



Número: **0001770-60.2020.8.17.3370**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **2ª Vara Cível da Comarca de Serra Talhada**

Última distribuição : **10/12/2020**

Valor da causa: **R\$ 11.812,50**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
EDYVONAYDE BRUNA ALVES SOUZA (AUTOR)		ARIANNY INACIO DE OLIVEIRA MELO (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
73754 137	19/01/2021 14:20	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, 09 de Dezembro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200425239

Vítima: EDYVONAYDE BRUNA ALVES SOUZA

Data do Acidente: 30/01/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), EDYVONAYDE BRUNA ALVES SOUZA

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 dos ombros
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: **EDYVONAYDE BRUNA ALVES SOUZA**

Valor: **R\$ 1.687,50**

Banco: **104**

Agência: **000000914**

Conta: **0000042318-2**

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





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 ASI: 3 - CPF da vítima: 098.921.934-82 4 - Nome completo da vítima: EDYVONAYDE BRUNA ALVES SOUZA

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 045/2012

5 - Nome completo: EDYVONAYDE BRUNA ALVES SOUZA 6 - CPF: 098.921.934-82
7 - Profissão: AGRICULTORA 8 - Endereço: R. S. PEDRO 9 - Número: 350 10 - Complemento: CASA
11 - Bairro: RURAL 12 - Cidade: SIERRA TALHADA 13 - Estado: PE 14 - CEP: 56.400.000
15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD): 81 9 3448 1477

DADOS CADASTRAIS

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\$1.000,00 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 - CONTA CORRENTE (Somente para as contas abaixo. Assinale uma opção) ☒ IDENTIFICAÇÃO DE INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL - BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PARA QUEM FOR TITULAR)
☒ CONTA POUPANÇA (Somente para as contas abaixo. Assinale uma opção) ☐ CONTA CORRENTE (Todas as contas)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) ☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
Nome do BANCO: _____
AGÊNCIA: 914 13 CONTA: 42318 3 (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 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.

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

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 (ou nascidos)? ☐ 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 da vítima ou beneficiário não alfabetizado 35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rgo) 36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rgo) 37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rgo) 38 - 1ª Nome: CPF: Assinatura da testemunha 39 - 2ª Nome: CPF: Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: SIERRA TALHADA - PE - 22/05/2020
Edyvonayde Bruna Alves Souza
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante) 42 - Assinatura do Representante Legal (se houver) 43 - Assinatura do Procurador (se houver)



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 177ª CIRCUNSCRIÇÃO - SERRA TALHADA - DP177ªCIRC DINTER2/21ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 20E0267003753

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 05/11/2020 às 10:40

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia 30/1/2020 às 15:00

Fato ocorrido no endereço: **PRACA DOUTOR SERGIO MAGALHAES, 1** - Bairro: - **SERRA TALHADA/PERNAMBUCO/BRASIL** -
CEP: **56900-000** - Ponto de Referência: **PROXIMO AO PREDIO DA RADIO CULTURA**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR/AGENTE)
VALDOMIRO BRUNO ALVES SOUZA (OUTRO)
MARIA RIVANEIDE ALVES SOUSOUZA (VITIMA)
EDYVONAYDE BRUNA ALVES SOUZA (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**
VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): **MARIA RIVANEIDE ALVES SOUSOUZA**

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



MARIA RIVANEIDE ALVES SOUSOUZA (presente ao plantão) - Sexo: **Feminino** Mãe: **CELINA ALVES DA CONCEICAO** Pai: **JOAO ISIDORO ALVES** Data de Nascimento: **10/5/1968** Naturalidade: **SERRA TALHADA / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **3449284/SSP/PE (RG)**, **03809567485 (CPF)**, **06102136356 (CNH)** Estado Civil: **CASADO(A)** Escolaridade: **3ª. GRAU INCOMPLETO** Profissão: **AGRICULTOR(A)** Telefones Celulares: **- 87996141141**

Residencial: **FAZENDA SAO PEDRO, DISTRITO LOANDA - SERRA TALHADA/PERNAMBUCO/BRASIL**

EDYVONAYDE BRUNA ALVES SOUZA (presente ao plantão) - Sexo: **Feminino** Mãe: **MARIA RIVANEIDE ALVES SOUSOUZA** Pai: **EDINALDO PEREIRA DE SOUZA** Data de Nascimento: **23/4/1991** Naturalidade: **SERRA TALHADA / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **562776217/SSP/SP (RG)** Estado Civil: **CASADO(A)** Escolaridade: **3ª. GRAU INCOMPLETO** Profissão: **AGRICULTOR(A)** Telefones Celulares: **- 87996141141**

Residencial: **FAZENDA SAO PEDRO, DISTRITO LOANDA - SERRA TALHADA/PERNAMBUCO/BRASIL**

DESCONHECIDO (não presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / NÃO INFORMADO / BRASIL**

VALDOMIRO BRUNO ALVES SOUZA (não presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / NÃO INFORMADO / BRASIL**

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

MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **VALDOMIRO BRUNO ALVES SOUZA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **MARIA RIVANEIDE ALVES SOUSOUZA**

Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/NXR 160 BROS ESDD** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **BRANCA** - Quantidade: **1,000 (UNIDADE)**

Placa: **PCT2782 (PERNAMBUCO/SERRA TALHADA)** Renavam: **103761147** Chassi: **9C2KD0810FR403747**
Ano Fabricação/Modelo: **2014/2014** Combustível: **ALCO/GASOL**

AUTOMOVEL (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**, que estava em posse do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**

Categoria/Marca/Modelo: **AUTOMOVEL/FIAT/TORO** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **BRANCA** - Quantidade: **1,000 (UNIDADE)**



05/11/2020

Secretaria de Defesa Social - INFOPOL

Complemento / Observação

A SRA. MARIA RIVANEIDE ALVES SOUSOUZA NOTICIA QUE SOFRERA UM ACIDENTE DE TRANSITO AO DESLOCAR-SE PELA PRAÇA SERGIO MAGALHAES, EM DIREÇÃO A IGREJA MATRIZ, CONDUZINDO A MOTOCICLETA DESCRITA NESTE BOE., LEVANDO COMO CARONA A SUA FILHA, A SRA. EDYVONAYDE BRUNA ALVES SOUZA. INFORMOU A SRA. QUE FOI ATINGIDA POR UM VEÍCULO TORO QUE ESTAVA ESTACIONADO, CUJO CONDUTOR DEU RÊ NO MOMENTO QUE A SRA. A SRA. RIVANEIDE PASSAVA, ATINGINDO A MOTOCICLETA QUE VEIO A CAIR NA VIA, CAUSANDO LESÕES NAS DUAS OCUPANTES. O PROPRIETARIO DA TORO PRESTOU SOCORRO LEVANDO AS OCUPANTES DA MOTOCICLETA AO HOSPAM ONDE RECEBERAM ATENDIMENTO MÉDICO. VINDO HOJE NOTIFICAR O OCORRIDO EM RAZÃO DE REQUERER O SEGURO DPVAT.

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

MARIA RIVANEIDE ALVES SOUSOUZA
(VITIMA)

EDYVONAYDE BRUNA ALVES SOUZA
(VITIMA)

B.O. registrado por: **DEODORO FONSECA DE CARVALHO** - Matrícula: **2214415**

(Liberado em **05/11/2020** às **11:30**)



200.238.83.149/pemambuco/VisualizaBO.do?idUn=267&idOc=8672376&nroBO=20E0267003753&titulos=...

Digitalizado com CamScanner



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 19/01/2021 14:20:54
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21011914205457100000072292257>
Número do documento: 21011914205457100000072292257

Num. 73754137 - Pág. 4



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 ASI: 3 - CPF da vítima: 098.921.934-82 4 - Nome completo da vítima: EDYVONAYDE BRUNA ALVES SOUZA

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 045/2012

5 - Nome completo: EDYVONAYDE BRUNA ALVES SOUZA 6 - CPF: 098.921.934-82
7 - Profissão: AGRICULTORA 8 - Endereço: R. S. PEDRO 9 - Número: 350 10 - Complemento: CASA
11 - Bairro: RURAL 12 - Cidade: SIERRA TALHADA 13 - Estado: PE 14 - CEP: 56.400.000
15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD): 81 9 3448 1477

DADOS CADASTRAIS

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\$1.000,00 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

☒ CONTAS CORRENTES ☒ IDENTIFICAÇÃO DE INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL - BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, TUTOR E CURADOR)

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para as bancas abaixo. Assinale uma opção)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: 914 13 CONTA: 42318 3
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)
☐ CONTA CORRENTE (Todas as bancas)
Nome do BANCO: AGÊNCIA: CONTA:

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 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.

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 a 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

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 (a) nascido? ☐ 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 da vítima ou beneficiário não alfabetizado 35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rgo) 36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rgo) 37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rgo) 38 - 1ª Nome: CPF: Assinatura da testemunha 39 - 2ª Nome: CPF: Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, SIERRA TALHADA - PE - 22/05/2020

Edyvonayde Bruna Alves Souza

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

Digitalizado com CamScanner



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: 03/12/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: EDYVONAYDE BRUNA ALVES SOUZA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00914

CONTA: 000000042318-2

Nr. da Autenticação E017D795C4C0A7AE





NOTA FISCAL - FATURA - CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

Companhia Energética de Pernambuco
Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife - PE CEP 50050-052
CNPJ 10.935.032/0001-08 | Ins. Est. 0005043-93 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE

EDNALDO PEREIRA DE SOUZA

CPF: 853.704.304-87

CLASSIFICAÇÃO

B2 RURAL
AGROPECUÁRIA RURAL
Monofásico

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
FZ SAO PEDRO 380

JARDIM - RURAL/JARDIM
SERRA TALHADA PE
56900-000

Nº DA FATURA	DATA	EMISSÃO
130822293	ONCA	05/11/2020

DATA DE VENCIMENTO	Nº DE SUBSCRIÇÃO	Nº DA PROTAÇÃO
05/11/2020	2000851943	3693591

CONTA DE TRAZIDO	MÊS/ANO
1594772020	11/2020
DATA DE VENCIMENTO	DATA DE VENCIMENTO
12/11/2020	03/12/2020
TOTAL A PAGAR (R\$)	145,77

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo (Wh)-TUSD	272,0000000	0,28005707	76,17
Consumo Ativo (Wh)-TE	272,0000000	0,21769126	59,20
Multa por atraso NF 126594770 - 05/10/20			2,23
Juros por atraso NF 126594770 - 05/10/20			0,78
Atualização IGP-M NF 126594770 - 05/10/20			2,39
Doação FUNDAÇÃO TERRA - (087) 3921-1542			5,03
TOTAL DA FATURA			145,77

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL								
Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR DATA	ANTERIOR LEITURA	ATUAL DATA	ATUAL LEITURA	Nº DE DIAS	CONSTANTE	CONSUMO (Wh)
017074400	CAI	05-10-2020	876357	05-11-2020	1005850	31	1,00000	272,00

MÊS/ANO DE CONSUMO			INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS			COMPOSIÇÃO DO CONSUMO		
MÊS/ANO	CONSUMO (Wh)	VALOR (R\$)	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	Descrição	Valor (R\$)	%
NOV 20	272					Geração de Energia	R\$ 59,77	41,34%
OUT 20	251					Transmissão	R\$ 8,04	5,54%
SET 20	231					Distribuição (Celpe)	R\$ 41,31	28,69%
AGO 20	247					Perdas de Energia	R\$ 12,42	8,51%
Jul 20	228					Encargos Setoriais	R\$ 8,68	5,95%
Jun 20	242					Tributos	R\$ 7,27	5,07%
						Total	R\$ 125,37	100%

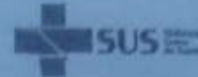




GOVERNO DO ESTADO
PERNAMBUCO
SUA SAÚDE É NOSSA PRIORIDADE



HOSPAM
HOSPITAL REGIONAL PROFESSOR
AGAMENON MAGALHÃES



BOLETIM DE CLASSIFICAÇÃO DE RISCO E EMERGÊNCIA

Nº: 141

Data: 30-01-2020	Horário: 16:47
Nome: Edineide de Brito Alves Louza Pereira	Profissão: Agente de Saúde
Nome Social:	Estado Civil: Solteira
Nascimento: 23-04-91	Sexo: Fem
Escolaridade: 5ª série, 1ª etapa	Responsável:
Mãe: Maria Ribamar de Almeida Souza	
Endereço: Rua São Pedro	
Bairro: São Pedro	Município: STPE
Cartão SUS:	Fone: 8962-4030
Raça/Cor:	RG/CPF:
<input type="checkbox"/> Branca	<input type="checkbox"/> Preta
<input type="checkbox"/> Parda	<input type="checkbox"/> Amarela
<input type="checkbox"/> Indígena	

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

☐ VERMELHO

☐ AMARELO

☐ VERDE

☐ AZUL

Situação/Queixa:

PA:	Pulso:	HGT:	T:	SpO2:	Peso:	Glasgow:
Medicações em uso:						
Intolerâncias/Alergias:						
Fotogramas:				Carimbo e Assinatura:		

ATENDIMENTO MÉDICO

História e Exame Físico:

Acidente Autolesivo.
De a palpitação do pulso.

Tratamento:

Consulter
Família de Valparaíso
Velho e M. Aguiar
Retorno P/ Reavaliação.
Segunda 10/02/20.

Solista: Dr. Antônio
A.P.

CS085: Pct. 55
Nega A
TOMAR.

Hipótese Diagnóstica:

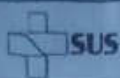
Frnt. 1/3 ultra clivado 5/10

Carimbo e Assinatura:

Dr. José Antônio B. Guimarães

Digitalizado com CamScanner





Sistema Único de Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

HOSPITAL SÃO VICENTE

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

HOSPITAL SÃO VICENTE

2 - CNES

2 3 5 1 6 3

4 - CNES

2 3 5 1 6 3

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

EDYVONAYDE BRUNA ALVES SOUZA PEREIRA

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

00228206

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

7 0 2 4 0 6 0 7 5 3 5 6 9 2 1

8 - DATA DE NASCIMENTO

23 / 04 / 1991

9 - SEXO

Masculino ☒

Fam.

PARDO

11 - NOME DA MÃE

MARIA RIVABEIDE ALVES SOUZA

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

FAZ SÃO PEDRO NO ZONA RURAL

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

SERRA TALHADA

17 - COD. IBGE MUNICÍPIO

18 - UF

PE

19 - CEP

5 6 9 0 0 0

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Foram percebidas HSD, de caráter
recorrente, associadas a
dor e limitação nos membros.

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Necessidade de repouso

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

Art. 1º da Lei nº 11.101/2001
Art. 1º da Lei nº 11.101/2001

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

29 - CLÍNICA

31 - DOCUMENTO

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

35 - DATA DA SOLICITAÇÃO

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

39 - CNES DA SEGURADORA

41 - Nº DO INMETE

43 - CNES DA EMPRESA

45 - CNES DA EMPRESA

47 - CNES DA EMPRESA

49 - CNES DA EMPRESA

51 - CNES DA EMPRESA

53 - CNES DA EMPRESA

55 - CNES DA EMPRESA

57 - CNES DA EMPRESA

59 - CNES DA EMPRESA

61 - CNES DA EMPRESA

63 - CNES DA EMPRESA

65 - CNES DA EMPRESA

67 - CNES DA EMPRESA

69 - CNES DA EMPRESA

71 - CNES DA EMPRESA

73 - CNES DA EMPRESA

75 - CNES DA EMPRESA

77 - CNES DA EMPRESA

79 - CNES DA EMPRESA

81 - CNES DA EMPRESA

83 - CNES DA EMPRESA

85 - CNES DA EMPRESA

87 - CNES DA EMPRESA

89 - CNES DA EMPRESA

91 - CNES DA EMPRESA

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - COD. ORGÃO EMISSOR

48 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

49 - DOCUMENTO

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

52 - CNES DA EMPRESA

53 - CNES DA EMPRESA

54 - CNES DA EMPRESA

55 - CNES DA EMPRESA

56 - CNES DA EMPRESA

57 - CNES DA EMPRESA

58 - CNES DA EMPRESA

59 - CNES DA EMPRESA

60 - CNES DA EMPRESA

61 - CNES DA EMPRESA

62 - CNES DA EMPRESA

63 - CNES DA EMPRESA

64 - CNES DA EMPRESA

65 - CNES DA EMPRESA

Ilmo Pereira de Andrade Melo

CPF: 103.072.214-03

Medico Autorizador

10.0000

262010488052-5

02

02

03.02 a 15.02.2020

GUIA DE TRANSFERÊNCIA

Identificação do Estabelecimento

NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE:
HOSPITAL REGIONAL PROFESSOR AGAMENON MAGALHAES - S. TALHADA

DATA DA SOLICITAÇÃO:
10/02/20 14:51

MÉDICO SOLICITANTE:
PEDRO AURELIANO AMADOR DE CARVALHO

Nº SOLICITAÇÃO:
674025

Identificação do Paciente

NOME DO PACIENTE:
EDYVANAYDE BRUNA A. S. PEREIRA

Nº DO PROMITÁRIO:

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

DATA DE NASCIMENTO:
23/04/1991

SEXO:
FEMININO

NOME DA MÃE DO RESPONSÁVEL:
MARIA RIVONEIDE ALVES SOUZA

TELEFONE DE CONTATO:

ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO):
FAZ. SÃO PEDRO, ZONA RURAL

MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA:
SERRA TALHADA

CÓD. BOM MUNICÍPIO:
2613909,00

UF:
PE

CEP:

Dados sobre o Transporte

MEIO DE TRANSPORTE:
AMBULÂNCIA

DATA DE EMISSÃO:
13/02/20 11:51

OBSERVAÇÃO:

OBSERVAÇÃO EXECUTANTE:

Regulador

MÉDICO REGULADOR:
EULALIA MADALENA MATOS LAPA

TIPO LEITO:
CIRURGICO

ESPECIALIDADE:
ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA

Executante

ESTABELECIMENTO:
CASA DE SAUDE SAO VICENTE - SERRA TALHADA

DATA DE AUTORIZAÇÃO:
13/02/20 11:35

MÉDICO AUTORIZADOR:




Hospital São Vicente

Data Atend: 13/02/2020	Atendimento: 0032686	Quarto/leito: 305 / 3
Paciente: 00228206 - EDYVONAYDE BRUNA ALVES SOUZA <i>PEREIRA</i>		
Data Nasc: 23/07/1991	Idade: 28 Anos	Sexo: Feminino
Estado Civil: Casado		Nacionalidade: BRASILEIRO
Profissão: AUXILIAR DE SAUDE BOCAL	Naturalidade: SERRA TALHADA	
Nome Pai:	Nome Mãe: MARIA RIVABEIDE ALVES SOUZA	
Endereço: FAZ SAO PEDRO, 0	- ZONA RURAL - SERRA TALHADA - PE	
Telefones: () / () / (87) 9816.24010		
Elementos da Ocorrência:		
Acidente de Transito ()	Acidente de Trabalho ()	Outros Acidentes ()
Suicídio ()	Casual ()	Outros ()
Nome Acompanhante:		Telefone de Contato: ()
Endereço Acompanhante:		
Local da Ocorrência:		
ANAMNESE E EXAME FISICO: <i>Posição sentada, M.S.D., de ferida local, percutida, de 1 cm de diâmetro, com dor e hemorragia de 10 a 15 minutos.</i>		
Diagnostico Inicial: <i>FRAT. CLAVICULA @</i>		
SADT:		
Diagnostico Final: <i>FRAT. CLAVICULA @</i>		
Condição de Alta	Motivo de Alta	
Melhorada (X)	Descição Médica (X)	Data do Internamento: <i>13, 2, 20</i>
Inalterado ()	Alta a Pedido ()	Data da Alta: <i>15, 2, 20</i>
Piorando ()	Transferência ()	Local: <i>[Assinatura]</i>
Obito + 48h ()	Evasão ()	Medico Responsavel
Obito - 48h ()	Indisciplina ()	<i>Pedro Aureliano Amador de Carvalho</i>
Obito em ____/____/____		CPF: 024.223.204-30 CRM: 10558
Hora: ____		



Hospital São Vicente

Data Atend: 13/02/2020	Atendimento: 0032686	Quarto/leito: 305 / 3
Paciente: 00228206 - EDYVONAYDE BRUNA ALVES SOUZA PEREIRA		
Cirurgia Realizado:	N. do Procedimento:	
Distal da braçadeira	040010/50	
Data: 13-02-2020	Início:	Término
Cirurgião: Pedro		
1º Auxiliar:		
2º Auxiliar:		
Anestesista:		
DESCRIÇÃO CIRURGICA: Incisão sobre a pele do antebraço direito, dissecção da pele e do tecido subcutâneo, exposição do tendão do músculo flexor ulnaris do carpo, sutura do tendão com fio de náilon 3/0, fechamento da pele com fio de náilon 3/0 e fixação do tendão com pontos de sutura.		
Assinatura do Cirurgião: 		
Antonio Rodrigues de Freitas CRM 7351 OAB 152.662-25		
Assinatura do Cirurgião		



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE SÃO PAULO 8000-2

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA

INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO POLICIAL - SUBSECTOR CAAAT

PROIBIDO PLASTIFICAR

Edyvonnayde Bruna Alves Souza Pereira.

333-057460

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

56.277.621-7 DATA DE EMISSÃO 03/ABR/2012

EDYVONAYDE BRUNA ALVES SOUZA

PEREIRA

EDINALDO PEREIRA DE SOUZA

E MARIA RIVANEIDE ALVES SOUZA

SERRA TALHADA -PE DATA DE NASCIMENTO 23/ABR/1991

SERRA TALHADA-PE

LOANDA

CC:LV.B3 /FLS.103 /N.000444

098921934/82

176 Delegado Divisória

Roberto ASSINATURA DO DELEGADO IIRGD/SSPSP

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

MINISTÉRIO DA FAZENDA

Receita Federal

CPF

Cadastro de Pessoas Físicas

Número de Inscrição

098.921.934-82

Nome

EDYVONAYDE BRUNA ALVES SOUZA

Nascimento

23/04/1991

Digitalizado com CamScanner



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200425239 **Cidade:** Serra Talhada **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: EDYVONAYDE BRUNA ALVES SOUZA **Data do acidente:** 30/01/2020 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 30/11/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE CLAVÍCULA DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (FIOS DE KIRSCHNER). ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE OMBRO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DE OMBRO DIREITO.

**Documentos
complementares:**

Observações: PÁG. 5_CIRURGIA.

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



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200425239 **Cidade:** Serra Talhada **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: EDYVONAYDE BRUNA ALVES SOUZA **Data do acidente:** 30/01/2020 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 27/11/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE CLAVÍCULA DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (FIOS DE KIRSCHNER). ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE OMBRO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DE OMBRO DIREITO.

**Documentos
complementares:**

Observações: PÁG. 5_CIRURGIA.

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 ombros	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-0338141/20

Vítima: EDYVONAYDE BRUNA ALVES SOUZA

CPF: 098.921.934-82

CPF de: Próprio

Data do acidente: 30/01/2020

Titular do CPF: EDYVONAYDE BRUNA ALVES SOUZA

Seguradora: CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

EDYVONAYDE BRUNA ALVES SOUZA : 098.921.934-82

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: 25/11/2020
Nome: EDYVONAYDE BRUNA ALVES SOUZA
CPF: 098.921.934-82

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 25/11/2020
Nome: JOSEANA MIRANDA LEITE RODRIGUES
CPF: 008.614.524-02

EDYVONAYDE BRUNA ALVES SOUZA

JOSEANA MIRANDA LEITE RODRIGUES

