | 8 - Endereço: Rua, Delícia | 9 - Número: 103 | 10 - Complemento:

11 - Bairro: Bomba do Hemetério | 12 - Cidade: Recife | 13 - Estado: PE | 14 - CEP: 52.211.170

15 - E-mail: | 16 - Tel (DDD): (81) 98488-7131

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: 2708 (013) CONTA: 00007435 (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 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.

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 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.

KOTE SEGUROS
Erica Araújo
24/09/19

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

MORTE

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:	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 pai/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

NÃO ALFABETIZADO

34

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

TESTEMUNHAS

38 - 1ª | Nome:
CPF:
Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:
CPF:
Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: Olinda, 11 de setembro de 2019.

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): Soraya Fernanda Lima da Silva

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver): Adriana Gomes da Silva

001 V002/2019

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 14/10/2020 16:34:13
https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20101416341353400000068152739
Número do documento: 20101416341353400000068152739

GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 001ª CIRCUNSCRIÇÃO - RIO BRANCO - DP1ªCIRC
DIM/1ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 19E0091000591

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **19/03/2019** às **17:23**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado) que aconteceu no dia **14/2/2019** às **10:45**

Fato ocorrido no endereço: **RUA PALMAS, 1** - Bairro: **SANTO AMARO** - **RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PUBLICA / EM FRENTE A RICARDO ELETRICO**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

JOSE BEZERRA FRAZAO TEIXEIRA (AUTOR \ AGENTE)
SORAYA FERNANDA LIMA DA SILVA (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): JOSE BEZERRA FRAZAO TEIXEIRA

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

SORAYA FERNANDA LIMA DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: **Feminino** Mãe: **EDLEUSA LIMA DA SILVA** Pai: **FERNANDO JOSE MARTINS DA SILVA** Data de Nascimento: **13/4/1987** Naturalidade: **RECIFE / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **6941373/SDS/PE (RG)**, **06868597401 (CPF)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **2°. GRAU COMPLETO** Profissão: **VENDEDOR(A)** Telefones Celulares: - **985944677**

Exame pericial: (solicitado por esta unidade operacional): **IML PARA EXAME DE CORPO DELITO**
Endereço Residencial: **RUA DELICIA, 103 - CEP: 55000-000 - Bairro: BOMBA DO HEMETERIO - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL**
Endereço Comercial: **RUA PALMAS, 153 - CEP: 55000-000 - Bairro: SANTO AMARO - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL**

JOSE BEZERRA FRAZAO TEIXEIRA (não presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **MARIA LUCIA TEIXEIRA** Data de Nascimento: **16/3/1967** Naturalidade: **RECIFE / PERNAMBUCO / BRASIL**
Endereço Residencial: **RUA LUIZ CAVALCANTE LINS, 32, A - CEP: 0 - Bairro: LIBERDADE - MORENO/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

VEICULO (VEICULO), que estava em posse do(a) Sr(a): **JOSE BEZERRA FRAZAO TEIXEIRA**
Categoria/Marca/Modelo: **AUTOMOVEL/HONDA/CIVIC** Objeto apreendido: **Não**
Quantidade: **(UNIDADE)**

Placa: **KIJ1914** (PERNAMBUCO/OLINDA)

KOTE SEGUROS
Erica Araujo
3/4/19

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 14/10/2020 16:34:13
https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20101416341353400000068152739
Número do documento: 20101416341353400000068152739

Descrição: **PROPRIETARIO NAO INFORMADO.**

Complemento / Observação

DECLARA A VITIMA QUE NO DIA 14/02/ 2019, SOFREU UM ACIDENTE DE TRANSITO ,PROXIMO AO SEU LOCAL DE TRABALHA ,POR UM FLANELINHA ,QUE POR NOME JOSE BEZERRA FRAZAO TEIXEIRA , CONECIDO POR LEO , CONDUZIA UM VEICULO DE MARCA HONDA , MODELO CIVIC,PLACA KIJ 1914- OLINDA -PE, QUE CAUSOU LESAO CORPORAL NO BRACO ESQUERDO E EM SEGUIDA FOI SOCORRIDA PELO SAMU ,PARA UPA DA IMBIRIBEIRA ,ONDE FICOU SOBRE OS CUIDADOS MEDICOS . ATRAVES DESSA AUTORIDADE SOLICITA PROVIDENCIAS CABIVEIS.

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

Soraya Fernanda Lima da Silva

SORAYA FERNANDA LIMA DA SILVA
(VITIMA)

B.O. registrado por: **IVAN FERREIRA DE LIMA** - Matrícula: **3810925**

SDS/PC ... IVI - PE
2ª U...
4ª Circun... ão
Espinheiro

KOTE SEGUROS
Erica Araujo
11/04/19

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 14/10/2020 16:34:13
https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20101416341353400000068152739
Número do documento: 20101416341353400000068152739

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:	4 - Nome completo da vítima:
	068.685.974-01	Soraya Fernanda Lima 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: Soraya Fernanda Lima da Silva — 6 - CPF: 068.685.974-01

7 - Profissão: Vendedora — 8 - Endereço: Rua, Delícia — 9 - Número: 103 — 10 - Complemento:

11 - Bairro: Bomba do Hemetério — 12 - Cidade: Recife — 13 - Estado: PE — 14 - CEP: 52.211.170

15 - E-mail: — 16 - Tel (DDD): (81)98488-7131

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: 2708 (013) CONTA: 00007435 (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 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.

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 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.

KOTE SEGUROS
Erica Araújo
24/09/19

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

MORTE

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: — 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 (gravidez)? ☐ Sim ☐ Não — 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não — 32 - Se tinha irmãos, informar: Vivos: Falecidos: — 33 - Vítima deixou pai/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

NÃO ALFABETIZADO

34

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

TESTEMUNHAS

38 - 1ª | Nome:
CPF:
Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:
CPF:
Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: Olinda, 11 de setembro de 2019.

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): Soraya Fernanda Lima da Silva

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver): Adriana Gomes da Silva

001 V002/2019

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 14/10/2020 16:34:13
https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20101416341353400000068152739
Número do documento: 20101416341353400000068152739

PREFEITURA DO RECIFE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA

SAMU 192

DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO

Nº DA	049.03.2019
DATA	22.03.2019

Atendendo ao requerimento da paciente Sra. **SORAYA FERNANDA LIMA DA SILVA,** portadora do Documento de Identidade nº **6941373** SDS/PE e inscrita no CPF/MF sob o nº **068.685.974-01**, declaramos que consta em nossos arquivos a ocorrência de nº **S-589397**, que no dia 14 de fevereiro de 2019, foi atendida por nosso Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU Metropolitano do Recife, vítima de acidente de trânsito por atropelamento envolvendo automóvel, por volta das 11h50, na Rua da Palma, imediações da antiga Loja Viana Leal, no bairro Santo Antônio, Recife/PE e, sendo direcionada para a UPA Imbiribeira.
Recife, 22 de março de 2019.

Carlos Eduardo Macedo
Gerente Operacional
Administrativo Financeiro
SAMU Metropolitano Recife
Mat. 92548-9

Dr. Sergio Parente Costa
Gerente de Informação e Avaliação
SAMU Metropolitano do Recife

SAMU METROPOLITANO DO RECIFE
Avenida Manoel Borba, 951 Boa Vista Recife – PE
CEP – 50.060.140 Fone: 3355-7450

KOTE SEGUROS
Erica Araujo
14/09/19

Scanned with CamScanner

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 14/10/2020 16:34:13
https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20101416341353400000068152739
Número do documento: 20101416341353400000068152739

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: 09/10/2019
NUMERO DO DOCUMENTO:
VALOR TOTAL: 843,75

*******TRANSFERIDO PARA:
CLIENTE: SORAYA FERNANDA LIMA DA SILVA

BANCO: 104
AGÊNCIA: 02708
CONTA: 000000007435-3

Nr. da Autenticação C3F9CEA62F2A69CB

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, SONAYA FERNANDA LIMA DA SILVA,

RG nº 6.941 373, data de expedição 28/11/2001 Órgão SDS-PE

CPF nº 068.685.974-01 venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	RUA DELÍCIA
Número	103
Apto / Complemento	—
Bairro	BOMBA DO HEMETERIO
Cidade	RECIFE
Estado	PERNAMBUCO
CEP	52211-170
Telefone de Contato	(81) 98488-7134
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: OLINDA, 01 DE ABRIL DE 19

Assinatura do Declarante: Sonaya Fernanda Lima da Silva

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 14/10/2020 16:34:13
https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20101416341353400000068152739
Número do documento: 20101416341353400000068152739

compesa

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

ATENDIMENTO: PRACA FARIAS NEVES - NUM. - S/N - DOIS IRMAOS R
RECIFE PE 52171-011

DADOS DO CLIENTE
ROSA MARIA LIMA DA SILVA
MATRÍCULA: 060357927 Jun/2019
R DELICIA, N. 00103 - BOMBA DO HEMETERIO RECIFE PE 52211-170
INSCRICAO: 360.232.040.0605.000 GRUPO: 11 DEB.AUTOMATICO: 060357927

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

HIDRÔMETRO	DATA LEIT. ANTERIOR	DATA LEIT. ATUAL	TIPO DE CONSUMO (A/E)
A15U035758	04/01/2019	05/02/2019	REAL

AGUA
LEIT ANT. 134 CONSUMO:5
LEIT ATU. 139
LEIT PRX. 159

HISTORICO DE CONSUMO
REFERENCIA CONSUMO

12/2018 5
11/2018 6
10/2018 6
09/2018 5
08/2018 6
07/2018 6
MEDIA 5

PARAMETROS	NUMERO DE AMOSTRAS		
	EXIG. PORT. MS 2.914/11	ANALISES REALIZ.	ATENDEM A LEGIS
TURBIDEZ	135	135	135
COR APARENTE	135	135	135
CLORO RESIDUAL	135	135	135
COLIF. TOTAIS	135	135	135
E.COLI	135	135	135

Qualidade da Agua: www.compesa.com.br

OBS.: (1)COLIFORMES TOTAIS AUSENCIA 95% DAS AMOSTRAS EXAMINADAS
(2)OS PARAMETROS COLIFORMES TOTAIS, ESCHERICHIA COLI E CLORO RESIDUAL SAO INDICADORES DAS CONDICOES SANITARIAS DA AGUA
(3)OS PARAMETROS COR E TURBIDEZ SAO INDICADORES DAS CONDICOES ASTHETICAS E DE ASPECTO VISUAL DA AGUA

DESCRICAO DOS SERVICOS	CONSUMO	TOTAL(R$)
AGUA		
RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)		
CONSUMO DE AGUA	5/43	41,30
MULTA P/IMPONTUALIDADE 12/2018		0,83

TRIBUTOS	BASE DE CALCULO	PERCENTUAL (%)	VALOR DO IMPOSTO
PIS	41,30	1,65	0,68
COFINS	41,30	7,60	3,14

VENCIMENTO: 20/02/2019 TOTAL A PAGAR: 42,13

RECADO:

Scanned with CamScanner

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 14/10/2020 16:34:13
https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20101416341353400000068152739
Número do documento: 20101416341353400000068152739

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, ALCIONE GOMES DA SILVA,

RG nº 5.633-938, data de expedição 23/06/2011, Órgão SSP/PE,

CPF nº 028.466.664-58, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	AV. PROFESSOR AGAMENON MAGALHÃES
Número	473
Apto / Complemento	
Bairro	VILA POPULAR
Cidade	OLINDA
Estado	PERNAMBUCO
CEP	53230-010
Telefone de Contato	(81) 98488-7131
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: OLINDA, 04 DE AGOSTO DE 2019

Assinatura do Declarante: Alcione Gomes da Silva.

KOTE SEGUROS
Erica Araujo
24/09/19

NOTA FISCAL | FATURA | CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA 2a VIA

COMPANHIA ENERGÉTICA
DE PERNAMBUCO
AV.JOÃO DE BARROS, 111, BOA VISTA,
RECIFE, PERNAMBUCO
CEP 50050-902
CNPJ 10.835.932/0001-08
INSCRIÇÃO ESTADUAL 0005943-93

celpe
Grupo Neoenergia
www.celpe.com.br

Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de 26/04/02
COMERCIAL 116 | PRONTIDÃO 116
Atendimento ao deficiente auditivo ou de fala: 0800 281 0142
Ouvidoria 0800 282 5599
Agência de Regulação dos Serviços Públicos Delegados do Estado
de Pernambuco-ARPE: 0800-727-0167-Ligação Gratuita de Telefones Fixos
Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL
167-Ligação Gratuita de telefones fixos e móveis

DADOS DO CLIENTE
OZIEL MARIANO DA SILVA
CPF: 388.900.264-82

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
AV PROF AGAMENOM MAGALHAES 473
VILA POPULAR/OLINDA
53230-010 OLINDA PE

As condições gerais de fornecimento (Resolução ANEEL 414/2010), tarifas, produtos, serviços prestados e tributos se encontram à disposição, para consulta em nossas unidades de atendimento e no site www.celpe.com.br

DATA DE VENCIMENTO	DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL	CONTA CONTRATO
08/03/2019	19/02/2019	000676751025
TOTAL A PAGAR (R$)	DATA DA APRESENTAÇÃO 26/02/2019	Nº DO CLIENTE 2000326531
442,28	NÚMERO DA NOTA FISCAL 051574607	Nº DA INSTALAÇÃO 0002132736

CLASSIFICAÇÃO
B1 RESIDENCIAL - RESIDENCIAL
Monofásico

RESERVADO AO FISCO
64C0.19E2.D13D.B5B0.443B.6FC4.5ADF.E5E5

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R$)
Consumo Ativo(kWh)	573,00	0,73479853	421,03
Contrib. Ilum. Públics Municipal			20,54
ICMS Subvenção-CDE-NF 043795537-21/12/18			0,71
TOTAL DA FATURA			442,28

EM ATÉ 15 DIAS, DÉBITOS EXISTENTES CAUSARÃO CORTE.

Vencto	Dt Rcav	Valor
28/01/19	20/02/19	382,80

Este comunicado NÃO substitui aviso de débitos anteriores e NÃO contempla débitos em discussão judicial. Caso a suspensão do fornecimento persista por dois ciclos de faturamento, poderá ocorrer o encerramento do contrato, podendo também existir cobrança conforme os critérios definidos na Art. 90 REN 414/Aneel. Podem ocorrer ações de cobrança, bem como inclusão nos registros de restrições de crédito SPC e SERASA.

Tarifas Aplicadas

Consumo Ativo(kWh)	0,52156600

HISTÓRICO DO CONSUMO

		kWh
FEV	19	573
JAN	19	497
DEZ	18	130
NOV	18	30
OUT	18	30
SET	18	30
AGO	18	30
JUL	18	30
JUN	18	30
MAI	18	30
ABR	18	30
MAR	18	30
FEV	18	30

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

	R$	%
Geração de Energia	133,62	31,74
Transmissão	19,79	4,70
Distribuição (Celpe)	82,53	21,38
Encargos Setoriais	23,62	5,66
Tributos	122,16	29,01
Perdas de Energia	29,11	6,91
TOTAL	421,03	100

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS

ICMS			PIS			COFINS		
BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
421,03	25,00	105,25	421,03	0,71	2,98	421,03	3,31	13,93

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

NÚMERO DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR DATA	ANTERIOR LEITURA	ATUAL DATA	ATUAL LEITURA	Nº DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO kWh
0000000031407S4743	CAT	21/01/2019	2.885,00	18/02/2019	3.468,00	28	1,00000	0,00	573,00

DATA PREVISTA PARA A PRÓXIMA LEITURA: 21/03/2019

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES

DESCRIÇÃO	CONJUNTO	VALOR APURADO	META MENSAL	META TRIM.	META ANUAL
		dez/2018			
DIC-No.de horas sem Energia	SAO BENEDITO	0,00	4,86	9,91	19,82
FIC-No.de vezes sem Energia		0,00	3,17	6,35	12,70
DMIC-Duração máxima de interrupção contínua		0,00	2,77	0,00	0,00
DICRI-Duração de interrupção em dia crítica			Limite DICRI: 12,22		

EUSD-Valor do Encargo de Uso = R$ 157,75

Todo Consumidor pode solicitar a apuração dos indicadores DIC, FIC, DMIC e DICRI a qualquer tempo.

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Pague no ponto mais perto de voce! bk variedades: rua rio grande do sul jardim brasil / ellflosat: av joaquim nabuco 339 ?Lista completa em www.celpe.com.br."
Na data da leitura a bandeira em vigor é a Verde. Mais informações em www.aneel.gov.br.
Cobrança ICMS sobre subvenção CDE, conforme Decreto Estadual 39.458/13.
O cliente é compensado quando há violação na continuidade individual ou do nível de tensão de fornecimento.
Pagto. em atraso gera multa 2%(Res414/ANEEL), Juros 1%a.m(Lei 10.438/02] e atualização monetária no próx. mês
O Cliente é compensado quando há descumprimento do prazo definido para os padrões de atendimento comercial.
Em caso de suspensão de fornecimento, o encerramento do contrato poderá ocorrer após 2 ciclos de faturamento, podendo também ser cobrado o custo de disponibilidade no ciclo em que ocorrer a suspensão.

NÍVEIS DE TENSÃO

TENSÃO NOMINAL(V)	LIMITE DE VARIAÇÃO(V)	
	MÍNIMO	MÁXIMO
220	202	231

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

DESTAQUE AQUI

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO	TOTAL A PAGAR(R$)	VENCIMENTO	TALÃO DE PAGAMENTO
000676751025	02/2019	442,28	08/03/2019	Evite dobrar, perfurar ou rasurar. Este canhoto será usado em leitora ótica.

838800000046 422800110001 676751025109 148038077532

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

Seguradora LÍDER

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

Para mais esclarecimentos, acesse o site **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[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 Alcione Gomes da Silva

inscrito (a) no CPF/CNPJ 028466.664 / 58 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Soraya Fernanda Lima da Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 068.685974 01

do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Soraya Fernanda Lima da Silva

inscrito (a) no CPF sob o Nº 068.685.974 / 01 conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: RECUSA - ML Renda: RECUSA - ML e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder–DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. **Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.**

Endereço: Av. Prof. Agamenon Magalhães	Número: 473	Complemento:
Bairro: Vila Popular Cidade: Olinda	Estado: PE	CEP: 53.230.010
E-mail:		Tel.(DDD): (081) 98488-7131

Local e Data: Olinda, 11 de setembro de 2019.

Alcione Gomes da Silva
Assinatura do Declarante

KOTE SEGUROS
Erica Araujo
11/09/19

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 14/10/2020 16:34:13
https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20101416341353400000068152739
Número do documento: 20101416341353400000068152739

UPA 24h
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO

Paciente: 0000546911 SORAYA FERNANDA LIMA DA SILVA
Nascimento: 13/04/1987 31 Anos 10 Meses 1 Dia Sexo:
Atendimento: 01193222 Data Atendimento: 14/02/2019 12:12

IPAS

Atesto para devidos fins que o (a) Sr.(a) SORAYA FERNANDA LIMA DA SILVA foi atendido(a) no serviço de Urgência/Emergência desta unidade, registrado sob o número de prontuário 0000546911 e número de atendimento 01193222 em 14/02/2019 às 12:00 apresentando o diagnóstico S500 e necessita de 03 TRES dia(s) de afastamento das suas atividades profissionais ou escolares, a partir desta data.

Dr. Rodrigo Perez
CRM 22017
Ortopedia - Traumatologia

Recife, 14 de Fevereiro de 2019

Médico: RODRIGO AMORIM DE MORAES PEREZ
CRM: 22017

Eu SORAYA FERNANDA LIMA DA SILVA autorizo divulgação de meu diagnóstico por escrito ou na forma de código (CID-10) pelo médico acima assinado.

KOTE SEGUROS
Erica Araujo
14/09/19

Scanned with CamScanner

RESUMO DE ALTA

DATA DA ALTA - 14/02/2019 12:58:45

IDENTIFICAÇÃO

NOME: SORAYA FERNANDA LIMA DA SILVA
RG:
PESO:

IDADE: 31 Anos
SEXO: FEMININO
ALTURA:

Data de Nascimento: 13/04/1987

PRESTADOR ASSISTENTE: RODRIGO AMORIM DE MORAES PEREZ

DATA DE ATENDIMENTO: 14/02/2019 12:12:55 ATENDIMENTO: 1193222 TEMPO DE PERMANÊNCIA: 0 Hora(s)

CONVÊNIO: SUS - AMBULATORIO
PLANO: PLANO UNICO

DIAGNÓSTICO

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL: S500 - CONTUSAO DO COTOVELO

DIAGNÓSTICO(S) SECUNDÁRIO(S):

DIAGNÓSTICO INICIAL: S500 - CONTUSAO DO COTOVELO

DIAGNÓSTICO DE ALTA: S500 - CONTUSAO DO COTOVELO

CONDUTA DE ALTA:

MOTIVO DA ALTA: ALTA APÓS MEDICAMENTO

PROCEDIMENTO DE ALTA:

OBSERVAÇÃO DE ALTA: RADIOGRAFIA NÃO EVIENCIOU ALTERAÇÕES OSTEO-ARTICULARES AGUDAS
AO EXAME FÍSICO, FICOU CONSTATADA A PRESERVAÇÃO DA MOBILIDADE DO MEMBRO
EXAME NEUROVASCULAR ÍNTEGRO
PACIENTE REFERE MELHORA APÓS MEDICAÇÕES.
DIMINUIÇÃO DO QUADRO ÁLGICO
SEM EFEITOS COLATERAIS APOS A MEDICAÇÃO

ORIENTAÇÕES:

- TOMAR MEDICAÇÕES CONFORME PRESCRIÇÃO MÉDICA
- MANTER MEMBRO ELEVADO
- CRIOTERAPIA
- REPOUSO
- RETORNAR EM CASO DE DOR PERSITENTE

KOTE SEGUROS
Erica Araujo
24/09/19

Dr Marcello Silveira

Scanned with CamScanner

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 14/10/2020 16:34:13
https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20101416341353400000068152739
Número do documento: 20101416341353400000068152739

UPA IMBIRIBEIRA
MV PEP Prontuário Eletrônico do Paciente
Relatório de Prescrição / Evolução

Emitido por:MARCELLOJCS
Em: 27/02/2019 08:26

Prescrição.: 1674204 Data: 14/02/2019 12:18
Usuário....: RODRIGOAMP
Atendimento: 1193222 Dt Nasc: 13/04/1987 (31a 10m 17d)
Convênio...: SUS - AMBULATORIO
Paciente...: 546911 - SORAYA FERNANDA LIMA DA SILVA
Peso.....: Altura: Sup. Corporea:
Internação.: 14/02/2019 12:12 0 Dias(s) Int
Médico.....: RODRIGO AMORIM DE MORAES PEREZ - CRM 22017
FUNÇÃO: MEDICO(A) Serviço: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA
Unid. Int..: Leito..: Cobertura:
Cid.....: S500 CONTUSAO DO COTOVELO Ciclo..: /
Diagnóstico:
Protocolo..:
Classificação de Risco:URG

1ª VIA

Rubrica do Responsável

Classificação de Risco:URGENTE

Alergias: NEGA ALERGIAS

PRESCRIÇÃO DE PROC EXAMES

PROCEDIMENTOS MEDICOS	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Datas/Horários
2 TIPOIA G	1					[14/02] 12:18
|-> ATADURA CREPE 20CM X 4,5M 11FIOS	2	UN				

KOTE SEGUROS
Erica Araujo
24/09/19

Scanned with CamScanner

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 14/10/2020 16:34:13
https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20101416341353400000068152739
Número do documento: 20101416341353400000068152739

UPA IMBIRIBEIRA
MV PEP Prontuário Eletrônico do Paciente
Relatório de Prescrição / Evolução

Emitido por:MARCELLOJCS
Em: 27/02/2019 08:26

Prescrição.: 1674202 Data: 14/02/2019 12:17
Usuário....: RODRIGOAMP
Atendimento: 1193222 Dt Nasc: 13/04/1987 (31a 10m 17d)
Convênio...: SUS - AMBULATORIO
Paciente...: 546911 - SORAYA FERNANDA LIMA DA SILVA
Peso.....: Altura: Sup. Corporea:
Internação.: 14/02/2019 12:12 0 Dias(s) Int
Médico.....: RODRIGO AMORIM DE MORAES PEREZ - CRM 22017
FUNÇÃO: MEDICO(A) Serviço: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA
Unid. Int..: Leito..: Cobertura:
Cid.....: S500 CONTUSAO DO COTOVELO Ciclo..: /
Diagnóstico:
Protocolo..:
Classificação de Risco:URG

2ª VIA

Rubrica do Responsável

Classificação de Risco:URGENTE

Alergias: NEGA ALERGIAS

PRESCRIÇÃO DE PROC EXAMES

	EXAMES IMAGEM	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Datas/Horários
1	RX COTOVELO ESQUERDO A.P. / PERFIL ; Exame: 306987	1					[14/02] 12:17

KOTE SEGUROS
Erica Araujo
24/04/19.

MV 2000 - A SOLUÇÃO INTELIGENTE PARA A MODERNA ADMINISTRAÇÃO HOSPITALAR

UPA_IMBIRIBEIRAmarcellojcs

Scanned with CamScanner

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 14/10/2020 16:34:13
https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20101416341353400000068152739
Número do documento: 20101416341353400000068152739

UPA IMBIRIBEIRA
MV PEP Prontuário Eletrônico do Paciente
Relatório de Prescrição / Evolução

Emitido por:MARCELLOJCS
Em: 27/02/2019 08:26

Prescrição.: 1674203 Data: 14/02/2019 12:17
Usuário....: RODRIGOAMP
Atendimento: 1193222 Dt Nasc: 13/04/1987 (31a 10m 17d)
Convênio...: SUS - AMBULATORIO
Paciente...: 546911 - SORAYA FERNANDA LIMA DA SILVA
Peso.....: Altura: Sup. Corporea:
Internação.: 14/02/2019 12:12 0 Dias(s) Int
Médico.....: RODRIGO AMORIM DE MORAES PEREZ - CRM 22017
FUNÇÃO: MEDICO(A) Serviço: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA
Unid. Int..: Leito..: Cobertura:
Cid.....: S500 CONTUSAO DO COTOVELO Ciclo..: /
Diagnóstico:
Protocolo..:
Classificação de Risco:URG

2ª VIA

Rubrica do Responsável

Classificação de Risco:URGENTE

Alergias: NEGA ALERGIAS

PRESCRICAO MEDICA

	MEDICAMENTOS	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Datas/Horários
1	TRAMADOL CLORIDRATO SOL.INJ. 50MG - 1ML	1	AMP		IM	Agora	[14/02] 12:17
	|-> AGULHA 25X7 DESCARTAVEL	1	UN				
	|-> CLORETO DE SODIO SOL.INJ. 0,9%-100ML (FRESENIUS/BAXTER/BBRUM	1	FA C/100ML				
	|-> ESCALPE N. 21	1	UN				
	|-> SERINGA DESCARTAVEL 3CC S/ AGULHA	1	UN				
2	DIPIRONA SODICA SOL.INJ. 1G - 2ML	1	AMP		IM	Agora	[14/02] 12:17
	|-> SERINGA DESCARTAVEL 3CC S/ AGULHA	1	UN				
	|-> AGULHA 25X7 DESCARTAVEL	1	UN				

IOMIPAS
Dr Marcello Silva

KOTE SEGUROS
Erica Araújo
24/09/19

Scanned with CamScanner

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 14/10/2020 16:34:13
https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20101416341353400000068152739
Número do documento: 20101416341353400000068152739

UPA 24h
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO

Paciente: 0000546911 SORAYA FERNANDA LIMA DA SILVA
Nascimento: 13/04/1987 31 Anos 10 Meses 1 Dia Sexo:
Atendimento: 01193222 Data Atendimento: 14/02/2019 12:12

IPAS
Instituto Pernambucano de Assistência e Saúde

RECEITUÁRIO MÉDICO

USO ORAL

CETOPROFENO 100mg ---------- 1 caixa

TOMAR 1 COMPRIMIDO DE 12/12H POR 5 DIAS

DIPIRONA 1G ---------- 1 CAIXA

TOMAR 1 COMPRIMIDO DE 6/6H, SE DOR

Rodrigo Perez
CRM 22017
Ortopedia e Traumatologia

Recife, 14 de Fevereiro de 2019

Médico: RODRIGO AMORIM DE MORAES PEREZ
CRM: 22017

KOTE SEGUROS
Erica Araujo
14/02/19

Scanned with CamScanner

Santa Casa de Recife

Relatório Médico de Alta

SANTA CASA

Nome: SORAYA FERNANDA LIMA DA SILVA
Reg.: 629861 **Pront.:** 1163713
Sexo: Feminino **Dt. Nasc.:** 13/04/1987 **Idade:** 31
Conv.: RETAGUARDA GETULIO **Admissão:** 28/02/2019 20:43 **Alta:** 09/03/2019 12:41

Admissão:

PACIENTE COM FRATURA DIAFISÁRIA DO ÚMERO ESQUERDO, POR ATROPELAMENTO, HÁ CERCA DE 15 DIAS APRESENTA DÉFICIT DE EXTENSÃO DE PUNHO, MÃO E DEDOS, CONFIGURANDO NEUROPRAXIA DO NERVO RADIAL.

Evolução / Conduta:

OPERADO SEM INTERCORRÊNCIAS

Internação:

Unidade	Admissão	Alta/Transferência	Tempo
ENFERMARIA SÃO LUIZ	28/02/2019 20:43	09/03/2019 12:41	9 dia(s)

Orientação:

1) RETORNO PARA REVISÃO QUARTA-FEIRA , AS 07:00H (MARCAR ANTES);
2) NÃO NECESSITA TROCA DE CURATIVO, APENAS NA REVISÃO CIRURGICA;
3) MOVIMENTAR LIVREMENTE OS DEMAIS DEDOS;
4) QUALQUER PROBLEMA COM A CIRURGIA, PROCURAR ATENDIMENTO EM UPA;
5) REALIZAR RAIO-X, AGENDAR E REALIZAR ANTES DA CONSULTA DE REVISÃO.

Condição de Alta: Melhorado **Tipo de Alta:** Médica

Médico Responsável: Dr. LEONARDO PINHEIRO CARVALHO
CRM: 17884

Leonardo Pinheiro
Cirurgia da Mão
Traumato. Ortopedia
CRM 17.884 SBOT 13.576

KOTE SEGUROS
Erica Araujo
14/09/19

Scanned with CamScanner

SANTA CASA
DE MISERICÓRDIA DO RECIFE

Santa Casa de Misericórdia do Recife
HOSPITAL SANTO AMARO

NOME:	SORAYA FERNANDA

RECEITUÁRIO MÉDICO

1) ETNA comp. ---------- USO POR 3 MESES

Tomar 1 cp pela manhã e outro a noite

Leonardo Pinheiro
Cirurgião de Mãos
CRM 17.884/SBOT 13.616

LEONARDO PINHEIRO
Cirurgião de Mãos
CRM 17.884

KOTE SEGUROS
Erica Araujo
14/09/19.

Av. Cruz Cabugá, 1563 – Santo Amaro – Recife/PE ---------- PABX: 3412-3800

Scanned with CamScanner

Receituário Controle Especial

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Nome completo: LEONARDO PINHEIRO CARVALHO

CRM: 17884 UF: PE N.:

End. Completo: SANTA CASA DE MISERICÓRDIA

Av. Cruz Cabuga, 1563 – Santo Amaro

Telefone: (81) 3412-3800 Cidade: RECIFE UF: PE

SUS

1a VIA – FARMÁCIA

2a VIA - PACIENTE

Paciente: SORAYA SILVA

Endereço:

Prescrição:

Uso oral

CEFALEXINA (500mg)----------28 Cp.

Tomar 1 cp. de 06 em 06 horas (4 vezes ao dia) por 7 dias

Leonardo Pinheiro
CIRURGIÃO DE MÃO
CRM: 17.884/PE

Data 20/3/2019

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome

Ident: Org. Emissor:

Endereço:

Cidade: UF:

Telefone:

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

ASSINATURA DO FARMACÊUTICO

DATA ____/____/____

KOTE SEGUROS
Erica Araujo
24/09/19

Scanned with CamScanner

SANTA CASA
DE MISERICÓRDIA DO RECIFE

Santa Casa de Misericórdia do Recife
Av. Cruz Cabugá, 1563 - Santo Amaro - Recife - PE
Fone: PABX 3412-3800 | Email: sta-casa@santacasarecife.org.br
Site: www.santacasarecife.org.br

ATESTADO MÉDICO PÓS CIRÚRGICO

SORAYA FERNANDA LIMA DA SILVA

O paciente supracitado foi submetido a procedimento cirúrgico neste Hospital, devendo permanecer afastado das suas atividades regulares pelos próximos 45 dias.

CID: G563+S423

Recife, 09/03/2019

Dr. LEONARDO PINHEIRO CARVALHO
CRM: 17884

Leonardo Pinheiro
Cirurgia da Mão
Trauma - Ortopedia
CRM 17.884 - SBOT 13.576

KOTE SEGUROS
Erica Araujo
24/09/19

Scanned with CamScanner

Fundação Manoel da Silva Almeida

Mantenedora
Casa de Saúde Maria Lucinda
Hospital Infantil Manoel da Silva Almeida

SOMAYA FERNANDA LIMA.
DA SILVA
PACIENTE C/ FRATURA
DE ÚMERO ESQUERDO C/
NEUROPRAXIA(??) DO N. RADIAL

NECESSITA DE ACOMPANHAMENTO AMBULATORIAL P/ AV.
DA FRATURA E DA LESÃO DO
NERVO RADIAL

18/02/2019

Dr. Henrique Malheiros Jr.
Mat. 229.932-1
Traumato - Ortopedista

Dr. Henrique Malheiros Jr.
Mat. 229.932-1
Traumato - Ortopedista

Av. Parnamirim, 95 - CEP 52060-000 - Recife - PE - Fone: (81) 3267.4200

Cód. 450 - 12/2018 - 100 Blocos 100x1 - AGR Gráfica e Editora Ltda.

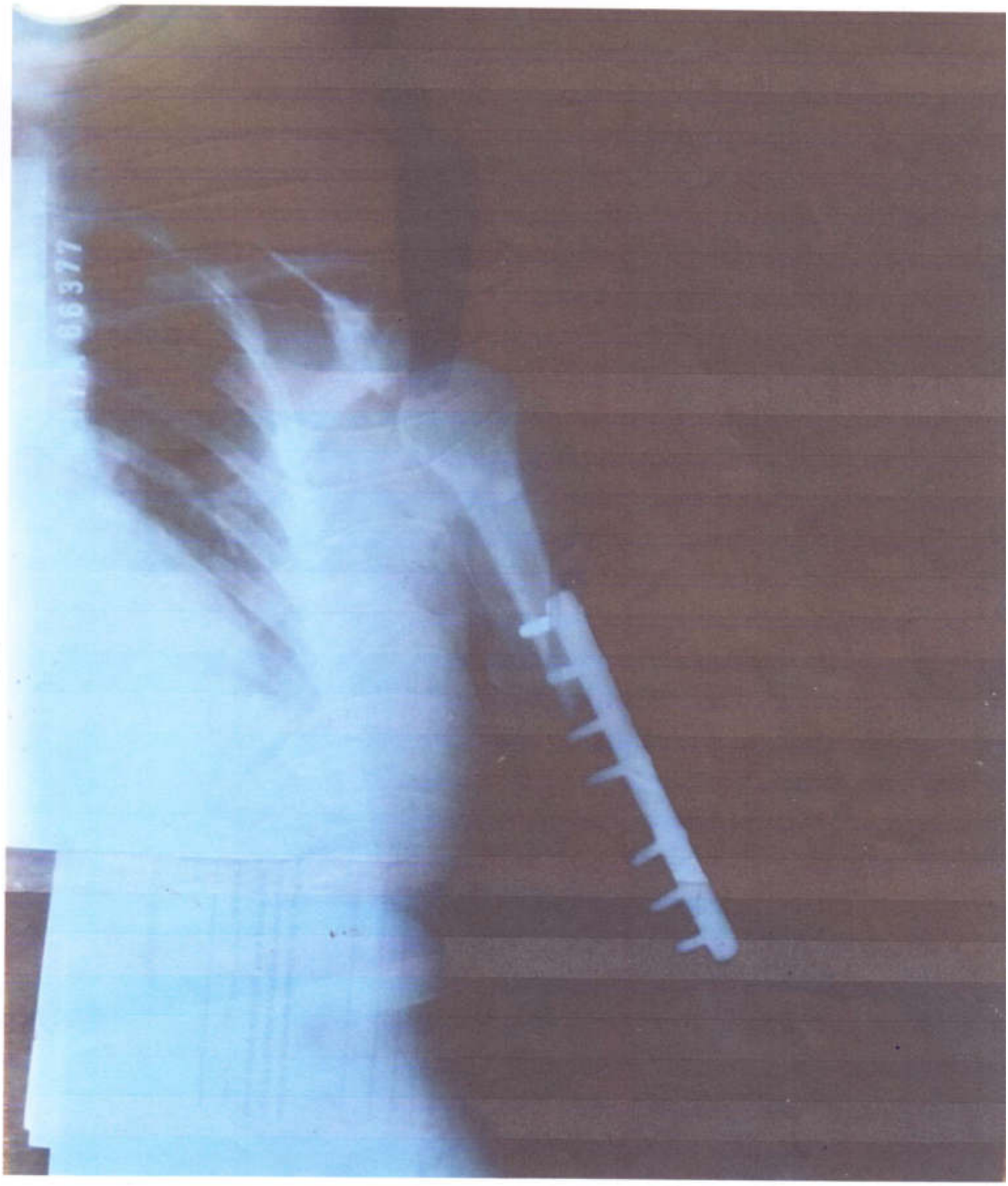
Mat. 229.932-1

KOTE SEGUROS
Erica Araujo
31/09/19

Scanned with CamScanner

Scanned with CamScanner

Scanned with CamScanner



Scanned with CamScanner

Scanned with CamScanner

Scanned with CamScanner

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 14/10/2020 16:34:13
https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20101416341353400000068152739
Número do documento: 20101416341353400000068152739

Scanned with CamScanner

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 6.941.373 DATA DE EXPEDIÇÃO 28/11/2001

NOME SORAYA FERNANDA LIMA DA SILVA

FILIAÇÃO FERNANDO JOSÉ MARTINS DA SILVA

EDLEUSA LIMA DA SILVA

NATURALIDADE RECIFE PE DATA DE NASCIMENTO 13/04/1987

DOC ORIGEM CN.85.753-L.73-A-F.107-CAR... 13ª ZONA RECIFE-PE-23.04.87

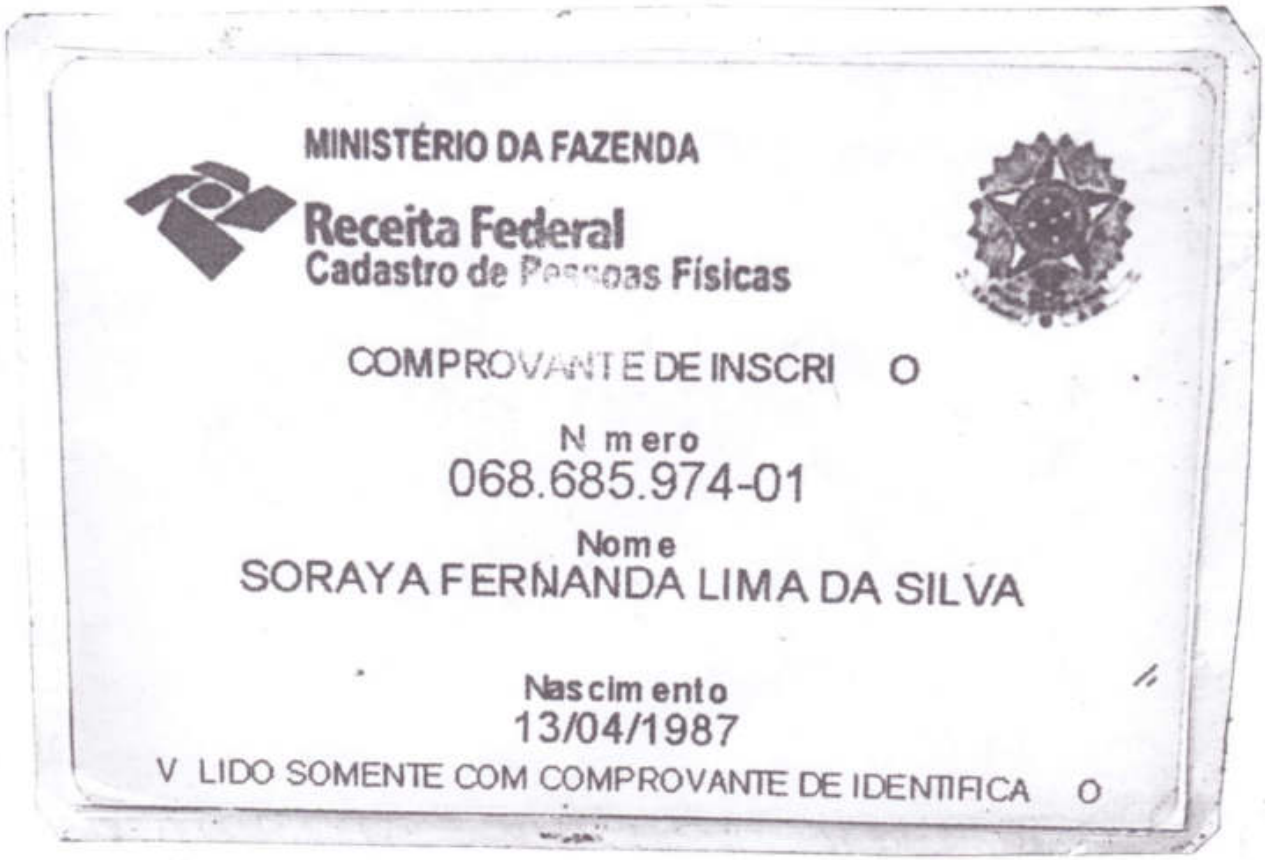
CPF

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

Scanned with CamScanner

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 14/10/2020 16:34:13
https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20101416341353400000068152739
Número do documento: 20101416341353400000068152739



MINISTÉRIO DA FAZENDA

Receita Federal
Cadastro de Pessoas Físicas

COMPROVANTE DE INSCRI O

N mero
068.685.974-01

Nome
SORAYA FERNANDA LIMA DA SILVA

Nascimento
13/04/1987

V LIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICA O

Scanned with CamScanner

INSTRUMENTO PARTICULAR DE PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: SORAYA FERNANDA LIMA DA SILVA
brasileiro (a), estado civil: SOLTEIRA, profissão: VENDEDORA,
portador(a) do RG nº.: 6.941.373, órgão expedidor: SDS-PE, inscrito (a)
no CPF sob o nº.: 068.685.974-01, residente na
RUA DELICIA Nº 103 - BOMBA DO HEMETERIO
cidade: RECIFE, Estado: PE, CEP: 52211-170,
telefone: (81) 984887131 / _____ / _____,
email: _____.

OUTORGADOS: **FLÁVIO GUILHERME BRAGA DE CASTRO COITINHO**, brasileiro, divorciado, administrador, inscrito no CPF sob o nº. 024.944.714-27, RG Sob o nº 4851396 SDS-PE, com endereço profissional na Av. Prof. Agamenon Magalhães, nº 473, Vila Popular, Olinda/PE. CEP: 53.230.010. **ALCIONE GOMES DA SILVA,** brasileira, divorciada, analista jurídica, inscrita no CPF sob o nº. 028.466.664-58, RG Sob o nº 5.633938, com endereço profissional na Av. Prof. Agamenon Magalhães, nº 473, Vila Popular, Olinda/PE. CEP: 53.230.010. **ERLON ALBUQUERQUE GOMES,** brasileiro, solteiro, auxiliar administrativo, inscrita no CPF sob o nº. 705.296.194-66, RG Sob o nº 8351765, com endereço profissional na Av. Prof. Agamenon Magalhães, nº 473, Vila Popular, Olinda/PE. CEP: 53.230.010.

PODERES: concede poderes especiais do outorgado (a) para enviar documentos, receber correspondências, solicitar informações por escrito ou por telefone, ter acesso ao número do sinistro, acompanhar o andamento processual do sinistro e apresentar documentos referentes ao processo do sinistro junto à Seguradora Líder, Seguradoras conveniadas à Líder DPVAT e à SUSEP.

OBS.: é de inteira responsabilidade do (a) outorgante a veracidade das informações e documentos apresentados e disponibilizados à outorgada.

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

Olinda, 01 de Abril de 2019.

26 ABR 2019

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE

Soraya Fernanda Lima da Silva

ASSINATURA DO OUTORGANTE

(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 14/10/2020 16:34:13
https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20101416341353400000068152739
Número do documento: 20101416341353400000068152739

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA
26 APR 2019
Rua da Aurora, NR 175, SL 902 BL C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE

Cartório de Registro Civil
15º Distrito Judiciário - Arruda
RECONHECO POR AUTENTICIDADE A FIRMA INSTRUSA DE
SORAYA FERNANDA LIMA DA SILVA
lançada em minha presença. Dou fé.
Recife, 1 de abril de 2019. Em test.
da verdade.
SILVIA RARINE LINDOSO DUARTE (ESCREVENTE AUTORIZADA)
Emol.: R$ 3,59 TSNR: R$ 1,20 Total: R$ 4,79
Válido somente com o selo
0074617.WM.03201901.00737 (15:11:33)
Consulte autenticidade em
www.tjpe.jus.br/selodigital.
15º DISTRITO
ARRUDA

INSTRUMENTO PARTICULAR DE PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: JORAYA FERNANDA LIMA DA SILVA
brasileiro (a), estado civil: SOLTEIRA, profissão: VENDEDORA,
portador(a) do RG nº.: 6.941.373, órgão expedidor: SDS - PE inscrito (a)
no CPF sob o nº.: 068.685.974-01, residente na
RUA DELICIA Nº 103 - BOMBA DO HEMETERIO
cidade: RECIFE, Estado: PE, CEP: 52211-170,
telefone: (81) 98488-7134 / / ,
email: .

OUTORGADOS: **FLÁVIO GUILHERME BRAGA DE CASTRO COITINHO**, brasileiro, divorciado, administrador, inscrito no CPF sob o nº. 024.944.714-27, RG Sob o nº 4851396 SDS-PE, com endereço profissional na Av. Prof. Agamenon Magalhães, nº 473, Vila Popular, Olinda/PE. CEP: 53.230.010. **ALCIONE GOMES DA SILVA,** brasileira, divorciada, analista jurídica, inscrita no CPF sob o nº. 028.466.664-58, RG Sob o nº 5.633938, com endereço profissional na Av. Prof. Agamenon Magalhães, nº 473, Vila Popular, Olinda/PE. CEP: 53.230.010. **ERLON ALBUQUERQUE GOMES,** brasileiro, solteiro, auxiliar administrativo, inscrita no CPF sob o nº. 705.296.194-66, RG Sob o nº 8351765, com endereço profissional na Av. Prof. Agamenon Magalhães, nº 473, Vila Popular, Olinda/PE. CEP: 53.230.010.

PODERES: concede poderes especiais do outorgado (a) para enviar documentos, receber correspondências, solicitar informações por escrito ou por telefone, ter acesso ao número do sinistro, acompanhar o andamento processual do sinistro e apresentar documentos referentes ao processo do sinistro junto à Seguradora Líder, Seguradoras conveniadas à Líder DPVAT e à SUSEP.

OBS.: é de inteira responsabilidade do (a) outorgante a veracidade das informações e documentos apresentados e disponibilizados à outorgada.

Olinda, 01 de Abril de 2019.

Joraya Fernanda Lima da Silva

ASSINATURA DO OUTORGANTE

(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)

KOTE SEGUROS
Erica Araujo
11/04/19

Cartório de Registro Civil
15º Distrito Judiciário - Arruda

Reconheço por autenticidade a firma indicada de
SORAYA FERNANDA LIMA DA SILVA
lançada em minha presença. Dou fé.
Recife, 1 de abril de 2019. Em test._____
da verdade.
SILVIA RARINE LINDOSO DUARTE (ESCREVENTE AUTORIZADA)
Emol.: R$ 3,59 TSNR: R$ 1,20 Total: R$ 4,79
Válido somente com o selo
0074617.QXR03201901.00738 (15:11:53)
Consulte autenticidade em
www.tjpe.jus.br/selodigital.

15º DISTRITO ARRUDA

KOTE SEGUROS
Erica Araujo
14/09/19

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0141509/19

Vítima: SORAYA FERNANDA LIMA DA SILVA

Data do acidente: 14/02/2019

CPF: 068.685.974-01

CPF de: Próprio

Titular do CPF: SORAYA FERNANDA LIMA DA SILVA

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação

ALCIONE GOMES DA SILVA : 028.466.664-58

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

SORAYA FERNANDA LIMA DA SILVA : 068.685.974-01

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

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

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 26/04/2019
Nome: ALCIONE GOMES DA SILVA
CPF: 028.466.664-58

ALCIONE GOMES DA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 26/04/2019
Nome: Steffany Caroliny Lins Veloso
CPF: 115.938.994-24

Steffany Caroliny Lins Veloso

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0330621/19

Vítima: SORAYA FERNANDA LIMA DA SILVA

Data do acidente: 14/02/2019

CPF: 068.685.974-01

CPF de: Próprio

Titular do CPF: SORAYA FERNANDA LIMA DA SILVA

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA 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

ALCIONE GOMES DA SILVA : 028.466.664-58

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

SORAYA FERNANDA LIMA DA SILVA : 068.685.974-01

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: 24/09/2019 Nome: ALCIONE GOMES DA SILVA CPF: 028.466.664-58	Data do cadastramento: 24/09/2019 Nome: MARIA ERICA ARAUJO COELHO CPF: 010.626.514-80
_____ ALCIONE GOMES DA SILVA	_____ MARIA ERICA ARAUJO COELHO

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190548930 **Cidade:** Recife **Natureza:** Invalidez Permanente

Vítima: SORAYA FERNANDA LIMA DA SILVA **Data do acidente:** 14/02/2019 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DE ÚMERO DIAFISÁRIO ESQUERDO

Descrição do exame físico: VITIMA COM CICATRIZ CIRÚRGICA, LIMITAÇÃO NA FLEXÃO DO OMBRO A CERCA DE 130 GRAUS, ABDUÇÃO A 140 GRAUS, DEFICIT DE FORÇA LEVE.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO, PLACA E PARAFUSOS, FEZ FISIOTERAPIA.
EVOLUI COM BLOQUEIO ARTICULAR DO OMBRO
ALTA MÉDICA

Sequelas permanentes: DEFICIT FUNCIONAL LEVE (25%) EM OMBRO ESQUERDO

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 03/10/2019

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 OMBRO ESQUERDO, PORTANTO MANTEMOS A CONDUTA DO MÉDICO EXAMINADOR.

DANOS

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

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: 3190548930
Nome do(a) Examinado(a): Soraya Fernanda Lima da Silva
Endereço do(a) Examinado(a): Rua Delicia103, S/N
Bomba do Hemeterio Recife PE CEP: 52211-170
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [MTE / PE] 08967800076
Data local do acidente: [14/02/2019]
Data local do exame: [03/10/2019] RECIFE [PE]

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:
FRATURA DE UMERO DIAFISARIO ESQUERDO

II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.
Tratamento: PLACA E PARAFUSOS, FEZ FISIOTERAPIA.
Complicações: EVOLUI COM BLOQUEIO ARTICULAR DO OMBRO
Data da Alta: V?TIMA N?O APRESENTOU DOCUMENTOS

III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado:
VITIMA COM CICATRIZ CIRURGICA, LIMITAÇÃO NA FLEXÃO DO OMBRO A CERCA DE 130 GRAUS, ABDUÇÃO A 140 GRAUS, DEFICIT DE FORÇA LEVE.

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:
LIMITAÇÃO LEVE DE OMBRO ESQUERDO, COM BLOQUEIO ARTICULAR

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):
OMBRO - Lado Esquerdo
% 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

Dr. Leonardo de Faria Neves
CPF - 045.955.274-03
CRM/PE - 17742