



Número: **0000089-74.2021.8.17.3320**

Classe: **Outros procedimentos de jurisdição voluntária**

Órgão julgador: **Vara Única da Comarca de Barreiros**

Última distribuição : **28/10/2021**

Valor da causa: **R\$ 13.500,00**

Assuntos: **Seguro**

Nível de Sigilo: **0 (Público)**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Advogados
MARTA MARIA DA SILVA (AUTOR)	
	JEIMISON JOSE NERI DE LYRA (ADVOGADO(A)) MARIA ANDREZA DE LIMA VASCONCELOS SILVA (ADVOGADO(A))
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (RÉU)	
	RAFAELLA BARBOSA PESSOA DE MELO (ADVOGADO(A)) ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR (ADVOGADO(A))

Outros participantes	
MARIA RAFAELA SOUSA DE CARVALHO (PERITO)	

Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
144830548	19/09/2023 07:50	2806487_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_01	Outros Documentos



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA ÚNICA VARA CÍVEL DA COMARCA DE BARREIROS/PE - SEÇÃO -

PROCESSO: 00000897420218173320

SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A, empresas seguradoras previamente qualificadas nos autos do processo em epígrafe, neste ato, representada, por seus advogados que esta subscreve, nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT**, que lhe promove **MARTA MARIA DA SILVA**, em trâmite perante este Douto Juízo e Respectivo Cartório, vem mui respeitosamente, à presença de V. Ex.^ª, em cumprimento ao referido despacho de fls., expor para ao final requerer o que se segue:

DO LAUDO PERICIAL

Trata-se de caso em que o Autor alega ser vítima de acidente automobilístico, resultando em invalidez permanente.

Nesse sentido, foi nomeado perito por esse d. juízo, e posteriormente as partes intimadas a apresentaram quesitos, a fim de se verificar qual o grau da suposta Invalidez da parte autora.

Sendo assim, na hipótese de condenação, o valor indenizatório deverá respeitar a tabela inserida na Lei 11.945/09, devendo ainda ser observado o pagamento administrativo realizado na monta de R\$ 843,75 (oitocentos e quarenta e três reais e setenta e cinco centavos).

Destarte, requer a Ré que o N. Magistrado acolha o descrito no laudo apresentado pelo *expert*, tendo em vista que foram devidamente utilizados os critérios de fixação de indenização do ANEXO I da Lei 6.194/74 c/c Súmula 474 do STJ.

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

BARREIROS, 15 de setembro de 2023.

JOÃO BARBOSA
OAB/PE 4246

ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELO JUNIOR
OAB/PE 30225

Rua do Passeio, 38, Torre 2, 15º andar - Sala 1509/1512 – Centro - RJ – Rio de Janeiro - CEP:20021-290
www.joaobarbosaadvass.com.br



Rua do Passeio, 38, Torre 2, 15º andar - Sala 1509/1512 – Centro - RJ – Rio de Janeiro - CEP:20021-290
www.joaobarbosaadvass.com.br



Rua do Passeio, 38, Torre 2, 15º andar - Sala 1509/1512 – Centro - RJ – Rio de Janeiro - CEP:20021-290
www.joaobarbosaadvass.com.br





19/09/2023

Número: **0000089-74.2021.8.17.3320**

Classe: **Outros procedimentos de jurisdição voluntária**

Órgão julgador: **Vara Única da Comarca de Barreiros**

Última distribuição : **28/10/2021**

Valor da causa: **R\$ 13.500,00**

Assuntos: **Seguro**

Nível de Sigilo: **0 (Público)**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Advogados
MARTA MARIA DA SILVA (AUTOR)	
	JEIMISON JOSE NERI DE LYRA (ADVOGADO(A)) MARIA ANDREZA DE LIMA VASCONCELOS SILVA (ADVOGADO(A))
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (RÉU)	
	RAFAELLA BARBOSA PESSOA DE MELO (ADVOGADO(A)) ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR (ADVOGADO(A))

Outros participantes	
MARIA RAFAELA SOUSA DE CARVALHO (PERITO)	

Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
144830549	19/09/2023 07:50	ANEXO 1	Outros Documentos

Rio de Janeiro, 18 de Fevereiro de 2021

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3210041676 Vítima: MARTA MARIA DA SILVA

Data do Acidente: 07/07/2020 Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JEIMISON JOSE NERI DE LYRA

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), MARTA MARIA DA SILVA

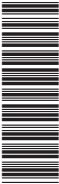
Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, foi verificada a necessidade de realização de avaliação médica presencial para a identificação e/ou enquadramento da invalidez permanente de acordo com a tabela prevista na Lei nº 6.194, de 1974. O prazo de 30 (trinta) dias para análise do seu pedido fica interrompido e sua contagem será reiniciada após a emissão do laudo da avaliação médica. O não comparecimento à avaliação médica agendada poderá gerar o cancelamento do pedido do Seguro DPVAT. Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 01317/01318 - carta_02 - INVALIDEZ



Carta nº 16585249





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, 07 de Março de 2021

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3210041676 Vítima: MARTA MARIA DA SILVA

Data do Acidente: 07/07/2020 Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JEIMISON JOSE NERI DE LYRA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), MARTA MARIA 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\$ 843,75

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um joelho 25%	
Graduação: Em grau leve 25%	
% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 25%) 6,25%	
Valor a indenizar: 6,25% x 13.500,00 =	R\$ 843,75

Recebedor: MARTA MARIA DA SILVA
Valor: R\$ 843,75
Banco: 104
Agência: 000002124
Conta: 0000062921-0
Tipo: CONTA POUPANÇA

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT
Estamos aqui para Você

1 - 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:

029 825 134-55

Marta Maria 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:

Marta Maria da Silva

029 825 134-55

7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento:

Do Dor

Do. Fazenda São Brancisco

90

casa

11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP:

PEGO KMG5

Bonineiros

PE

55560-000

15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD):

administrativa@plymador.com.br

(81) 93110-9531

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) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 2124 CONTA: 62921 0 AGÊNCIA: CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(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 por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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 da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

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

38 - 1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Bonineiros, 01 de fevereiro de 2020

Marta Maria da Silva

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

CDC 001 10007/2010



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 082ª CIRCUNSCRIÇÃO - SÃO JOSÉ DA
COROA GRANDE - DP82ªCIRC DINTER1/13ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **20E0172000480**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **19/08/2020** às
10:46

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado)
que aconteceu no dia **7/7/2020** às **08:40**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICIPIO DE BARREIROS, 1. R. ATRES BELO,
CENTRO - Bairro: CENTRO - BARREIROS/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDOS (AUTOR/AGENTE);
LUIZ FERREIRA DE LIMA FILHO (OUTRO);
PEDRO OLIVEIRA DA SILVA (OUTRO);
MARTA MARIA DA SILVA (VÍTIMA);

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a)
Sr(a): PEDRO OLIVEIRA DA SILVA

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

**MARTA MARIA DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: Feminino Mãe: MARIA
JOSE DA SILVA Pai: JOSE VITALINO DA SILVA Data de Nascimento: 7/1/1976 Nacionalidade:
BARREIROS / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 8404483/SSP/PE (RG) Estado Civil:
ANASIAADO(A) Escolaridade: 2ª. GRAU COMPLETO Profissão: DO LAR Telefones Celulares:
- 986016420**

Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE BARREIROS, 00, FAZENDA SAO FRANCISCO,
PLATOR 06, CASA 96 - CEP: 55090-000 - Bairro: CENTRO - BARREIROS/PERNAMBUCO
/BRASIL**

**LUIZ FERREIRA DE LIMA FILHO (não presente ao plantão) - Sexo:
Masculino Nacionalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL Estado Civil:
DESCONHECIDO Escolaridade: DESCONHECIDO**

**PEDRO OLIVEIRA DA SILVA (não presente ao plantão) - Sexo:
DESCONHECIDO Nacionalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL Estado Civil:
DESCONHECIDO Escolaridade: DESCONHECIDO**

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

1 - 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:

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:

7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento:

11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP:

15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD):

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) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) Nome do BANCO: _____

☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 2124 CONTA: 62921 0 AGÊNCIA: CONTA:

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (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 por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

☒ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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 - Imprensa digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

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

38 - 1ª | Nome: CPF: Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: CPF: Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, 41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante) 43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

44 - Assinatura do Procurador (se houver)

45 - Assinatura do Procurador (se houver)

46 - Assinatura do Procurador (se houver)

47 - Assinatura do Procurador (se houver)

48 - Assinatura do Procurador (se houver)

49 - Assinatura do Procurador (se houver)

50 - Assinatura do Procurador (se houver)

51 - Assinatura do Procurador (se houver)

52 - Assinatura do Procurador (se houver)

BANCO DO BRASIL S.A.

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: DOC / TED
CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A
BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 24/03/2021
NUMERO DO DOCUMENTO:
VALOR TOTAL: 577,75

*****TRANSFERIDO PARA:
CLIENTE: MARTA MARIA DA SILVA

BANCO: 104
AGÊNCIA: 02124
CONTA: 000000062921-0

Nr. da Autenticação 62065CC9C05420B0



DADOS DO CLIENTE MARTA MARIA DA SILVA LOT FAZENDA SAO FRANCISCO, N. 00090 - PE60 KM65 BARREIROS PE 5 5560-000 INSCRICAO: 014.125.212.0000.900 GRUPO: 9 DEB. AUTOMATICO: 103855734		MATRICULA: 103855734 Jul/2020																																																	
SITUACAO AGUA LIGADO	SITUACAO ESGOTO FACTIVEL	RESIDENCIAL 1	QUANTIDADE DE ECONOMIAS COMERCIAL INDUSTRIAL PÚBLICA																																																
HIDRÔMETRO A10B013654	DATA LEIT. ANTERIOR 02/07/2020	DATA LEIT. ATUAL 01/08/2020	TIPO DE CONSUMO (A/E) MEDIA HD																																																
<p>AGUA:</p> <p>LEIT ANT: 479 CONSUMO: 9</p> <p>LEIT ATU: RECOR ANORM HD RET</p> <p>LEIT FAT: 483</p>																																																			
<p>HISTORICO DE CONSUMO</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>REFERENCIA</th> <th>CONSUMO</th> <th>PARAMETROS</th> <th colspan="3">NUMERO DE AMOSTRAS</th> </tr> <tr> <th></th> <th></th> <th></th> <th>EXIG. PORT. MS 2.914/11</th> <th>ANALISES REALIZ.</th> <th>ATENDIDA A REQUER.</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>06/2020</td> <td>09</td> <td>TURBIDEZ</td> <td>34</td> <td>4</td> <td>25</td> </tr> <tr> <td>05/2020</td> <td>09</td> <td>COR APARENTE</td> <td>34</td> <td>4</td> <td>25</td> </tr> <tr> <td>04/2020</td> <td>09</td> <td>CORO RESIDUAL</td> <td>34</td> <td>34</td> <td>34</td> </tr> <tr> <td>03/2020</td> <td>09</td> <td>COLIF. TOTAIS</td> <td>34</td> <td>34</td> <td>34</td> </tr> <tr> <td>02/2020</td> <td>09</td> <td>% COLI</td> <td>34</td> <td>34</td> <td>34</td> </tr> <tr> <td>MEDIA</td> <td>09</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <p>Qualidade de Agua: www.criar.com.br</p> <p>OBS.: (1) COLIFORMES TOTAIS AUSENCIA 95% DAS AMOSTRAS EXAMINADAS (2) OS PARAMETROS COLIFORMES TOTAIS, ESCHERICHIA COLI E CLORO RESIDUAL SAO INDICADORES DAS CONDIÇÕES SANITARIAS DA AGUA (3) OS PARAMETROS COR E TURBIDEZ SAO INDICADORES DAS CONDIÇÕES AVISADAS AO ASPECTO VISUAL DA AGUA</p>				REFERENCIA	CONSUMO	PARAMETROS	NUMERO DE AMOSTRAS						EXIG. PORT. MS 2.914/11	ANALISES REALIZ.	ATENDIDA A REQUER.	06/2020	09	TURBIDEZ	34	4	25	05/2020	09	COR APARENTE	34	4	25	04/2020	09	CORO RESIDUAL	34	34	34	03/2020	09	COLIF. TOTAIS	34	34	34	02/2020	09	% COLI	34	34	34	MEDIA	09				
REFERENCIA	CONSUMO	PARAMETROS	NUMERO DE AMOSTRAS																																																
			EXIG. PORT. MS 2.914/11	ANALISES REALIZ.	ATENDIDA A REQUER.																																														
06/2020	09	TURBIDEZ	34	4	25																																														
05/2020	09	COR APARENTE	34	4	25																																														
04/2020	09	CORO RESIDUAL	34	34	34																																														
03/2020	09	COLIF. TOTAIS	34	34	34																																														
02/2020	09	% COLI	34	34	34																																														
MEDIA	09																																																		
TAXA DE ABASTECIMENTO DOS SERVICOS		CONSUMO	TOTAL (R\$)																																																
GUA																																																			
RECEITA LIGACAO 1 UNIDADE(S)																																																			
DE AGUA		9 M3	44,08																																																
MULTA P/IMPONTUALIDADE 06/2020			0,83																																																
MOROS DE MORA 04/2020			0,41																																																

TRIBUTOS	BASE DE CÁLCULO	PERCENTUAL (%)	VALOR DO IMPOSTO
PIS	44,08	1,65	0,73
COFINS	44,08	7,60	3,35

VENCIMENTO: 15/08/2020

TOTAL A PAGAR: 45,37

Pedido de serviço para Via para Pagamento Grupo B nº 1420811434

NOTA FISCAL | FATURA | CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

COMPANHIA ENERGÉTICA DE PERNAMBUCO

AV. JOÃO DE BARROS, 111, BOA VISTA,
RECIFE, PERNAMBUCO
CEP 50050-902
CNPJ 10.835.932/0001-08
INSCRIÇÃO ESTADUAL 0005943-93



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
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 tarifada
na origem para telefones celulares

DADOS DO CLIENTE JEIMISON JOSE NERY DE LYRA	DATA DE VENCIMENTO 26/02/2020 TOTAL A PAGAR R\$ 0,62	DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL 04/02/2020 DATA DA APRESENTAÇÃO 11/02/2020 NÚMERO DA NOTA FISCAL 095264522	CONTA CONTRATO 7003590261 CLASSIFICAÇÃO COMERCIAL Trifásico B3
ENDEREÇO RUA JOAO B VASCONCELOS 111 --A - CENTRO/BARREIROS -55560-000 BARREIROS PE -			

PERÍODO CONSUMO 06/01/2020 a 03/02/2020	CONSUMO 0
--	--------------

ICMS - BASE DE CÁLCULO R\$ 0,00 Alíquota 25,00 valor do imposto R\$ 0,00

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA	VIA PARA PAGAMENTO
-----------------------	--------------------

Destaque aqui				TALÃO DE PAGAMENTO Evite dobrar e perfurar ou rasurar. Este canhoto será usado em leitora ótica.
CONTA CONTRATO 7003590261	MÊS/ANO 02/2020	TOTAL A PAGAR R\$ 0,62	VENCIMENTO 26/02/2020	
838200000002 006200110070 003590261104 149093220536				AUTENTICAÇÃO MECÂNICA



Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

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 COAF**².

¹ Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Fernando José Neri de Souza inscrito (a) no CPF 049.520.594 / 05
na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Marta Maria da Silva inscrito
(a) no CPF sob o Nº 029.825.134 / 55, do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima
Marta Maria da Silva, inscrito (a) no CPF sob o Nº 029.825.134 / 55, 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 João Batista de Vasconcelos</u>		Número <u>111</u>	Complemento <u>A</u>
Bairro <u>Centro</u>	Cidade <u>Bananeiras</u>	Estado <u>PE</u>	CEP <u>55560-000</u>
Email <u>administrativa@falyracabro.com.br</u>		Telefone comercial(DDD) <u>(81) 3675-1858</u>	Telefone celular (DDD) <u>(81) 98110-9581</u>

Bananeiras, 03 de fevereiro de 2020
Local e Data

[Assinatura]
Assinatura do Declarante

DLDR001 V001/2017

Digitalizado com CamScanner



POSTO DE SAÚDE OSMÁRIO OMENA

Data 07/07/2020

Paciente	Nome: Marta Maria da Silva	Nº Ocorrência
	Residência: Fazenda São Francisco ploton 06.	Telefone: Nº 90
Responsável	Nome: Mãe: Mario José da Silva	Telefone:
	Residência: Acamp. esposo.	

Condição	Profissão	Sexo	Nascimento	Nacionalidade	Documento de Identidade
<input type="checkbox"/> Segurado <input type="checkbox"/> Esposa <input type="checkbox"/> Filhos <input type="checkbox"/> Outros		<input type="checkbox"/> Masc. <input checked="" type="checkbox"/> Fem.	07/10/76 Idade: 44	<input type="checkbox"/> Bras. <input type="checkbox"/> Estrang. <input type="checkbox"/> UF	Número Órgão Emissor

Paciente Chegou <input type="checkbox"/> Andando <input type="checkbox"/> De Auto <input type="checkbox"/> Ambulância <input type="checkbox"/> Outros	Ambulância / Hora Saída Chegada	Acidente / Hora Saída Chegada	Atendimento 20h 06 Min <input type="checkbox"/> Acidente de Trabalho <input type="checkbox"/> Caso Policial
---	---------------------------------------	-------------------------------------	--


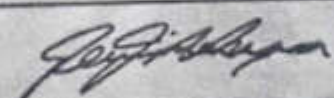
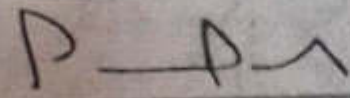
Pressão Arterial	Pulso	Temperatura	Exames Complementares
Max: 190 Min: 80	90	Axilar 36.5 Retal	% 300 98%

Causa provável da lesão - queixa principal
 Exame Físico - Sinais - Sintomas
 Paciente relata de um golpe
 E após queda de enxada.
 Ulega alergia m.
 DMC(-) HAS(-)
 Sem lesões aparentes
 no joelho E
 Omento RX.
 Dr. Roberto Chantada Flor
 COREN-PE 995047
 Em 07/07/2020

Tratamento
 ① Cetoprofeno 400mg IM agora
 ② Dipirona 400mg IM agora
 Ana Beatriz Páez
 Médica
 CREME: 6109

Destino dado ao paciente <input type="checkbox"/> Residência <input type="checkbox"/> Internado Encaminhado _____ Removido _____ Óbito às _____ H _____ Min. do dia _____ Encaminhado ao I.M.L. <input type="checkbox"/>	Impressão Diagnóstica C.I.D.: Doença Concedida _____ Dias
--	---

Assinatura - Carimbo - CRM/CRO

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL		
MINISTÉRIO DAS CIDADES		
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO		
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO		
	NOME	
	JEIMISON JOSE NERI DE LIRA	
	DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR / UF	
	6312850 SSP PE	
	CPF	DATA NASCIMENTO
049.520.594-05	10/03/1985	
FILIAÇÃO		
FLAVIO GOMES DE LYRA		
YARACI NERI DE LYRA		
PERMISSÃO	ACC	CAT. HAB.
		AB
Nº REGISTRO	VALIDADE	1ª HABILITAÇÃO
03199667329	14/04/2019	19/02/2004
OBSERVAÇÕES		
sem observações		
		
ASSINATURA DO PORTADOR		
LOCAL	DATA EMISSÃO	
RECIFE - PE	14/04/2014	
		25661270788
ASSINATURA DO EMISSOR		PE059279494
DETRAN - PE (PERNAMBUCO)		
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO		

VÁLIDA EM TODO
O TERRITÓRIO NACIONAL
873244580

PROIBIDO PLASTIFICAR
873244580

Scanned by CamScanner



Digitalizado com CamScanner



Este documento foi gerado pelo usuário 008.***-05 em 19/09/2023 07:53:48
Número do documento: 23091907501262300000141450375
<https://pje.tje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=23091907501262300000141450375>
Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 19/09/2023 07:50:12

LAUDO DE AVALIAÇÃO MÉDICA PARA FINS DE VERIFICAÇÃO E
QUANTIFICAÇÃO DE LESÕES PERMANENTES EM VÍTIMAS DO SEGURO DPVAT

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo.

Número do Sinistro: 3210041676

Nome do(a) Examinado(a): MARTA MARIA DA SILVA

Endereço do(a) Examinado(a): LOT FAZENDA SÃO FRANCISCO, 90, , Barreiros/PE

Identificação – Órgão Emissor UF / Número: Não Informado / Não Informado

Data e local do acidente: 07/07/2020 - Barreiros/PE

Data e local do exame: 25/02/2021 - Recife/PE

Coordenadas Geográficas: latitude: -8.05634 , longitude: -34.8981

RESULTADO DA AVALIAÇÃO MÉDICA

I. Descreva o(s) diagnóstico(s) das lesões efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado.

contusão de joelho esquerdo

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

imobilização com tala, fez fisioterapia. Não comprova data da alta médica

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

Ao exame físico do joelho esquerdo apresenta joelho normal, flexão aos 120°, extensão aos 130°, ausência de derrames articulares, ausência de atrofia no segmento, sem amputação, marcha normal, agachamento alterado, sem encurtamento. Apresenta na região observada mobilização passiva normal, cicatriz operatória inexistente, sensibilidade normal, coloração normal, temperatura normal, sinais inflamatórios inexistentes, inexistência de alterações musculares, presença de alteração motora do segmento. Cumpre frisar que, conforme o exame físico, o periciado possui um déficit funcional de grau leve no joelho esquerdo.

IV. Nexa de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

Sim

V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a qualquer medida terapêutica)

Sim

VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente

limitação de grau leve do joelho esquerdo, com bloqueio articular.

Caso a resposta do item V seja "Não", concluir utilizando apenas as opções no item VII "a".

Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item VII "b".

VII. Segundo previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*)

() "Vítima em tratamento"

() "Sem sequela permanente" (Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica).

b) Havendo dano corporal segmentar, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.



DADOS DO SINISTRO

Número: 3210041676

Cidade: Barreiros

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: MARTA MARIA DA SILVA

Data do acidente: 07/07/2020

Seguradora: USEBENS SEGUROS S/A

PARECER

Diagnóstico: Contusão de joelho esquerdo

Descrição do exame físico: Ao exame físico do joelho esquerdo apresenta joelho normal, flexão aos 120°, extensão aos 130°, ausência de derrames articulares, ausência de atrofia no segmento, sem amputação, marcha normal, agachamento alterado, sem encurtamento. Apresenta na região observada mobilização passiva normal, cicatriz operatória inexistente, sensibilidade normal, coloração normal, temperatura normal, sinais inflamatórios inexistentes, inexistência de alterações musculares, presença de alteração motora do segmento. Cumpre frisar que, conforme o exame físico, o periciado possui um déficit funcional de grau leve no joelho esquerdo.

Resultados terapêuticos: Tratamento conservador, imobilização com tala, fez fisioterapia.
Sequela estabelecida

Sequelas permanentes: Déficit funcional de grau leve no joelho esquerdo

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 25/02/2021

Conduta mantida:

Observações: O exame físico descrito demonstrou que após a consolidação das lesões ocorridas no trauma e o término do tratamento, há um quadro sequelar caracterizado por restrição dos movimentos habituais no joelho esquerdo, portanto mantemos a conduta do médico examinador.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75



PROCURAÇÃO

OUTORGANTE Marta Maria da Silva

Brasileiro (a), estado civil Solteira, profissão Da Dan

Residente e domiciliado à Rua Rua. Fazenda São Brancos

Nº 90, Bairro PE 60 KM 65 Município de Barreiros

Estado de Pernambuco CEP 55560-000 Portador (a) do

RG Nº 5404463 SSP/ PE e CPF Nº 029.825.134-55

OUTORGADO: Jeimison José Neri de Lyra, brasileiro, casado, advogado, residente domiciliado à Rua JOÃO BATISTA DE VASCONCELOS, 111 A – CENTRO – BARREIROS - PE, estado de Pernambuco, CEP 55560-000, portador do RG Nº 6312850 SSP/PE e CPF Nº 049.520.594-05.

Por este instrumento particular de procuração, o (a) outorgante nomeia e constitui o (a) seu bastante procurador (a), para o fim especial de requerer junto à qualquer seguradora do Consórcio Seguro DPVAT, o pagamento do sinistro, que vitimou em acidente o (a) Sr(a) Marta Maria da Silva

ocorrido em 07/07/2020 conforme registrado pelo BO anexo ao processo.

Podendo dito(a) procurador(a), representar o(a) outorgante como se o(a) próprio(a) fosse, podendo requerer, assinar recibos, assinar declarações de endereço, assinar autorização de pagamento /credito de indenização de Sinistro DPVAT, enfim requerer e assinar todos os papais e documentos que forem precisos e praticar todos os demais atos necessários para o mais amplo e fiel cumprimento do presente mandato.

Barreiros, 03, de Janeiro de 20 21.

Marta Maria da Silva

OUTORGANTE

CPF Nº 029.825.134-55

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0037412/21

Vítima: MARTA MARIA DA SILVA

CPF: 029.825.134-55

Seguradora: USEBENS SEGUROS S/A

Data do acidente: 07/07/2020

CPF de: Próprio

Titular do CPF: MARTA MARIA DA SILVA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

JEIMISON JOSE NERI DE LYRA : 049.520.594-05

- Comprovante de residência
- Declaração Circular SUSEP 445/12
- Documentos de identificação
- Procuração

MARTA MARIA DA SILVA : 029.825.134-55

- 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: 03/02/2021
Nome: JEIMISON JOSE NERI DE LYRA
CPF: 049.520.594-05

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 03/02/2021
Nome: SABRINA MAIRA HONORATO
CPF: 100.073.989-99

JEIMISON JOSE NERI DE LYRA

SABRINA MAIRA HONORATO



Este documento foi gerado pelo usuário 008.***.***-05 em 19/09/2023 07:53:48
Número do documento: 23091907501262300000141450375
<https://pje.tje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=23091907501262300000141450375>
Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 19/09/2023 07:50:12

DESCONHECIDOS (não presente no plantão) - Sexo: Desconhecido Nacionalidade:
NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

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

VEICULO (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): PEDRO OLIVEIRA DA SILVA, que
estava em posse do(a) Sr(a): PEDRO OLIVEIRA DA SILVA
Categoria/Marca/Modelo: MOTOCICLETA/HONDA/CO 125 FAN ES Objeto apreendido: N/A
Cor: PRETA - Quantidade: 1 (UNIDADE NÃO INFORMADA)

Placa: WKS8161 (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Chassi: 8C2JC38768R973186
Ano Fabricação/Modelo: 2007/2008 Combustível: GASOLINA

Complemento / Observação

AFIRMOU A SRª MARTA MARIA DA SILVA, QUE VINHA NA GARUPA DA
MOTOCICLETA DE SEU ESPOSO, QUANDO DE REPENTE O VEICULO DERRAPOU EM
UMA PARTE DA ESTRADA MOLHADA DE OLEO, VENDO OS DOIS CAIREM NO CHÃO,
AMBOS SE MACHUCARAM, SENDO QUE A SRª MARTA DEU ENTRADA NO HOSPITAL
OSMARIO OMENA DE OLIVEIRA, NA CIDADE DE SÃO JOSE DA COROA GRANDE/PE,
TENDO PRONTUÁRIO Nº82672, QUE A MESMA PRECISOU DE AVALIAÇÃO
ORTOPÉDICA.

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

MARTA MARIA DA SILVA
(VITIMA)

Marta Maria da Silva

S.O. registrado por: MARCONE JOSE ALVES DA SILVA - Matrícula: 3854264

[Assinatura]

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

5404453

DATA DE
EXPEDIÇÃO 29.05.1995

REGISTRO
GERAL

NOME

MARTA MARIA DA SILVA

FILIAÇÃO

José Vitalino da Silva

Maria José da Silva

NATURALIDADE

Barreiros.PE.

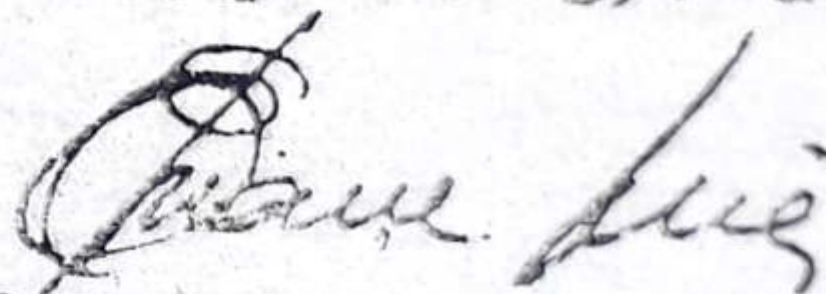
DATA DE NASCIMENTO

07.01.1976

DOS. ORIGEM

C.N.1893.L.A/3.Fls.-35.Cart.de
Barreiros.PE.

CPF



ASSINATURA DO DIRETOR
Eliane Caldas Lira

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83



Este documento foi gerado pelo usuário 008.***-05 em 19/09/2023 07:53:48

Número do documento: 23091907501262300000141450375

<https://pje.tje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=23091907501262300000141450375>

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 19/09/2023 07:50:12

VIII. Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou a valoração do dano corporal:


Leonardo Neves
Médico
CRM 117.742





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 082ª CIRCUNSCRIÇÃO - SÃO JOSÉ DA
COROA GRANDE - DP82ªCIRC DINTER1/13ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **20E0172000519**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **02/09/2020** às
10:45

Complementa o BO Número: **20E0172000480**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado)
que aconteceu no dia **7/7/2020** às **08:40**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICIPIO DE BARREIROS, 1, R. AYRES BELO,**
CENTRO - Bairro: CENTRO - BARREIROS/PERNAMBUCO/BRASIL
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDOS (AUTOR/AGENTE)
PEDRO OLIVEIRA DA SILVA (OUTRO)
MARTA MARIA DA SILVA (VITIMA)
LUIZ FERREIRA DE LIMA FILHO (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO. (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a)
Sr(a): **LUIZ FERREIRA DE LIMA FILHO**

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

MARTA MARIA DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: Feminino Mãe: MARIA
JOSE DA SILVA Pai: JOSE VITALINO DA SILVA Data de Nascimento: 7/1/1976 Naturalidade:
BARREIROS / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 8404483/SSP/PE (RG) Estado Civil:
ANASIAADO(A) Escolaridade: 2ª. GRAU COMPLETO Profissão: DO LAR Telefones Celulares:
- 986016420

Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE BARREIROS, 90, FAZENDA SAO FRANCISCO,**
PLATOR 06, CASA 90 - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - BARREIROS/PERNAMBUCO
/BRASIL

LUIZ FERREIRA DE LIMA FILHO (não presente ao plantão) - Sexo:
Masculino Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL Estado Civil:
DESCONHECIDO Escolaridade: DESCONHECIDO

PEDRO OLIVEIRA DA SILVA (não presente ao plantão) - Sexo:
Desconhecido Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL Estado Civil:



SUS

SISTEMA
ÚNICO
DE SAÚDE
Ministério
da
Saúde

APAC

Autorização de Procedimentos Ambulatoriais
Laudo de Solicitação / Autorização

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (SOLICITANTE)

NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE

CNPJ

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME DO PACIENTE

Nº DO PRONTUÁRIO

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

DATA DE NASCIMENTO

SEXO

Masc

Fem

RAÇA/COR

ETNIA

NOME DA MÃE

DDD

TELEFONE DE CONTATO

Nº DO TELEFONE

NOME DO RESPONSÁVEL

DDD

TELEFONE DE CONTATO

Nº DO TELEFONE

ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

CÓD. IBGE MUNICÍPIO

CEP

PROCEDIMENTO SOLICITADO

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

SERVIÇO

CLASS

NOME DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

QTDE

PROCEDIMENTO(S) SECUNDÁRIO(S)

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

QTDE

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

QTDE

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

QTDE

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

QTDE

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

QTDE

JUSTIFICATIVA DO(S) PROCEDIMENTO(S) SOLICITADO(S)

DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO

CID 10 PRINCIPAL

CID 10 SECUNDÁRIO

CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

OBSERVAÇÕES

SOLICITAÇÃO

NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

DATA DA SOLICITAÇÃO

ASSINATURA E CARIMBO (REGISTRO DO CONSELHO)

DOCUMENTO

NÚMERO DO DOCUMENTO (CNS/CPF)

() CNS

() CPF

014877313417

AUTORIZAÇÃO

NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

COD ORGÃO EMISSOR

NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO (APAC)

DOCUMENTO

NÚMERO DO DOCUMENTO (CNS/CPF)

() CNS

() CPF

DATA DA AUTORIZAÇÃO

ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

PERÍODO DE VALIDADE DA APAC

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (EXECUTANTE)

NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE

CNPJ



Ministério da Fazenda

Receita Federal

CPF

029. 825. 134-55

NOME
MARTA MARIA DA SILVA

NASCIMENTO
07/01/1976



Digitalizado com CamScanner



Este documento foi gerado pelo usuário 008.***-05 em 19/09/2023 07:53:48
Número do documento: 23091907501262300000141450375
<https://pje.tje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=23091907501262300000141450375>
Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 19/09/2023 07:50:12

DESCONHECIDO Escolaridade: **DESCONHECIDO**

DESCONHECIDOS (não presente ao plantão) - Sexo: Desconhecido Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

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

VEICULO (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **PEDRO OLIVEIRA DA SILVA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **LUIZ FERREIRA DE LIMA FILHO**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 125 FAN ES** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **PRETA** - Quantidade: **1 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **KKS8161** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Chassi: **9C2JC3670ER073166**
Ano Fabricação/Modelo: **2007/2008** Combustível: **GASOLINA**

Complemento / Observação

AFIRMOU A SRª MARTA MARIA DA SILVA, QUE VINHA NA GARUPA DA MOTOCICLETA DE SEU ESPOSO, QUANDO DE REPENTE O VEICULO DERRAPOU EM UMA PARTE DA ESTRADA MOLHADA DE OLEO, SENDO OS DOIS CAIREM NO CHÃO, AMBOS SE MACHUCARAM, SENDO QUE A SRª MARTA DEU ENTRADA NO HOSPITAL OSMARIO OMENA DE OLIVEIRA, NA CIDADE DE SÃO JOSÉ DA COROA GRANDE/PE, TENDO PRONTUÁRIO N°92873, QUE A MESMA PRECISOU DE AVALIAÇÃO ORTOPÉDICA.

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

MARTA MARIA DA SILVA
(VITIMA)

B.O. registrado por: **MARCONE JOSE ALVES DA SILVA** - Matrícula: **3254264**



02/09/2020 10:46



SUS
SISTEMA
ÚNICO
DE SAÚDE

Ministério
da
Saúde

APAC

Autorização de Procedimentos Ambulatoriais
Laudo de Solicitação / Autorização

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (SOLICITANTE)

NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE

CNES

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME DO PACIENTE

Nº DO PRONTUÁRIO

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

DATA DE NASCIMENTO

SEXO

MASC ☐

FEM ☐

RACIA/COR

ETNIA

NOME DA MÃE

DDD

TELEFONE DE CONTATO
Nº DO TELEFONE

NOME DO RESPONSÁVEL

DDD

TELEFONE DE CONTATO
Nº DO TELEFONE

ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

CÓD. IBGE MUNICÍPIO

CEP

PROCEDIMENTO SOLICITADO

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

SERVIÇO

CLASS

NOME DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

QTDE

PROCEDIMENTO(S) SECUNDÁRIO(S)

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

QTDE

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

QTDE

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

QTDE

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

QTDE

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

QTDE

JUSTIFICATIVA DO(S) PROCEDIMENTO(S) SOLICITADO(S)

DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO

CID 10 PRINCIPAL

CID 10 SECUNDÁRIO

CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

OBSERVAÇÕES

SOLICITAÇÃO

NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

DATA DA SOLICITAÇÃO

ASSINATURA E CARIMBO (REGISTRO DO CONSELHO)

DOCUMENTO

NÚMERO DO DOCUMENTO (CNS/CPF)

() CNS

(X) CPF

09077263411

AUTORIZAÇÃO

NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

COD ORGÃO EMISSOR

NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO (APAC)

DOCUMENTO

NÚMERO DO DOCUMENTO (CNS/CPF)

() CNS

() CPF

DATA DA AUTORIZAÇÃO

ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

PERÍODO DE VALIDADE DA APAC

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (EXECUTANTE)

NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE

CNES

NOME:

Maria Moura da Silva

ENDEREÇO:

DECLARAÇÃO

De acordo com o exame realizado
na data de 31/07/2023, a
paciente apresenta quadro clínico
de uma síndrome com caracter-
ísticas inflamatórias.

ASS. PROFISSIONAL

DATA:

31/07/2023

ASS. PROFISSIONAL

Horácio Luis Barros

CRM nº 20822

PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO

NOME:

MEDIC.

QTDE.

MEDIC.

QTDE.

MEDIC.

QTDE.


MEDIC.

QTDE.

DATA

/ /

ASS. PROFISSIONAL



PREFEITURA DE

SUS MARAGOGI

SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

nasce um novo tempo

RECEITUÁRIO

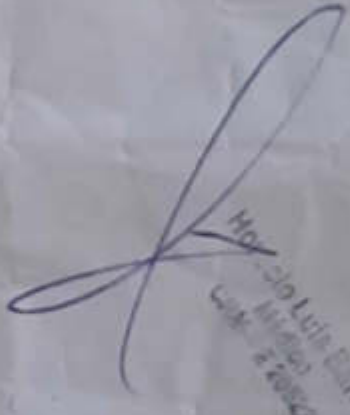
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

NOME:

Mrs. Mm

ENDEREÇO:

DI AAIU 1ul - 3am.



Marcela Lúcia Barros
CNPJ nº 08.520.522/0001-90

DATA:

/ /

ASS. PROFISSIONAL

PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO

NOME:

MEDIC.

QTDE.

MEDIC.

QTDE.

MEDIC.

QTDE.

MEDIC.

QTDE.

DATA

/ /

ASS. PROFISSIONAL



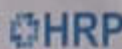


SUS



Pernambuco

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
HOSPITAL REGIONAL DO PALMARES DR. SÉRGIO FERNANDES MAGALHÃES



CNPJ: 14.970.001

RECEITUÁRIO

Unidade:

Nome:

Monte Mario

Reg. N°

Clinica:

de Suíça

Enfer.

No oral



① Proflom

01 sc

Tomar 01 comp
de 12 / 12h

Dr. Daniel Sanches
Ortopedia e Traumatologia
Cirurgia da Mão
CRM-PE 19.149

Assinatura, Carimbo e CRM do Médico

Data: ____ / ____ / ____

Eng. Quilombo dos Palmares, BR 101, Km 185
Palmares - PE
www.hrpalmars.com
081 3661-8430

Digitizado com CamScanner

NOME:
Marta Maria da Silva


ENDEREÇO:
Rua

① R. Roteiro para Rotina/Matutina

doença da. 20 horas:

6ano 15 ADM.

DATA:
28/08/20


ASS. PROFISSIONAL

PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO

NOME: _____

MEDIC. _____ QTDE. _____

MEDIC. _____ QTDE. _____

MEDIC. _____ QTDE. _____

MEDIC. _____ QTDE. _____

DATA: ____/____/____ ASS. PROFISSIONAL _____

RECEITUÁRIO


Unidade de Saúde: Marta Maria da Silva

Nome do Paciente: _____ Idade: _____

Paciente em segundo atendimento
Após controle de diabetes e hipertensão
encontra-se bem para retornar ao
seu atividades laborais.

13, 09, 20

DATA


CRM/CRO/COREN



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
HOSPITAL REGIONAL DE PALMARES DR. SILVIO FERNANDES MAGALHÃES

Pernambuco

RECEITUÁRIO



Unidade:

Nome:

Marta Maria

Reg. Nº

Clinica:

de Saúde

Enfer.:
Enfermagem

Solicito



Fisioterapia
motora
20 sessões

HD = Artrose
de joelho

Assinatura, Carimbo e CRM do Médico

Data:

Dr. Daniel Sanches
Ortopedia e Traumatologia
Cirurgia da Mão
CRM PE 19.149

Eng. Quilombo dos Palmares, SR 101, Km 185

Palmares - PE

www.hrpalmare.com

081 3661-8430

Digitalizado com CamScanner

ID do Paciente: 943762

Data Nasc.: 07/01/1976

Nome: MARTA MARIA DA SILVA

Data do exame: 25/08/2020 13:27

Registro: 124249

Solicitante: DR. HORACIO LUIS BARROS

RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DO JOELHO ESQUERDO

TÉCNICA DE EXAME:

Foram obtidas imagens multiplanares do joelho esquerdo nas sequências pesadas em T1 e em densidade protônica com e sem supressão de gordura.

ANÁLISE:

Patela alta

Focos e áreas com sinal hiperintenso em densidade protônica com supressão de gordura de permeio a medular óssea do côndilo femoral lateral e platô tibial correspondente, sugerindo edema/contusão pós-traumática.

Pequeno foco com sinal hipointenso em T1 e hiperintenso em densidade protônica com supressão de gordura, justacortical no aspecto posterior do côndilo femoral lateral, também sugerindo alteração pós-traumática.

Sinal irregular no corno posterior do menisco interno, o qual aparentemente se estende a superfície meniscal inferior, podendo corresponder a pequena lesão.

Menisco externo sem alterações apreciáveis.

Ligamento cruzado anterior espessado, com sinal isointenso em T1, sugerindo estiramento/sinovite.

Ligamento colateral medial irregular, notadamente em sua porção proximal, com edema nas partes moles circunjacentes, sugerindo lesão.

Ligamentos cruzado posterior e colateral lateral íntegros.

Tendões do quadríceps e patelar com intensidade de sinal normal.

Cartilagem patelar levemente afilada, com foco de edema em sua faceta medial, sugerindo condropatia.

NOVA RESSONÂNCIA MAGNÉTICA, 1.5 TESLA

- ALTA TECNOLOGIA
- PRECISÃO EM DIAGNÓSTICO
- RAPIDEZ NA EXECUÇÃO DE EXAMES

na correlação com o
EQUIPE DA WEBLAUS

📧 clinicsanta@hotmail.com

Unidade I - ☎ (81) 3662-1577

Unidade II - ☎ (81) 3661-0320

Palmares - PE

ID do Paciente: 943762

Data Nasc.: 07/01/1976

Nome: MARTA MARIA DA SILVA

Data do exame: 25/08/2020 13:27

Registro: 124249

Solicitante: DR. HORACIO LUIS BARROS

Pequeno derrame articular, sugerindo sinovite.

Pequeno cisto de Baker.

Edema no tecido celular subcutâneo do joelho, notadamente nas faces anterior e medial.

Correlacionar com dados clínicos.

L.Dc

Patricia N Zanardi
Dra. Patricia N Zanardi
CRM 28054 - PE

NOVA RESSONÂNCIA MAGNÉTICA, 1.5 TESLA

- ALTA TECNOLOGIA
- PRECISÃO EM DIAGNÓSTICO
- RAPIDEZ NA EXECUÇÃO DE EXAMES

para correlação com da
EQUIPE DA WEBLAUD

📧 clinic santa@hotmail.com

Unidade I - ☎ (81) 3662-1577

Unidade II - ☎ (81) 3661-0320

Palmares - PE



19/09/2023

Número: **0000089-74.2021.8.17.3320**

Classe: **Outros procedimentos de jurisdição voluntária**

Órgão julgador: **Vara Única da Comarca de Barreiros**

Última distribuição : **28/10/2021**

Valor da causa: **R\$ 13.500,00**

Assuntos: **Seguro**

Nível de Sigilo: **0 (Público)**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Advogados
MARTA MARIA DA SILVA (AUTOR)	
	JEIMISON JOSE NERI DE LYRA (ADVOGADO(A)) MARIA ANDREZA DE LIMA VASCONCELOS SILVA (ADVOGADO(A))
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (RÉU)	
	RAFAELLA BARBOSA PESSOA DE MELO (ADVOGADO(A)) ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR (ADVOGADO(A))

Outros participantes	
MARIA RAFAELA SOUSA DE CARVALHO (PERITO)	

Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
144830550	19/09/2023 07:50	ANEXO 2	Outros Documentos

DADOS DO SINISTRO

Número: 3210041676

Cidade: Barreiros

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: MARTA MARIA DA SILVA

Data do acidente: 07/07/2020

Seguradora: USEBENS SEGUROS S/A

PARECER

Diagnóstico: Contusão de joelho esquerdo

Descrição do exame físico: Ao exame físico do joelho esquerdo apresenta joelho normal, flexão aos 120°, extensão aos 130°, ausência de derrames articulares, ausência de atrofia no segmento, sem amputação, marcha normal, agachamento alterado, sem encurtamento. Apresenta na região observada mobilização passiva normal, cicatriz operatória inexistente, sensibilidade normal, coloração normal, temperatura normal, sinais inflamatórios inexistentes, inexistência de alterações musculares, presença de alteração motora do segmento. Cumpre frisar que, conforme o exame físico, o periciado possui um déficit funcional de grau leve no joelho esquerdo.

Resultados terapêuticos: Tratamento conservador, imobilização com tala, fez fisioterapia.
Sequela estabelecida

Sequelas permanentes: Déficit funcional de grau leve no joelho esquerdo

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 25/02/2021

Conduta mantida:

Observações: O exame físico descrito demonstrou que após a consolidação das lesões ocorridas no trauma e o término do tratamento, há um quadro sequelar caracterizado por restrição dos movimentos habituais no joelho esquerdo, portanto mantemos a conduta do médico examinador.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75



BANCO DO BRASIL S.A.

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: DOC / TED
CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A
BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 02/03/2021
NUMERO DO DOCUMENTO:
VALOR TOTAL: 843,75

*****TRANSFERIDO PARA:
CLIENTE: MARTA MARIA DA SILVA

BANCO: 104
AGÊNCIA: 02124
CONTA: 000000062921-0

Nr. da Autenticação 1609E48A2FD90B70





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 082ª CIRCUNSCRIÇÃO - SÃO JOSÉ DA
COROA GRANDE - DP82ªCIRC DINTER1/13ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 20E0172000480

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 19/08/2020 às
10:46

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado)
que aconteceu no dia 7/7/2020 às 08:40

Fato ocorrido no endereço: **MUNICÍPIO DE BARREIROS, 1. R. ATRES BELO,
CENTRO - Bairro: CENTRO - BARREIROS/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDOS (AUTOR/AGENTE);
LUIZ FERREIRA DE LIMA FILHO (OUTRO);
PEDRO OLIVEIRA DA SILVA (OUTRO);
MARTA MARIA DA SILVA (VÍTIMA);

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a)
Sr(a): PEDRO OLIVEIRA DA SILVA

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

**MARTA MARIA DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: Feminino Mãe: MARIA
JOSE DA SILVA Pai: JOSE VITALINO DA SILVA Data de Nascimento: 7/1/1976 Nacionalidade:
BARREIROS / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 8404483/SSP/PE (RG) Estado Civil:
ANASIAADO(A) Escolaridade: 2ª. GRAU COMPLETO Profissão: DO LAR Telefones Celulares:
- 986016420**

Endereço Residencial: **MUNICÍPIO DE BARREIROS, 00, FAZENDA SAO FRANCISCO,
PLATOR 06, CASA 96 - CEP: 55090-000 - Bairro: CENTRO - BARREIROS/PERNAMBUCO
/BRASIL**

**LUIZ FERREIRA DE LIMA FILHO (não presente ao plantão) - Sexo:
Masculino Nacionalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL Estado Civil:
DESCONHECIDO Escolaridade: DESCONHECIDO**

**PEDRO OLIVEIRA DA SILVA (não presente ao plantão) - Sexo:
DESCONHECIDO Nacionalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL Estado Civil:
DESCONHECIDO Escolaridade: DESCONHECIDO**

DESCONHECIDOS (não presente no plantão) - Sexo: Desconhecido Nacionalidade:
NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

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

VEICULO (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): PEDRO OLIVEIRA DA SILVA, que
estava em posse do(a) Sr(a): PEDRO OLIVEIRA DA SILVA
Categoria/Marca/Modelo: MOTOCICLETA/HONDA/CO 125 FAN ES Objeto apreendido: N/A
Cor: PRETA - Quantidade: 1 (UNIDADE NÃO INFORMADA)

Placa: WKS8161 (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Chassi: SC2JC38768R973186
Ano Fabricação/Modelo: 2007/2008 Combustível: GASOLINA

Complemento / Observação

AFIRMOU A SRª MARTA MARIA DA SILVA, QUE VINHA NA GARUPA DA
MOTOCICLETA DE SEU ESPOSO, QUANDO DE REPENTE O VEICULO DERRAPOU EM
UMA PARTE DA ESTRADA MOLHADA DE OLEO, VENDO OS DOIS CAIREM NO CHÃO,
AMBOS SE MACHUCARAM, SENDO QUE A SRª MARTA DEU ENTRADA NO HOSPITAL
OSMARIO OMENA DE OLIVEIRA, NA CIDADE DE SÃO JOSE DA COROA GRANDE/PE,
TENDO PRONTUÁRIO N°82672, QUE A MESMA PRECISOU DE AVALIAÇÃO
ORTOPÉDICA.

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

MARTA MARIA DA SILVA
(VITIMA)

Marta Maria da Silva

S.O. registrado por: MARCONE JOSE ALVES DA SILVA - Matrícula: 3854264

[Assinatura]



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 082ª CIRCUNSCRIÇÃO - SÃO JOSÉ DA
COROA GRANDE - DP82ªCIRC DINTER1/13ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **20E0172000519**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **02/09/2020** às
10:45

Complementa o BO Número: **20E0172000480**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado)
que aconteceu no dia **7/7/2020** às **08:40**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICIPIO DE BARREIROS, 1, R. AYRES BELO,
CENTRO - Bairro: CENTRO - BARREIROS/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDOS (AUTOR/AGENTE)
PEDRO OLIVEIRA DA SILVA (OUTRO)
MARTA MARIA DA SILVA (VITIMA)
LUIZ FERREIRA DE LIMA FILHO (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO. (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a)
Sr(a): **LUIZ FERREIRA DE LIMA FILHO**

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

**MARTA MARIA DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: Feminino Mãe: MARIA
JOSE DA SILVA Pai: JOSE VITALINO DA SILVA Data de Nascimento: 7/1/1976 Naturalidade:
BARREIROS / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 8404483/SSP/PE (RG) Estado Civil:
ANASIADO(A) Escolaridade: 2ª. GRAU COMPLETO Profissão: DO LAR Telefones Celulares:
- 986016420**

Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE BARREIROS, 90, FAZENDA SAO FRANCISCO,
PLATOR 06, CASA 90 - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - BARREIROS/PERNAMBUCO
/BRASIL**

**LUIZ FERREIRA DE LIMA FILHO (não presente ao plantão) - Sexo:
Masculino Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL Estado Civil:
DESCONHECIDO Escolaridade: DESCONHECIDO**

**PEDRO OLIVEIRA DA SILVA (não presente ao plantão) - Sexo:
Desconhecido Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL Estado Civil:**

DESCONHECIDO Escolaridade: **DESCONHECIDO**

DESCONHECIDOS (não presente ao plantão) - Sexo: Desconhecido Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

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

VEICULO (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **PEDRO OLIVEIRA DA SILVA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **LUIZ FERREIRA DE LIMA FILHO**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 125 FAN ES** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **PRETA** - Quantidade: **1 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **KKS8161** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Chassi: **9C2JC3670ER073166**
Ano Fabricação/Modelo: **2007/2008** Combustível: **GASOLINA**

Complemento / Observação

AFIRMOU A SRª MARTA MARIA DA SILVA, QUE VINHA NA GARUPA DA MOTOCICLETA DE SEU ESPOSO, QUANDO DE REPENTE O VEICULO DERRAPOU EM UMA PARTE DA ESTRADA MOLHADA DE OLEO, VENDO OS DOIS CAIREM NO CHÃO, AMBOS SE MACHUCARAM, SENDO QUE A SRª MARTA DEU ENTRADA NO HOSPITAL OSMARIO OMENA DE OLIVEIRA, NA CIDADE DE SÃO JOSÉ DA COROA GRANDE/PE, TENDO PRONTUÁRIO N°92873, QUE A MESMA PRECISOU DE AVALIAÇÃO ORTOPÉDICA.

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

MARTA MARIA DA SILVA
(VITIMA)

B.O. registrado por: **MARCONE JOSE ALVES DA SILVA** - Matrícula: **3254264**



02/09/2020 10:46

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

1 - 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:

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:

7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento:

11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP:

15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD):

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)

AGÊNCIA: 2124 CONTA: 62921 0

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

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 por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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 da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Baneiros, 01 de fevereiro de 2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

CDC 001 10007/2010

DADOS DO CLIENTE MARTA MARIA DA SILVA LOT FAZENDA SAO FRANCISCO, N. 00090 - PE60 KM65 BARREIROS PE 5 5560-000 INSCRIÇÃO: 014.125.212.0000.900 GRUPO: 9 DEB. AUTOMÁTICO: 103855734		MATRÍCULA: 103855734 Jul/2020																												
SITUAÇÃO AGUA LIGADO	SITUAÇÃO ESGOTO FATIVO	RESIDENCIAL 1	QUANTIDADE DE ECONOMIAS COMERCIAL INDUSTRIAL PÚBLICA																											
HIDRÔMETRO A10B013654	DATA LEIT. ANTERIOR 02/07/2020	DATA LEIT. ATUAL 01/08/2020	TIPO DE CONSUMO (A/E) MÉDIA HD																											
AGUA: LEIT ANT: 479 CONSUMO: 9 LEIT ATU: RECOR ANORM HD RET LEIT FAT: 483																														
HISTÓRICO DE CONSUMO																														
REFERENCIA	CONSUMO	<table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">PARAMETROS</th> <th colspan="3">NÚMERO DE AMOSTRAS</th> </tr> <tr> <th>EXIG. PORT. MS 2.914/11</th> <th>ANÁLISES REALIZ.</th> <th>ATENDI- DAS</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>TURBIDEZ</td> <td>34</td> <td>4</td> <td>25</td> </tr> <tr> <td>COR APARENTE</td> <td>34</td> <td>4</td> <td>25</td> </tr> <tr> <td>CORO RESIDUAL</td> <td>34</td> <td>34</td> <td>34</td> </tr> <tr> <td>COLIF. TOTAIS</td> <td>34</td> <td>34</td> <td>34</td> </tr> <tr> <td>% COLI</td> <td>34</td> <td>34</td> <td>34</td> </tr> </tbody> </table>		PARAMETROS	NÚMERO DE AMOSTRAS			EXIG. PORT. MS 2.914/11	ANÁLISES REALIZ.	ATENDI- DAS	TURBIDEZ	34	4	25	COR APARENTE	34	4	25	CORO RESIDUAL	34	34	34	COLIF. TOTAIS	34	34	34	% COLI	34	34	34
PARAMETROS	NÚMERO DE AMOSTRAS																													
	EXIG. PORT. MS 2.914/11	ANÁLISES REALIZ.	ATENDI- DAS																											
TURBIDEZ	34	4	25																											
COR APARENTE	34	4	25																											
CORO RESIDUAL	34	34	34																											
COLIF. TOTAIS	34	34	34																											
% COLI	34	34	34																											
06/2020	09																													
05/2020	09																													
04/2020	09																													
03/2020	09																													
02/2020	09																													
01/2020	09																													
MÉDIA	09																													
Qualidade de Água: www.criar.com.br																														
OBS.: (1) COLIFORMES TOTAIS AUSÊNCIA 95% DAS AMOSTRAS EXAMINADAS (2) OS PARÂMETROS COLIFORMES TOTAIS, ESCHERICHIA COLI E CLORO RESIDUAL SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES SANITÁRIAS DA ÁGUA (3) OS PARÂMETROS COR E TURBIDEZ SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES AVISUÁRIAS AO ASPECTO VISUAL DA ÁGUA																														
TAXA DE ABASTECIMENTO DOS SERVIÇOS		CONSUMO	TOTAL (R\$)																											
ÁGUA																														
RECEITA MENSAL 1 UNIDADE(S)																														
DE ÁGUA		9 M3	44,08																											
MÉDIA P/IMPONTUALIDADE 06/2020			0,88																											
MOROS DE MORA 04/2020			0,41																											
<table border="1"> <thead> <tr> <th>TRIBUTOS</th> <th>BASE DE CÁLCULO</th> <th>PERCENTUAL (%)</th> <th>VALOR DO IMPOSTO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>PIS</td> <td>44,08</td> <td>1,65</td> <td>0,73</td> </tr> <tr> <td>COFINS</td> <td>44,08</td> <td>7,60</td> <td>3,35</td> </tr> </tbody> </table>				TRIBUTOS	BASE DE CÁLCULO	PERCENTUAL (%)	VALOR DO IMPOSTO	PIS	44,08	1,65	0,73	COFINS	44,08	7,60	3,35															
TRIBUTOS	BASE DE CÁLCULO	PERCENTUAL (%)	VALOR DO IMPOSTO																											
PIS	44,08	1,65	0,73																											
COFINS	44,08	7,60	3,35																											

VENCIMENTO: 15/08/2020

TOTAL A PAGAR: 45,37

Pedido de serviço para Via para Pagamento Grupo B nº 1420811434

NOTA FISCAL | FATURA | CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

COMPANHIA ENERGÉTICA DE PERNAMBUCO

AV. JOÃO DE BARROS, 111, BOA VISTA,
RECIFE, PERNAMBUCO
CEP 50050-902
CNPJ 10.835.932/0001-08
INSCRIÇÃO ESTADUAL 0005943-93



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
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 tarifada
na origem para telefones celulares

DADOS DO CLIENTE JEIMISON JOSE NERY DE LYRA	DATA DE VENCIMENTO 26/02/2020 TOTAL A PAGAR R\$ 0,62	DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL 04/02/2020 DATA DA APRESENTAÇÃO 11/02/2020 NÚMERO DA NOTA FISCAL 095264522	CONTA CONTRATO 7003590261 CLASSIFICAÇÃO COMERCIAL Trifásico B3
ENDEREÇO RUA JOAO B VASCONCELOS 111 --A - CENTRO/BARREIROS -55560-000 BARREIROS PE -			

PERÍODO CONSUMO 06/01/2020 a 03/02/2020	CONSUMO 0
--	--------------

ICMS - BASE DE CÁLCULO R\$ 0,00 Alíquota 25,00 valor do imposto R\$ 0,00

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA	VIA PARA PAGAMENTO
-----------------------	--------------------

Destaque aqui				TALÃO DE PAGAMENTO Evite dobrar e perfurar ou rasurar. Este canhoto será usado em leitora ótica.
CONTA CONTRATO 7003590261	MÊS/ANO 02/2020	TOTAL A PAGAR R\$ 0,62	VENCIMENTO 26/02/2020	
838200000002 006200110070 003590261104 149093220536				AUTENTICAÇÃO MECÂNICA



Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

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 COAF**².

¹ Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Fernando José Neri de Souza inscrito (a) no CPF 049.520.594 / 05
na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Marta Maria da Silva inscrito
(a) no CPF sob o Nº 029.825.134 / 55, do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima
Marta Maria da Silva, inscrito (a) no CPF sob o Nº 029.825.134 / 55, 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 João Batista de Vasconcelos</u>		Número <u>111</u>	Complemento <u>A</u>
Bairro <u>Centro</u>	Cidade <u>Bananeiras</u>	Estado <u>PE</u>	CEP <u>55560-000</u>
Email <u>administrativa@falyracabro.com.br</u>		Telefone comercial(DDD) <u>(81) 3675-1858</u>	Telefone celular (DDD) <u>(81) 98110-9581</u>

Bananeiras, 03 de fevereiro de 2020
Local e Data

[Assinatura]
Assinatura do Declarante

DLDR001 V001/2017

Digitalizado com CamScanner



POSTO DE SAÚDE OSMÁRIO OMENA

Data 07.10.2020

Paciente	Nome: Marta Maria da Silva	Nº Ocorrência
	Residência: Fazenda São Francisco ploton 06.	Telefone: Nº 90
Responsável	Nome: Mãe: Mario José da Silva	Telefone:
	Residência: Acomp. esposo.	

Condição	Profissão	Sexo	Nascimento	Nacionalidade	Documento de Identidade
<input type="checkbox"/> Segurado <input type="checkbox"/> Esposa <input type="checkbox"/> Filhos <input type="checkbox"/> Outros		<input type="checkbox"/> Masc. <input checked="" type="checkbox"/> Fem.	07.10.76 Idade: 44	<input type="checkbox"/> Bras. <input type="checkbox"/> Estrang. <input type="checkbox"/> UF	Número Órgão Emissor

Paciente Chegou <input type="checkbox"/> Andando <input type="checkbox"/> De Auto <input type="checkbox"/> Ambulância <input type="checkbox"/> Outros	Ambulância / Hora Saída Chegada	Acidente / Hora Saída Chegada	Atendimento 20h 06 Min <input type="checkbox"/> Acidente de Trabalho <input type="checkbox"/> Caso Policial
---	---------------------------------------	-------------------------------------	--

Pressão Arterial	Pulso	Temperatura	Exames Complementares
Max: 190 Min: 80	90	Axilar 36.5 Retal	% 300 98%

Causa provável da lesão - queixa principal
 Exame Físico - Sinais - Sintomas
 Paciente relata de um golpe
 E após queda de enxada.
 Ulega alergia m.
 DMC(-) HAS(-)
 Sem lesões aparentes
 no joelho E
 Omento RX.
 Dr. Roberto Chantada Flor
 COREN-PE 995047
 Em 07/10/2020

Tratamento
 ① Cetoprofeno 400mg IM agora
 ② Dipirona 400mg IM agora
 Ana Beatriz Páez
 Médica
 CREME: 6109

Destino dado ao paciente <input type="checkbox"/> Residência <input type="checkbox"/> Internado Encaminhado _____ Removido _____ Óbito às _____ H _____ Min. do dia _____ Encaminhado ao I.M.L. <input type="checkbox"/>	Impressão Diagnóstica C.I.D.: _____ Doença Concedida _____ Dias
--	---

Assinatura - Carimbo - CRM/CRO



PREFEITURA DE
SUS MARAGOGI
SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE
nasce um novo tempo

RECEITUÁRIO

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

NOME:

Maria Moura dos Reis

ENDEREÇO:

Declaração

De acordo com o exame em saúde
essa paciente não possui
classe excessiva + risco elevado.
Assim como possui com manifestação
de uma síndrome com caracte-
rística inflamatória.

MSSS./MSSS.

DATA:

31/10/2020

Horacião Luis Campos
Assessor
CRM-PE 41022

ASS. PROFISSIONAL

PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO

NOME: _____

MEDIC. _____ QTDE. _____

MEDIC. _____ QTDE. _____

MEDIC. _____ QTDE. _____

MEDIC. _____ QTDE. _____

DATA: ____/____/____ ASS. PROFISSIONAL: _____



SUS

SISTEMA
ÚNICO
DE SAÚDE

Ministério
da
Saúde

APAC

Autorização de Procedimentos Ambulatoriais
Laudo de Solicitação / Autorização

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (SOLICITANTE)

NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE

CNES

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME DO PACIENTE

Nº DO PRONTUÁRIO

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

DATA DE NASCIMENTO

SEXO

Masc ☐ Fem ☐

RACIA/COR

ETNIA

NOME DA MÃE

DDD

TELEFONE DE CONTATO

Nº DO TELEFONE

NOME DO RESPONSÁVEL

DDD

TELEFONE DE CONTATO

Nº DO TELEFONE

ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

COD. IBGE MUNICÍPIO

CEP

PROCEDIMENTO SOLICITADO

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

SERVIÇO

CLASS

NOME DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

QTDE

PROCEDIMENTO(S) SECUNDÁRIO(S)

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

QTDE

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

QTDE

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

QTDE

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

QTDE

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

QTDE

JUSTIFICATIVA DO(S) PROCEDIMENTO(S) SOLICITADO(S)

DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO

CID 10 PRINCIPAL

CID 10 SECUNDÁRIO

CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

OBSERVAÇÕES

SOLICITAÇÃO

NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

DATA DA SOLICITAÇÃO

ASSINATURA E CARIMBO (REGISTRO DO CONSELHO)

DOCUMENTO

NÚMERO DO DOCUMENTO (CNS/CPF)

() CNS

() CPF

014877313417

AUTORIZAÇÃO

NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

COD ORGÃO EMISSOR

NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO (APAC)

DOCUMENTO

NÚMERO DO DOCUMENTO (CNS/CPF)

() CNS

() CPF

DATA DA AUTORIZAÇÃO

ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

PERÍODO DE VALIDADE DA APAC

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (EXECUTANTE)

NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE

CNES



IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (SOLICITANTE)

NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE

CNES

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME DO PACIENTE

Nº DO PRONTUÁRIO

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

DATA DE NASCIMENTO

SEXO

Masc ☐

Fem ☐

RACIA/COR

ETNIA

NOME DA MÃE

DDD

TELEFONE DE CONTATO
Nº DO TELEFONE

NOME DO RESPONSÁVEL

DDD

TELEFONE DE CONTATO
Nº DO TELEFONE

ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

CÓD. IBGE MUNICÍPIO

CEP

PROCEDIMENTO SOLICITADO

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

SERVIÇO

CLASS

NOME DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

QTDE

PROCEDIMENTO(S) SECUNDÁRIO(S)

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

QTDE

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

QTDE

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

QTDE

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

QTDE

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

QTDE

JUSTIFICATIVA DO(S) PROCEDIMENTO(S) SOLICITADO(S)

DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO

CID 10 PRINCIPAL

CID 10 SECUNDÁRIO

CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

OBSERVAÇÕES

SOLICITAÇÃO

NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

DATA DA SOLICITAÇÃO

ASSINATURA E CARIMBO (REGISTRO DO CONSELHO)

DOCUMENTO

NÚMERO DO DOCUMENTO (CNS/CPF)

() CNS

(X) CPF

09077263411

AUTORIZAÇÃO

NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

COD ORGÃO EMISSOR

NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO (APAC)

DOCUMENTO

NÚMERO DO DOCUMENTO (CNS/CPF)

() CNS

() CPF

DATA DA AUTORIZAÇÃO

ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

PERÍODO DE VALIDADE DA APAC

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (EXECUTANTE)

NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE

CNES

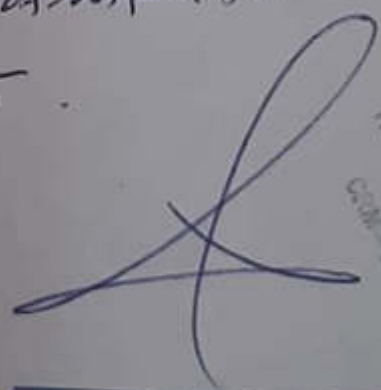
NOME: Maria Moura da Silva

ENDEREÇO: _____

Declaração

De que a paciente em questão
está com uma lesão na
parte externa + parte interna,
com uma punção com drenagem
de uma secreção com caracte-
rística inflamatória.

MSS/MSS.



Horácio Luis Barros
Médico
CRM nº 21822

DATA: 31/07/20

ASS. PROFISSIONAL _____

PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO

NOME: _____

MEDIC. _____ QTDE. _____

MEDIC. _____ QTDE. _____

MEDIC. _____ QTDE. _____

MEDIC. _____ QTDE. _____

DATA / / ASS. PROFISSIONAL _____





SUS



Pernambuco

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
HOSPITAL REGIONAL DO PALMARES DR. SÉRGIO FERNANDES INACALHARES

HRP



CNPJ 14.970.001

RECEITUÁRIO

Unidade:

Nome:

Monte Mario

Reg. N°

Clinica:

de Suíça

Enfer.

No oral



① Proflom

01 sc

Tomar 01 comp
de 12 / 12h

Dr. Daniel Sanches
Ortopedia e Traumatologia
Cirurgia da Mão
CRM-PE 19.149

Assinatura, Carimbo e CRM do Médico

Data: ____ / ____ / ____

Eng. Quilombo dos Palmares, BR 101, Km 185
Palmares - PE
www.hrpalmars.com
081 3661-8430

Digitalizado com CamScanner



Este documento foi gerado pelo usuário 008.***.***-05 em 19/09/2023 07:54:35

Número do documento: 23091907501285700000141450376

<https://pje.tipe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=23091907501285700000141450376>

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 19/09/2023 07:50:13



PREFEITURA DE

SUS MARAGOGI

SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

nasce um novo tempo

RECEITUÁRIO

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE


NOME:
Marys Marys Junior

ENDEREÇO:

Ima

① R. Roteiro para Rotina/Matutina
Sobremesa, 20 bolos:
6 ANO 15 ADM.

DATA:
28/08/26


ASS. PROFISSIONAL

PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO

NOME: _____

MEDIC. _____ QTDE. _____

MEDIC. _____ QTDE. _____

MEDIC. _____ QTDE. _____

MEDIC. _____ QTDE. _____

DATA */ /* ASS. PROFISSIONAL _____

RECEITUÁRIO


Unidade de Saúde: Marta Maria da Silva

Nome do Paciente: _____ Idade: _____

Paciente em segundo atendimento
Após controle de diabetes e hipertensão
encontra-se bem para retornar ao
seu atividades laborais.

13.09.20

DATA


CRM/CRO/COREN



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
HOSPITAL REGIONAL DE PALMARES DR. SILVIO FERNANDES MAGALHÃES

Pernambuco

RECEITUÁRIO



Unidade:

Nome:

Marta Maria

Reg. Nº

Clinica:

de Saúde

Enfer.: _____

Solicito



Fisioterapia
motora
20 sessões

HD = Artrose
de joelho

Assinatura, Carimbo e CRM do Médico

Data: _____

Dr. Daniel Sanches
Ortopedia e Traumatologia
Cirurgia da Mão
CRM-PE 19.149

Eng. Quilombo dos Palmares, SR 101, Km 185
Palmares - PE

www.hrpalmare.com

081 3661-8430

Digitalizado com CamScanner

ID do Paciente: 943762

Data Nasc.: 07/01/1976

Nome: MARTA MARIA DA SILVA

Data do exame: 25/08/2020 13:27

Registro: 124249

Solicitante: DR. HORACIO LUIS BARROS

RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DO JOELHO ESQUERDO

TÉCNICA DE EXAME:

Foram obtidas imagens multiplanares do joelho esquerdo nas sequências pesadas em T1 e em densidade protônica com e sem supressão de gordura.

ANÁLISE:

Patela alta.

Focos e áreas com sinal hiperintenso em densidade protônica com supressão de gordura de permeio a medular óssea do côndilo femoral lateral e platô tibial correspondente, sugerindo edema/contusão pós-traumática.

Pequeno foco com sinal hipointenso em T1 e hiperintenso em densidade protônica com supressão de gordura, justacortical no aspecto posterior do côndilo femoral lateral, também sugerindo alteração pós-traumática.

Sinal irregular no corno posterior do menisco interno, o qual aparentemente se estende a superfície meniscal inferior, podendo corresponder a pequena lesão.

Menisco externo sem alterações apreciáveis.

Ligamento cruzado anterior espessado, com sinal isointenso em T1, sugerindo estiramento/sinovite.

Ligamento colateral medial irregular, notadamente em sua porção proximal, com edema nas partes moles circunjacentes, sugerindo lesão.

Ligamentos cruzado posterior e colateral lateral íntegros.

Tendões do quadríceps e patelar com intensidade de sinal normal.

Cartilagem patelar levemente afilada, com foco de edema em sua faceta medial, sugerindo condropatia.

NOVA RESSONÂNCIA MAGNÉTICA, 1.5 TESLA

- ALTA TECNOLOGIA
- PRECISÃO EM DIAGNÓSTICO
- RAPIDEZ NA EXECUÇÃO DE EXAMES

na correlação com o
EQUIPE DA WEBLAUS

📧 clinicsanta@hotmail.com

Unidade I - ☎ (81) 3662-1577

Unidade II - ☎ (81) 3661-0320

Palmares - PE

ID do Paciente: 943762

Data Nasc.: 07/01/1976

Nome: MARTA MARIA DA SILVA

Data do exame: 25/08/2020 13:27

Registro: 124249

Solicitante: DR. HORACIO LUIS BARROS

Pequeno derrame articular, sugerindo sinovite.

Pequeno cisto de Baker.

Edema no tecido celular subcutâneo do joelho, notadamente nas faces anterior e medial.

Correlacionar com dados clínicos.

L.Dc

Patricia N Zanardi
Dra. Patricia N Zanardi
CRM 28054 - PE

NOVA RESSONÂNCIA MAGNÉTICA, 1.5 TESLA

- ALTA TECNOLOGIA
- PRECISÃO EM DIAGNÓSTICO
- RAPIDEZ NA EXECUÇÃO DE EXAMES

para correlação com da
EQUIPE DA WEBLAUD

📧 clincisanta@hotmail.com

Unidade I - ☎ (81) 3662-1577

Unidade II - ☎ (81) 3661-0320

Palmares - PE



Digitalizado com CamScanner



Este documento foi gerado pelo usuário 008.***-05 em 19/09/2023 07:54:35
Número do documento: 23091907501285700000141450376
<https://pje.tje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=23091907501285700000141450376>
Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 19/09/2023 07:50:13

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO
GERAL

5404463

DATA DE
EXPEDIÇÃO 29.05.1995

NOME

MARTA MARIA DA SILVA

FILIAÇÃO

José Vitalino da Silva

Maria José da Silva

NATURALIDADE

Barreiros.PE.

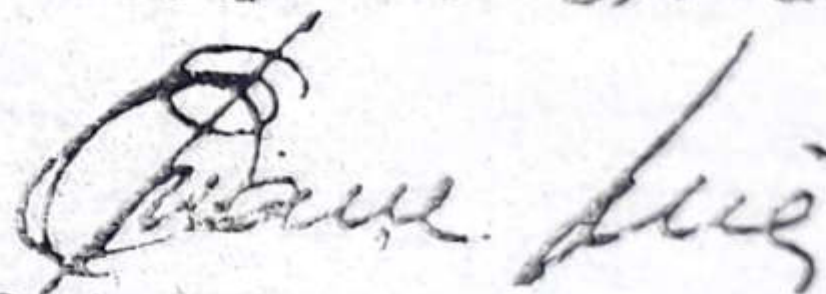
DATA DE NASCIMENTO

07.01.1976

DOS. ORIGEM

C.N.1893.L.A/3.Fls.-35.Cart.de
Barreiros.PE.

CPF



ASSINATURA DO DIRETOR
Eliane Caldas Lira

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

Digitalizado com CamScanner



Este documento foi gerado pelo usuário 008.***-05 em 19/09/2023 07:54:35

Número do documento: 23091907501285700000141450376

<https://pje.tje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=23091907501285700000141450376>

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 19/09/2023 07:50:13



Ministério da Fazenda

Receita Federal

CPF

029. 825. 134-55

MARTA MARIA DA SILVA

Nascimento

07/01/1976



Digitalizado com CamScanner



Este documento foi gerado pelo usuário 008.***-05 em 19/09/2023 07:54:35
Número do documento: 23091907501285700000141450376
<https://pje.tje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=23091907501285700000141450376>
Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 19/09/2023 07:50:13

LAUDO DE AVALIAÇÃO MÉDICA PARA FINS DE VERIFICAÇÃO E
QUANTIFICAÇÃO DE LESÕES PERMANENTES EM VÍTIMAS DO SEGURO DPVAT

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo.

Número do Sinistro: 3210041676

Nome do(a) Examinado(a): MARTA MARIA DA SILVA

Endereço do(a) Examinado(a): LOT FAZENDA SÃO FRANCISCO, 90, , Barreiros/PE

Identificação – Órgão Emissor UF / Número: Não Informado / Não Informado

Data e local do acidente: 07/07/2020 - Barreiros/PE

Data e local do exame: 25/02/2021 - Recife/PE

Coordenadas Geográficas: latitude: -8.05634 , longitude: -34.8981

RESULTADO DA AVALIAÇÃO MÉDICA

I. Descreva o(s) diagnóstico(s) das lesões efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado.

contusão de joelho esquerdo

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

imobilização com tala, fez fisioterapia. Não comprova data da alta médica

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

Ao exame físico do joelho esquerdo apresenta joelho normal, flexão aos 120°, extensão aos 130°, ausência de derrames articulares, ausência de atrofia no segmento, sem amputação, marcha normal, agachamento alterado, sem encurtamento. Apresenta na região observada mobilização passiva normal, cicatriz operatória inexistente, sensibilidade normal, coloração normal, temperatura normal, sinais inflamatórios inexistentes, inexistência de alterações musculares, presença de alteração motora do segmento. Cumpre frisar que, conforme o exame físico, o periciado possui um déficit funcional de grau leve no joelho esquerdo.

IV. Nexa de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

Sim

V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a qualquer medida terapêutica)

Sim

VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente

limitação de grau leve do joelho esquerdo, com bloqueio articular.

Caso a resposta do item V seja "Não", concluir utilizando apenas as opções no item VII "a".

Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item VII "b".

VII. Segundo previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*)

() "Vítima em tratamento"

() "Sem sequela permanente" (Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica).

b) Havendo dano corporal segmentar, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.



Este documento foi gerado pelo usuário 008.***.***-05 em 19/09/2023 07:54:35

Número do documento: 23091907501285700000141450376

<https://pje.tje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=23091907501285700000141450376>

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 19/09/2023 07:50:13

VIII. Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou a valoração do dano corporal:


Leonardo Neves
Médico
CRM 117.742



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADIAS

DENATRAN

CONTRAN

DETRAN - PE
Nº 0148017321B2
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA	000-FEJAVAM	RAT.C.	EXERCÍCIO
1	950159115	*****	2019

PEDRO OLIVEIRA DA SILVA
BARREIROS-PE

CPF / CNPJ	PLACA
478.372.764-34	KKS9161

RUCA ANT. LE
***** / PS

CHASSI	COMBUSTÍVEL
9C2JC30708R073155	GASOLINA

PAS / MOTOCICLETA

ESPEC. PRO	ANOS	ANOS
	2007	2008

BORDA/CC 125 FAN

CAP. POT. / CIL.	CATEGORIA	COR. PREDOMINANTE
2P/124CL	PARTIC	PRETA

1	IPVA 2015 QUITANDO	1º	VENC./COTAS
V	1	2º	*****
A	1	3º	*****

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) 80.11
PRÊMIO TOTAL (R\$) 3238468
DATA DE PAGAMENTO 07/02/19

SEM RESERVA
DOCUMENTO DE PORTE OBRIGATORIO
NÃO VÁLIDO PARA TRANSFERÊNCIA

BARREIRO Roberto
Roberto dos Reis Ferreira
Diretor Gerente DETRAN/PE

DATA
09/02/19

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE OU POR SUA CARGA A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NAO SEGURO DPVAT

PE Nº 0148017321B2 BILHETE DE SEGURO DPVAT
PEDRO OLIVEIRA DA SILVA
CASA BARREIROS-PE

55560-000

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.seguradoralider.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

VIA	CPF / CNPJ	PLACA
I	478.372.764-34	KKS9161

RENOVAÇÃO 950159115

ANOS	CHASSI	EXERCÍCIO	DATA EMISSÃO
2007	09	2019	09/02/19

BORDA/CC 125 FAN

PRÊMIO TARIFÁRIO

36.05	DETRAN (R\$)	CUSTO DO SEGURO (R\$)
4.01		40.06

CUSTO DO BILHETE (R\$) 4.15

DOF (R\$) 0.32

IGIL 1.99 INCLUIDO SEGURO (R\$) 84.58

SEGURODPVAT

PAGAMENTO	PARCELADO	DATA DE QUITAÇÃO
X		07/02/19

DESAQUE E GUARDE O BILHETE DPVAT
SEM DANO E EM PORTE OBRIGATORIO

CNPJ 09.548.601/0001-04



PROCURAÇÃO

OUTORGANTE Marta Maria da Silva

Brasileiro (a), estado civil Solteira, profissão Da Dan

Residente e domiciliado à Rua Rua. Fazenda São Brancos

Nº 90, Bairro PE 60 KM 65 Município de Barreiros

Estado de Pernambuco CEP 55560-000 Portador (a) do

RG Nº 5404463 SSP/ PE e CPF Nº 029.825.134-55

OUTORGADO: Jeimison José Neri de Lyra, brasileiro, casado, advogado, residente domiciliado à Rua JOÃO BATISTA DE VASCONCELOS, 111 A – CENTRO – BARREIROS - PE, estado de Pernambuco, CEP 55560-000, portador do RG Nº 6312850 SSP/PE e CPF Nº 049.520.594-05.

Por este instrumento particular de procuração, o (a) outorgante nomeia e constitui o (a) seu bastante procurador (a), para o fim especial de requerer junto à qualquer seguradora do Consórcio Seguro DPVAT, o pagamento do sinistro, que vitimou em acidente o (a) Sr(a) Marta Maria da Silva

ocorrido em 07/07/2020 conforme registrado pelo BO anexo ao processo.

Podendo dito(a) procurador(a), representar o(a) outorgante como se o(a) próprio(a) fosse, podendo requerer, assinar recibos, assinar declarações de endereço, assinar autorização de pagamento /credito de indenização de Sinistro DPVAT, enfim requerer e assinar todos os papais e documentos que farem precisos e praticar todos os demais atos necessários para o mais amplo e fiel cumprimento do presente mandato.

Barreiros, 03, de Janeiro de 20 21.

Marta Maria da Silva

OUTORGANTE

CPF Nº 029.825.134-55

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0037412/21

Vítima: MARTA MARIA DA SILVA

CPF: 029.825.134-55

Seguradora: USEBENS SEGUROS S/A

Data do acidente: 07/07/2020

CPF de: Próprio

Titular do CPF: MARTA MARIA DA SILVA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

JEIMISON JOSE NERI DE LYRA : 049.520.594-05

- Comprovante de residência
- Declaração Circular SUSEP 445/12
- Documentos de identificação
- Procuração

MARTA MARIA DA SILVA : 029.825.134-55

- 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: 03/02/2021
Nome: JEIMISON JOSE NERI DE LYRA
CPF: 049.520.594-05

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 03/02/2021
Nome: SABRINA MAIRA HONORATO
CPF: 100.073.989-99

JEIMISON JOSE NERI DE LYRA

SABRINA MAIRA HONORATO





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, 18 de Fevereiro de 2021

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3210041676 Vítima: MARTA MARIA DA SILVA

Data do Acidente: 07/07/2020 Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JEIMISON JOSE NERI DE LYRA

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), MARTA MARIA DA SILVA

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, foi verificada a necessidade de realização de avaliação médica presencial para a identificação e/ou enquadramento da invalidez permanente de acordo com a tabela prevista na Lei nº 6.194, de 1974. O prazo de 30 (trinta) dias para análise do seu pedido fica interrompido e sua contagem será reiniciada após a emissão do laudo da avaliação médica. O não comparecimento à avaliação médica agendada poderá gerar o cancelamento do pedido do Seguro DPVAT. Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 01317/01318 - carta_02 - INVALIDEZ



Carta nº 16585249





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, 07 de Março de 2021

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3210041676 Vítima: MARTA MARIA DA SILVA

Data do Acidente: 07/07/2020 Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JEIMISON JOSE NERI DE LYRA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), MARTA MARIA 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\$ 843,75

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um joelho 25%	
Graduação: Em grau leve 25%	
% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 25%) 6,25%	
Valor a indenizar: 6,25% x 13.500,00 =	R\$ 843,75

Recebedor: MARTA MARIA DA SILVA
Valor: R\$ 843,75
Banco: 104
Agência: 000002124
Conta: 0000062921-0
Tipo: CONTA POUPANÇA

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT
Estamos aqui para Você

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

1 - 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:

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:

7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento:

11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP:

15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD):

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)

AGÊNCIA: 2124 CONTA: 62921

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

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 por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

☒ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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 da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

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

38 - 1ª | Nome: CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, 41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

CDC 001 10007/2010

Este documento foi gerado pelo usuário 008.***.***-05 em 19/09/2023 07:54:35

Número do documento: 23091907501285700000141450376

https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=23091907501285700000141450376

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 19/09/2023 07:50:13

Num. 144830550 - Pág. 34