



Número: **0064608-72.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção B da 32ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **09/10/2020**

Valor da causa: **R\$ 7.762,50**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
MARIA ILZA DA SILVA (AUTOR)		ANA CRISTINA ALEIXO PEREIRA SANTOS (ADVOGADO) CARLA ROCHA LEMOS (ADVOGADO)	
TOKIO MARINE SEGURADORA S.A. (REU)			
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (REU)			
PAULO FERNANDO BEZERRA DE MENEZES FILHO (PERITO)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
71675 016	26/11/2020 17:18	ANEXO 1	Outros (Documento)



HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE
EMERGÊNCIA



1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Atendimento: 605501 Prontuário: 358707
Nome: MARIA ILZA DA SILVA
Data Nasc.: 31/05/1973 Idade: 46 Sexo: FEMININO Cor: PARDA Religião:
CPF: RG: 472777 CNS:
Endereço: RUA DA MONTANA Nº: 0
Bairro: SALGADO Cidade: CARUARU Estado: PE
CEP: 55016270 Fone: 996048315 Profissão: AGRICULTOR
Nome da Mãe: MARIA JOSE DA SILVA
Acompanhante:
Motivo do Atendimento: ACIDENTE MOTOCICLISTICO
Clínica: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

2 - ATENDIMENTO

Data: 18/05/2020 14:04

Médico: MEDICO PLANTONISTA

Queixa Principal / HDA:

Acidente de moto, machucado no braço
e pernas

Exame Físico:

PA: FC: FR:

Paciente com 2 feridas abertas no
braço.

Diag. Provisório:

FRATURAS EXATAS DE PERNA

BR. DOR NO MÃO

DO BICO CINTURÃO

Prescrição:

Dieta:

Data

Horário

Dr. Mauricio Pae
Ortopedia / Traumatologia
Cirurgia de Quadril
CRM-PE 10.073 REG. 11-20


COMPRESA

19 AGO 2020

PROTOCOLO



Data e hora retirada da senha: 18/05/2020 13:54

	Nome Paciente:	MARIA ILZA DA SILVA
	Cód. Paciente:	
	Data de Nascimento:	31/05/1973
	Sexo:	Feminino
	Idade:	46
	Senha:	U0011
	Convênio:	-
	Atendimento:	SAME:

: 18/05/2020 13:55 - 18/05/2020 13:56

GILDA MARIA DE SIQUEIRA PRATA - COREN: 415317 - : ENFERMEIRO(A) -

Prioridade: **URGENTE**

Cor:  AMARELO

Queixa Principal: PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO APRESENTANDO DOR + LIMITAÇÃO + FRATURA EXPOSTA

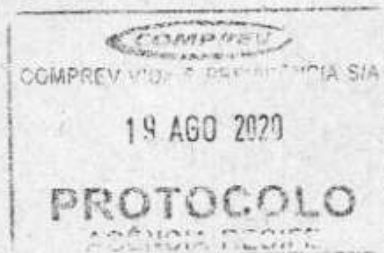
Medicamento(s): NEGA ALERGIAS

Observação: SENHA: 5939829

Fluxograma sintoma: PROBLEMAS NOS MEMBROS

Discriminador(es): - DOR MODERADA?
- FRATURA EXPOSTA?

Especialidade: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA



Acolhido(a) por: GILDA MARIA DE SIQUEIRA PRATA - COREN: 415317 - : ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 18/05/2020 13:56

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco

Página 1 de 1





SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
FUNDAÇÃO DE SAÚDE AMAURY DE MEDEIROS - FUSAM
HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE

HRA
HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE

SUMÁRIO DE ADMISSÃO E ALTA

Usuario da Internação
MONICAVGS



605515

1 - Identificação do Paciente Data Int.: 18/05/2020 15:44 Atendimento: 605515 N° AIH:

Nome: MARIA ILZA DA SILVA Prontuário: 358707

Data Nasc.: 31/05/1973 Idade: 46 Sexo: FEMININO Cor: PARDA Religião:

CPF: RG: 4727777 CNS:

Endereço: RUA DA MONTANA N°: 0

Bairro: SALGADO Cidade: CARUARU Estado: PE

CEP: 55016270 Fone: 996048315 Profissão: AGRICULTOR

Nome da Mãe: MARIA JOSE DA SILVA

Nome do Conjuge:

Nome:

Parentesco: RG: Fone:

2 - Internar Para

Clínica: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Unidade de Internação: PRE - OPERATORIA

Leito: PRE - OPERATORIA 02

Diagnóstico Inicial

(Constante do Laudo Médico): CID:

Procedimento Solicitado: CÓD.:

Procedimento Realizado: CÓD.:

3 - Atendimento Médico

Méd. Laudo Ass./Carimbo	Cirurgião Ass./Carimbo	1º Aux. Cirurg. Ass./Carimbo	Ass./Carimbo 2º Aux. Cirurg.	Anestesista Ass./Carimbo	Méd. Assist. Ass./Carimbo

4 - Procedimentos Especiais

- () MUDANÇA DE PROCEDIMENTOS
- () DIÁRIA DE UTI
- () DIÁRIA DE ACOMPANHANTE
- () VACINA ANTI RH
- () USO DE DERIVADOS DE SANGUE
- () USO DE PRÓTESE, ORTESE
- () USO DE FATORES DE COAGULAÇÃO
- () USO DE OXIGENADORES
- () NUTRIÇÃO PARENTERAL

5 - Historia Clínica



DIAGNÓSTICO DEFINITIVO

MOTIVO DE ALTA

DATA DE INTERNAMENTO	DATA DE ALTA	DIAS DE HOSPITALIZAÇÃO
18/05/2020 15:44		



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

Unidade de Saúde: HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE

Paciente: ANAÍZA DA SILVA Nº do Registro:

Clínica: TRAUMATOLOGIA Nº do Leito:

Operador: MAURÍCIO PAES

1º Assistente:

2º Assistente:

Anestesista: RAONIR

Instrumentador:

Anestesia: RAONIR

Duração:

Data da Operação: 18/05/2020 Início: 14:00h

Término: 15:00h

Diagnóstico Pré-Operatório: FRATURA EXP-IVA DE

Diagnóstico Pós-Operatório: PATELA (E)

Operação Proposta: IMPLANTACAO DE PLACA E

Operação Realizada: CIRCULAR

DESCRIÇÃO DO ATO OPERATÓRIO

1) Paciente em 20h 14:00h
 2) Anestesia + ANTIBIOTICO
 3) EXPLORACAO, ATROFACAO E
 limpeza cirurgica do ferimento
 4) Ponto e Pico de fratura
 5) Fixacao da patela

OBS: NÃO REALIZADO SINTETIZACAO DE FIBRINA POR FRATURA DE FIO DE KIRCHMAN E CONGELACAO DA DRESS

Dr. Mauricio Paes
 Ortopedia / Traumatologia
 Conselho de Qualidade



Lotto:

10286

O. A. C. M. V. G.

(No final de cada evolução o médico deve assinar e carimbar)

DATA

۵۸۱۲

Este algoritmo para calcular o valor
de x a partir do preço $(+)$
(segundo item).

(c) $\frac{d}{dt} \left(\frac{1}{r^2} \right)$

Dr. Felipe Guedes
Ondine de Almeida
0000-0001-7150-1165

COMPTON JUNE 1964

19 AGO 2020

~~PROTOCOL~~

Conferido Com Documento
Original Beatos p. 11, 12, 13
Hospital, 12/12/1988

And Amorin
Assistant Social
RESS/PE Nº 0.471



HOSPITAL JESUS PEQUENINO

FICHA DE ATENDIMENTO DE INTERNAÇÃO

Atendimento: 586267 Data: 21/05/2020 Hora: 10:25
 Convênio: PARTICULAR
 Responsável: DR. JOSE FELIPE GUEDES
 Médico:

Paciente: 40056 MARIA ILZA DA SILVA
 Nascimento: 31/05/1973 - 46 Anos e 11 Meses
 Endereço: RUA BELA VISTA SN,
 Bairro: SAPUCARANA
 IBGE/Cidade: 2601904 BEZERROS
 Pai: MANOEL FRANCISCO DA SILVA
 Mãe: MARIA JOSE DA SILVA
 Nacionalidade: BRASIL

CEP: 55660-000
 UF: PE

Recep.: EMMA THOMPSON DA S. GARCIA
 Matrícula:
 Identidade:
 Cartão SUS:
 Sexo: FEMININO Cor:
 Est. Civil:
 C.P.F. 90207637415
 Identidade: 4727777 SSP PE
 Telefone: 81.994775282
 G.Instrução:
 Ocupação:
 Naturalidade:

Obs.:

Queixa do Paciente:

História de doença aguda de
 febre e dor no abdômen
 há 03 dias
 no H.V.A.

H.D.A.:

Exame Físico:

Exame físico normal (em jejum)
 sem sinais flogísticos

H.D.:

Tratamento:

Observação

Conteúdo Com Documento
 Original de 2020
 Hospital Jesus Pequeno
 21/05/2020
 Assinatura
 Assinatura Social
 CRES/PE N° 4.471

COMPREV VIDE P. 2020
 19 ABR 2020
 PROTOCOLO
 AGÊNCIA REGISTRO

Bezerros, 21 de maio de 2020

Assinatura e Carimbo do Médico



HOSPITAL JESUS PEQUENINO**FICHA DE ATENDIMENTO DE INTERNAÇÃO (Complemento)**

Acomodação: APARTAMENTO - 03

Enfermaria: POLICLINICA I

Atendimento: 586267 Data: 21/05/2020 Hora: 10:25
Convênio: PARTICULAR
Responsável:
Médico: DR. JOSE FELIPE GUEDES

Recepc.: EMMA THOMPSON DA S. GARCIA
Matrícula:
Identidade:
Cartão SUS:

Paciente: 40056 MARIA ILZA DA SILVA
Nascimento: 31/05/1973 - 46 Anos e 11 Meses
Endereço: RUA BELA VISTA SN,
Bairro: SAPUCARANA
IBGE/Cidade: 2601904 BEZERROS
Pai: MANOEL FRANCISCO DA SILVA
Mãe: MARIA JOSE DA SILVA
Nacionalidade: BRASIL

Sexo: FEMININO Cor:
Est. Civil:
C.P.F.: 90207637415
Identidade: 4727777 SSP PE
Telefone: 81.994775282
G.Instrução:
Ocupação:
Naturalidade:

Recepcionista: _____

Motivo Alta: () Curado () Melhorado () A Pedido () Transferido () Evasão Morte: () Antes de 48 horas () Após 48 horas
() Assinpu o termo

Alta Hospitalar

Data: 22/05/20

Médico: _____

Dr. Felipe Guedes
Ongem e Transmissão
Cirurgião CRM-PE 21023

Assinatura / CRM

Observação

Pete observação de tumor
na mama com a
exatidão da patologia

Transferência Hospitalar

Data: ____/____/____

Médico: _____

Assinatura / CRM

Diagnósticos

Diagnóstico Provisório: _____

Exatidão da patologia

Diagnóstico Definitivo: _____

Óbito

Data: ____/____/____

Médico: _____

19 AGO 2020
PROTOCOLO
ACÓRDIA REGIST

Assinatura / CRM

Diagnóstico Secundário: _____

Dr. Felipe Guedes
Ongem e Transmissão
Cirurgião CRM-PE 21023

Conferido com Documento
Original e assinado por
Hospital Jesus Pequeno
21/05/2020
Assistente Social
CRPSS/PE nº 4471





HOSPITAL JESUS PEQUENININO

COMANDA 606503

MEDICAMENTOS - MATERIAIS E TAXAS USADAS

Paciente: Maria Ilza da Silva Registro Nº 40056
 Apt.: _____ Enfermaria: E Data: 27/05/2020
 Cirurgia: Trat. Cirurg. Fratura Pélvica Cirurgião: Dr. Felipe
 Anestesia: Raqui Anestesista: Dr. Pousada
 Início: _____ Término: _____

Especificação	Quant.	Especificação	Quant.
MEDICAMENTOS		Metronidazol 500mg	
Adrenalina		Nausedron	01 Amp
Água Destilada	01 Amp	Narcan	
Atropina		Neomicina Pomada	
Bicarbonato de Sódio		Nipride	
Cedilanide		Omeprazol	
Cisatracúrio		Piasil	
Cloreto de Sódio		Propofol	
Cloreto de Potássio		Prostigmine	
Clindamicina		Quelicin	
Dramin		Rapifen	
Dexametazona Pomada		Ranitidina	
Decadron	01 Amp	Revivan	
Diazepam		Ringer c/ Lactato	
Dipirona	02 Amp	Rocefin 1g	
Diplof 0,1	01 Amp	Sevoflurano	
Dolantina		Syntocinon	
Dormonid		Soro Fisiológico	500ml 02unid
Efortil		Soro Glicosado	
Enoxaparina 40mg		Styptanon	
Fenergan		Sulfato de Magnésio	
Fentanil Espinal		Transamin	
Fentanil 5ml		Tenoxicam	
Flumazenil		Thionembatal	
Glicose		Tramal	
Gluconato Cálcio		Vitamina K	
Hidrocortisona 100mg		Voluven	
Hidrocortisona 500mg		Xylocaina 2% s/a	
Ipsilon		Xylocaina 1% s/a	
Keflin	01 grama	Xylocaina Geléia	
Ketalar		Xylocaina Spray	
Lasix		Xylocaina Pesada	
Manitol		MATERIAIS	
Marcaina c/a		Aguilha desc. 25x7/40x12/0,45x13	03unid
Marcaina s/a		Aguilha de Plexo	
Marcaina Pesada	01 Amp	Aguilha Raqui 25	01unid
Methergin		Algodão Hidrófilo	

COMPREENDIDA A RESPONSABILIDADE

19 AGO 2020

PROTOCOLO

RECEBIDA REGISTRO

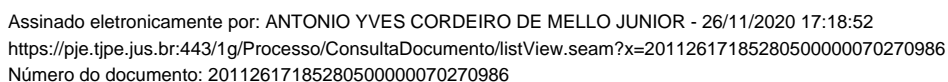
Conteúdo Com Documento
 Original Retido no
 Hospital Jesus Pequeninino
 Assinatura Social
 CRSS/PE Nº 4.471



Modelo Comercial:	Modelo Comercial:
FIO METALICO LISO 2,0 (E)	FIO METALICO LISO 2,0 (E)
Armazenamento, conservação, cuidados no manuseio, advertências e/ou precauções ver instruções de uso em: www.hexagon-brasil.com	Armazenamento, conservação, cuidados no manuseio, advertências e/ou precauções ver instruções de uso em: www.hexagon-brasil.com
Hexagon Ind. e Com. Implantes Ortop. Ltda R. Nelson Guiraldelli, 350 Distr. Ind. Itapira - SP Brasil 13977-015 CNPJ: 58.619.131/0001-31	Hexagon Ind. e Com. Implantes Ortop. Ltda R. Nelson Guiraldelli, 350 Distr. Ind. Itapira - SP Brasil 13977-015 CNPJ: 58.619.131/0001-31
Proibido Reprocessar	Proibido Reprocessar
08/2019	08/2024
Resp. Técnico: Claudionor Barbosa - CREA-SP 5061923704	Resp. Técnico: Claudionor Barbosa - CREA-SP 5061923704
Especificação	Fio Maleável
Algodão Ortopédico 20 c	Monocryl
Atadura Crepe 15 c	Mononylon 2,0 + 1 = 03 unid
Atadura Gesso	Polycot
Azul de Metileno	Propelene
Bolsa p/ Colostomia	PDS
Cateter Nasal	Seda
Ciamp Umbilical	Vicryl
Coletor Sistema Aberto	LÍQUIDOS
Coletor Sistema Fechado	Água Oxigenada 600ml
Comp. Cirúrgica 02 unid	Alcool 70% 1000ml
Dreno de Sucção	Glutaraldeido
Dreno Penrose	Éter 600ml
Dreno Tórax	Formol
Eletrodos 05 unid	Clorexidina Degermante 1.500ml
Equipo Macrogotas	TAXAS
Escova de Degermação	Oxímetro de Pulso Tx
Espadrapo TX	Aspirador
Espadrapo Micropore	Bisturi Elétrico
Gaze 7x5x7,5 05	Desfibrilador
Neocaina Pesada	Monitor Tx
Neocaina Isobárica	OXIGÊNIO
Infusor p/soluções Parentemil 2 vias	Das às
Intracath	FIO MALEAVEL 1,0 (E)
Jelco	Armazenamento, conservação, cuidados no manuseio, advertências e/ou precauções ver instruções de uso em: www.hexagon-brasil.com
Liga Clip	Hexagon Ind. e Com. Implantes Ortop. Ltda R. Nelson Guiraldelli, 350 Distr. Ind. Itapira - SP Brasil 13977-015 CNPJ: 58.619.131/0001-31
Lâmina Bisturi 27 02 unid	Proibido Reprocessar
Látex 204	10/2019
Luva Estéril 7,0 8,0 9,5 05 Paris	10/2024
Luva Descartável 02 Paris	Resp. Técnico: Claudionor Barbosa - CREA-SP 5061923704
Máscaras	
Polifix	
Pró-Pés	
Scalp	
Seringa de 01 cc 01 unid	
Seringa 03 cc 02 unid	
Seringa 05 cc 02 unid	
Seringa 10 cc 01 unid	
Seringa 20 cc 01 unid	
Sonda Nasogástrica n°	
Sonda Foley n°	
Sonda Uretral n°	
Sonda 3v n°	
Transofix 01 unid	
Pulseiras de RN	
Toucas	
FIOS	
CatGut Simpa s/a	
CatGut Simp c/a	
CatGut Crom s/a 0 01 unid	



COMPRAHENSIVA S/A
2020
PROTOCOLO
2020





11/08/2020



Ministério da Fazenda
Secretaria da Receita Federal do Brasil
Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: **902.076.374-15**

Nome: **MARIA ILZA DA SILVA**

Data de Nascimento: **31/05/1973**

Situação Cadastral: **REGULAR**

Data da Inscrição: **19/10/1992**

Digito Verificador: **00**

Comprovante emitido às: **13:46:58** do dia **11/08/2020** (hora e data de Brasília).
Código de controle do comprovante: **8C17.EAAD.C57A.A6B2**



Este documento não substitui o "Comprovante de Inscrição no CPF".

(Modelo aprovado pela IN/RFB nº 1.548, de 13/02/2015.)



1/1



REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL MINISTÉRIO DA INFRAESTRUTURA		DETRAN - PE Nº 014960370854 CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO	
1	1002302835	*****	2020
JOSE GILSON DA SILVA BEZERROS - PE 061.604.044-07 OYV7164 0YV7864/PE 9C2ND1110ER016057 PAS MOTOCICLISTA HONDA/XRE 300 29/231CL 2014 VERMELHA 19 AGO 2020 PROTOCOLO			
DETRAN - PE Nº 014960370854 CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO		DETRAN - PE Nº 014960370854 CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO	
1	1002302835	*****	2020
JOSE GILSON DA SILVA BEZERROS - PE 061.604.044-07 OYV7164 0YV7864/PE 9C2ND1110ER016057 PAS MOTOCICLISTA HONDA/XRE 300 29/231CL 2014 VERMELHA 19 AGO 2020 PROTOCOLO			
DETRAN - PE Nº 014960370854 CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO		DETRAN - PE Nº 014960370854 CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO	
1	1002302835	*****	2020
JOSE GILSON DA SILVA BEZERROS - PE 061.604.044-07 OYV7164 0YV7864/PE 9C2ND1110ER016057 PAS MOTOCICLISTA HONDA/XRE 300 29/231CL 2014 VERMELHA 19 AGO 2020 PROTOCOLO			

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS AUTOMOTORES DE VITRERESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS QUANDO DO USO DO SEGURO DPVAT		PE Nº 014960370854 BILHETE DE SEGURO DPVAT JOSE GILSON DA SILVA	
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 6000 822 1864			
BEZERROS - PE 1 061.604.044-07 OYV7164 1002302835 HONDA/XRE 300 2014 09 9C2ND1110ER016057		BEZERROS - PE 1 061.604.044-07 OYV7164 1002302835 HONDA/XRE 300 2014 09 9C2ND1110ER016057	
PRÊMIO TARIFÁRIO PIS/PTR 3.65 CUSTO DO BILHETE (PR) 4.15 CUSTO DO SEGURO (PR) 0.41 0.05 0.05 12.30 27/02/20		PRÊMIO TARIFÁRIO PIS/PTR 3.65 CUSTO DO BILHETE (PR) 4.15 CUSTO DO SEGURO (PR) 0.41 0.05 0.05 12.30 27/02/20	
SEGUROADORA LÍDER - DPVAT CNPJ 06.248.688/0001-04		SEGUROADORA LÍDER - DPVAT CNPJ 06.248.688/0001-04	
DESTAQUE E GUARDE O BILHETE DPVAT. ELE NÃO É DE PORTE OBRIGATORIO			

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200296410 **Cidade:** Bezerros **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARIA ILZA DA SILVA **Data do acidente:** 18/05/2020 **Seguradora:** Investprev Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 26/08/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA CONTUSO EM JOELHO ESQUERDO COM FRATURA EXPOSTA DE PATELA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (DEBRIDAMENTO E LIMPEZA). PÁG 4
ALTA MEDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO JOELHO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL EM GRAU MODERADA DO JOELHO
ESQUERDO.

**Documentos
complementares:**

Observações: CABE INFORMAR QUE POR FALTA DE MATERIAL NÃO FOI REALIZADO SÍNTESE DEFINITIVA. PÁG 4

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 joelho	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0232423/20

Vítima: MARIA ILZA DA SILVA

CPF: 902.076.374-15

Seguradora: Investprev Seguradora S/A

Data do acidente: 18/05/2020

CPF de: Próprio

Titular do CPF: MARIA ILZA DA SILVA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT

MARIA ILZA DA SILVA : 902.076.374-15

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 19/08/2020
Nome: MARIA ILZA DA SILVA
CPF: 902.076.374-15

MARIA ILZA DA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 19/08/2020
Nome: JOAO VITOR PEREIRA DA SILVA
CPF: 117.852.524-45

JOAO VITOR PEREIRA DA SILVA





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

Rio de Janeiro, 20 de Agosto de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200296410

Vítima: MARIA ILZA DA SILVA

Data do Acidente: 18/05/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), MARIA ILZA DA SILVA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 (trinta) dias, 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 16050617





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, 03 de Setembro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200296410

Vítima: MARIA ILZA DA SILVA

Data do Acidente: 18/05/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), MARIA ILZA DA SILVA

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um joelho 25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

Recebedor: MARIA ILZA DA SILVA

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 237

Agência: 000002530-5

Conta: 000001003720-4

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.

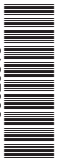
Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 01037/01038 - carta_30 - INVALIDEZ

00020519







GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DE PLANTÃO DA 091ª CIRCUNSCRIÇÃO - BEZERROS -
DPP91ªCIRC DINTER1/14ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **20E4143001154**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **30/07/2020** às **12:28**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia **18/5/2020** às **12:30**

Fato ocorrido no endereço: **BAIRRO DE SAPUCARANA, 01, VILA DE SAPUCARANA** - Bairro:
SAPUCARANA - BEZERROS/PERNAMBUCO/BRASIL - Ponto de Referência: **ESTARDA CE**
ACESSO A VILA
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

/// (AUTOR (AGENTE)
EDINALDO EPIFANIO DA SILVA (OUTRO)
MARIA ELZA DA SILVA (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): EDINALDO EPIFANIO DA SILVA

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

MARIA ELZA DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: **Feminino** Mãe: **MARIA JOSE DA SILVA** Pai: **MANOEL FRANCISCO DA SILVA** Data de Nascimento: **31/5/1973** Naturalidade: **BEZERROS / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **4727777/SSP/PE (RG)** Estado Civil: **CASADO(A)** Escolaridade: **1º - GRAU INCOMPLETO** Profissão: **AGRICULTOR(A)** Endereço Residencial: **BAIRRO DE SAPUCARANA, 229, RUA SÃO SEBASTIÃO - CEP: 0 - Bairro: SAPUCARANA - BEZERROS/PERNAMBUCO/BRASIL**

EDINALDO EPIFANIO DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **CILVERA ANDRE DA SILVA** Pai: **EPIFANIO JOSE DA SILVA** Data de Nascimento: **6/9/1971** Naturalidade: **BEZERROS / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **4189905/SDS/PE (RG) 75403340459 (CPF)** Estado Civil: **CASADO(A)** Escolaridade: **1º - GRAU INCOMPLETO** Profissão: **AGRICULTOR(A)** Endereço Residencial: **BAIRRO DE SAPUCARANA, 229, RUA SÃO SEBASTIÃO - CEP: 0 - Bairro: SAPUCARANA - BEZERROS/PERNAMBUCO/BRASIL**

/// - Ramo de Atividade: **NAO INFORMADO**

Nome do Representante: - Cargo do Representante: - Pessoa de Contato no estabelecimento comercial: -
Telefone de Contato: -

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

<http://200.238.83.36/pernambuco/VisualizaBO.do?idUn=4143&idOc=8509184&nroB...> 30/07/2020



MOTOCICLETA (VEICULO), que estava em posse do(a) Sr(a): **EDINALDO EPIFANIO DA SILVA**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA HONDA/XRE300** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **VERMELHA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **OYY7164** (PERNAMBUCO/BEZERROS) Renavam: **1003303835** Chassi: **9C2ND1110ER016057**

Ano Fabricação/Modelo: **2014/2014** Combustível: **ALCO/GASOL**

Descrição: **PROPRIETÁRIO: JOSE GILSON DA SILVA**

Complemento / Observação

O SENHOR EDINALDO EPIFÂNIO DA SILVA NA QUALIDADE DE CONDUTOR PASSA A DECLARAR QUE ESTAVA CONDUZINDO A MOTOCICLETA EM QUESTÃO PELO LOCAL ACIMA DESCRITO, TENDO COMO GARUPA A SENHORA MARIA ELZA DA SILVA (VITIMA), QUE NO TRAJETO PERDEU O CONTROLE DA MOTOCICLETA EM UMA CURVA PROXIMO AO TREVO DE ACESSO A VILA DE SAPUCARANA, CAINDO AS MARGENS DA RODOVIA, SENDO AMBOS SOCORRIDO E LEVADOS PARA O HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE, ONDE FORAM ATENDIDO E A VITIMA MARIA ELZA DA SILVA FOI TRANSFERIDA PARA O HOSPITAL JESUS PEQUENINO PARA SER SUBMETIDA AOS PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS CONFORME CONSTA NAS DECLARAÇÕES APRESENTADA PELA PROPRIA VITIMA, NADA MAIS A DECLARAR.

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

x *Maria Elza da Silva*
MARIA ELZA DA SILVA
(VITIMA)

EDINALDO EPIFANIO DA SILVA
(OUTRO)

x *Edinaldo Epifanio da Silva*
B.O. registrado por: **CICERO ABILIO DE ALMEIDA** - Matrícula: **1581678**





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

4 - Nome completo da vítima:

903076374-15

Maria Ilza da Silva

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

5 - Nome completo:

6 - CPF:

Maria Ilza da Silva

90307637415

7 - Profissão:

8 - Endereço:

9 - Número:

10 - Complemento:

Recruou-le

Rua São Sebastião

939

Casa

11 - Bairro:

12 - Cidade:

13 - Estado:

14 - CEP:

São Sapucaia

Bezermos

PE

55660-000

15 - E-mail:

16 - Tel. (DDD):

(81) 9668-4814

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR

☐ R\$1.00 A R\$1.000,00

☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ SEM RENDA

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

☐ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

☒ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☐ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

9530

5

CONTA:

10037-20

4

(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.

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

☐ Solteiro

☐ Casado (no Civil)

☐ Divorciado

☐ Separado Judicialmente

☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

☐ Sim

☐ Não

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

28 - Vítima teve filhos?

☐ Sim

☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos:

Falecidos:

30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)?

☐ Sim

☐ Não

31 - Vítima teve irmãos?

☐ Sim

☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos:

Falecidos:

33 - Vítima deixou pais/avós vivos?

☐ Sim

☐ Não

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

34

Impressão digital de vítima ou beneficiário não alfabetizado

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

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

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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

Bezermos, 30/08/20

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Maria Ilza da Silva

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS.001 V002/2019



BRADESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

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

BANCO: 237 AGÊNCIA: 2373-6 CONTA: 000000429200-6

DATA DA TRANSFERENCIA: 31/08/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: MARIA ILZA DA SILVA

BANCO: 237

AGÊNCIA: 02530-5

CONTA: 000001003720-4

Nr. Autenticação

BRADESCO3108202005000000000023702530000001003720168750 PAGO



NOTA FISCAL FATURA CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA		2a VIA			
<div>COMPANHIA ENERGÉTICA DE PERNAMBUCO AV. JOÃO DE BARROS, 111, BOA VISTA, RECIFE, PERNAMBUCO CEP 50050-902 CNPJ 10.835.932/0001-08 INSCRIÇÃO ESTADUAL 0005943-93</div> <div> CELPE www.celpe.com.br</div>		<div>Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de 26/04/02 COMERCIAL 116 PRONTIDÃO 116 Atendimento ao deficiente auditivo ou de fala: 0800 281 0142 Ouvidoria 0800 282 5599</div> <div>Agência de Regulação dos Serviços Públicos Delegados do Estado de Pernambuco-ARPE: 0800-727-0167-Ligação Gratuita de Telefones Fixos Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL 167-Ligação Gratuita de telefones fixos e móveis</div>			
<div>DADOS DO CLIENTE</div> <div>EDNALDO EPIFANIO DA SILVA CPF: 754.033.404-59 NIS: 16088645289</div>		<div>DATA DE VENCIMENTO</div> <div>10/06/2020</div> <div>TOTAL A PAGAR (R\$)</div> <div>15,94</div>		<div>DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL</div> <div>03/06/2020</div> <div>DATA DA APRESENTAÇÃO</div> <div>03/06/2020</div> <div>NÚMERO DA NOTA FISCAL</div> <div>110814124</div>	<div>CONTA CONTRATO</div> <div>007025943540</div> <div>Nº DO CLIENTE</div> <div>2010233019</div> <div>Nº DA INSTALAÇÃO</div> <div>0000359003</div>
<div>ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA</div> <div>RUA SAO SEBASTIAO 239 VILA SAPUCARANA/SAPUCARANA 55680-006 BEZERROS PE</div>		<div>CLASSIFICAÇÃO</div> <div>B1 RESIDENCIAL - BAIXA RENDA COM NIS Monofásico</div>		<div>RESERVADO AO FISCO</div> <div>AD8A.F9B0.5677.5D7E.37A6.F44F.91AC.D40D</div>	
<div>As condições gerais de fornecimento (Resolução ANEEL 414/2010), tarifas, produtos, serviços prestados e tributos se encontram à disposição, para consulta em nossas unidades de atendimento e no site www.celpe.com.br</div>					

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL									
DESCRIÇÃO			QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)				
Consumo-TUSD até 30 kWh			30,00	0,00000004	0,00				
Consumo-TUSD superior a 30 até 100 kWh			70,00	0,00000002	0,00				
Consumo-TUSD superior a 100 até 220 kWh			57,00	0,00000001	0,00				
Consumo-TE até 30 kWh			30,00	0,00000004	0,00				
Consumo-TE superior a 30 até 100 kWh			70,00	0,00000002	0,00				
Consumo-TE superior a 100 até 220 kWh			57,00	0,00000001	0,00				
Contrib. Ilum. Pública Municipal					15,39				
ICMS Subvenção-CDE-NF 102933605-03/04/20					0,55				
TOTAL DA FATURA					15,94				
INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS									
ICMS			PIS			COFINS			
BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	
0,00	25,00	0,00	0,00	0,97	0,00	0,00	4,48	0,00	

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL									
NÚMERO DO MEDIDOR	TIPO DA FIDUCIÇÃO	ANTERIOR		ATUAL		Nº DIAS	CONSTANTES	AJUSTE	CONSUMO kWh
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA				
000000003170684086	CAT	06/05/2020	3.782,00	03/06/2020	3.938,00	28	1,80000	0,00	157,00

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES					
DESCRIÇÃO	CONJUNTO	VALOR APROVADO	META MENSAL	META TRIM.	META ANUAL
abr/2020					
DIC-No.de horas sem Energia	CAMOCIM DE SAO FELIX	0,00	6,27	12,54	25,08
FIC-No.de vezes sem Energia		0,00	3,36	8,72	13,45
DMC-Duração máxima de Interrupção contínua		0,00	2,71	0,00	0,00
Qualidade da energia elétrica					
Limitação em elétrico					
		Limite DICR: 12,22			
BLDG-Valor do Enargio de Uso + R\$ 0,00					
Tudo Consumidor pode solicitar a aprovação das Indicações DIC, FIC, DMC e DICR e qualquer tempo.					

DATA PREVISTA PARA A PRÓXIMA LEITURA: 03/07/2020

CCAPREV

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

220

202

231

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

DESTAQUE AQUI				
CONTA CONTRATO 007025943540	MÊS/ANO 06/2020	TOTAL A PAGAR(R\$) 15,94	VENCIMENTO 10/06/2020	TALÃO DE PAGAMENTO Evite dobrar, perfurar ou rasurar. Este canhoto será usado em leitora ótica.
838600000000 159400110071 025943540106 146272895037				AUTENTICAÇÃO MECÂNICA
				

