



05/09/2023

Número: **0049762-16.2021.8.17.2001**

Classe: **Procedimento Comum Cível**

Órgão julgador: **Seção B da 25ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **14/07/2021**

Valor da causa: **R\$ 8.775,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito, Acidente de Trânsito**

Nível de Sigilo: **0 (Público)**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Advogados
MARIA DO CARMO DA SILVA (AUTOR)	
	DIEGO MEDEIROS PAPARIELLO (ADVOGADO(A)) CAMILLA ALMEIDA LOPES TAVARES (ADVOGADO(A))
TOKIO MARINE BRASIL SEGURADORA S.A. (RÉU)	
	RAFAELLA BARBOSA PESSOA DE MELO (ADVOGADO(A)) ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR (ADVOGADO(A))

Outros participantes	
PAULO FERNANDO BEZERRA DE MENEZES FILHO (PERITO)	

Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
143385150	04/09/2023 15:16	2833242_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_01	Elementos de prova\Parecer\Parecer (Outros)



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 25ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE RECIFE/PE - SEÇÃO B

PROCESSO: 00497621620218172001

TOKIO MARINE SEGURADORA 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 **MARIA DO CARMO 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\$ 675,00 (seiscentos e setenta e cinco reais).

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,

RECIFE, 1 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





05/09/2023

Número: **0049762-16.2021.8.17.2001**

Classe: **Procedimento Comum Cível**

Órgão julgador: **Seção B da 25ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **14/07/2021**

Valor da causa: **R\$ 8.775,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito, Acidente de Trânsito**

Nível de Sigilo: **0 (Público)**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Advogados
MARIA DO CARMO DA SILVA (AUTOR)	
	DIEGO MEDEIROS PAPARIELLO (ADVOGADO(A)) CAMILLA ALMEIDA LOPES TAVARES (ADVOGADO(A))
TOKIO MARINE BRASIL SEGURADORA S.A. (RÉU)	
	RAFAELLA BARBOSA PESSOA DE MELO (ADVOGADO(A)) ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR (ADVOGADO(A))

Outros participantes	
PAULO FERNANDO BEZERRA DE MENEZES FILHO (PERITO)	

Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
143385151	04/09/2023 15:16	ANEXO 1	Elementos de prova\Parecer\Parecer (Outros)

Rio de Janeiro, 19 de Junho de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200218901

Vítima: MARIA DO CARMO DA SILVA

Data do Acidente: 06/12/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ANDERSON LUCENA DE OLIVEIRA JUNIOR

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), MARIA DO CARMO DA SILVA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 (trinta) dias, contatos a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 15874469



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, 01 de Julho de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200218901 Vítima: MARIA DO CARMO DA SILVA

Data do Acidente: 06/12/2019 Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ANDERSON LUCENA DE OLIVEIRA JUNIOR

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), MARIA DO CARMO 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\$ 675,00

Dano Pessoal: Dedos da pé-Perda funcional completa de qualquer um dos dedos do pé 10%
Graduação: Em grau médio 50%
% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 10%) 5,00%
Valor a indenizar: 5,00% x 13.500,00 = R\$ 675,00

Recebedor: MARIA DO CARMO DA SILVA
Valor: R\$ 675,00
Banco: 104
Agência: 000000648
Conta: 00000187545-6
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

Rio de Janeiro, 03 de Março de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200091588

Vítima: MARIA DO CARMO DA SILVA

Data do Acidente: 06/12/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ANDERSON LUCENA DE OLIVEIRA JUNIOR

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), MARIA DO CARMO DA SILVA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 (trinta) dias, contatos a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 15570301

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: 25/06/2020
NUMERO DO DOCUMENTO:
VALOR TOTAL: 675,00

*****TRANSFERIDO PARA:
CLIENTE: MARIA DO CARMO DA SILVA

BANCO: 104
AGÊNCIA: 00648
CONTA: 000000187545-6

Nr. da Autenticação 21A2E1A2369677B2



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200218901

Cidade: Recife

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: MARIA DO CARMO DA SILVA

Data do acidente: 06/12/2019

Seguradora: COMPANHIA DE SEGUROS ALIANÇA DA BAHIA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 19/06/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA 1º DEDO DO PÉ DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO. ALTA MÉDICA. P15,17.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DE 1º DEDO DO PÉ DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento
faltante:

Apontamento do Laudo
do IML:

Conduta mantida:

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

Documentos
complementares:

Observações:

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
Dedos da pé-Perda funcional completa de qualquer um dos dedos do pé	10 %	Em grau médio - 50 %	5%	R\$ 675,00
Total			5 %	R\$ 675,00



DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)
Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

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

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

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. ² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº9.613/98.

Peço exposto, eu Anderson Lucena de Oliveira Júnior

inscrito (a) no CPF/CNPJ 704.232.874-32, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Maria do Carmo da Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 765.681.564/34

do sinistro de DPVAT cobertura universaliz da vítima Maria do Carmo da Silva

inscrito (a) no CPF sob o Nº 765.681.564/34, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço: Rua Doutor Volúpio Filho

Número: 408

Complemento: lona

Bairro: Estância

Cidade: Recife

Estado: PE

CEP: 50781-025

E-mail: _____

Tel. (DDD):

(81) 98529-6651

Local e Data: Recife, 23 de janeiro de 2020.

Anderson Lucena de Oliveira Júnior

Assinatura do Declarante

DLDR001 V001/2017

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)
Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

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

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

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 Anderson Lucena de Oliveira Júnior

inscrito (a) no CPF/CNPJ 704.232.874-32, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Maria do Carmo da Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 765.681.564/34

do sinistro de DPVAT cobertura universaliz da Vítima Maria do Carmo da Silva

inscrito (a) no CPF sob o Nº 765.681.564/34 conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço: Rua Doutor Policarpo Filho

Bairro: Estância

E-mail: _____

Cidade: Recife

Número: 408

Estado: PE

Complemento: Cor

CEP: 50781-025

Tel.(DDD): (81) 98529-6651

Local e Data: Recife, 23 de fevereiro de 2020.

Anderson Lucena de Oliveira Júnior

Assinatura do Declarante

RG. 4.083.706

3DS

04/05/38

GOVERNO DE
Pernambuco



UPA24h
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO
CASA AMARELA



EMERGÊNCIA PEDIÁTRICA

Data do Atendimento: 06/12/19

Hora: 29/ Hs

Registro: _____

Nome: Maria da Conceição da Silva

Pais ou responsáveis: Maria da Conceição da Silva

Data do Nascimento: 16/09/53

Endereço: Rua da Paz

Nº: _____

Bairro: _____

Município: _____

UF: _____

Hora do Atendimento: 22/140 Hs

Peso: _____ Kg

Temperatura: _____ °C

QPD / HDA: Paciente queixou-se de febre + dor no abdômen + vômito e diarreia por 02 dias. Não houve melhora com medicação prescrita em casa.

EXAME FÍSICO: EGA em, com ruídos, crepitações auscultadas.

CONDUTA NA EMERGÊNCIA / PRESCRIÇÃO: 1) A Sala de Emergência

(Alta ambulatorial)

2) Rx pa

EVOLUÇÃO NA EMERGÊNCIA:

3) Ruptura de útero, 01/12/19

Pac. Evoluindo em 1º plano de saúde

*Destino do Paciente: () Alta para casa () Encaminhamento ao ambulatório () Internamento () Transferência para outra unidade () Óbito () Outro: 01-2500

*Condição de Saúde do Paciente: () Melhorado () Inalterado () Piorado

*Médico que prestou atendimento (Assinatura / Carimbo c/CRM e CPF).

Coc. 8731

Médico - Carimbo e Assinatura



UPA24h
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO
CASA AMARELA



Classificação de Risco
EMERGÊNCIA ADULTO

NOME: Marcos da Cunha da Silva

IDADE: 27 anos

DATA: 28/11/2024

HORA: 22:10

MUNICÍPIO: Recife-PE

P.A. _____

T. _____

F.C. _____

I - Sinais de emergência atendimento imediato - CLASSIFICAR COMO VERMELHO

- 1 - Apnéia ☐ Cianose ☐ Tiragem Subcostal ☐ Estridor ☐ Gemência ☐
2 - Extremidades Frias ☐ Enchimento Capilar Lentificado ☐ Pulso Fraco ☐ Pulso Ausente ☐
3 - Sudorese ☐ PAS < 80 mmHg ☐
4 - Convulsionando no Momento ☐ Irresponsivo ou só Resposta a Dor ☐ Letargia ☐
5 - Queimaduras em mais de 25% da SC ou incompetência de vias aéreas ☐
6 - Intoxicação Exógena ☐
7 - Sangramento Intenso ☐ Lesão Grave ☐

II - Sinais de Urgência - Atendimento preferencial sobre os pacientes classificados como VERDE, no consultório ou leito da sala de observação - CLASSIFICAR COMO AMARELO

- 1 - Politraumatizado com Glasgow entre 13 e 15 ☐
2 - FC < 50 ou > 140 ☐ PAS < 90 ou > 240 ☐ PAD > 130 sem Sintomas ☐
3 - Febre > 39° ☐ Febre com Imunodepressão ☐
4 - História de Convulsão nas Últimas 24 horas ☐ Impossibilidade de Deambulação Aguda ☐
5 - Tumor Pastoso ☐ Mucosas Ressecadas ☐
6 - Queimaduras de 2° e 3°, áreas não críticas, SCQ < 10% ☐
7 - Vítima de Abuso Sexual Ocorrido até 72 Horas ☐
8 - Fraturas Anguladas e Luxações com comp. Neuro - Vascular ou Dor Intensa ☐
9 - Dor abdominal Intensa ☐ Dor Torácica Intensa ☐
10 - História até 72 horas de:
Melena ☐ Hematêmese ☐ Enterorragia ☐ Epistaxe ☐
11 - Acidente Perfuro-Cortante com material Biológico ☐

Cód. 8758 - 420 - 3L5 - 100x1 - 02/2011 - Telegráfica

III - Sem risco de morte - Somente será atendido após todos os pacientes classificados como VERMELHO e AMARELO - CLASSIFICAR COMO VERDE

- 1 - Idoso ☐ TCE sem perda de consciência ☐
2 - Febre sem outros sinais clínicos ☐

4 - Retorno com período < 24 horas por ausência de melhora ☐
5 - Lombalgia intensa ☐
6 - Entorse, suspeita de fraturas, luxações ☐
7 - Dor abdominal sem alterações de sinais vitais ☐

IV - Quadro crônico sem agudização ou caso social (deverá ser encaminhado para atendimento em unidade básica de saúde ou atendido pelo serviço social) - CLASSIFICAR COMO AZUL

- 1 - Queixas crônicas sem alterações agudas ☐
2 - Coriza, dor de garganta ☐
3 - Coriza crônica ou recorrente ☐
4 - Queimaduras de 1º grau em áreas não críticas e a mais de 6 horas ☐
5 - Troca de curativos ou retirada dos pontos ☐
6 - Vômitos, diarreia sem desidratação ☐

ATENDIMENTO: Vermelho ☐
Amarelo ☒
Verde ☐
Azul ☐

*Relatar dor em MIP após
Trauma à 1 hora.
Klin. med. ☐
HAB E MIO ☐
→ PA = 120/32/114.
FC = 123
Sat O₂ = 97%.
Temp = 36,9°C.*

ENCAMINHADO:

Chimarrão

ORIENTOU:

Gleidy Araújo

Enfermeira

CCREN nº 16217

ASSINATURA E CARIMBO DO ENFERMEIRO

ASSINATURA E CARIMBO DA ASSISTENTE SOCIAL



UPA24H - UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO UPA NOVA DESCOBERTA

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO - PROTOCOLO NEWS

DATA:	06/12/2019
HORA:	22:13:14
PACIENTE:	,MARIA DO CARMO DA SILVA
D.NASC:	16/09/1953

		VALOR	SCORE	
	FR	18	0	
	SpO2, escala 1(%)	97	0	
	SpO2, escala 2(%) Utilizar em retertor CO2	89	0	
	Ar ambiente (AA ou O2)	AA	0	
	PAS	203	0	
	FC (Pulso)	123	2	
	Consciência	ALERTA	0	
	Temperatura	34,1	3	
	HAS	SIM		
	DM	NÃO		
	PRESSÃO	203X114		
	HGT	-		
	ALERGIA	NÃO		
	SCORE	0,0		
HH			2	

BAIXO RISCO



Secretaria de Saúde de Pernambuco
Fundação Manoel da Silva Almeida
Unidade de pronto atendimento Solano Trindade – Upa Nova Descoberta

Sistematização da Assistência de Enfermagem - SAE

TÉCNICO DE ENFERMAGEM

Paciente: Maria do Carmo Idade: 54
Enfermaria: 54 Leito: 114 Data: 7/12/19

SINAIS VITAIS – PLANTÃO

HORA	TEMP	FR	FC	PA	HGT	SAT O ₂	PESO
12							
18							

ENTREVISTA

Nível de Consciência: ☒ Consciente () Inconsciente () Orientado () Desorientado () Comatoso () Sedado

Atividade: () Ativo () Hipotivo () Reservado-manuseio () Ghorando () Dormindo () Gemente

Acesso Vascular: () Sem acesso () Periférico () Central () Jugular

Data da troca de acesso: / /

Oxigenação: () Ar ambiente () Cateter Nasal () Venturi % () CPAP () VM

Respiratório: () Eupneico () Dispneico () Bradipneico () Taquipneico () Apneia () Targem () Subcostal () F. r. s. Intercostal () BAN

Tosse: () Presente () Ausente Aspecto: () Seco () Produtivo () Espandimento

Dor: () Sem escalção () Inapetência () Zero () VG () LME () YSNG () SNE () GTT () Paracetamol

Resíduo Gástrico: ml

Diurese: () Presente () Ausente () Xistúria () Anúria () Espontânea () Incontinência () SVD () SVA () Fritas

() Clara () Concentrada () colúrica () Hematúria Volume total: ml

Exercícios: () Presente () Ausente Aspecto: () Diaréia () Pastosa () Ressecada () Constipação () Malária

Frequência:

Vômitos: () Ausente () Presente vezes () Esverdeados () Borra de café () Hematêmese

Dor: () Ausente () Presente Local:

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

Kaf
Gov
Nunes

ASSINATURA (CARIMBO)



Secretaria de Saúde de Pernambuco
Fundação Manoel de Silva Almeida
Unidade de pronto atendimento Solano Trindade - UPA Nova Descoberta

Sistematização da Assistência de Enfermagem - SAE

TÉCNICO DE ENFERMAGEM

Cliente: M^{re} do Carmo D. Silva Idade: 58
Enfermaria: 5.8 Leito: 104 Data: 06/09/23

SINAIS VITAIS - PLANTÃO

HORA	TEMP	FR	FC	PA	HGT	SAT O ₂	PESO
08			102	178x102x120			
16							

ENTREVISTA

Nível de consciência: () Consciente () Inconsciente () Orientado () Desorientado () Comatoso () Sedado
Atividade: () Ativo () Hipotivo () Resistente ao manuseio () Chorando () Dormindo () Gemente
Acesso Venoso: () Sem acesso () Periférico () Central () Jugular
Data de troca de acesso: / /
Oxigenação: () Ar ambiente () Cateter Nasal () Venturi % () CPAP () VM
Respiratório: () Espontâneo () Dependente () Dependente () Taquipneico () Apneia () Tiragem () Subcostal () Fômites
Intercostal () BAN
Toque: () Presente () Ausente Aspecto: () Seco () Produzido () Expectorado
Dieta: () Boa aceitação () Inapetência () Zero () VO () LME () SNG () SNE () GTT () Parenteral
Resíduo Gástrico: ml
Diurese: () Presente () Ausente () Oligúria () Anúria () Espontânea () Incontinência () SVD () SVA () Fralda
() Clara () Concentrada () Colúrica () Hematúria/Volúria total: ml
Evacuação: () Presente () Ausente Aspecto: () Diarreia () Fezes () Ressecada () Constipação () Melena
Frequência:
Vômitos: () Ausente () Presente vezes () Esverdeados () Borra de café () Hematêmicos
Dor: () Ausente () Presente Local:

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

Pact 150
Tramadol 3.8
Pain HUI

Fabiana Ferreira da Silva
Cohen-VV 1.206.688 - TE

ASSINATURA (CARIMBO)



Protocolo de Encaminhamento

HOF

TIPO DE OCORRÊNCIA

Causa Externa: Acidente/Violência () Causa Clínica () Obstétrico () Psiquiátrico ()
Em caso de violência/acidente: Via Pública () Domicílio () Local de Trabalho ()

SENHA 5834675

IDENTIFICAÇÃO

Nome do Paciente: Mariana do Carmo da Silva Idade: 65
Sexo: M () F () Profissão: _____ Fone: _____
Endereço Residencial: _____ Bairro: _____
Cidade: Recife

CAUSA EXTERNA (ACIDENTE/VIOLÊNCIA)

Acidente de Trânsito: Ônibus () Caminhão () Carro de Passeio () Motocicleta ()
Atropelamento: Pedestre () Ciclista ()
Automóvel (Colisão): Passageiro () Motorista () Banco de Trás () Banco da Frente () Uso de cinto: S () N ()
Motocicleta: Motociclista () Passageiro () Uso de Capacete: S () N ()
Semi-Afogamento/Submersão () Soterramento ()
Intoxicação Exógena () Animais Peçonhentos () Agente Causador: _____
Exposição ao: Fogo/Fumaça/Choque Elétrico ()
Queimaduras: 1º Grau () 2º Grau () 3º Grau ()
Queda: () Altura Aproximada _____ Metros () Queda da Própria Altura
Agressões: () Por Arma de Fogo/Tipo _____ () Arma Branca/Tipo: _____
Agressão Sexual () Maus Tratos () Outros () Citar: _____
Mecanismo do Trauma: () Impacto Frontal () Impacto Lateral () Impacto Traseiro () Ejeção () Capotamento

CAUSAS CLÍNICAS

História Clínica Atual: Paciente apresenta - fratura exposta, com 10
dedos curvados, dor no local, após trauma por queda de
altura, há 2 dias, com náusea e vômito.
Hipótese Diagnóstica: @ Fratura exposta.

AValiação Clínica

Glicemia Capilar (HGT): _____ Temperatura: _____ F.C.: _____ P.A.: 200 x 100
Vias Aéreas: FR _____ Dispneia S () N () Tiragem Intercostais S () N () Obstrução Vias Aéreas: S () N ()
Sibilos Expiratórios: S () N () BAN*: S () N () Deformidade do Tórax: S () N () Gemido/ Estridor: S () N ()
Distúrbio Fala/Choro: S () N ()
Agitação Psicomotora: S () N () Lesões de face: S () N () Retração Xifóide: S () N ()
Perfusão Periférica: Boa () Lentificada () Bulhas Cardíacas: Normofonéticas () Hipofonéticas ()
Pulso: Rítmico () Arritmico () Filiforme () Fino ()
Coloração da Pele: Normocorada () Palidez () Cianose ()
Sudorese: S () N () Desidratado: S () N () Ictérico: S () N ()

FR: RN 35-50
< 1 ano 30-50
Crianças 20-30
Adulto 12-30

FC: RN 120-160
< 1 ano 90-140
Criança 80-110
Adulto 60-100

Secretaria de Saúde de Pernambuco
 Fundação Manoel da Silva Almeida
 Unidade de pronto atendimento Solano Trindade – Upa Nova Descoberta

Sistematização da Assistência de Enfermagem - SAE

TÉCNICO DE ENFERMAGEM

Cliente: _____ Idade: _____
 Enfermaria: _____ Leito: _____ Data: _____

SINAIS VITAIS – PLANTÃO

HORA	TEMP	FR	FC	PA	HGT	SAT O ₂	PEEC

ENTREVISTA

Estado da
 Consciência: () Consciente () Inconsciente () Orientado () Desorientado () Comatoso () Sedado
 Atividade: () Ativa () Hipotivo () Restivo ao estímulo () Chorando () Dormindo () Gemendo
 Acesso Venoso: () Sem acesso () Periférico: _____ () Central: _____ () Jiguet
 Data de troca de acesso: ____/____/____
 Oxigenação: () Ambiente () Canele Nasal () Venturi: ____% () CPAP () VM
 Respiratório: () Eufônico () Dispneico () Estriduloso () Taquipneico () Apneico () Tiragem () Subcostal () Fômites
 Intercostal () BAN
 Tosses: () Presença () Ausente Aspecto: _____ () Seca () Produtiva () Expectoração _____
 Sinais: () Boa aceitação () Inapetência () Zero () VO () LME () SNG () SNE () GTT () Paratransal
 Resíduo Gástrico: _____ml
 Diurese: () Presente () Ausente () Oligúria () Anúria () Espontânea () Incontinência () SVD () SVA () Fritida
 () Clara () Concentrada () Colúria () Hematuria Volumétrica: _____ml Aspecto: _____
 Evacuação: () Presente () Ausente Aspecto: _____ () Diária () Pastosa () Ressecada () Constipação () Maranta
 Frequência: _____
 Vómitos: () Ausente () Presente _____ vezes () Esverdeados () Borra de café () Hematêmicos
 Dor: () Ausente () Presente Local: _____

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

ASSINATURA (CARIMBO)

EXAME NEUROLÓGICO
Avaliação Primária: Alerta () Resposta Verbal () Resposta ao Estímulo Doloroso () Irresponsivo ()

Escaia de Coma de Glasgow (ECG)

ABERTURA OCULAR

Abertura Ocular Espontânea 4
Abertura Ocular a Voz 3
Abertura Ocular a dor 2
Sem abertura ocular 1

RESPOSTA VERBAL

Orientado 5
Confuso 4
Resposta Inapropriada 3
Sons Incompreensíveis 2
Sem resposta Verbal 1

RESPOSTA MOTORA

Obedece ao comando 6
Localiza Estímulo Doloroso 5
Retirada ao Estímulo Doloroso 4
Descorticação 3
Desocorebração 2
Sem resposta motora 1

TOTAL DE PONTOS ECG: 15

Sinais de disfunção cerebral: Déficit Motor () Desvio comissura labial ()
Dificuldade na fala ()

Avaliação Pupilar: Isocóricas () Anisocóricas () Midríase () Miose ()

Classificação TCE pela ECG
ECG 3-8: TCE Grave
ECG 9-13: TCE Moderado
ECG 14-15: TCE Leve

NATUREZA DA LESÃO

Presença de sangramento externo: S () N ()

Lesões Intra-Torácicas: S () N () Fratura Pélvis: S () N ()

Lesões Intra-abdominais: S () N () Fratura em Osso Longo: Fechada () Aberta ()

USO DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS

Usou álcool: S () N () Informante: Vítima () Outros ()

Hálito Alcolólico () Alteração na Marcha () Sonolência/Agitação () Alteração no Humor ()

Usou outras drogas: S () N () Informante: Vítima () Outros ()

Lolô () Maconha () Cola () Cocaína () Crack () Lança-perfume () Anfetaminas () Éxtase ()

CONDUTA CLÍNICA/EVOLUÇÃO

Imobilização da Coluna Cervical: S () N ()

Imobilização Tala Gessada: S () N ()

Antibióticoterapia: S () N () Especificar: _____

Oxigenioterapia: Cateter () Venturi () CPAP ()

Aspiração de Sangue e/ou secreções: S () N ()

Entubação Orotraqueal: S () N ()

Ventilação Mecânica: Modalidade _____

FIO2: _____

Reanimação Cardiopulmonar: S () N ()

RX: S () N () Analgesia: S () N ()

Infusão de Fluidos: S () N () Especificar: _____

Volume de Fluidos Infundido: _____

Outras Condutas: Exatopul 25mg, 2x/dia

Intercorrências: _____

MOTIVO DA TRANSFERÊNCIA

Avaliação do Trauma - ortopedico.

CONCLUSÃO DO ATENDIMENTO

Hospital para onde foi encaminhado: _____

Médico Regulador: _____

Transferência com acompanhamento Médico: S () N ()

Hora: 23:22

03/03/2024

Local e data

[Assinatura]
Médico Assistente

Secretaria de Saúde de Pernambuco
Fundação Manoel de Silva Almeida
Unidade de pronto atendimento Solano Trindade - Upa Nova Descoberta

Sistematização da Assistência de Enfermagem - SAE

TÉCNICO DE ENFERMAGEM

Cliente: _____ (data: _____)
Enfermaria: _____ Leito: _____ Data: _____

SINAIS VITAIS - PLANTÃO

HORA	TEMP	FR	FC	PA	HGT	SAT O ₂	PESO

ENTREVISTA

Nível de
Consciência: () Consciente () Inconsciente () Orientado () Desorientado () Comatoso () Sedado
Atividade: () Ativo () Hipotivo () Restivo ao estímulo () Chorando () Dormindo () Gemando
Acesso Venoso: () Sem acesso () Periférico () Central () Jugular
Data da troca de acesso: ____/____/____
Oxigenação: () Ambiente () Cateter Nasal () Venturi ____% () CPAP () VNI
Respiratório: () Eupneico () Dispneico () Bradipneico () Taquipneico () Apneia () Tiragem () Subcostal () Pícora
Intercostal () SAN
Tosse: () Presente () Ausente **Aspecto:** () Seca () Produtiva () Expectoração
Diafe: () Boa aceitação () Inapetência () Zero () YO () LME () SNG () SNE () GTT () Parenteral
Resíduo Gástrico: ____ ml
Diurese: () Presente () Ausente () Oligúria () Anúria () Espontânea () Incontinência () SVD () SVA () Fria
() Clara () Concentrada () colérica () Hematuria Voluntária ____ ml
Exatidão: () Presente () Ausente **Aspecto:** () Diarreia () Pastoso () Rascado () Constipação () Mucosa
Frequência: ____
Vômitos: () Ausente () Presente ____ vezes () Esverdeados () Borra de café () Hematêmicos
Sor: () Ausente () Presente Local: ____

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

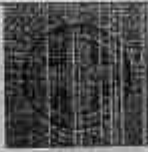
ASSINATURA (CARIMBO)

EVOLUÇÃO CLÍNICA

NOME: Maria do Carmo da Silva			ENF.: 19	LEITO: 11
CLÍNICA: Trauma Posto II				
DATA	HORA	EVOLUÇÃO		
08/12	22:55	Foi admitida Maria Sator, encaminhada do Bloco Cirúrgico, conservando consciência, após com sup. em MSE, com quarto de 6 limpa no Pn. Diâmetro 4 cm. Dr. Carlos A. Silva COREN RJ 16.556-1/11 (CCO)		
		#19112 ALTA - HOSPITALAR Julia Freitas COREN RJ 16.556-1/11 21		

003-HGOF





HOSPITAL OTÁVIO DE FREITAS SES/PE



RELATÓRIO DA OPERAÇÃO

NOME DO PACIENTE: MARIA DO CARMO DA SILVA	REG: 1101768	
CLINICO: ORTOPEDISTA	Nº DO LEITO:	
OPERADOR: DRA MARINA		
1º ASSISTENTE: DR. ULYSSES MACEDO	2º ASSISTENTE:	
INSTRUMENTADOR:	ANESTESISTA: LOCAL	
ANESTESISTA: LOCAL	DURAÇÃO:	
DATA DA OPERAÇÃO: 08/12/2019	INÍCIO:	FIM:
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: LUXAÇÃO EXPOSTA DE HALUX D		
DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO: O MESMO		
OPERAÇÃO PROPOSTA: TTO CIRURGICO DE LUXAÇÃO EXPOSTA DE HALUX D		
OPERAÇÃO REALIZADA: O MESMO		

DESCRIÇÃO DO ATO OPERATÓRIO

1. PACIENTE EM DDH SOB RAQUIANESTESIA
2. APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTEREIS
3. BSEVADO FERIMENTO EM REGIAO DORSAL E LATERAL DE HALUX COM LESAO DE ARTERIA
4. REALIZADA LAVAGEM ABUNDANTE COM SF 0,9%
5. DESBRIDAMENTO DE TECIDOS NECROTICOS
6. REDUÇÃO + FIXAÇÃO DE F3/F2
7. APROXIMAÇÃO DE BORDAS
8. CURATIVO
9. BOA PERFUSÃO
10. SR

[Handwritten signature]
Luzia de Fátima
Ortopedista



HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo MANCHESTER_V2

Data e hora retirada da senha: 08/12/2019 15:47

	Nome Paciente:	MARIA DO CARMO DA SILVA
	Cód. Paciente:	1101768
	Data de Nascimento:	16/09/1953
	Sexo:	Feminino
	Idade:	66
	Senha:	EA0016
	Convênio:	2 - SUS - AMBULATORIO
	Atendimento:	3410177
	SAME:	1101768

Período: 08/12/2019 15:49 - 08/12/2019 15:52

EDNA BARBOSA SILVA - COREN: 41924 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - CLASSIFICAÇÃO

Prioridade:	AMARELO - URGENTE
Cor:	AMARELO
Queixa Principal:	REFERE QUE CARRO PASSOU POR CIMA DO PÉ D. HÁ 2 DIAS. HAS
Observação:	NEGA ALERGIAS OU DM. VEIO DA UPA DO IBURA. P.A.=179X116MMHG. P=118
Fluxograma sintoma:	PROBLEMAS EM EXTREMIDADES
Discriminador(es):	- DOR MODERADA?
Especialidade:	ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA
Sinais Vitais Lidos:	- RÉGUA DE DOR. 5

Acolhido(a) por: EDNA BARBOSA SILVA - COREN: 41924 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 08/12/2019 15:52

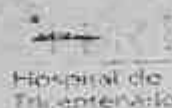
Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco

Página 1 de 1



Cordeiro

Leito 08



Nome: MARIA DO CARMO DA SILVA
Dt. Nasc.: 16/09/53 - 66 anos
Mãe: MARIA DE LOURDES DE LIMA
Endereço: R. ALTO DO ABACAXI, nº 5, COHAB. RECIFE - PE
Data/hora: 07/12/2019 - 14:14

Nº registro: 259413
Sexo: Feminino
Fone: 81984526002
Nº pag.: 1/1

GUIA DE ENCAMINHAMENTO E TRANSFERÊNCIA

HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL:

REFERE QUE CARRO PASSOU POR CIMA DO PÉ D HA 01 DIA
FOI ATENDIDA NA UPA DO BREJO E AGUARDAVA TRANSFERÊNCIA PORÉM EVADIU A NOITE

EXAME FÍSICO:

PA: x mmHg | Temperatura: °
HGT: mg/dL | Sat O2: % | FC: Bpm | Peso: | Altura:

FERIMENTO + DEFORMIDADE EM HALUX D

CONDUTA:

LIMPEZA + REDUÇÃO + CURATIVO

EXAMES COMPLEMENTARES/RESULTADOS:

EM ANEXO

FRATURA LUXAÇÃO EXPOSTA DO HALUX

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA: S924 FRATURA DO HALUX I

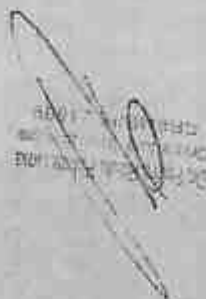
DADOS DA TRANSFERÊNCIA:

Transferência encaminhado para: Hospital Otávio de Freitas
Motivo: Tratamento Cirúrgico
Senha: 5832564

ESPECIALIDADE: TRAUMATOLOGIA

Transporte: Ambulância Unidade

Transferência Cancelada? NÃO



Dr. PEDRO PAULO PITT DE LIMA
CRM:24609

Este documento foi assinado digitalmente, conforme Medida Provisória Nº 2.200-2 de 24/06/2001.
Nome do profissional: PEDRO PAULO PITT DE LIMA, CRM: 24609, Data e Hora: 07/12/2019 14:10:58.

Rua Vinte do Traje, s/n, Ithura CEP: 51323-190 - Recife/PE
Contato: (81) 3184-4616





Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco
Hospital Otávio de Freitas

Nome:
MARIA DO CARMO DA SILVA

Sexo:
FEMININO

Mãe:
MARIA DE LOURDES DE LIMA

Endereço:
RUA ALTO DO ABACAXI, N.º 5 - : BAIRRO: COMAB - CIDADE: RECIFE - UF: PE

Idade:
66 Anos 2 Meses 22 Dias

Contatos:
81. 84526002 | Celular: 81.

Nasc:
16/09/1953

CNS:

703204695629590

Dados do Atendimento:

Data/Hora Atendi.: 08/12/2019 15:47

Prontuário: 1101768

Nº. Atendimento: 3410177

Serviço: CIRURGIA

Enfermaria/Leito:

Médico:
EDUARDO KRUG CARVALHO

Admissão

Queixa Principal

DOR EM 1 PDD

História Clínica

PACIENTE SOFREU ATROPELAMENTO COM TRAUMA EM HÁLUX DIREITO HÁ 2 DIAS

Exame Físico

FERIMENTO EM 1 PDD

Observações

FRATURA LUXAÇÃO EXPOSTA DO 1 PDD

Conduta

CIRURGICO

EDUARDO KRUG CARVALHO - CRM: N.º.15075

Data/Hora: 08/12/2019 - 16:14

REVISADO

10/12/19
Wallin

Dr. Eduardo Krug
Ortopedista
CRM: 15.075

08/12/19
CADASTRO
SINELHOF

Hospital Otávio de Freitas - CNES: 426 - CNPJ: 10.572.048/0004-70
Rua Aprígio Guimarães, s/nº - Tejipió - Recife/PE CEP: 50.920-640 Fone: (81) 3183.8500



Este documento foi gerado pelo usuário 008.***.***-05 em 05/09/2023 08:16:06

Número do documento: 23090415163560000000140040641

<https://pje.tje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=23090415163560000000140040641>

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 04/09/2023 15:16:35

Nome: MARIA DO CARMO DA SILVA
Dt. Nasc.: 16/09/53 - 66 ano (s)
Mãe: MARIA DE LOURDES DE LIMA
Endereço: R. ALTO DO ABACAXI, nº 5, COHAB, RECIFE - PE
Data/hora: 07/12/2019 - 12:47

Nº registro: 259413
Sexo: Feminino
Fone: 81984626002
Nº pág.: 1/1

CONSULTA ORTOPÉDICA

Anamnese Médica / Evolução Clínica:

REFERE QUE CARRO PASSOU POR CIMA DO SEU PÉ D HA 01 DIA
FOI ATENDIDA NA UPA DO BREJO E AGUARDAVA TRANSFERENCIA POREM EVADIU A NOITE

Exame Físico:

DEFORMIDADE COM FERIMENTO EM HALUX D

Resultados de Exames:

FRATURA LUXAÇÃO DO HALUX

Conduta:

SOLICITO SENHA PARA TTO CIRURGICO

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:

FRATURA LUXAÇÃO EXPOSTA DO HALUX D

Óbito: Não

Dr. PEDRO PAULO PITT DE LIMA
CRM: 24609

Este documento foi assinado digitalmente, conforme Medida Provisória Nº 2.200-2 de 24/08/2001.
Nome do profissional: PEDRO PAULO PITT DE LIMA, CRM: 24609, Data e Hora: 07/12/2019 18:43:02.

Rua Vale do Itajai, s/n, Iburá CEP: 51320-180 - Recife/PE
Contato: (81) 3184-4616



Nome: MARIA DO CARMO DA SILVA
Dt. Nasc.: 16/09/53 - 66 ano (s)
Mãe: MARIA DE LOURDES DE LIMA
Endereço: R ALTO DO ABACAXI, nº 5, COHAB. RECIFE - PE
Data/hora: 07/12/2019 - 12:43

Nº registro: 259413
Sexo: Feminino
Fone: 81984626002
Nº pág.: 1/1

CONSULTA MÉDICA

Anamnese Médica / Evolução Clínica:

PACIENTE RELATA LESÃO E DOR NO DEDO DO PE DIREITO APOS CARRO PASSAR POR CIMA ONTEM A NOITE, REFERE TER SIDO ATENDIDA ONTEM EM OUTRO SERVIÇO PDS TRAUMA. HIPERTENSÃO NO MOMENTO

Exame Físico:

ECG, LÖTE, AAA, HIDRATADO, EUPNEICO
AR E ACV, ABD: NDN

Resultados de Exames:

Conduta:

- 1) ANTIHIPERTENSIVO
- 2) SOLICITO AVALIAÇÃO DO ORTOPEDISTA

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:

PICO HIPERTENSIVO
Óbito: Não

Dr.ª MANOELA FERNANDES FERREIRA
CRM: 28620

Rua Vale do Itajaí, 5/n, Iburá CEP: 51320-180 - Recife/PE
Contato: (81) 3184-4616



Nome: MARIA DO CARMO DA SILVA
Dt. Nasc.: 16/09/53 - 66 ano (s)
Mãe:
Endereço: nº -
Data/hora: 07/12/2019 - 12:38

Nº registro: 259413
Sexo: Feminino
Fone:
Nº pág.: 1/1

RESUMO DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO
07/12/2019 - DAYANE DE MOURA

SENHA: P065

Classificação de Risco: URGÊNCIA - AMARELO
Especialidade: CLÍNICA MÉDICA
Encaminhado Para: CONSULTÓRIO - CLÍNICA MÉDICA

ANAMNESE ENFERMAGEM

ALERGIA: NEGA

QUEIXA PRINCIPAL:

Hipertensão

- Ferimento

PACIENTE RELATA CORTE E DOR NO DEDO DO PE DIREITO APOS CARRO PASSAR POR CIMA ONTEM A NOITE

EXAME FÍSICO:

PA: 190 x 120 mmHg | Temperatura:
HGT: | Sat O2: | FC: | Peso: | Altura:

OBSERVAÇÕES:

NEGA

Dr.ª DAYANE DE MOURA SANTANA
COREN - 7822

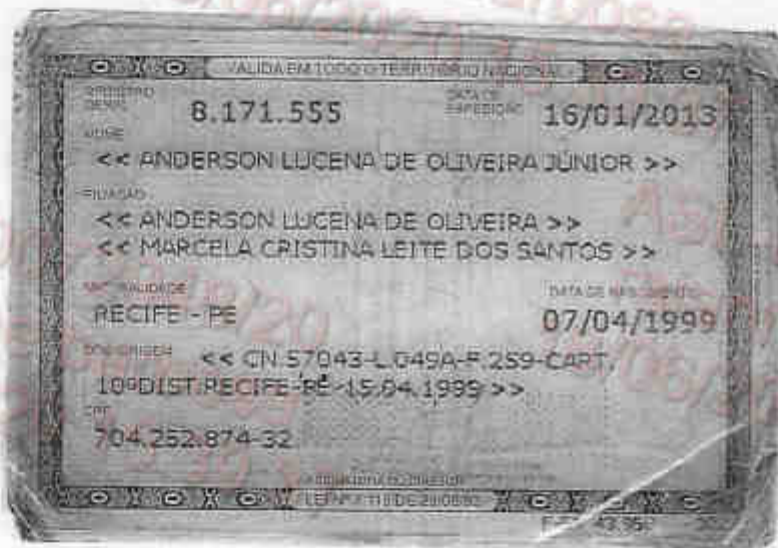
Este documento foi assinado digitalmente, conforme Medida Provisória Nº 2.200-2 de 24/08/2001.
Nome do profissional: DAYANE DE MOURA SANTANA, Data e Hora: 07/12/2019 12:40:01.

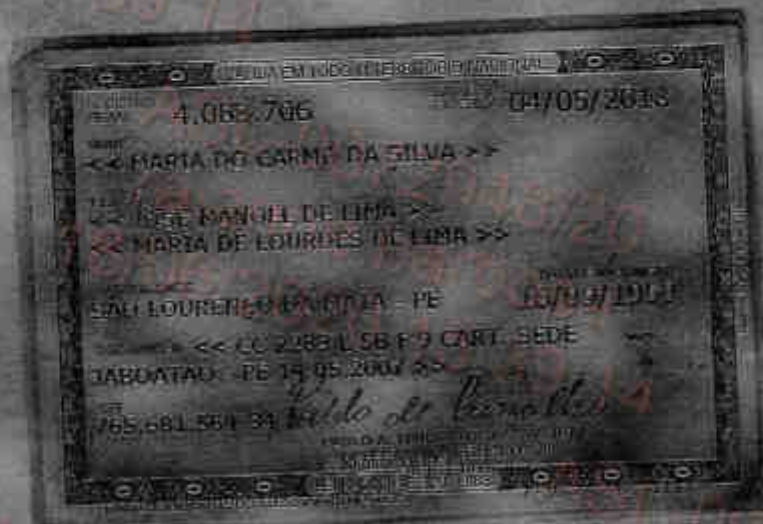
Rua Vale do Itajaí, s/n, Ilhara CEP: 51320-180 - Recife/PE
Contato: (81) 3184-4616











IDENTIFICAÇÃO

VITIMA Maria do Carmo da Silva

DATA DO ACIDENTE _____ CPF DA VITIMA _____

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO _____

QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR () VITIMA () REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COM

A VITIMA É _____

ENDEREÇO DO PORTADOR _____

Nº _____ COMPLEMENTO _____ BAIRRO _____

CIDADE _____ UF _____ CEP _____

E-MAIL _____ TELEFONE (____) _____

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- () REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- () CARTeira DE IDENTIDADE DA VITIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTeira DE TRABALHO OU CARTeira NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () CPF DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- () NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML: DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML (ORIGINAL) ASSINADA PELA VITIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE COM A DATA DA ACTA DEFINITIVA
- () BOLETEM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- () AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CREDITO DE INDENIZAÇÃO DA VITIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFERMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TALS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

- () CARTeira DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTeira DE TRABALHO OU CARTeira NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 - () CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 - () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- OBS: REPRESENTANTE LEGAL E QUEM REPRESENTA A VITIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

- () REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- () CARTeira DE IDENTIDADE DA VITIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTeira DE TRABALHO OU CARTeira NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () CPF DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INDIQUANDO AS LESÕES SOFRIDAS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () COMPROVANTES (ORIGINALS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS
- () NOTAS FISCAIS (ORIGINALS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITUÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- () AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CREDITO DE INDENIZAÇÃO DA VITIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFERMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TALS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

- () CARTeira DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTeira DE TRABALHO OU CARTeira NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 - () CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 - () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- OBS: REPRESENTANTE LEGAL E QUEM REPRESENTA A VITIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

VALORES DE INDENIZAÇÃO

- MORTE = R\$ 11.500,00
- INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R\$ 11.500,00, ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/74.
- DESPESAS MÉDICAS (DAMS) = RESGOLDO ATÉ R\$ 2.700,00 (FRENOBOLSO), ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.

- O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA
- COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO
- PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSSE WWW.DPVATSEGURODOTRANISTO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 012 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA _____

IDENTIDADE _____

ASSINATURA Antonio Yves Cordeiro de Mello Junior

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA 22/02/10

NOME _____

ASSINATURA Reisiane

FORMULÁRIO PARA PEDIDO DE REANÁLISE - DPVAT

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:
Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios): Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04 / Das 8h às 20h
SAC (para dúvidas e reclamações): 0800 022 8189 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06
Canal de Denúncia: 0800 591 2563 | Ouvidoria: 0800 021 91 35

Número do pedido DPVAT: **3200091588**

Nome do beneficiário: **Maria do Carmo da Silva**

Nome do solicitante: **Maria do Carmo da Silva**

Data da solicitação: **17/06/2020**
DD/MM/AA

CPF do beneficiário: **765.683.564-34**

CPF do solicitante: **765.683.564-34**

DADOS PARA CONTATO

Tel. Celular: (**81**) **98803-5010**
DDD

Tel. Comercial: ()
DDD

Tel. Residencial: ()
DDD

E-mail: _____

INFORME A COBERTURA DO SEU PEDIDO

☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

☒ INVALIDEZ PERMANENTE

☐ MORTE

MOTIVO DA SOLICITAÇÃO

☒ DISCORDO DA NEGATIVA

☐ DISCORDO DO VALOR RECEBIDO

☐ DISCORDO DA EXIGÊNCIA DE DOCUMENTOS

ESTÁ APRESENTANDO UM NOVO DOCUMENTO PARA COMPLEMENTAR O PEDIDO DE REANÁLISE?

☐ NÃO

☒ SIM, informe qual(is)
documentos estão
sendo entregues:

☐ Novos documentos médicos

☐ Laudo do IML

☐ Boletim de Ocorrência

☐ Notas fiscais complementares

☒ Outros: **laudo médico atualizado**
(DESCREVER)

NO CAMPO ABAIXO, SE DESEJAR, DESCREVA A JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

Venho por meio desta solicitar pedido de reanálise, uma vez que por acidente de trânsito (atropelamento) no dia 06/12/2019 onde sofri fratura + luxação exposta do primeiro dedo do pé direito, por isso também por cirurgia se fez me encontro de cãna médica definitiva como melhora laudo médico enviado em anexo.
Fico também a disposição de uma possível pericia médica.

Recife, 17 de Junho de 2020
Local e Data

Maria do Carmo da Silva

Assinatura do solicitante ou de quem assina a pedido (a seu rogo)

IMPORTANTE

Depois de preencher todos os dados, imprima o formulário, assine e entregue no mesmo ponto de atendimento em que deu entrada inicialmente no seu pedido do Seguro DPVAT.

Observação sobre beneficiário/vítima não alfabetizado:

O não alfabetizado deverá escolher pessoa de sua confiança, alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o formulário, a seu pedido (a seu rogo).

IDENTIFICAÇÃO

VITIMA Maria do Carmo da Silva

DATA DO ACIDENTE _____ CPF DA VITIMA _____

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO _____

QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR () VITIMA () REPRESENTANTE LEGAL, CUIO PARANTESCO COM

A VITIMA É _____

ENDEREÇO DO PORTADOR _____

Nº _____ COMPLEMENTO _____

BAIRRO _____

CIDADE _____

UF _____

CEP _____

E-MAIL _____

TELEFONE (____) _____

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- () REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- () CARTeira DE IDENTIDADE DA VITIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTeira DE TRABALHO OU CARTeira NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () CPF DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- () NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML, DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML (ORIGINAL) ASSINADA PELA VITIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE COM A DATA DA ACTA DEFINITIVA
- () BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- () AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CREDITO DE INDENIZAÇÃO DA VITIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFERMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TALS COMO CópIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

- () CARTeira DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTeira DE TRABALHO OU CARTeira NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 - () CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 - () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- OBS: REPRESENTANTE LEGAL E QUEM REPRESENTA A VITIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

- () REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- () CARTeira DE IDENTIDADE DA VITIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTeira DE TRABALHO OU CARTeira NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () CPF DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INDIHANDO AS LESÕES SOFRIDAS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () COMPROVANTES (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS
- () NOTAS FISCAIS (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEBUEIRO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- () AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CREDITO DE INDENIZAÇÃO DA VITIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFERMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TALS COMO CópIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

- () CARTeira DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTeira DE TRABALHO OU CARTeira NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 - () CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 - () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- OBS: REPRESENTANTE LEGAL E QUEM REPRESENTA A VITIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

VALORES DE INDENIZAÇÃO

- MORTE - R\$ 11.500,00
- INVALIDEZ PERMANENTE - ATÉ R\$ 11.500,00, ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/74.
- DESPESAS MÉDICAS (DAMS) - RESGOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO), ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.

- O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA
- COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FOMULÁRIO
- PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSSE WWW.DPVATSEGURODOTANISTO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 012 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA _____

IDENTIDADE _____

ASSINATURA Antonio Yves Cordeiro de Mello Junior

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA 22/02/20

NOME _____

ASSINATURA Rebeca Almeida

PROCURAÇÃO PARTICULAR

BENEFICIARIO/VITIMA:	
Nome: MARIA DO CARMO DA SILVA	
Nacionalidade: BRASILEIRA	Est. Civil: VIÚVA
Profissão: DO LAR	
Identidade: 4.083.706	CPF: 765.681.564-34
Endereço: RUA ALTO DO ABACAXI Nº05 COHAB RECIFE/ PE	
Cobertura: INVALIDEZ	Data do Acidente: 06/12/2019

PROCURADOR:	
Nome: ANDERSON LUCENA DE OLIVEIRA JUNIOR	
Nacionalidade: BRASILEIRA	Est. Civil: SOLTEIRO
Profissão: AUX. ADMINISTRATIVO	
Identidade: 8.171.555 SDS/PE	CPF: 704.252.874-32
Endereço: RUA DR ADELINO FILHO 408 ESTÂNCIA RECIFE/PE	

Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador acima qualificado, podendo o mesmo representar-me perante a Seguradora Líder dos Consórcios DPVAT, bem como perante qualquer seguradora que faz parte do Consórcio DPVAT, também perante aos pontos de atendimento da Seguradora Líder (Correios, Sincores e Corretores), para fim específico de dar entrada no meu seguro DPVAT, podendo para tanto, assinar aviso de sinistro, prestar declarações, solicitar e retirar documentos médicos em hospitais e outros documentos para fins de Dpvat.

Recife/PE, 05/02/2020
Local e data



Maria do Carmo da Silva
Assinatura do Beneficiário/Vítima
(reconhecer firma por autenticidade)

Cartório de Registro Civil do 10º Distrito Judiciário da Capital - RECIFE - PE
Rua Fausto de Lacerda, 329 - Tejupó - CEP: 50930-010 - Fone: (011) 3251-5130

Reconheço por AUTENTICIDADE a firma de
MARIA DO CARMO DA SILVA
confere c/ o padrão reg. neste cartório. Dou fé.
Recife, 05 de fevereiro de 2020 10:16:42.

em testemunho _____ da verdade.
Carilene José Monteiro da Silva (1ª Sub)
Selo: 0073478.HKU01202005.02783

Cartão de autenticação em: www.jus.br/cartaoautenticacao



PROCURAÇÃO PARTICULAR

BENEFICIARIO/VITIMA:	
Nome: MARIA DO CARMO DA SILVA	
Nacionalidade: BRASILEIRA	Est. Civil: VIÚVA
Profissão: DO LAR	
Identidade: 4.083.706	CPF: 765.681.564-34
Endereço: RUA ALTO DO ABACAXI Nº05 COHAB RECIFE/ PE	
Cobertura: INVALIDEZ	Data do Acidente: 06/12/2019

PROCURADOR:	
Nome:ANDERSON LUCENA DE OLIVEIRA JUNIOR	
Nacionalidade: BRASILEIRA	Est.Civil: SOLTEIRO
Profissão: AUX. ADMINISTRATIVO	
Identidade:8.171.555 SDS/PE	CPF: 704.252.874-32
Endereço: RUA DR ADELINO FILHO 408 ESTÂNCIA RECIFE/PE	

Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador acima qualificado, podendo o mesmo representar-me perante a Seguradora Líder dos Consórcios DPVAT, bem como perante qualquer seguradora que faz parte do Consórcio DPVAT, também perante aos pontos de atendimento da Seguradora Líder (Correios, Sincores e Corretores), para fim específico de dar entrada no meu seguro DPVAT, podendo para tanto, assinar aviso de sinistro, prestar declarações, solicitar e retirar documentos médicos em hospitais e outros documentos para fins de Dpvat.

Recife/Pe, 05/02/2020
 Local e data



monitorei como de Silva

 Assinatura do Beneficiário/Vítima
 (reconhecer firma por autenticidade)

RUA FÁBIO DE LACERDA, 329 - TEJUPÁ - CEP: 50930-010 - FONE: (01) 3251-5130

Cartão de Telex F 3251-5130

Reconheço por AUTENTICIDADE a firma de
 MARIA DO CARMO DA SILVA
 confere c/ o padrão reg. neste cartório. Dou fê.
 Recife, 05 de fevereiro de 2020 10:16:42.
 em testemunho _____ da verdade.
 Calilope José Monteiro da Silveira (1º Sub)
 Selo:0073478 HKU01202005.02783
 Cód. de autenticidade em: www.qja.jus.com.br/validar

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0072948/20

Vítima: MARIA DO CARMO DA SILVA

CPF: 765.681.564-34

Seguradora: COMPANHIA DE SEGUROS ALIANÇA DA BAHIA

Data do acidente: 06/12/2019

Titular do CPF: MARIA DO CARMO DA SILVA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

ANDERSON LUCENA DE OLIVEIRA JUNIOR : 704.252.874-32

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

MARIA DO CARMO DA SILVA : 765.681.564-34

- 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: 28/02/2020
Nome: ANDERSON LUCENA DE OLIVEIRA JUNIOR
CPF: 704.252.874-32

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 28/02/2020
Nome: RAPHAELLA CRISTINA CAVALCANTI DA SILVA
CPF: 703.646.014-85

ANDERSON LUCENA DE OLIVEIRA JUNIOR

RAPHAELLA CRISTINA CAVALCANTI DA SILVA



Este documento foi gerado pelo usuário 008.***.***-05 em 05/09/2023 08:16:06
Número do documento: 23090415163560000000140040641
<https://pje.tje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=23090415163560000000140040641>
Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 04/09/2023 15:16:35

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:
765.681.564-34 Maria do Carmo 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: Maria do Carmo da Silva 6 - CPF: 765.681.564-34
7 - Profissão: 8 - Endereço: Rua alto do albacani 9 - Número: 5 10 - Complemento: casa
11 - Bairro: Lehal 12 - Cidade: Recife 13 - Estado: PE 14 - CEP: 51335-190
15 - E-mail: 16 - Telefone: (81) 98801-5010

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

17 - Nome completo do Representante Legal:
18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:
☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO:
AGÊNCIA: 0648 CONTA: 00187545 6 AGÊNCIA: CONTA:

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

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

☒ Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:
• Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
• O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
• O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.
Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.
Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou Civil) ☐ Divorçado ☐ 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 (viver 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 pedido (a rogo)
36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)
37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1ª | Nome: CPF: Assinatura da testemunha
39 - 2ª | Nome: CPF: Assinatura da testemunha

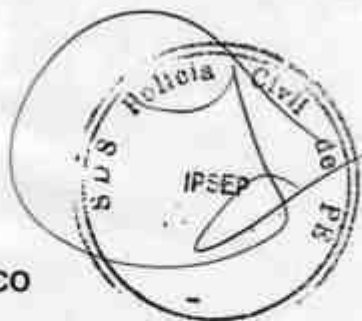
40 - Local e Data:

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS.001 V002/2019



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 009ª CIRCUNSCRIÇÃO - IPSEP - DP9ª CIRC DIM/3ª DESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **19E0099003353**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **18/12/2019** às **10:43**

ATROPELAMENTO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia **6/12/2019** no período da **Noite**

Fato ocorrido no endereço: **ESTRADA DO MORRO DA CONCEICAO, 1 - Bairro: MORRO DA CONCEICAO - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR \ AGENTE)
MARIA DO CARMO DA SILVA (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Outros motivos) , que estava em posse do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**

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

MARIA DO CARMO DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: FemininoMãe: **MARIA DE LOURDES DE LIMA**
Pai: **JOSE MANOEL DE LIMA** Data de Nascimento: **16/9/1953** Naturalidade: **SAO LOURENCO DA MATA / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **4083706/SDS/PE (RG)** Estado Civil: **VIUVO(A)** Escolaridade: **1ª. GRAU INCOMPLETO** Profissão:
OUTRAS PROFISSOES Telefones Celulares:
- **984626072**

Endereço Residencial: **RUA ALTO DO ABACAXI, 5 - CEP: 55000-000 - Bairro: COHAB - RECIFE/PERNAMBUCO /BRASIL**

DESCONHECIDO (não presente ao plantão) - Sexo: DesconhecidoNaturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

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

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

Categoria/Marca/Modelo: **AUTOMOVEL/NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**
Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Descrição: **VEÍCULO DE PLACA NÃO ANOTADA.**

Complemento / Observação



MARIA DO CARMO DA SILVA, RELATA QUE, POR VOLTA DAS 21:30 DO DIA 06 DO CORRENTE MÊS, FORA VÍTIMA DE ATROPELAMENTO. O FATO ACONTECEU QUANDO ESTAVA SENTADA NA CALÇADA NO ENDEREÇO ACIMA CITADO E O REFERIDO VEÍCULO , PLACA NÃO ANOTADA, PASSOU POR CIMA DE SEU PÉ DIREITO. INFORMA AINDA QUE NO DIA SEGUINTE SE DIRIGIU A UPA DA LAGOA ENCANTADA, ONDE LÁ FOI SUBMETIDA À CIRURGIA , CONFORME REGISTRO 259413. PELO EXPOSTO SOLICITA AS DEVIDAS PROVIDENCIAS.

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

MARIA DO CARMO DA SILVA
(VITIMA)

Maria do Carmo da Silva

B.O. registrado por: IRAN FRANCISCO DE ALBUQUERQUE - Matrícula: 381051-8



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 765.681.564-34 4 - Nome completo da vítima: Maria do Carmo 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: Maria do Carmo da Silva 6 - CPF: 765.681.564-34
7 - Profissão: 8 - Endereço: Rua alto do abacaxi 9 - Número: 5 10 - Complemento: casa
11 - Bairro: Lehal 12 - Cidade: Recife 13 - Estado: PE 14 - CEP: 51335-190
15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD): 181 98801-5010

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: ☒ RECLUSO INFORMAR ☐ SEM RENDA ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ 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: 0648 CONTA: 00187545 6 AGÊNCIA: CONTA: (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existe)

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

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

☒ Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:
• Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
• O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
• O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.
Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.
Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (rio Civil) ☐ Divorçado ☐ 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 (virescente)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34 - Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado 35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo) 36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo) 37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo) 38 - 1ª | Nome: CPF: Assinatura da testemunha 39 - 2ª | Nome: CPF: Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, _____

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FP5.001 V002/2019

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 765.681.564-34 4 - Nome completo da vítima: Maria do Carmo 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: Maria do Carmo da Silva 6 - CPF: 765.681.564-34
7 - Profissão: 8 - Endereço: Rua alto do abacari 9 - Número: 5 10 - Complemento: casa
11 - Bairro: Cohab 12 - Cidade: Recife 13 - Estado: PE 14 - CEP: 51335-190
15 - E-mail: 16 - Tel (DDD): 181 98801-5010

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: ☒ RECLUSO 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 abalados. Assinale uma opção): ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) Nome do BANCO: _____
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: 0643 CONTA: 00187545 6 AGÊNCIA: CONTA:

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

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Dado 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 parentes (ver parentes)? ☐ 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 afetado
35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)
36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)
37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1ª | Nome: CPF: Assinatura da testemunha
39 - 2ª | Nome: CPF: Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

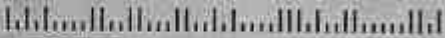
42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS.001 V002/2019

Digitalizada com CamScanner

ESPOSENDE



OTC RECIFE PE PL1
ALCIDES MANOEL DA SILVA JUNIOR
RUA ALTO DO ABACAXI 5
COHAB
51335-190 RECIFE PE



7211112317227-33000001732350021219

Postagem: 02/12/2019
DIG-012323





MARIO

CHEGOU SUA FATURA DA Oi.
Acesse www.oi.com.br/MinhaOi

FATURA DE
JUL/2019
CÓDIGO MINHA Oi
401737543654

VENCIMENTO
02/08/2019
Emissão em 15/07/2019
Período de 13/06/2019 a 13/07/2019

PAGAR (R\$)
184,18



CTC RECIFE PE PL1
MARIO PEDRO DOS SANTOS
RUA DR ADELINO FILHO 408
ESTANCIA
50781-025 - RECIFE - PE



7200039896 00000 00000000000 10 150719

**PRECISA DE AJUDA?
FALE COM A JOICE
PELO WHATSAPP.**

A Joice é a inteligência artificial da Oi. Ela está 24h por dia disponível pra ajudar você. Precisa da sua conta ou de um suporte técnico? Peça pra ela.



Fale pelo WhatsApp 31 3131-3131.

SERVIÇOS UTILIZADOS

OI MAIS

119,85



OI MÓVEL

+ Serviços Adicionais

59,70

MARIO PEDRO DOS SANTOS
CPF: 009.767.854-01
NÚMERO DO CLIENTE: 221075440
NÚMERO DA FATURA: 279158434
Nº PARA DÉBITO AUTOMÁTICO: 40037543654



Este documento foi gerado pelo usuário 008.***.***-05 em 05/09/2023 08:16:06

Número do documento: 23090415163560000000140040641

<https://pje.tjpe.jus.br:443/1q/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=23090415163560000000140040641>

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 04/09/2023 15:16:35

ESPOSENDE



OTC RECIFE PE PC1

ALCIDES MANOEL DA SILVA JUNIOR
RUA ALTO DO ABACAXI 5
COHAB
51335-190 RECIFE PE



Postagem: 02/12/2019
DGO-017323

721011231 2225 5000000173235021219



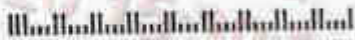
MARIO

CHEGOU SUA FATURA DA OI
Acesso www.oi.com.br/MiPagi

FATURA DE
JUL/2019
CÓDIGO MINHA OI
401737543654

VENCIMENTO
02/08/2019
Emissão em 18/07/2019
Período de 13/06/2019 a 13/07/2019

PAGAR (R\$)
184,18



CTC RECIFE PE PL1
MARIO PEDRO DOS SANTOS
RUA DR ADELINO FILHO 408
ESTANCIA
50781-025 - RECIFE - PE



7200009896 00000 00000000000 19 150719

PRECISA DE AJUDA?
FALE COM A JOICE
PELO WHATSAPP.

A Joice é a inteligência artificial da Oi. Ela está 24h por dia disponível pra ajudar você. Precisa da sua conta ou de um suporte técnico? Peça pra ela.



Fale pelo WhatsApp Oi 3131-3131.

SERVIÇOS UTILIZADOS

OI MAIS

119,85



OI MÓVEL

+ Serviços Adicionais

59,70

MARIO PEDRO DOS SANTOS
CPF: 009.767.854-01
NÚMERO DO CLIENTE: 2202754413
NÚMERO DA FATURA: 279158434
Nº PARA DÉBITO AUTOMÁTICO: 401737543654