

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, 12 de Agosto de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200287101

Vítima: IVANETE MARIA ARAUJO FREIRE DA SILVA

Data do Acidente: 25/07/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: IAGO BERNARDO FELIZOLA CARRAZZONI

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), IVANETE MARIA ARAUJO FREIRE 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



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 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200287101

Vítima: IVANETE MARIA ARAUJO FREIRE DA SILVA

Data do Acidente: 25/07/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: IAGO BERNARDO FELIZOLA CARRAZZONI

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), IVANETE MARIA ARAUJO FREIRE DA SILVA

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

Não foi verificada a existência de sequela permanente prevista na tabela da Lei nº 6.194, de 1974, razão pela qual o dano pessoal não possui cobertura pelo 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 orientações.

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 ASL:

3 - CPF da vítima:

037.551.834-71

4 - Nome completo da vítima:

IVANETE MARIA ARAUJO FREIRE DA SILVA

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012

5 - Nome completo:

IVANETE MARIA ARAUJO FREIRE DA SILVA

6 - CPF:

037.551.834-71

7 - Profissão:

DO LAR

8 - Endereço:

Rua das Hortênsias

9 - Número:

344

10 - Complemento:

11 - Bairro:

JARDIM BELA VISTA

12 - Cidade:

ITAMBE

13 - Estado:

PE

14 - CEP:

55920-000

15 - E-mail:

16 - Tel.(DDD):

81997029641

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
 SEM RENDA

R\$1.00 A R\$1.000,00
 R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
 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: 0877

CONTA: 8586

4

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: _____

CONTA: _____

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da Indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

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 Lider 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 Sim Não teve filhos?

29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:

30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? Sim Não31 - Vítima Sim Não teve irmãos?

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:

33 - Vítima deixou pais/mães vivos? Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte áqueles 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 criminalmente, 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 rogo)

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

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

38 - 1º | Nome:

CPF:

12.163.202/0

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome:

CPF:

COLÔ
RECIFE

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Itambé, 09 de agosto de 2020

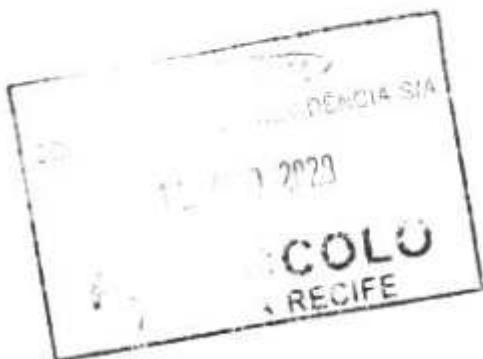
Ivanete Maria Araujo Freire da Silva

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019





**GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 049ª CIRCUNSCRIÇÃO - ITAMBE -
DP49ºCIRC DINTER1/11ºDESEC**

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N°. 20E0139000486

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 06/08/2020 às
12:27

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado)
que aconteceu no dia 26/7/2020 no período da Tarde

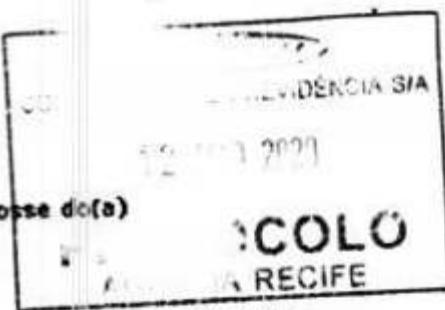
Fato ocorrido no endereço: MUNICIPIO DE ITAMBE, 1 - Bairro: CENTRO -
ITAMBE/PERNAMBUCO/BRASIL - Ponto de Referência: NA ESQUINA DA
PRAÇA DO SKATE
Local do Fato: VIA PÚBLICA

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (Autor / Agente)
IVANETE MARIA ARAUJO FREIRE DA SILVA (Vítima)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a)
Sr(a): DESCONHECIDO



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

IVANETE MARIA ARAUJO FREIRE DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo:
Feminino / Idade: MARIA JOSE ARAUJO DOS SANTOS / Pai: JOSE ANTONIO DOS SANTOS
Data de Nascimento: 26/6/1973 Naturalidade: TIMBAUBA / PERNAMBUCO / BRASIL
Endereço Residencial: RUA HORTENCIAS, 344 - CEP: 5 - Bairro: JARDIM BELA VISTA -
ITAMBE/PERNAMBUCO/BRASIL

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

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

MOTOCICLETA (VEÍCULO) de propriedade do(a) Sr(a): DESCONHECIDO, que estava em
posse do(a) Sr(a): DESCONHECIDO
Categoria/Marca/Modelo: MOTOCICLETA/DESCONHECIDO/NÃO INFORMADO Objeto
apreendido: Não
Quantidade: (UNIDADE NÃO INFORMADA)

Complemento / Observação

QUEIXA-SE A VÍTIMA QUE ENQUANTO CAMINHAVA EM VIA PÚBLICA FOI
ATROPELADA POR UMA MOTOCICLETA DE CONDUTOR E PLACA NÃO

Ocorrência

file:///C:/Users/SDS/.infsopol/xml/BOEPreview.html

IDENTIFICADOS. A VITIMA INFORMOU QUE NO MOMENTO DO FATO O CONDUTOR DA MOTOCICLETA EQUILIBRAVA-SE APENAS EM UMAS DAS RODAS DA MESMA, VINDO ASSIM A PERDER O CONTROLE E ATROPELAR A VITIMA. A VITIMA NÃO FORNECEU MAIORES INFORMAÇÕES A RESPEITO DO OCORRIDO, DECLARANDO QUE NO MOMENTO DO FATO CAIU NO CHÃO E NÃO CONSEGUIU VISUALIZAR MAIS NADA, SENDO EM SEGUIDA LEVADA POR POPULARES AO HOSPITAL LOCAL, DE ONDE FOI ENCAMINHADA PARA O HOSPITAL NA CIDADE DE GOIANA-PE, DE ONDE NOVAMENTE FOI ENCAMINHADA PARA O HOSPITAL MIGUEL ARRAES NA CIDADE DE PAULISTA-PE

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

Ivanete Maria Araújo Freire da Silva

**IVANETE MARIA ARAUJO FREIRE DA SILVA
(VITIMA)**

B.O. registrado por: **HILBERTO FERNANDES A. DA COSTA - Matrícula: 2737272**



Nambé



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:

037.551.834-71

4 - Nome completo da vítima:

IVANETE MARIA ARAUJO FREIRE DA SILVA

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012

5 - Nome completo:

IVANETE MARIA ARAUJO FREIRE DA SILVA

6 - CPF:

037.551.834-71

7 - Profissão:

DO LAR

8 - Endereço:

Rua das Hortênsias

9 - Número:

344

10 - Complemento:

11 - Bairro:

JARDIM BELA VISTA

12 - Cidade:

ITAMBE

13 - Estado:

PE

14 - CEP:

55920-000

15 - E-mail:

16 - Tel.(DDD):

81997029641

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
 SEM RENDA

R\$1.00 A R\$1.000,00
 R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
 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: 0877

CONTA: 8586

4

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: _____

CONTA: _____

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da Indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

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 Lider 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 Sim Não teve filhos?

29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:

30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? Sim Não31 - Vítima Sim Não teve irmãos?

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:

33 - Vítima deixou pais/mães vivos? Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte áqueles 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 criminalmente, 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 rogo)

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

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

38 - 1º | Nome:

CPF:

12.163.202/0

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome:

CPF:

COLÔ
RECIFE

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Itambé, 09 de agosto de 2020

Ivanete Maria Araujo Freire da Silva

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019



CELESTE

BANCO DO CLIENTE

• 1998 • 127

CLASSE PAGÃO

卷之三

14-2000 101153 00-23

735555555555 97 44

Digitized by srujanika@gmail.com

| PLZ 110 | | SAALFELD | % | VALORIS | Verfügbarkeit |
|---------|--|------------|---|---------|-----------------------|
| | | CALIFORNIA | | WERTZET | Wert |
| ANL 97 | | SCS | | | Basiswerte/Capital |
| MAN 22 | | PIS | | | Periode der Bewertung |
| REP 2 | | COPNS | | | Erwartete Schätzweise |

SECRET//NOFORN
[REDACTED]

INFORMACIONES RELEVANTES

DEFINICIA SIA

૭૩

COLO
RECIFE

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 SUSEP¹ 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, APPLICATE PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Jorge Bruno do Nascimento

inscrito (a) no CPF/CNPJ 088445514-70 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Treinta Mil Reais Anuais Final de Setembro Inscrito (a) no CPF sob o Nº 039.551.834/73

do sinistro de DPVAT cobertura JUVENTUDE da Vítima _____

inscrito (a) no CPF sob o Nº _____ / _____, 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 Lider-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

| | | | | |
|-----------|---------------------------|---------|----------------------|---|
| Endereço: | <u>Rua 5 de Julho, 35</u> | Número: | <u>35</u> | Complemento: |
| Bairro: | <u>Itaíbi</u> | Cidade: | <u>Florianópolis</u> | Estado: <u>SC</u> CEP: <u>55970-000</u> |
| E-mail: | | | | Tel.(DDD): |

Local e Data: Florianópolis, 09 de agosto de 2020

Assinatura do Declarante



DECLARAÇÃO

Para fins de comprovação, declaramos que a Sra. IVANETE MARIA ARAÚJO FREIRE DA SILVA , inscrita no CPF nº 037.551.834-71 e portadora do RG de nº 9.828.461, vem efetuando compras entre o valor de R\$ 200,00 e R\$ 600,00 mensalmente, nesta empresa ABM DROGARIAS LTDA -- ME , inscrita no CNPJ nº 18.913.697/0001-57 , localizada na RUA JOSÉ VICENTE BARBALHO,11 – CENTRO – ITAMBÉ-PE , desde o periodo de agosto de 2019 até a atual data.

Itambé, 28 de agosto de 2020


ABM DROGARIAS LTDA - ME
CNPJ: 18.913.697/0001-57
FONE: (81) 3635-2418

ABM DROGARIAS LTDA - ME
18.913.697/0001-57
R. JOSÉ VICENTE BARBALHO, 11
CENTRO - ITAMBÉ-PE
CEP: 55920-000



Abm Drogarias LTDA - ME
Rua José Vicente Barbalho, 11 – Centro – Itambé-PE, CEP 55.920-000
Tel: (81) 3635-2418, E-mail: fredebairro@gmail.com

NOME: IVANETE MARIA FREIRE DA SILVA

DATA NASC.: 26/06/1973

NOME SOCIAL: [Data de Publicação]

REG: 71917

IDADE: 47 SEXO:F

DATA DA ADMISSÃO: 25/07/2020 DATA DA ALTA: 27/07/2020

ATESTADO MÉDICO

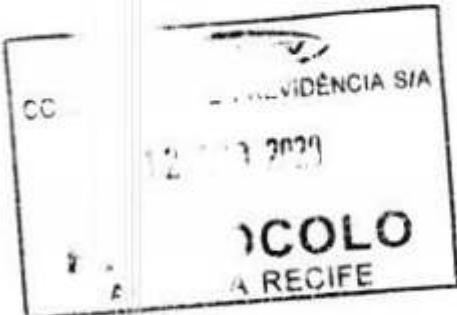
Atesto para os devidos fins que o (a) senhor (a) **IVANETE MARIA FREIRE DA SILVA** foi atendido (a) neste serviço no dia **25/07/2020** Necessitando de **60(SESSENTA)** dias de afastamento de suas atividades (no trabalho ou escola).

CID. M:86.6

Renata Fonseca
Ortopedista/Dermatologista
CRM-PE 22394

Médico

Paulista, 27/07/2020



Estrada da Fazendinha, S/N, Jaguaribe, CEP: 53400-000, Paulista - PE



RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

Identificação do Emitente

Nome Completo: _____

CRM: _____ UF: _____ Nº: _____

Endereço Completo e Telefone: _____

Cidade: _____ UF: _____

1ª Via - Farmácia

2ª Via - Paciente

020471

Paciente: Maria Inês

Endereço: _____

Prescrição: Insomínia — 02x

Tensão 01 csp 8/8

sendo

Identificação do Comprador

Nome: _____

Ident.: _____ Órgão Emissor: _____

End.: _____

Cidade: _____ UF: _____

Telefone: _____

Renata Consecu

Órgão Emissor:

CRM-PB-2394

Médico

VIDÊNCIA SIA

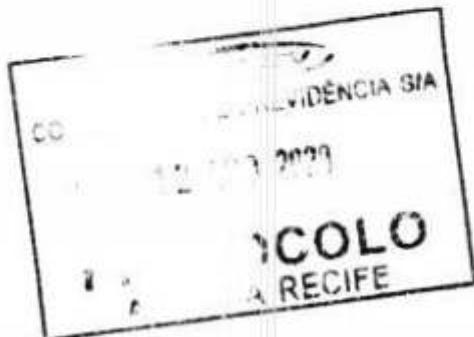
2020

ICOL
RECIFE

Autenticação do Farmacêutico Data: 27/07/20

| NOTIFICAÇÃO DE RECEITA | | IDENTIFICAÇÃO DO EMISSOR | |
|---|---|--|--------------------|
| | | Medicamento ou Substância | <i>Almazadam</i> |
| | | Quantidade e Forma Farmacêutica | <i>0,2 gms</i> |
| Nº Índ 8144 B  Fundo Municipal de Saúde de Itambé Rua Jovim de Castro nº 14 - Centro - Itambé PE CEP: 51.417-550-001-471 CNPJ: 20.311.183/0001-42 Espec: Clínica Médica | | Doses por Unidade Fisiológica | <i>0,5 mg</i> |
| <i>data 31/01/2020</i> | <i>Dr. Wellington Corrêa</i> <i>CRA-PE 13.377</i> <i>Assinatura do Enviante</i> | Paciente: <i>Inêsente Maria de Araújo</i> <i>do Sulco</i> | <i>Pesicologia</i> |
| | | Endereço: <i>R. das Centrais, 294</i> | <i>02 gms dia</i> |
| IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR | | IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR | |
| Name: _____ | Ident. nº: _____ | Name do Vendedor: _____ | Data: _____ |
| Endereço: _____ | Órgão Emissor: _____ | | |

Ornitica - J.E.T.P. GUARDES - MG - Rua Joaquim Nabuco, 18 - Tanque - PE - Fone: (81) 3431-2299 - CNPJ: 44.311.000/0001-42 - Inscrição: 027.00077-18
61 Bloco 104 - 06 07501-300 e 07500-300 • Aut. VIBAH nº 20346/2020 em 04/07/2020



NOME: IVANETE MARIA FREIRE DA SILVA

DATA NASC.: 26/06/73

NOME SOCIAL: [Data de Publicação]

REG: 71917

IDADE: 47 SEXO: F

DATA DA ADMISSÃO: 25/07/2020

DATA DA ALTA: 27/07/20

Declarcação ISS

- Declaro pra os eleitores que
Ivanete Maria Freire da Silva
foi submetida a tratamento cirúrgico
de fratura tridimensional de radio. E por:
ter sido feito um exame complementar
29/07/2020. e a paciente foi encaminhada
para novo atendimento agendado
em clínica hospitalar Miguel Arraes
e sendo atendida com urgência
e não ander na quinzena de fazer
fotos em seu ferimento quanto
ao vista os efeitos da fratura e fratura
a mesma este informada e quando
afrisar la documenta.

CID: M86,6

07/08/2020

| | | |
|------------------|-------------|---|
| CO... | VIDÊNCIA S/ | Renato Fonseca Dra. Prof. Dr. Dentista CRM-PB 22394 |
| 12/07/2020 | Médico | |
| COLO A RECIFE | | |



ITAMBÉ
PREFEITURA SEMPRE COM VOCÊ

PREFEITURA MUNICIPAL DE ITAMBÉ
Secretaria de Saúde
UNIDADE MISTA DR. HERCÍLIO DE MORAES BORBA

BOLETIM DE EMERGÊNCIA

Idade: 47

Nº Cartão SUS 101121015101010144716 Data de Nascimento: 26/06/73
04510104

Nome do Paciente: ILIANE M. ARAUJO FREIRE Sexo: F Raça: Pardo

Estado Civil: CASADA Nome da Mãe: M. JOSE A. DOS SANTOS

Endereço: R. PAS HORIZONTES nº 344 Bairro: JBVI

Cidade: ITAMBÉ CEP: 55920000 PSF: 1-GARIZAGA

Data do Atendimento: 08/08/20 Hora da Chegada: 10h36 min.

| | | | | | |
|-----------------|-------------------|-------|-------------------|-------------------|-----------|
| Pré - Consulta: | P.A. <u>56x30</u> | PESO: | PULSO: <u>502</u> | TEMP. <u>36,6</u> | GLICEMIA: |
|-----------------|-------------------|-------|-------------------|-------------------|-----------|

| | |
|---|--|
| QUEIXA PRINCIPAL <u>Paciente com entorpecimento relativo de epófise e dor no membro superior esquerdo</u> | CLASSIFICAÇÃO DE RISCO: (<input type="checkbox"/> Vermelha (<input type="checkbox"/> Amarela (<input type="checkbox"/> Verde (<input type="checkbox"/> Azul |
|---|--|

| | |
|--|---|
| ENFERMEIRO DA TRIAGEM: <u>elevielva ia urca</u> <u>lesões provocadas por um acidente.</u> <u>SPO2: 98% Paciente hipertensao.</u> | <u>IZABELLA RAPHAELA S. RAMOS</u> Assinatura: <u>EDMILSON RIBEIRO</u> <u>COLEGIO DE ENFERMEIROS</u> |
|--|---|

| | |
|----------------------|-----------------------|
| QUEIXAS/DIAGNOSTICO: | EXAMES COMPLEMENTARES |
|----------------------|-----------------------|

TRATAMENTO

Alergicos

COVID-19 / RESIDÊNCIA SIA
12/08/2020

| | | |
|-------------|--|--------------------------------|
| DIAGNÓSTICO | PROcedimento 01: <u>0301060001</u> <input checked="" type="checkbox"/> | PROcedimento 03: <u>RECIFE</u> |
| | PROcedimento 02: <u>0301100012</u> <input type="checkbox"/> | PROcedimento 04: |

MOTIVO DA SAÍDA: 1 - RESIDÊNCIA
2 - INTERNADO

ENCAMINHADO:

REMOVIDO:

ÓBITOS ÁS: : MIN

DO DIA: / /

DATA SAÍDA: / /

HORA DA SAÍDA: H. MIN.

Larrete Maria Araújo Freire da Silveira

Assinatura do Paciente ou Responsável

Danilo Gonçalves do Carmo
Clínica Médica / Cardiologia
CRM-PB 9772 / PE 23486

Assinatura / Carimbo CRM



ITAMBÉ
PREFEITURA SEMPRE COM VOCÊ

PREFEITURA MUNICIPAL DE ITAMBÉ
Secretaria de Saúde
UNIDADE MISTA DR. HERCÍLIO DE MORAES BORBA

BOLETIM DE EMERGÊNCIA

Idade: 47 anos
 N° Cartão SUS: 310141201703110414141116 Data de Nascimento: 26/06/173
 Nome de Paciente: gravidez 1º grau Sexo: F Raça: P
 Estado Civil: casado Nome da Mãe: Maria Jose Gómez dos Santos
 Endereço: R. das Américas nº 344 Bairro: J. B. Leste
 Cidade: Itambé CEP: 57970000 PSF: D. Gravidez
 Data do Atendimento: 25/07/2020 Hora da Chegada: 15 h26 min.

| Pré - Consulta: | P.A. | PESO: | PULSO: | TEMP. | GLICEMIA: |
|--|------|------------------------|--|---|---|
| QUEIXA PRINCIPAL: <i>Gravidez 1º grau</i> | | | CLASSIFICAÇÃO DE RISCO: () Vermelha () Amarela () Verde () Azul | | |
| ENFERMEIRO DA TRIAGEM: <i>...livo</i> | | | Assinatura/Carimbo | | |
| QUEIXAS/DIAGNÓSTICO: | | | EXAMES COMPLEMENTARES | | |
| TRATAMENTO: <i>ipimev 1000 mg PO dia</i> <i>aztreonam 1000 mg tAD E</i> | | | | | |
| DIAGNÓSTICO: <i>Gravidez 1º grau</i> | | | PROCEDIMENTO 01: 0301060061 <input type="checkbox"/> | PROCEDIMENTO 03: 0301100012 <input type="checkbox"/> | PROCEDIMENTO 02: 0301100012 <input type="checkbox"/> PROCEDIMENTO 04: 0301100012 <input type="checkbox"/> |
| MOTIVO DA SAÍDA: 1 - RESIDÊNCIA 2 - INTERNADO | | | RESIDÊNCIA SAÍDA: <i>2020</i> | | |
| ENCAMINHADO: | | | REMOVIDO: | | |
| ÓBITOS ÁS: | MIN | DO DIA: | 1 | 1 | 1 COLO |
| DATA SAÍDA: / / | | HORA DA SAÍDA: H. MIN. | | RECIFE | |
| <i>Assinatura do Paciente ou Responsável</i> | | | | | |
| <i>Danilo Gonçalves do Carmo</i> <i>Clinica Médica / Cardiologia</i> <i>CRM-PE 9772 / PE 23486</i> | | | | | |
| <i>Assinatura / Carimbo CRM</i> | | | | | |



PERNAMBUCO

MIGUEL ARRAES



IMIP

Instituto de Medicina Integrativa
Prof. Fernando Fruet

NOME: IVANETE MARIA FREIRE DA SILVA

DATA NASC.: 26/06/1973

NOME SOCIAL: [Data de Publicação]

REG:71917

IDADE: 47 SEXO:F

DATA DA ADMISSÃO: 25/07/2020 DATA DA ALTA: 27/07/2020

ATESTADO MÉDICO

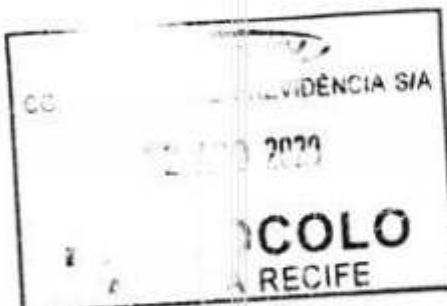
Atesto para os devidos fins que o (a) senhor (a) IVANETE MARIA FREIRE DA SILVA foi atendido (a) neste serviço no dia 25/07/2020 Necessitando de 60(SESSENTA) dias de afastamento de suas atividades (no trabalho ou escola).

CID, M:86.6

Renata Fonseca
Ortopedista/Clínico
CRM-PR 22394

Médico

Paulista, 27/07/2020



Estrada da Fazendinha, S/N, Jaguaribe, CEP: 53400-000, Paulista - PE

NOME: IVANETE MARIA FREIRE DA SILVA

DATA NASC.: 26/06/73

NOME SOCIAL: [Data de Publicação]

REG: 71917

IDADE: 47 SEXO: F

DATA DA ADMISSÃO: 25/07/2020

DATA DA ALTA: 27/07/20

Declarcação ISS

- Declaro pra os servidores daqui que
Ivanete Maria Freire da Silva
foi submetida a instante cíngulo
ele fractou 1/3 distal de radio. E por
ter sido feito um enoplamento no dia
25/07/2020. e a paciente foi encaminhada
para nosso atendimento agiu em
urgência e seguiu a seguir
a demanda atendida com urgência
e logo andar se querendo de juntas
foram em seu centro seguindo. Tom. 10
em vista os efeitos das fraturas e fractura
a mesma este informa liberdade a qualquer
atividade da paciente.

C.D: M 86,6

07/08/2020



Renata Consec
Ortopedista/Dermatolog
CR-PE 22394

Médico



PREFEITURA MUNICIPAL DE ITAMBÉ

Secretaria de Saúde

RECEITUÁRIO

Unidade de Saúde: Ivanete M. Araújo Freire da Silva
Paciente: Ivanete M. Araújo Freire da Silva Registro nº _____

Declaro o que segue:

Declaro para os devidos fins, que
a Paciente em questão, é portadora
de deficiência nos dedos da mão
esquerda, e sofreu atropelamento
no dia 25/07/2020, dentro do trânsito
no Hospital em Itambé, logo sendo
atendida por mim. Paciente tinha uma
lesão importante em punho e, a qual
precisou de encerramento para
osteopedia. Hoje a paciente se encontra
com pinos em estrutura óssea e com
dificuldade de locomoção
do membro.

Dapilo Gonçalves do Carmo
Clínica Médica e Cardiologia
CRM-PB 5777 PE 23488

Data: 08/08/2020





ITAMBÉ
PREFEITURA SEMPRE COM VOCÊ

PREFEITURA MUNICIPAL DE ITAMBÉ
Secretaria de Saúde
UNIDADE MISTA DR. HERCÍLIO DE MORAES BORBA

BOLETIM DE EMERGÊNCIA

Idade: 47

Nº Cartão SUS 10912105100101414 1116 Data de Nascimento: 26/06/73

Nome de Paciente: ELIANE MARIA FREIRE Sexo: F Raça: PARDO

Estado Civil: CASADA Nome da Mãe: M. JOSÉ A. NEVES SANTOS

Endereço: R. PAS HORTENSIAS nº 344 Bairro: JBV

Cidade: FRANCA CEP: 59920000 PSF: 1-GANGA

Data do Atendimento: 08/08/20 Hora da Chegada: 10h26 min.

| | | | | | |
|-----------------|--------------------|-------|-------------------|-------------------|-----------|
| Pré - Consulta: | P.A. <u>360x10</u> | PESO: | PULSO: <u>102</u> | TEMP. <u>36,6</u> | GLICEMIA: |
|-----------------|--------------------|-------|-------------------|-------------------|-----------|

QUEIXA PRINCIPAL Paciente que entrou com relato de cefaléia e dor no membro superior esquerdo

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

(Vermelha (Amarela (Verde (Azul

ENFERMEIRO DA TRIAGEM: clivio na uma vez provocada por um acidente.
SPO2: 98%. Paciente hipertensao.

IZABELLA VARIAS S. RAMOS

Assinatura: IZABELLA VARIAS S. RAMOS
CRM-PB 100012

QUEIXAS/DIAGNOSTICO:

EXAMES COMPLEMENTARES

TRATAMENTO

Aclaracao

| | | |
|-------------|--|--|
| DIAGNÓSTICO | PROCEDIMENTO 01: <u>0301060061</u> <input type="checkbox"/> | PROCEDIMENTO 03: <u>0301100012</u> <input type="checkbox"/> |
| | PROCEDIMENTO 02: <u>0301100012</u> <input type="checkbox"/> | PROCEDIMENTO 04: <u>RESIDÊNCIA SIA</u> |

MOTIVO DA SAÍDA: 1 - RESIDÊNCIA
2 - INTERNADO

12/08/2020

ENCAMINHADO:

REMOVIDO:

COLO

ÓBITOS ÀS: : MIN

DO DIA: / /

RECIFE

DATA SAÍDA: / /

HORA DA SAÍDA: H. MIN.

Elaine Maria Freire da Silveira
Assinatura do Paciente ou Responsável

Daniel Gonçalves do Carmo
Clínica Médica / Cardiologia
CRM-PB 9772 / PE 23486

Assinatura / Carimbo CRM



PREFEITURA MUNICIPAL DE ITAMBÉ
Secretaria de Saúde
UNIDADE MISTA DR. HERCÍLIO DE MORAES BORBA

Boletim de Emergência

Idade: 47 anos

Nº Cartão SUS: 710141205103310141411116 Data de Nascimento: 26/06/73
Nome de Paciente: Ivanete de Souza Figueira Sexo: F Raça: P
Estado Civil: Casada Nome da Mãe: Maria do Rosário dos Santos
Endereço: R. das Américas nº 344 Bairro: J. B. Este
Cidade: Itambé CEP: 57470000 PSF: D. Gravatá
Data do Atendimento: 25/07/2020 Hora da Chegada: 15 h26 min.

| Pré - Consulta: | P.A. | PESO: | PULSO: | TEMP. | GLICEMIA: |
|--|------|------------------------------|--|---|-----------|
| QUEIXA PRINCIPAL: <i>dores no estômago</i> | | | CLASSIFICAÇÃO DE RISCO: () Vermelha () Amarela () Verde () Azul | | |
| ENFERMEIRO DA TRIAGEM: <i>Paulo</i> | | | Assinatura/Carimbo | | |
| QUEIXAS/DIAGNÓSTICO: | | | EXAMES COMPLEMENTARES | | |
| TRATAMENTO: <i>ipratropílio 10mg tAD E</i> | | | RESIDÊNCIA S/A <i>25/07/2020</i> | | |
| DIAGNÓSTICO: <i>dores no estômago</i> | | | PROCEDIMENTO 01: 0301060061 <input type="checkbox"/> | PROCEDIMENTO 03: RECIFE <input type="checkbox"/> | |
| | | | PROCEDIMENTO 02: 0301100012 <input type="checkbox"/> | PROCEDIMENTO 04: | |
| MOTIVO DA SAÍDA: 1 - RESIDÊNCIA 2 - INTERNADO | | | | | |
| ENCAMINHADO: | | | REMOVIDO: | | |
| ÓBITOS ÁS: | MIN | DO DIA: | / / | | |
| DATA SAÍDA: ___/___/___ | | HORA DA SAÍDA: ___H. ___MIN. | | <p><i>Daniel Góes</i> Daniel Góes de Carvalho Clínica Médica / Cardiologia CRM-PB 9772/PE 23486</p> | |
| <i>[Assinatura]</i> Assinatura do Paciente ou Responsável | | | | Assinatura / Carimbo CRM | |



PREFEITURA MUNICIPAL DE ITAMBÉ

Secretaria de Saúde

RECEITUÁRIO

Unidade de Saúde:

Paciente: Josete Maria de Araújo da Silva

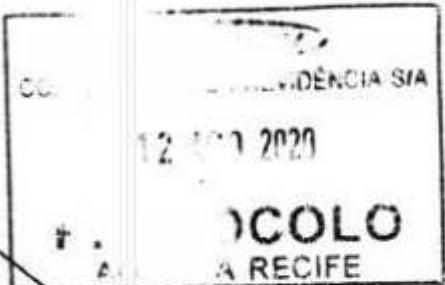
Registro nº

050 024 h

① A lugiotex xeropl

01 Fadilo

temer 30ml , ac 32/32h , por 5 dias.



Data: 21/07/2020

Dr. Vinícius Carvalho
Médico
CRM-PB 13.377



RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

| | |
|--|-----|
| Identificação do Emissor | |
| Nome Completo: _____ | |
| CRM: | UF: |
| Endereço Completo e Telefone: _____ _____ | |
| Cidade: | UF: |

1ª Via - Farmácia

2ª Via - Paciente

020471

Paciente: Renato Consecu
Endereço: _____

Prescrição: Trazimol 50mg - 02x
Tamoxifen 100mg - 01x
metformina 500mg - 01x

| | |
|-----------------------------------|----------------|
| Identificação do Comprador | |
| Nome: _____ | |
| Ident: | Órgão Emissor: |
| End: | |
| Cidade: | UF: |
| Telefone: | |



ORDEM DOS ADVOGADOS DO BRASIL
CONSELHO SECCIONAL DA PERNAMBUCO
IDENTIDADE DE ADVOGADO



NOME

IAGO BERNARDO FELIZOLA CARRAZZONI

FILIAÇÃO

PASCOAL JANUARIO FELIZOLA CARRAZZONI
MARIA JOSE BERNARDO DA SILVA

NATURALIDADE

ITAMBÉ-PE

RG

8861300 - SDS/PE

DOADOR DE ÓRGÃOS E TECIDOS

NAO

VITAL BEZERRA LOPES

PRESIDENTE

DATA DE NASCIMENTO

02/08/1992

CPF

088.475.514-20

VIA

EXPEDIDO EM

04/03/2015

INSCRIÇÃO:

20705

| | |
|------------|--------------|
| CC. | VALIDADE G/A |
| 12.10.2021 | |
| R. | OCOL |
| AG. RECIFE | |

00000000000000000000
COR
COR
COR
COR

TEM FÉ PÚBLICA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

12347051

USO OBRIGATÓRIO
IDENTIDADE CIVIL PARA TODOS OS FINS LEGAIS
(Art. 13 da Lei nº 8.906/94)



ASSINATURA DO PORTADOR



OBSERVAÇÕES





VÍTIMA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

9.828.461 DATA DE
NASCIMENTO **21/10/2013**

<< IVANETE MARIA ARALDO FREIRE DA SILVA >>

<< JOSE ANTONIO DOS SANTOS >>
<< MARIA JOSE ARALDO DOS SANTOS >>

LUGAR DE NASCIMENTO
TIMBABA - PE DATA DE NASCIMENTO
26/06/1973

TELEFONE
<< 075218 01 55 2013 2 00028 067
0001150 79 ITAMBÉ-PE >>

037.551.834-71

F-58 6.763 - 3419

IDENTIFICAÇÃO
RECIFE

:COLO
RECIFE

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200287101 **Cidade:** Itambé **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: IVANETE MARIA ARAUJO FREIRE DA SILVA **Data do acidente:** 25/07/2020 **Seguradora:** ALIANÇA DO BRASIL SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 14/08/2020

Valorização do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DISTAL DO RÁDIO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR. ALTA MÉDICA. P10

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO MEMBRO SUPERIOR 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 DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DO MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações: VÍTIMA JÁ INDENIZADA EM SINISTRO ANTERIOR EM NÍVEL MODERADO PARA O MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO. SINISTRO ATUAL LESIONADO NO MESMO SEGMENTO CORPORAL. SEQUELA JÁ INDENIZADA CONFORME TABELA PREVISTA EM LEI VIGENTE.

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 funcional completa de um dos membros superiores | 70 % | Em grau médio - 0 % | 0% | R\$ 0,00 |
| Total | | | 0 % | R\$ 0,00 |

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200287101 **Cidade:** Itambé **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: IVANETE MARIA ARAUJO FREIRE DA SILVA **Data do acidente:** 25/07/2020 **Seguradora:** ALIANÇA DO BRASIL SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 14/08/2020

Valorização do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DISTAL DO RÁDIO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR. ALTA MÉDICA. P10

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO MEMBRO SUPERIOR 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 DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DO MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações: VÍTIMA JÁ INDENIZADA EM SINISTRO ANTERIOR EM NÍVEL MODERADO PARA O MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO. SINISTRO ATUAL LESIONADO NO MESMO SEGMENTO CORPORAL. SEQUELA JÁ INDENIZADA CONFORME TABELA PREVISTA EM LEI VIGENTE.

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 funcional completa de um dos membros superiores | 70 % | Em grau médio - 0 % | 0% | R\$ 0,00 |
| Total | | | 0 % | R\$ 0,00 |

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE :

NOME : IVANETE MARIA ARAUJO FREIRE DA SILVA
NACIONALIDADE : BRASILEIRA
ESTADO CIVIL : CASADA
PROFISSAO : DO LAR
Nº DO RG: 9.828.461 SDS/PE
Nº CPF : 037.551.834-71
ENDEREÇO : RUA DAS HORTÊNSIAS 344, JARDIM BELA VISTA I, ITAMBÉ-PE CEP: 55.920-000

OUTORGADO :

NOME : IAGO BERNARDO FELIZOLA CARRAZZONI
NACIONALIDADE : BRASILEIRO
ESTADO CIVIL : SOLTEIRO
PROFISSAO : ADVOGADO
Nº DA OAB: 20.705 - PB
Nº CPF : 088.475.514-20
ENDEREÇO : RUA SANTO ANTONIO, 39 CENTRO, ITAMBÉ-PE

PODERES :

Para requerer o seguro DPVAT, a que tem direito o outorgante, junto a qualquer seguradora pertence ao consórcio DPVAT administrado pela Seguradora Líder, em razão de acidente de trânsito, podendo o referido procurador receber a quantia que o outorgante tenha direito, em nome do mesmo, bem como quitar, requerer, e retirar documentos em órgãos públicos, municipais, estaduais ou federais, ou órgãos privados, além de transigir, depositar, substabelecer, tendo também poderes específicos para assinar qualquer documento em nome do próprio, bem como fornecer dados para crédito de indenização de sinistro DPVAT , podendo viajar, assinar e receber a ordem de pagamento em nome do outorgante junto à rede bancária. Sendo vedado o substabelecimento desta procuração.

Itambé, 09 de agosto de 2020.

Ivanete Maria Araújo Freire da Silva.
IVANETE MARIA ARAUJO FREIRE DA SILVA
037.551.834-71

