



Número: **0035519-04.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção A da 27ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **04/08/2020**

Valor da causa: **R\$ 6.918,75**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
<b>ANA MARIA DOS SANTOS SILVA (AUTOR)</b>	<b>EWERSON VILAR DE LIMA (ADVOGADO)</b>
<b>COMPANHIA EXCELSIOR DE SEGUROS (REU)</b>	
<b>SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (REU)</b>	

**Documentos**

Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
71069 283	16/11/2020 15:02	<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, 27 de Maio de 2019

**Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190343265**

**Vítima: ANA MARIA DOS SANTOS SILVA**

**Data do Acidente: 17/10/2017**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: ROBSON DA SILVA BEZERRA**

**Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS**

**Senhor(a), ANA MARIA DOS SANTOS SILVA**

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

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

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

Pag. 00295/00296 - carta\_03 - INVALIDEZ



Carta nº 14365196



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 16/11/2020 15:02:48  
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111615024866600000069678358>  
Número do documento: 20111615024866600000069678358

Num. 71069283 - 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, 27 de Maio de 2019

**Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190343265**      **Vítima: ANA MARIA DOS SANTOS SILVA**

**Data do Acidente: 17/10/2017**      **Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: ROBSON DA SILVA BEZERRA**

**Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT**

**Senhor(a), ANA MARIA DOS SANTOS 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, 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 14365197

Pag. 00759/00760 - carta\_01 - INVALIDEZ



00020380



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 16/11/2020 15:02:48  
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111615024866600000069678358>  
Número do documento: 20111615024866600000069678358

Num. 71069283 - Pág. 2



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, 19 de Agosto de 2019

**Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190343265**      **Vítima: ANA MARIA DOS SANTOS SILVA**

**Data do Acidente: 17/10/2017**      **Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: ROBSON DA SILVA BEZERRA**

**Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE**

**Senhor(a), ANA MARIA DOS SANTOS 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. 01867/01868 - carta\_02 - INVALIDEZ



00030934

Carta nº 14728503



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 16/11/2020 15:02:48  
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111615024866600000069678358>  
Número do documento: 20111615024866600000069678358

Num. 71069283 - Pág. 3

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, 05 de Setembro de 2019**

**Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190343265**      **Vítima: ANA MARIA DOS SANTOS SILVA**

**Data do Acidente: 17/10/2017**      **Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: ROBSON DA SILVA BEZERRA**

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a), ANA MARIA DOS SANTOS SILVA**

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 2.531,25

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos punhos

25%

Graduação: Em grau intenso 75%

% Invalidez Permanente DPVAT: (75% de 25%) 18,75%

Valor a indenizar: 18,75% x 13.500,00 = R\$ 2.531,25

**Recebedor: ANA MARIA DOS SANTOS SILVA**

**Valor: R\$ 2.531,25**

**Banco: 104**

**Agência: 000004996**

**Conta: 000001583-0**

**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, 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,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190343265      **Cidade:** Tupanatinga      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** ANA MARIA DOS SANTOS SILVA      **Data do acidente:** 17/10/2017      **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

### PARECER

**Diagnóstico:** FRATURA DE RÁDIO DISTAL DIREITO

**Descrição do exame** APRESENTA GRANDE RIGIDEZ DO PUNHO DIREITO COM LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS SOLICITADOS EM TORNO  
**físico:** DE 90%.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO COM COLOCAÇÃO DE FIOS METÁLICOS  
REALIZOU MAIS DE 20 SESSÕES DE FISIOTERAPIA  
DATA ALTA MÉDICA: 12/04/2019

**Sequelas permanentes:** DEFICIT FUNCIONAL SEVERO (75%) EM PUNHO DIREITO

**Sequelas:** Com sequela

**Data do exame físico:** 22/08/2019

**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 PUNHO DIREITO, PORTANTO MANTEMOS A CONDUTA DO MÉDICO EXAMINADOR.

**Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.**

### DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos punhos	25 %	Em grau intenso - 75 %	18,75%	R\$ 2.531,25
		<b>Total</b>	<b>18,75 %</b>	<b>R\$ 2.531,25</b>



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

**Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo**

Número do Sinistro: 3190343265  
Nome do(a) Examinado(a): Ana Maria dos Santos Silva  
Endereço do(a) Examinado(a): St Canela, 770 Casa  
Rural Tupanatinga PE CEP: 56540-000  
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [ SDS / PE ] 592752  
Data local do acidente: [ 17/10/2017 ]  
Data local do exame: [ 22/08/2019 ] Garanhuns [ PE ]

**Resultado da Avaliação Médica**

- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:  
**FRATURA DE RÁDIO DISTAL DIREITO**

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

**Tratamento: TRATAMENTO CIRÚRGICO COM COLOCAÇÃO DE FIOS METÁLICOS**

**Complicações: NENHUMA**

**Data da Alta: 12/04/2019**

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

**APRESENTA GRANDE RIGIDEZ DO PUNHO DIREITO COM LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS SOLICITADOS EM TORNO DE 90%.**

- IV. Nexo de causalidade: 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:

**RIGIDEZ DE PUNHO DIREITO.**

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, §1º do art. 3º 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"

"Sem sequela permanente"

Esta avaliação médica deve ser repetida em dias

(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):

Região Corporal (Sequela):

**PUNHO - Lado Direito**

% do dano:  10% residual  25% leve  
 50% médio  75% intensa  100% completo

% do dano:  10% residual  25% leve  
 50% médio  75% intensa  100% completo

Região Corporal (Sequela):

Região Corporal (Sequela):

% do dano:  10% residual  25% leve  
 50% médio  75% intensa  100% completo

% 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.

**Realizou mais de 20 sessões de fisioterapia**

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

Dr. Cleudo Miranda  
Médico  
CRM-PE 19091





## PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:

 DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) INVALIDEZ PERMANENTE MORTE

Nº do sinistro ou ASL:

CPF da vítima:

017.434.204-71 Ana Maria dos Santos Silva

Nome completo da vítima:

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

Nome completo: Ana Maria dos Santos Silva

CPF:

017.434.204-71

Profissão: Agricultora

Endereço:

Sítio Comila

Número:

770

Complemento:

Casa

Bairro: Córrego Rural

Cidade:

Tuponatinga

Estado:

PE

CEP:

56540-000

E-mail:

Cidade:

11

Tel.(DDD):

11

DADOS CADASTRAIS

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

RENDIMENTO MENSAL:

 RECUZO INFORMAR ATÉ R\$1.000,00 R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00 SEM RENDA R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ACIMA DE R\$10.000,00

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

 CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) CONTA CORRENTE (Todos os bancos) Bradesco (237) Itaú (341) Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

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

AGÊNCIA: 4996

CONTA: 1583

AGÊNCIA: \_\_\_\_\_

CONTA: \_\_\_\_\_

(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

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

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

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, contorcendo, 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 discordo do seu conteúdo.

MORTE

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

Estado civil da vítima:  Solteiro  Casado (no Civil)  Divorciado  Separado Judicialmente  Viúvo Data do óbito da vítima:Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a):  Sim  Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:Vítima teve filhos?  Sim  Não Se tinha filhos, informar quantos: Vítima deixou nascituro (vai nascer)?  Sim  Não Vítima deixou pais/avós vivos?  Sim  Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, do 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.

Endereço  
nº da  
rua  
bairro  
cidade  
UF  
CEP

Local e Data:

Tupinatinga 23.05.19

Nome:

CPF:

(\*) Assinatura de quem assina A RODO

X - Ana Maria dos Santos Silva

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

## TESTEMUNHAS

1º | Nome:

CPF:

2º | Nome:

CPF:

Assinatura EXCELSIOR SEGUROS

24 MAIO 2019

Assinatura SEGURADO DPVAT

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(\*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU RODO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 16/11/2020 15:02:48

https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111615024866600000069678358

Número do documento: 20111615024866600000069678358

Num. 71069283 - Pág. 7



EXCELSIOR SEGUROS  
24 MAIO 2019  
SEGURO DPVAT



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 16/11/2020 15:02:48  
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111615024866600000069678358>  
Número do documento: 20111615024866600000069678358

Num. 71069283 - Pág. 8



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
 SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
 POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO  
 DELEGACIA DE POLÍCIA DA 162ª CIRCUNSCRIÇÃO - TUPANATINGA - DP162ºCIRC  
 DINTER2/19ºDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N.º 17E0252000326

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 27/10/2017 às 09:57

**ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado) que aconteceu no dia 17/10/2017 às 15:00**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICÍPIO DE TUPANATINGA, 1, RODOVIA ESTADUAL PE 270, SITIO CANELA, ZONA RURAL DE TUPANATINGA - Bairro: CENTRO - TUPANATINGA/PERNAMBUCO/BRASIL**  
 Local do Fato: **RODOVIA ESTADUAL**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

**JOSÉ ALEXANDRE DE OLIVEIRA (AUTOR) AGENTE  
 PRISCILA JUSTINO DE OLIVEIRA (OUTRO)  
 ANA MARIA DOS SANTOS SILVA (VÍTIMA)**

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

**VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse de(a) Sr(a). JOSÉ ALEXANDRE DE OLIVEIRA**

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

**JOSÉ ALEXANDRE DE OLIVEIRA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mar: ALEXANDRINA EVANGELISTA DE OLIVEIRA Data de Nascimento: 30/01/1946 Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL Documento: 1009602/SSP/PE (RG) Estado Civil: SEPARADO(A)  
 Endereço Residencial: MUNICÍPIO DE TUPANATINGA, 1, SITIO CANELA, ZONA RURAL DE TUPANATINGA - CEP: 0 - Bairro: CENTRO - TUPANATINGA/PERNAMBUCO/BRASIL**

**ANA MARIA DOS SANTOS SILVA (presente ao plantão) - Sexo: Feminino Mar: MARIA ENESTINA DA CONCEIÇÃO Data de Nascimento: 1/12/1958 Naturalidade: SÃO MIGUEL DOS CAMPOS / ALAGOAS / BRASIL Documento: 592752/SDS/PE (RG) 01743420471 (CPF) Estado Civil: VIUVO(A) Profissão: AGRICULTOR(A)  
 Endereço Residencial: MUNICÍPIO DE TUPANATINGA, 1, SITIO CANELA, ZONA RURAL DE TUPANATINGA - CEP: 0 - Bairro: CENTRO - TUPANATINGA/PERNAMBUCO/BRASIL**

**PRISCILA JUSTINO DE OLIVEIRA (presente ao plantão) - Sexo: Feminino Mar: MARIA CICERA JOSÉ DA SILVA Pai: SEBASTIÃO DE OLIVEIRA Data de Nascimento: 30/03/1994 Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL Estado Civil: SOLTEIRO(A)  
 Endereço Residencial: MUNICÍPIO DE TUPANATINGA, 1 - CEP: 0 - Bairro: CENTRO - TUPANATINGA/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

**MOTO SHYNEIRAI PHENIX 50 (VEÍCULO) de propriedade do(a) Sr(a): PRISCILA JUSTINO DE OLIVEIRA, que estava em posse do(a) Sr(a): JOSÉ ALEXANDRE DE OLIVEIRA  
 Categoria/Marca/Modelo: MOTOCICLETA/NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO Objeto apreendido: NÃO  
 Cor: VERMELHA - Quantidade: (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

<https://security.sda.pe.gov.br/pernambuco/VisualizaBO.do?nidUn=252&idOc=6751+89&nroBO=17E0252000326&tipo=simples&natPrincipal=ACIDENT...> 10

EXCELSIOR SEGUROS  
 24 MAIO 2019  
 SEGURO DPVAT



Placa: CBC3811 (PERNAMBUCO/NAO INFORMADO) Renavam: 1075222067 Chassi: LXVXCBL0KE0636891

Complemento / Observação

NA MANHA DE HOJE, COMAPERCEU A ESTA DEPOL A PESSOA DE ANA MARIA DOS SANTOS SILVA, NOTICIANDO QUE NA TARDE DO DIA 17/10/2017, POR VOLTA DAS 15:00 HS, SE ENCONTRAVA NA GARUPA DA MOTO SHYNEERA PHENEX, DE COR VERMELHA, DE PROPRIEDADE DE PRISCILA JUSTINO DE OLIVEIRA, CONDUZIDA POR SEU COMPANHEIRO JOSÉ ALEXANDRE DE OLIVEIRA, NA RODOVIA PE-276, NAS PROXIMIDADES DO SITIO CANELA, ZONA RURAL DE TUPANATINGA, FOI QUANDO O MESMO PERDEU O CONTROLE DEVIDOS AOS BURACOS E CAIU NO SOLO E COM A QUEDA A SENHORA ANA MARIA DOS SANTOS SILVA FRATUROU O BRAÇO DIREITO, A MESMA FOI SOCORRIDA PARA O HOSPITAL LOCAL E REMOVIDA PARA O HOSPITAL REGIONAL DE ARCOVERDE, ONDE RECEBEU OS CUIDADOS MEDICOS.

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

**JOSÉ ALEXANDRE DE OLIVEIRA**  
(AUTOR / AGENTE)

**ANA MARIA DOS SANTOS SILVA**  
(VITIMA)  
Priscila Justino de Oliveira  
**PRISCILA JUSTINO DE OLIVEIRA**  
(OUTRO)

B.D. registrado por: **JOSÉ ROGERIO DUARTE BATISTA** - Matricula: 158730-7

Preencher impresso

Desconectar

EXCELSIOR SEGUROS  
24 MAIO 2019  
SEGURÓ DPVAT

<https://security.sde.pe.gov.br/pernambuco/VisualizaBO.do?idUn=252&idOc=6751499&nrzBO=17E02S200326&tpc=simples&nlPrincipal=ACIDENT...> 20



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 16/11/2020 15:02:48  
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111615024866600000069678358>  
 Número do documento: 20111615024866600000069678358

Num. 71069283 - Pág. 10



## PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:		
	017.434.204-71	Ana Maria dos Santos Silva		
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012				
Nome completo:		CPF:		
Profissão:	Endereço:	Número:	Complemento:	
Agricultora	Sítio Condeia	770	Casa	
Bairro:	Cidade:	CEP:		
Conceição Rural	Tupanatinga	56540-000		
E-mail:	11	Tel.(DDD):	11	

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

RENDIMENTO MENSAL:

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

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

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

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

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

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

AGÊNCIA: 4996  CONTA: 1583  (Informar o dígito se existir)  CONTA: (Informar o dígito se existir)

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

### 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 (noveanta) 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 discorde do seu conteúdo.

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

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

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

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

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem este condicão, 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.

Endereço: R. Dr. Júlio de Melo, nº 100 Bairro: Centro Cidade: Tupanatinga UF: PE CEP: 56540-000 Data: 23/05/2019	Local e Data: <u>Tupanatinga 23.05.19</u> Nome: _____ CPF: _____
---	--

(\*) Assinatura de quem assina A RODO

X - Ana Maria dos Santos Silva  
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS	1º   Nome: _____ CPF: _____
-------------	--------------------------------

Assinatura: _____ 2º   Nome: _____ CPF: _____	Assinatura: _____ EXCELSIOR SEGUROS 24 MAIO 2019
---	--

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(\*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU RODO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.  
NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

# 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: 29/08/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.531,25

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

CLIENTE: ANA MARIA DOS SANTOS SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 04996

CONTA: 000000001583-0

---

Nr. da Autenticação 454638839C63F696



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 16/11/2020 15:02:48  
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111615024866600000069678358>  
Número do documento: 20111615024866600000069678358

Num. 71069283 - Pág. 12



**NOTA FISCAL • FATURA • CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA**  
Companhia Energética de Pernambuco  
Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife, Pernambuco - CEP 50050-902  
CNPJ: 10.353.832/0001-81 | Ins. Est. Recife: 0005943-82 | www.caee.com.br

DADOS DO CLIENTE  
ANA MARIA DOS SANTOS SILVA

ENDERECO DA UNIDADE CONSUMIDORA  
SI CANELA 770 CS-

CPF 017 434 204-71

## SITIO CANELA/TUPANATINGA RURAL

**CLASSIFICAÇÃO**  
**B1 RESIDENCIAL**

56540-000

DATA DE VENCIMENTO 20/02/2019  
DATA PREVISTA PRÓXIMA LIQUIDAÇÃO 15/03/2019  
TOTAL A PAGAR (R\$) 41.88

DESCRICAÇÃO DA NOTA FISCAL			
	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Adm (Wh)	56.000000	0,73479853	40,41
Contrib. Ium. Pública Municipal			4,40
Compensação DIC Anual 2018			-2,65
Compensação FIC Trimestral 04/18			-0,23

TOTAL DA FATURA 41.99

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL									
Nº DO MÉDIO PAGADOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR		ATUAL		Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (KWh)
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA				
HRE/001	CAT	15/01/2019	12.775,00	12/03/2019	13.840,00	29	1,00000		55,00

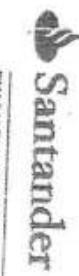
#### INFORMAÇÕES IMPORTANTES

EXCELSIOR SEGUROS  
24 MAIO 2019  
SEGURO DPVAT

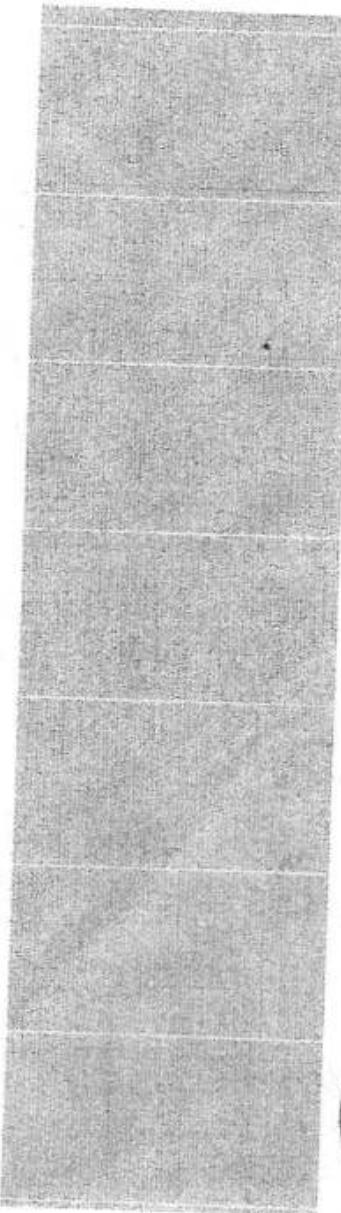


Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 16/11/2020 15:02:48  
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111615024866600000069678358>  
Número do documento: 20111615024866600000069678358

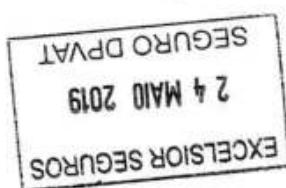
Num. 71069283 - Pág. 13



FINANCIAMENTOS



0121 - CTC RECIFE PE PL11  
ROBSON DA SILVA BEZERRA  
R MANOEL SINUCA MULATINHO 64  
S GERALDO ARCOVERDE - PE  
56515-070



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 16/11/2020 15:02:48  
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111615024866600000069678358>  
Número do documento: 20111615024866600000069678358

Num. 71069283 - Pág. 14



## 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 faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

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

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

Pelo exposto, eu Robson da Silva Bezerra

Inscrito (a) no CPF/CNPJ 045.642.154-85 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Ana Maria dos Santos Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 017.434.204-71.

do sinistro de DPVAT cobertura Invalidiz da Vítima Ana Maria dos Santos Silva

Inscrito (a) no CPF sob o Nº 017.434.204-71, 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 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:	<u>R. Nelson Simuca Mulatinha</u>	Número:	<u>64</u>	Complemento:	<u>casa</u>	
Belíssimo:	<u>040 Geraldo</u>	Cidade:	<u>Arcoverde</u>	Estado:	<u>PE</u>	
E-mail:	<u>robsonayala@hotmail.com</u>				CEP:	<u>56515-070</u>
					Tel.(DDD):	<u>(87) 9.9988-5158</u>

Local e Data: Arcoverde-PE, 16-05-2019

Robson da Silva Bezerra  
Assinatura do Declarante

DLDRL.001 V001/2017

EXCELSIOR SEGUROS  
24 MAIO 2019  
SEGURADO DPVAT



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 16/11/2020 15:02:48  
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111615024866600000069678358>

Número do documento: 20111615024866600000069678358

Num. 71069283 - Pág. 15

Declaração do Proprietário do Veículo

EXCELSIOR SEGUROS  
08 AGO. 2019  
SEGURO DPVAT

Eu, Priscila Justino de Oliveira,

RG nº 9.020.996, data de expedição 01/06/10  
Órgão SDS/PE, portador do CPF nº 117.266.184-71, com  
domicílio na cidade de Tupanatinga, no Estado de  
PE, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)  
Sítio Canela, nº 01.

complemento Casa declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo  
mentionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a  
vítima Ana Maria dos Santos Silva cujo o condutor era  
José Alexandre de Oliveira.

Veículo: CICLOMOTOR  
Modelo: SHINERAY KY50Z PHOENIX  
Ano: 2019/2014  
Placa: PCB 38-11  
Chassi: LKYKCBLOXE0635861  
Data do Acidente: 17-10-2017  
Local e Data: Tupanatinga - PE, 03-04-19



Priscila Justino de Oliveira

Assinatura do Declarante



Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)

Yelton Nogueira da COSTA Silva

CARTÓRIO DO REGISTRO CIVIL E NOTAS - TUPANATINGA-PE  
Av. Rio São Francisco, 19 - Centro - CEP: 56360-000 - Fone: (87) 3209-1220  
Serviço Civil de Atendimento ao Cidadão - SCA - Atendente: Ana R. Oliveira  
Serviço de Registro Civil e Notas  
Reconhecido por autenticidade, a firma indicada de:  
PRISCILA JUSTINO DE OLIVEIRA  
lançada em minha presença, dia 04.  
Tupanatinga, 03 de abril de 2019. 09:30:15.  
Em testemunho  
JOSE DE ARIMATHEIA DOS SANTOS CARVALHO (SUBSTITUTO)  
Valor Total R\$ 4,66  
Válido somente com o selo 0076109. Y104201902.00025



CARTÓRIO DO REGISTRO CIVIL E NOTAS - TUPANATINGA-PE  
Av. Rio São Francisco, 19 - Centro - CEP: 56360-000 - Fone: (87) 3209-1220  
Serviço Civil de Atendimento ao Cidadão - SCA - Atendente: Ana R. Oliveira  
Serviço de Registro Civil e Notas  
Reconhecido por autenticidade, a firma indicada de:  
JOSE FRANCISCO DE COSTA SILVA  
lançada em minha presença, dia 04.  
Tupanatinga, 26 de julho de 2019. 09:19:34.  
Em testemunho  
JOSE DE ARIMATHEIA DOS SANTOS CARVALHO (SUBSTITUTO)  
Valor Total R\$ 4,66  
Válido somente com o selo 0076109. Y104201902.00025



(87) 3856-1156 | 3856-1282

Telefone:



PREFEITURA MUNICIPAL DE  
**TUPANATINGA**  
TEMPO DE VIVER UMA NOVA HISTÓRIA

**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DO MUNICÍPIO  
DE TUPANATINGA - PE / CNPJ 10.342.688/0001-41  
Rua Alto São Felix, 185 Fone: (87)3856-1604 - (87)3856-1225.  
E-mail: hospitaltupanatinga-direcao@hotmail.com

**Declaração**

Declaro para os devidos fins que em resposta a solicitação do  
Sr. Ana maria dos Santos Souza portador do CPF: 017.434.204-71  
RG: 592752, neste município segue em anexo cópia do  
livro de ocorrências da UMSC assinado e carimbado pela equipe  
plantonista no referido dia.

Tupanatinga, 24 de 10 de 2017.

EXCELSIOR SEGUROS  
24 MAIO 2019  
SEGURO DPVAT

Reginaldo Rodrigues  
Dir. Administração de Saúde  
Tupanatinga PE  
2017-03-205-53-02

**Direção**

Rua Alto São Felix nº 205 Tupanatinga - PE  
Telefone: (87) 3856-1406 / E-mail: saude.tupanatinga@hotmail.com  
CNPJ: 10.106.250/0001-64



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 16/11/2020 15:02:48  
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111615024866600000069678358>  
Número do documento: 20111615024866600000069678358

Num. 71069283 - Pág. 17

no setor limpos e organizados. As chaves da farmácia  
ECG com os prequisitos do proximo plantão. *Obs: Sobreira, Sousa*  
às 08:00 esperando ser rendida.

Christina Cavalcante de Sousa  
Enfermeira  
COREN-PE 355856

Plantão 24h

16/10/17

Equipe: Dic. Bilsen / Enf. Allan / Téc: Lucivone + Danielly + Leda +  
Ana Elona + Paula + Acaetia.  
\* Adaptação

Arceios plantão com setores limpos e organizados; Encontro  
O paciente intérno e outros em observação p/ reavaliação;  
Atendimento ambulatorial intérno;  
Não houve intercorrência durante o período;  
Desenvolvemos de maneira e Paulo envolvidos em seus apre-  
tivos livros;  
para plantão no enfermeiro Rafael gentilmente com  
elhans; Dixi 02 intérnos e 1 para reavaliação.

Dr. ALBERT CARLOS JOSÉ S. SILVA  
ENFERMEIRO OBSTETRA  
COREN-PE 213265

Plantão 24h

17/10/17

Equipe: Mônica Pr. Ricardo

Conferência: Rafael / Laysa

Tec. inf: M: Cunha, M: dos Gracis, Lúcia Cunha  
Cristiane Carvalho: nenhuma plantão com  
paciente de atendimento, reparti da sala de parto  
Paulo.

= Reabi e plantão com setores limpos e organizados.  
mencionado no seu resgate das 08:00h. Isto foi comunicado  
à pessoa da enfermeira Cristiane.

\* De entrada as 11:52 a paciente M: Rosângela de S.  
Santos com acompanhante do prof. aonde foi  
pedido a Sombra de transferência para numero  
5278 975. p/ encadear p/ auxílio do

GRAFSET



Obrários pois a mesma não tem assento  
o BCF não há presece que o fito houve  
a mesma se recusou a ir, com seu acompanhante  
duxo registrando. Obs 14:57 que a mesma  
se recusou 1 paciente retorno a unidade as 19:00 horas  
para ser encaminhada, foi encaminhado avaliada  
e liberada.

# Dois plantas com 1 interna com os setores  
limpos e organizados, com a equipe no hospital  
todo voltaram da transferência.

# Paciente Antônio foi trazido com tis e capim do  
jardim que de sala de parto com Paula  
# Um outro Rafael Campos Dias 15 horas Ana Maria dos Santos Silveira  
Enfermeiro COREN-PE 398432 15.0. vítima de acidente de Moto.

Plantão 24 hs 18.10.17

Equipe: Médico: Magalhães

Enferm. Cristina Cavalcanti

Tec. Enferm. Renata Bino, Joice Caron, Amélia 291 Fabiana

Cavalcante (Atestado médico) Elinane Alves, Valdelice.

# Recebo o Plantão com os setores limpos e organizados.

# Plantão colono com anormalidades. Apenas atendimento

ambulatorial. às 02:50 deu enxaqueca aguda Ana Maria constante  
rendente no lado esquerdo, lumbosacral, apresentando dor em

Baixo ventre. Ao exame apresenta 5/6 cm de dilatação de colo

uterino. BCF 145 bpm, PA: 110x100 mmHg. às 05:30 evolui para par-

normal, sendo preenchida a DNV de número 30-7660231-0, não

foi preenchido cartão de vacina, pois não tem pl. o sexo feminino.

(na sala de parto). Dúas 04 DNV preenchidas e 03 DO, em branco.

01 paciente em CRM, 01 em observação e nas demais clínicas

seus intérromperam. Obs. Parto discutido nos livros de relatório de

enfermagem, pois não temos livro de alegamento conjunto. Dúas o

plantão às 08:00 hs aguardando seu retorno. *Obs. nota.*

Christina Cavalcanti da S. Sousa  
Enfermeira  
COREN-PE 355856



0303646827  
Ana Maria dos Santos Silva



FICHA DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

Nome: Ana Maria dos Santos Silva	Ficha nº: 03			
Sexo: F Idade: 54	Data: 18 / 10 / 2017			
Data de nascimento: 01 / 12 / 1958	Hora: 8h57			
Profissão: Ameiatura	CPF: 017.434.204-71			
Endereço: Sítio Pandeiro	RG: 592752			
Bairro: Fazenda Rural	CEP: 54490-000			
Naturalidade: São Vicente dos Câminos/AL	Município: Juazeiro do Norte			
Escolaridade: Analfabeto: ( ) 1º Grau: ( ) 2º Grau: ( ) Superior: ( )	ICNS: 700 0014 3403 5705			
Filiação: Maria Eunice da Conceição	Tel.: 81 655509			
Acompanhante: Valéria (relativa)	Resp. pelo preenchimento: <u>Enfermeiro</u>			
MEIO DE TRANSPORTE				
Bombeiro ( ) SAMU ( )	Andando ( ) Maca ( ) Cadeira de rodas ( )	Hospital ( )		
Avião ( ) Auto ( )	Senha:	UPA ( ) PSF ( )		
Moto ( ) Outros: <u>Automóvel</u>		Outros ( )		
PA: <u>150x60</u>	HGT:	TEMP:	FC:	SATO2:
FR:	Peso:	Alérgico:		
Antecedentes Pessoais/Familiares:				
Uso de Medicamentos:				
Situação/Queixa Principal: <u>Doença de Meio</u> (Assinatura de Enfermeiro: <u>Rafael Campos Dias</u> , COREN-PE 398432)				
AVALIAÇÃO DE ENFERMAGEM / ACOLHIMENTO		ENCAMINHAMENTOS	CLASSIFICAÇÃO	
<input type="checkbox"/> Febre	<input type="checkbox"/> Dificuldade de Respirar	<input type="checkbox"/> Clínico Geral	<input type="checkbox"/> Vermelho	
<input type="checkbox"/> Vômitos	<input type="checkbox"/> Confusão Mental	<input type="checkbox"/> Cirurgião	<input checked="" type="checkbox"/> Amarelo	
<input type="checkbox"/> Fraqueza	<input type="checkbox"/> Distúrbios Visuais	<input type="checkbox"/> Ortopedista	<input type="checkbox"/> Verde	
<input type="checkbox"/> Fadiga	<input type="checkbox"/> Taquicardia	<input type="checkbox"/> Pediatra	<input type="checkbox"/> Azul	
<input type="checkbox"/> Cefaléia	<input type="checkbox"/> Paraesthesia e/ou paralisia	<input type="checkbox"/> Serviço Social		
<input type="checkbox"/> Tontura	<input type="checkbox"/> Tosse	<input type="checkbox"/> Outros:		
<input type="checkbox"/> Convulsão	<input type="checkbox"/> Dor local			
<input type="checkbox"/> Desmaio	<input type="checkbox"/> Quebra ularnária			
<input type="checkbox"/> Sangramento	<input type="checkbox"/> Outras Quebras:			
DESCRÍÇÃO / AVALIAÇÃO MÉDICA				
1 - Queixa Principal (QP) / Histórico da Doença (HDA): <u>Sint de mialgia do dor e gosto do lado esq do</u>				
2 - Hipótese Diagnóstica: <u>Hipotireoide com nódulos distais.</u>				
3 - Exames Solicitados: <u>Coagulograma</u>				

Assinatura e Identificação do Médico

Assinatura: Dr. Antônio Yves Cordeiro de Melo Júnior  
CRM: 16766  
Matr.: 236.320-0  
Médico Geral



11/12/11 - 16 ds 0°

57 Anestesiada - mlm

fmw. m/sas pre

fmw 08/03/11

PP.0 - 0 kg

João Marilton V. Costa  
Traumato-Ortopedia  
CRM - 5980

17/03/11 - 49 ds. sa

fmw. p. x

fmw. fmw

fmw. fmw fmw

fmw fmw fmw

fmw 05/03/11

11 445  
João Marilton V. Costa  
Traumato-Ortopedia  
CRM - 5980

08/03/11 - fmw fmw fmw

fmw fmw fmw

fmw fmw fmw

fmw fmw fmw

João Marilton V. Costa  
CRM - 5980

04/03/11 - fmw fmw fmw

fmw fmw fmw

João Marilton V. Costa  
Traumato-Ortopedia  
CRM - 5980



HOSPITAL  
JESUS PEQUENINO

L. Wells M. Oliveira

Av. Major Aprigio da Fonseca s/n Bezerros - PE  
59.000-000 - 02-05-13  
Paciente do sexo masculino  
Brancos - Cabelo com coloração  
Busto - Cx. 526, 160 cm  
Pés - PDM da Missa 54 cm -  
feminino. Fazendo uso de prótese  
no lado esquerdo. 10/05/13  
A 9/15 cm de altura

07/05/13

João Marilton V. Costa  
Traumato-Ortopedia  
CRM - 5980

Av. Major Aprigio da Fonseca, s/n - Bezerros - PE - Fone/Fax: (0xx81) 3728.1586 / 1099



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 16/11/2020 15:02:48  
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111615024866600000069678358>  
Número do documento: 20111615024866600000069678358

Num. 71069283 - Pág. 22

**Dr. Fred Veras**  
Reumatologista  
CRM 6688-PE CPF 129098314-34

**Ana Maria dos Santos Silva**

Paciente vítima de acidente de trânsito por queda de motocicleta no dia 17 de outubro de 2017 em estrada vicinal de Tupanatinga – PE deu entrada no Hospital Municipal local e transferido para Hospital Jesus Pequenino – Bezerros – PE onde recebeu atendimento médico para reduções cirúrgicas de fraturas dos dedos da mão D recebendo alta hospitalar 27 de outubro de 2017 e encaminhado com orientação de continuar tratamento médico ambulatorial de onde recebeu alta definitiva no dia 07 de maio de 2018.

Na avaliação clínica de sequelas por mim realizado ao paciente dia de hoje sob exame físico-clínico visual, mecânico ativo e passivo e motor sob manobra, tem o paciente apresentando-se com sequela de fraturas na mão D com semi rigidez articulares e perda de 60% para flexão e 30% para extensão II- IV – V - QD edema regional + e déficit de 20% para flexão dorsal 15% para flexão palmar e 15% para as rotações do punho D características por longo tempo de imobilização.

Paciente como se apresenta ao exame físico de hoje, e exclusivamente hoje, podendo variar conforme evolução e resposta clínica do mesmo com o passar dos dias e sendo de reservado prognóstico

PS: quadro clínico descrito ao um retrato do que o paciente apresenta ao físico exclusivamente do dia de hoje, podendo variar caso à caso com o passar dos dias.

Atenciosamente,

Afogados da Ingazeira, 12 de abril de 2019



Dr. Fred Veras  
Reumatologista-Ortopedista  
CRM 6688-PE CPF 129.098.314-34

Av. Apericio Veras 411, Centro, Afogados da Ingazeira PE – Fone 87 38381304



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 16/11/2020 15:02:48  
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111615024866600000069678358>  
Número do documento: 20111615024866600000069678358

Num. 71069283 - Pág. 23



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 16/11/2020 15:02:48  
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111615024866600000069678358>  
 Número do documento: 20111615024866600000069678358

Num. 71069283 - Pág. 24

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN

DETAN - PE  
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA	CÓD. RENAVAM	R.N.T.R.C.	EXERCÍCIO
1	1075220677	*****	2019
NOME PRISCILA JUSTINO DE OLIVEIRA			
TUPANATINGA-PE			
CPF / CNPJ	PLACA		
117.266.184-71	PCB3811		
PLACA ANT / NUE	CHASSI		
***** / 11	1KYYCBL0XE0635861		
ESPECIE TIPO	COMBUSTÍVEL		
PAS / CICLOMOTOR	GASOLINA		
MARCA / MODELO	ANO FAB.	ANO MOD.	
I/SHINERAY XY50Q PHOENIX	2013	2014	
CAP / POT / CIL.	CATEGORIA		
2P/49CL	PARTIC		
COTA ÚNICA	VENC. COTA ÚNICA	VENC. / COTAS	
I P V A	IPVA 2019 QUITADO	1° *****	
FADIA IPVA	PARCELAMENTO / COTAS	2° *****	
1	*****	3° *****	
PRÉMIO TARIFÁRIO (R\$)	IOF (R\$)	PRÉMIO TOTAL (R\$)	DATA DE PAGAMENTO
15.43	0.07	19.65	0F 11/02/19
OBSERVAÇÕES SEM RESERVA DE PORTE OBRIGATÓRIO NÃO VALIDO PARA TRANSFERÊNCIA			
TUPANATINGA	ROBERTO CARLOS MOREIRA PONTELLAS	DATA	
Roberto Carlos Moreira Ponteilles		12/02/19	
Diretor Presidente DETAN/PE			

SEGURO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NAO - SEGURO DPVAT

PE Nº 014802120121 BILHETE DE SEGURO DPVAT  
PRISCILA JUSTINO DE OLIVEIRA  
SITIO CANELA S/N 56540-000  
CASA ZONA RURAL TUPANATINGA-PE  
ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT  
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO  
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA  
[www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br)  
SAC DPVAT 0800 022 1204

VIA	CPF / CNPJ	PLACA
1	117.266.184-71	PCB3811
RENAVAM	MARCA / MODELO	
1075220677	I/SHINERAY XY50Q PHOENIX	
ANO FAB.	DATA FAB.	NP CHASSI
2013	08	1KYYCBL0XE0635861
PRÉMIO TARIFÁRIO		
PRÉMIO (R\$)	IOF (R\$)	CUSTO DO SEGURO (R\$)
6.94	0.77	7.72
CUSTO DO BILHETE (R\$)	IOF (R\$)	VALOR PAGO PELO DPVAT (R\$)
4.15	0.07	19.65
PAGAMENTO		
<input checked="" type="checkbox"/> COTA ÚNICA	<input type="checkbox"/> PARCELADO	DATA DE QUITAÇÃO
		11/02/19
SEGURADORA LÍDER - DPVAT		
CNPJ 09.248.608/0001-04		
DESTAQUE E GUARDE O BILHETE DPVAT.		
SÓ SE PAGO PELA COBERTURA.		

Contato para Polícia:  
(87) 9.9988-5158  
(87) 9.9243 - 8886.

EXCELSIOR SEGUROS  
24 MAIO 2019  
SEGURO DPVAT



EXCELSIOR SEGUROS  
24 MAIO 2019  
SEGURO DPVAT

Robson Bezerra  
R. Manoel Simuca Matalinho  
Nº 64  
Centro; Ananindeua - PA  
CEP: 65515-070.



Excepcion Seguros

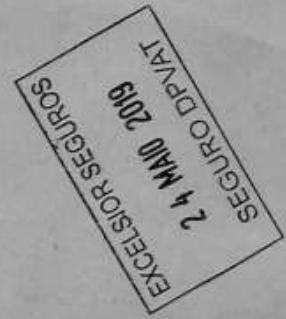
Av: Manqueiros de Olinda

N: 175

DH

Antigo  
Recife

EP: 50030-000.



PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: Ana Maria dos Santos Silva, brasileiro(a),  
 estado civil Viúva, profissão Agricultora, CI RG nº 59275250514, CPF/MF nº 017.434.204-71, residente e domiciliado(a)  
 à Rua Sítio Comela Nº 770, Cidade de Tupanatinga, Estado PE, CEP: 56540-000, telefone 11

OUTORGADO: Robson da Silva Bezerra, CNPJ/CPF 045.642.154-85  
 Socio nº 1, C.P.P. R. Manoel Sinuca Muitatinha nº 64, com endereço profissional Arcoundi, no cidade de Arcoverde, Estado do PE

**PODERES:** Concede poderes especiais do outorgado para: Enviar documentos, receber correspondências, solicitar informações por escrito ou por telefone, ter acesso ao número do sinistro, acompanhar o andamento do sinistro e apresentar documentos referentes ao sinistro junto a Seguradora Líder, Seguradoras conveniadas a Líder DPVAT e a Susep.

Obs.: É de responsabilidade do outorgante a veracidade das informações e documentos apresentados e disponibilizados ao outorgado.



Ana maria dos santos silva  
 OUTORGANTE

EXCELSIOR SEGUROS  
 24 MAIO 2019  
 SEGURO DPVAT

Tupanatinga/PE 03 de Abril de 2019.



## PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0175789/19

**Número do Sinistro:** 3190343265

**Vítima:** ANA MARIA DOS SANTOS SILVA

**CPF:** 017.434.204-71

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 17/10/2017

**Titular do CPF:** ANA MARIA DOS SANTOS SILVA

**Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

### DOCUMENTOS ENTREGUES

#### Sinistro

Declaração do Proprietário do Veículo

**ROBSON DA SILVA BEZERRA : 045.642.154-85**

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](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue 0800-0221204.
- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

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

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

#### Portador da documentação entregue

Data da entrega: 08/08/2019  
Nome: ROBSON DA SILVA BEZERRA  
CPF: 045.642.154-85

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 08/08/2019  
Nome: RAIANNE SILVA BARBOSA  
CPF: 102.869.074-61

ROBSON DA SILVA BEZERRA

RAIANNE SILVA BARBOSA

