



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	
ANA MARIA DOS SANTOS SILVA (AUTOR)		EWERSON VILAR DE LIMA (ADVOGADO)	
COMPANHIA EXCELSIOR DE SEGUROS (REU)			
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
71069283	16/11/2020 15:02	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 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

00050148



Carta nº 14365196





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 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, 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

Carta nº 14365197

Pag. 00759/00760 - carta_01 - INVALIDEZ





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

Rio de Janeiro, 19 de 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





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, 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, 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



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 físico: APRESENTA GRANDE RIGIDEZ DO PUNHO DIREITO COM LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS SOLICITADOS EM TORNO 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
Total			18,75 %	R\$ 2.531,25



**Lauda 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. Nexa 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"
<i>Esta avaliação médica deve ser repetida em dias</i> | () "Sem sequela permanente"
<i>(Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)</i> |
|--|---|
- b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.
- | | |
|---|---|
| Região Corporal (Sequela):
PUNHO - Lado Direito
% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio (X) 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.
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 Nome completo da vítima: 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: Ana Maria dos Santos Silva CPF: 017.434.204-71
Profissão: Aquilutora Endereço: Sítio Conila Número: 770 Complemento: Casa
Bairro: Zona Rural Cidade: Tupinãtanga Estado: PE CEP: 56540-000
E-mail: _____ Tel. (DDD): 11

DADOS CADASTRAIS

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

RENDA MENSAL:
☐ RECUSO 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 OPÇÃO DE CONTA

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

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

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 4996 ☐ CONTA: 1583 ☐ 0
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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.

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora 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.

INVALIDEZ PERMANENTE

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 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.

MORTE

Local e Data: Tupinãtanga 23.05.19
Nome: _____
CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

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

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____
CPF: _____

2ª | Nome: _____
CPF: _____

Assinatura: EXCELSIOR SEGUROS

24 MAIO 2019

Assinatura: SEGURO 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 ROGO, 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.



Loterias CAIXA

CAIXA ECONOMICA FEDERAL

SAC 0800 726 0101
OUVIDORIA 0800 725 7474

040 810589024-9

09/FEV/2019 HORA DE 09:36:20

LOT: 15.013066-0 TERM: 012033

LOCALIDADE: TURANATINGA

AG. VINCULADA: 4990 CONTROLE: 33927374

DEPÓSITO EM DINHEIRO

4990 013 00001503-0

ANA MARIA SANTOS SILVA

VALOR : 500,00

DEPÓSITO REALIZADO COM SUCESSO. A PREVISÃO
DO CRÉDITO NA CONTA É DE ATÉ 30 MINUTOS

ESTE RECIBO É VÁLIDO COMO
COMPROVANTE DE DEPÓSITO

040 810589024-9

1ª VIA

Loterias CAIXA

EXCELSIOR SEGUROS

24 MAIO 2019

SEGURO DPVAT





**GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 162ª CIRCUNSCRIÇÃO - TUPANATINGA - DP162ªCIRC
DINTER2/12ª DESEC**

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 17E0252000326

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

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

Fato ocorrido no endereço: **MUNICÍPIO DE TUPANATINGA, 1, RODOVIA ESTADUAL PE 270, SÍTIO 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 Mãe: ALEXANDRINA EVANGELISTA DE OLIVEIRA Data de Nascimento: **30/3/1946** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **1009502/SSP/PE (RG)** Estado Civil: **SEPARADO(A)**
Endereço Residencial: **MUNICÍPIO DE TUPANATINGA, 1, SÍTIO CANELA, ZONA RURAL DE TUPANATINGA - CEP: 0 - Bairro: CENTRO - TUPANATINGA/PERNAMBUCO/BRASIL**

ANA MARIA DOS SANTOS SILVA (presente ao plantão) - Sexo: Feminino Mãe: MARIA ENESTINA DA CONCEIÇÃO Data de Nascimento: **14/12/1988** Naturalidade: **SÃO MIGUEL DOS CAMPOS / ALAGOAS / BRASIL** Documentos: **592752/SDS/PE (RG)** **01743420471 (CPF)** Estado Civil: **VIUVO(A)** Profissão: **AGRICULTOR(A)**
Endereço Residencial: **MUNICÍPIO DE TUPANATINGA, 1, SÍTIO CANELA, ZONA RURAL DE TUPANATINGA - CEP: 0 - Bairro: CENTRO - TUPANATINGA/PERNAMBUCO/BRASIL**

PRISCILA JUSTINO DE OLIVEIRA (presente ao plantão) - Sexo: Feminino Mãe: MARIA CICERA JUSTINO DA SILVA Pai: **SEBASTIÃO DE OLIVEIRA** Data de Nascimento: **30/8/1994** 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 SHYNERAI 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://segurify.sds.pe.gov.br/pernambuco/VisualizaBO.do?Un=252&idOc=6751489&noBO=17E0252000326&tipo=simples&natPrincipal=ACIDENT...> 1/1

EXCELSIOR SEGUROS

24 MAIO 2019

SEGURO DPVAT



Placa: CEC3811 (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Renavam: 107522067 Chassi: LKXKCBLOXE0635891

Complemento / Observação

NA MANHÃ DE HOJE, COMPERCEU 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 SHYNERAI PHENIX, DE COR VERMELHA, DE PROPRIEDADE DE PRISCILA JUSTINO DE OLIVEIRA, CONDUZIDA POR SEU COMPANHEIRO JOSÉ ALEXANDRE DE OLIVEIRA, NA RODOVIA PE-279, NAS PROXIMIDADES DO SÍTIO 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 MÉDICOS.

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

JOSÉ ALEXANDRE DE OLIVEIRA
(AUTOR / AGENTE)

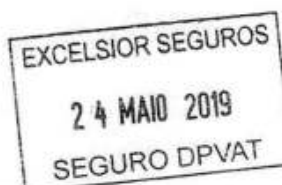
ANA MARIA DOS SANTOS SILVA
(VITIMA)
Priscila Justino de Oliveira
PRISCILA JUSTINO DE OLIVEIRA
(OUTRO)

B.O. registrado por: JOSÉ ROGERIO DUARTE BATISTA - Matrícula: 158730-7



Preencher Assessor

Assinatura



<https://security.sde.pe.gov.br/pernambuco/visualizaBO.do?idUn=252&idC=6751489&nrBO=17E0252000326&tp=simple&atPrincipal=ACIDENT...> 20





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 Nome completo da vítima: 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: Ana Maria dos Santos Silva CPF: 017.434.204-71
Profissão: Agricultora Endereço: Sítio Camela Número: 770 Complemento: Casa
Bairro: Zona Rural Cidade: Tupinatinga Estado: PE CEP: 56540-000
E-mail: _____ Tel. (DDD): 11

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

DADOS CADASTRAIS
RENDA MENSAL:
☐ RECUSO 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 OPÇÃO DE CONTA

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

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 4996

CONTA: 1583

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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.

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 atenda a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora 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.

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 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.

Assinatura
do
vítima/beneficiário

Local e Data: Tupinatinga 23.05.19

Nome: _____

CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

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
SEGURO 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 ROGO, 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



DADOS DO CLIENTE
ANA MARIA DOS SANTOS SILVA

ENDERECO DA UNIDADE CONSUMIDORA
SI CANELA 770 CS-

CPF 017.434 204-71

SITIO CANELATUPANATINGA RURAL
TUPANATINGA PE
58540-000

CLASSIFICAÇÃO
B1 RESIDENCIAL
RESIDENCIAL

Nº DA NOTA FISCAL	SÉRIE	EMIÇÃO
050273082	ÚNICA	13/02/2018
APRESENTAÇÃO	Nº DO CLIENTE	Nº DA INSTALAÇÃO
13/02/2018	2013196736	3945428

COMO CONTRATO	MES/ANO
7015508218	02/2019
DATA DE VENCIMENTO	DATA PREVISTA PROXIMA LITURIA
20/02/2019	15/03/2019
TOTAL A PAGAR (R\$)	41,88

DESCRIÇÃO DA ROTA FISCAL	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Adeq(W/h)	55,0000000	0,73479503	40,41
Contrib. Ium. Pública Municipal			4,40
Compensação DIC Anual 2018			-2,66
Compensação FIC Trimestral 04/18			-0,27

TOTAL DA FATURA

41.69

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL									
Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR		ATUAL		Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (kWh)
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA				
WFO0081	CAT	15/01/2019	12.775,00	13/02/2019	13.840,00	29	1.065,00		55,00

HISTÓRICO DE CONSUMO

Medida em kWh

Mês/Ano	Consumo (kWh)
FEV 18	95
MAI 18	30
DEZ 18	62
NOV 18	58
OUT 18	64
SET 18	49
AGO 18	55
JUL 18	54
JUN 18	54
MAI 18	15
ABR 18	56
MAR 18	58
FEV 19	90

INFORMAÇÕES DO TRIBUTÁRIO

	SALDO DE CALÇADO	%	VALOR DO IMPOSTO
ICMS	40,41	25,92	10,16
PIS	40,41	0,71	0,28
COFINS	40,41	3,31	1,23

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

	R\$	%
Geração de Energia	12,82	31,72%
Transmissão	1,30	4,70%
Distribuição (Perdas)	6,68	22,00%
Perdas de Energia	2,80	6,93%
Energias Soterrâneas	2,28	5,87%
Tributação	11,71	28,96%
Total	40,41	100%

Consumo Abonado (R\$)

TARIFAS APLICADAS

0,5216600

RESUMO DO ANEXO

4FE6 52C2 661C 48DF A1C6 B8EC C048 0451

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Pague no ponto mais perto de você e não se esqueça de nos contar sobre suas experiências! person@guacaleva.com ou nos envie uma planilha OS controlada contida em www.osl.com.br ou ligue para 0800 00 00 00. Se você não estiver em uma loja de Guacaleva, entre em contato conosco pelo telefone 0800 70 3003. O cliente é compensado quando há violação na continuidade no qual o cliente não é atendido de acordo com o prazo estabelecido. Pague em até 30 dias após a entrega. (CNPJ 06.944.444/0001-00), Av. 1ª de Maio 10.438-000, 2º andar, loja 02, bairro da Glória, Rio de Janeiro, RJ. Pague em até 30 dias após o recebimento do produto para os países de atendimento controlado.

EXCELSIOR SEGUROS
24 MAIO 2019
SEGURO DPVAT

mp celpe
movatiga

1ª FONEIA SMO SEBASTIAO
PARCA COOPER, JOSE EDILDO DE MELO, 18
CENTRO UBERABITABA

Outubro
1.7.14
204-020733

22/02/2013

1 PE

VAL PG: R\$ 41,58

83305000000041080011007
01515402161013632368023

UNICAO VALUADO COMO RECIBO DE PAGAMENTO

DURAÇÃO
MINUTO

210
210
210

Limite DCM 12





FINANCIAMENTOS



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

EXCELSIOR SEGUROS
24 MAIO 2019
SEGURO DPVAT



720828852619160000002324230160317





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

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF².

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. ² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu

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

Invalidez

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:

R: Manoel Simuca Mulatinho

Número:

64

Complemento:

Casa

Bairro:

São Geraldo

Cidade:

Arcoverde

Estado:

PE

CEP:

56515-070

E-mail:

robsonayala@hotmail.com

Tel. (DDD):

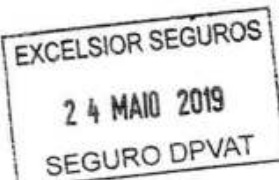
(81) 9-9988-5158

Local e Data:

Arcoverde-PE, 16-05-2019

x Robson da Silva Bezerra

Assinatura do Declarante



DLDRL001 V001/2017



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 Correla, nº 01.

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

Veículo: Ciclomotor
Modelo: SHINERAY KY502 PHOENIX
Ano: 2013/2014
Placa: PCB 3841
Chassi: LKXKCBLOXED635861
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)

Antônio dos Santos Silva

CARTÓRIO DO REGISTRO CIVIL E NOTAS - TUPANATINGA-PE
Rua São João Paulo, 15 - Centro - CEP: 55040-000 - Fone: (071) 3361-1020
Serviço: Oficial Álvaro dos Santos Cavalcanti - Substituto - 2205 de Antônia dos S. Cavalcanti
Serviço de Registro Civil e Notas
Reconheço por autenticidade a firma indicada de
PRISCILA JUSTINO DE OLIVEIRA
lançada em minha presença, Dou fé.
Tupanatinga, 03 de abril de 2019 09:50:15.
Em testemunho, da verdade
JOSE DE ARIMATEIA DOS SANTOS CAVALCANTE (SUBSTITUTO)
Valor Total R\$ 4,66
Válido somente com o selo 0076105.Y.104201902.0037A

CARTÓRIO DO REGISTRO CIVIL E NOTAS - TUPANATINGA-PE
Rua São João Paulo, 15 - Centro - CEP: 55040-000 - Fone: (071) 3361-1020
Serviço: Oficial Álvaro dos Santos Cavalcanti - Substituto - 2205 de Antônia dos S. Cavalcanti
Serviço de Registro Civil e Notas
Reconheço por autenticidade a firma indicada de
JOSE FRANCISCO DA COSTA SILVA
lançada em minha presença, Dou fé.
Tupanatinga, 16 de maio de 2019 09:19:14.
Em testemunho, da verdade
JOSE DE ARIMATEIA DOS SANTOS CAVALCANTE (SUBSTITUTO)
Valor Total R\$ 4,66
Válido somente com o selo 0076105.36007201903.0037A

(87) 3856-1156 | 3856-1282

Telefone:



PREFEITURA MUNICIPAL DE
TUPANATINGA
TEMPO DE VIVER UMA NOVA HISTÓRIA

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

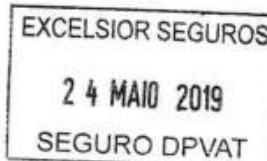
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DO MUNICÍPIO
DE TUPANATINGA - PE / CNPJ 10.342.688/0001-41
Rua Alto São Felix, 185 Fone: (87)3856-1604 - (87)3856-1225.
E-mail: hospitaltupanatinga-direcao@hotmail.com

Declaração

Declaro para os devidos fins que em resposta a solicitação do
Sr. Anna Maria dos Santos Silva 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.


Reginaldo Rodrigues
Sec. Adjunto de Saúde
CNPJ nº 10.342.688/0001-41
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



no os setores limpos e organizados. As chaves da farmácia
 ECG com os proporcionais do próximo plantão. *Christina Cavalcanti de Sousa*
 às 08:00 esperando ser surtida. Enfermeira
 COREN-PE 355856

Plantão 24h

16/10/17

Equipe: Dr. Bilson / Enfe Allan / Téc: Lúivone + Danielly + Leda +
 Ana Clara + Paula + Acácia.
 Adaptação

Archie plantão com setores limpos e organizados; Encontro
 do paciente interno e externo em observação p/ reavaliação;
 Atendimento ambulatorial interno;
 Não houve intercorrência durante o período;
 Desempenho de medicação e parto realizado em seus apere-
 tivos limpos;
 Para plantão no enfermeiro Rafael juntamente com
 chaves; Duas O2 internas e 1 para radiologia.

Dr. Allan Carlos dos S. Silva
 ENFERMEIRO OBSTETRA
 COREN-PE 213265

Plantão 24h

17/10/17

Equipe: Médica Dr. Ricardo

Enfermeiros: Rafael / Carlos

Téc. inf: M: Carolina, M: dos Graças, Lúivone Cunha
 Cristiane Cavalcanti: archie plantão com
 partição de atestado, reparte de sala de parto
 Paula.

Reab e plantão com setores limpos e organizados.
 precisando no ser reabilitadas, assim já foi comunicado
 a pessoa da farmácia Cristiane.

Em entrada às 11:52 a paciente M: Rosângela de
 Santos com acompanhante do psd. onde foi
 pedido a Smba de Transferência número
 5278 925. p/ Arquivado p/ avaliação do

GRAFSET



Obstetra pois a mesma não tem acesso
o BCF não há presença que o feto inexist
a mesma se recusou a ir, com um tempo
antes dele registrado. Aos 14:57, que a mesma
de recurso. O paciente retorna a unidade às 19:00 horas
para um novo exame, foi internado e avaliado
e liberado.

Duas plantas com 1 interna com o utero
limpo e organizado, com a equipe no hospital
toda voltando de transição.

Paciente Antônia foi tratado com a captação
ligando a chave de sala de parto com Paula

Inseto ^{Rafael Campos Dias} 15 horas ^{Enfermeiro} ^{COREN-PE 398432} ^{15.7.} vítima de acidente de moto.

Plantado 24 hs 18.10.17

Equipe: Médico: Magalhães

Enfermeira: Christina Cavalcanti

Téc. Enfer. Rurika Lima, Jocy Carrau, Amélia 24 / Fabiana
Cavalcanti (Atestado médico) Eliane Alves, Valdelice.

Recebo o Plantão com os textos limpos e organizados.

Plantão calmo sem intercorrências. Apenas atendimento
ambulatório. Às 02:50 deu entrada gestante Ana Maria constante
residente no povoado Moroto, Imbirimim, apresentando dor em
baixo ventre. Ao exame apresenta 5/6 cm de dilatação de colo
uterino. BCF 145 bpm, PA: 140x100 mmHg. Às 05:50 evolui para par
normal, sendo preenchida a DNI de número 30-7660-2431-0, não
foi preenchida cartão de vacina, pois não tem p/ o sexo feminino.
(na sala de parto). Deixou 04 DNI preenchidas e 03 DO's em branco,
01 paciente em CMM, 01 em observação e nas demais clínicas
sem intercorrências. Obs. Parto discutido em livro de relatório de
enferrmagem, pois não temos livro de alojamento conjunto. Deixou o
plantão às 08:00 hs aguardando ser arquivado.

^{Christina}
Christina Cavalcanti da S. Sousa
Enfermeira
COREN-PE 355856



0303690227
Ana Maria dos Santos Silva



FICHA DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

Nome: Ana Maria dos Santos Silva		Ficha nº: 03
Sexo: F	Idade: 58	Data: 18/10/2017
Data de nascimento: 01/12/1958	Cor: Parda	Hora: 8h59
Profissão: Aposentada	Estado Civil: Viúva	CPF: 017.434.204-71
Endereço: Sítio Canela	Tel.:	RG: 592752
Bairro: Zona Rural	Município: Jaramatins	CEP: 46410-000
Naturalidade: São Miguel dos Campos/AL	CNS: 700 0014 3403 5705	Nº: 570
Escolaridade: Analfabeto: () 1º Grau: () 2º Grau: () Superior: ()		
Filiação: Maria Eustácia da Conceição	Tel: 81655509	
Acompanhante: Priscila (relativa)	Resp. pelo preenchimento: Priscila	
MEIO DE TRANSPORTE		ENCAMINHADO
Bombeiro () SAMU ()	Andando (x) Maca () Cadeira de rodas ()	Hospital (x)
Ambulância () Auto ()	Senha:	UPA () PSF ()
Moto () Outros: Motocicleta		Outros ()
PA: 130x60	HGT:	TEMP:
FR:	Peso:	FC:
	Alérgico: Dipirona	SATO2:
Antecedentes Pessoais/Familiares:		
Uso de Medicamentos:		
Situação/Queixa Principal: Queda de um dos membros superiores M.S.		
AVALIAÇÃO DE ENFERMAGEM / ACOLHIMENTO		ENCAMINHAMENTOS
() Febre () Dificuldade de Respirar	() Clínico Geral	CLASSIFICAÇÃO
() Vômitos () Confusão Mental	() Cirurgião	() Vermelho
() Fraqueza () Distúrbios Visuais	(x) Ortopedista	(x) Amarelo
() Fadiga () Taquicardia	() Pediatra	() Verde
() Cefaléia () Paraestesia e/ou paralisia	() Serviço Social	() Azul
() Tontura () Tosse	() Outros:	
() Convulsão () Dor local		
() Desmaio () Queixa urinária		
() Sangramento () Outras Queixas:		
ASSINATURA DO ENFERMEIRO		
Rafael Campos Dias		
Enfermeiro		
CORENPE 398432		
DESCRIÇÃO / AVALIAÇÃO MÉDICA		
1 - Queixa Principal (QP) / Histórico da Doença (HDA):		
Queda de um dos membros superiores em 18/10/2017		
12 de Antecedentes em		
2 - Hipótese Diagnóstica:		
HDA fratura de rádio distal M.		
3 - Exames Solicitados: R.O. e R.A. Radiografia		

Assinatura e identificação do Médico

Exatidão & Mello
Méd. 259.000.0
Vigilância Epidemiológica



11/12/12 - 16 us 0"

57 amputada. m. l. u

para unhas pro

leitura 08/15/01/10

812-0 - 0 14

João Marilton V. Costa
Traumato-Ortopedia
CRM-5980

15/01/10 49 us. 30"

prolata p. x

leitura 08/15/01/10

6 f. nota 100

1. 100 p. m. l. u

leitura 05/03/10

11 4 49

João Marilton V. Costa
Traumato-Ortopedia
CRM-5980

08/03/10. 100 us. 30"

para unhas pro

leitura 08/15/01/10

6 f. nota 100

João Marilton V. Costa
Traumato-Ortopedia
CRM-5980

01/05/10 - 100 us. 30"

para unhas pro

João Marilton V. Costa
Traumato-Ortopedia
CRM-5980





HOSPITAL
JESUS PEQUENININO

Leandro M. V. Costa

paciente Marcos V. Soares 24
59 anos, casado, filho de
farturas, dor no joelho esquerdo
Dor - Cx - 5 - 50%, 160 cm
80 kg, 100 mm Hg, 110 bpm -
farturas. 2.º grau para fêmur
no tornozelo 10/05/13
4.º grau para tibia

04/05/13

João Marilton V. Costa
Traumato-Ortopedia
CRM - 5980

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



Dr. Fred Veras
Reumatologia
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 rigidezes 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
Reumatologia-Ortopedia
CRM 6688-PE CPF 129.098.314-34

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



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE ALAGOAS

SECRETARIA DE ESTADO DA DEFESA SOCIAL

INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO DELE MARIA BECHTOLD SANTOS



Polegar Direito



Assinatura do Titular

Ana Maria dos Santos Silva

CARTeira DE IDENTIDADE

MINISTÉRIO DA FAZENDA

Receita Federal

Cadastro de Pessoas Físicas

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número 017.434.204-71

Nome ANA MARIA DOS SANTOS SILVA

Nascimento 01/12/1958

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

392752

15/12/2009

ANA MARIA DOS SANTOS SILVA

MARIA ERNESTINA DA CONCEIÇÃO

SÃO MIGUEL DOS CAMPOS - AL

CERTIDÃO CAS 5473 FLS 273 LTV B 14

MACEIÓ - AL

2 VIA

DATA DO NASCIMENTO 01/12/1958

DEL KEMANN VIEIRA DE OLIVEIRA

DIRETOR DE IDENTIFICAÇÃO CIVIL

LEI Nº 7.116 DE 09/08/83

P 1

EXCELSIOR SEGUROS

24 MAIO 2019

SEGURO DPVAT

CÓDIGO DE CONTROLE

067B.9080.8B7B.44F8

A autenticidade deste comprovante deverá ser confirmada na Internet, no endereço

www.receita.fazenda.gov.br

Comprovante emitido pela

Secretaria da Receita Federal do Brasil

às 19:23:09 do dia 03/02/2014 (hora e data de Brasília)

dígito verificador: 00



REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PE Nº **014802120121**
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA: **1** Cód. RENAVAM: **1075220677** R.N.T.R.C.: ********* EXERCÍCIO: **2019**

NOME: **PRISCILA JUSTINO DE OLIVEIRA**

TUPANATINGA-PE

CPF / CNPJ: **117.266.184-71** PLACA: **PCB3811**

PLACA ANT. / UF: ******* / PE** CHASSI: **1XYXCBL0XE0635861**

ESPECIE TIPO: **PAS / CICLOMOTOR** COMBUSTÍVEL: **GASOLINA**

MARCA / MODELO: **I/SHINERAY XY50Q PHOENIX** ANO FAB.: **2013** ANO MOD.: **2014**

CAP. / POT. / CIL.: **2P/49CL** CATEGORIA: **PARTIC** COR PREDOMINANTE: **VERMELHA**

COTA ÚNICA: **IPVA 2019 QUITADO** VENC. COTA ÚNICA: **1ª *******

Faixa IPVA: **1** PARCELAMENTO / COTAS: *********

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$): **15.43** IOF (R\$): **0.07** PRÊMIO TOTAL (R\$): **19.65** DATA DE PAGAMENTO: **11/02/19**

OBSERVAÇÕES: **SEM RESERVA**

TUPANATINGA LOCAL: **12/02/19** DATA: **12/02/19**

Roberto Carlos Moreira Pontelles
Diretor Presidente DETRAN/PE

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

PE Nº 014802120121 BILHETE DE SEGURO DPVAT
PRISCILA JUSTINO DE OLIVEIRA
SÍTIO CANELA S/R **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
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO: **2019** DATA EMISSÃO: **12/02/19**

VIA: **1** CPF / CNPJ: **117.266.184-71** PLACA: **PCB3811**

RENAVAM: **1075220677** MARCA / MODELO: **I/SHINERAY XY50Q PHOENIX**

ANO FAB.: **2013** CIL. / CIL.: **08** Nº CHASSI: **1XYXCBL0XE0635861**

PRÊMIO TARIFÁRIO

FNS (R\$): **6.94** DENATRAM (R\$): **0.77** CUSTO DO SEGURO (R\$): **7.72**

CUSTO DO BILHETE (R\$): **4.15** IOF (R\$): **0.07** TOTAL DO PREÇO DO BILHETE (R\$): **19.65**

PAGAMENTO: ☒ COTA ÚNICA ☐ PARCELADO DATA DE QUITAÇÃO: **11/02/19**

SEGURADORA LÍDER - DPVAT
CNPJ 09.248.608/0001-04

DESTAQUE E GUARDE O BILHETE DPVAT. ELE NÃO É DE PORTE OBRIGATORIO.

Contato Para Perícia:
(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 Mulatinho

Nº 64

Centro: Arcoverde - PE

CEP: 56515-070.



Excelsior Seguros

Av: Marquês de Olinda

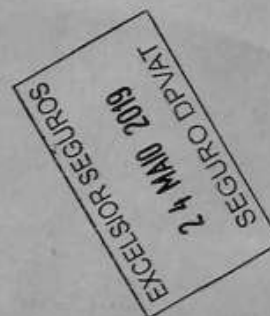
N: 175

Recife Antigo

EP: 50030-000



Correios	REGISTRADO URGENTE	PESO (kg)
Recebedor	registered priority	1,6
Assinatura	Doc.	AR
		MP
JT 63716117 0 BR		



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
Tupamatinga Estado PE CEP:
56540-000 telefone 11

OUTORGADO: Robson da Silva Bezerra CNPJ/CNPJ nº 045.642.154-85
 sob o nº CPP com endereço profissional
R: Manoel Simuca Mulatinho nº 64 no cidade de
Aracundi 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.



EXCELSIOR SEGUROS
 24 MAIO 2019
 SEGURO DPVAT

Tupamatinga-PE 03 de Abril de 20 19.



Ana maria dos santos silva
 OUTORGANTE



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

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

Data do acidente: 17/10/2017

CPF de: Próprio

Titular do CPF: ANA MARIA DOS SANTOS SILVA

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 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

ROBSON DA SILVA BEZERRA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

RAIANNE SILVA BARBOSA

