



Número: **0037788-11.2023.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção A da 30ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **04/04/2023**

Valor da causa: **R\$ 11.137,50**

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 DAS NEVES ALBUQUERQUE (AUTOR)	
	BRUNO DE ARAUJO SENA (ADVOGADO(A)) MAYARA CRISTINA BARRETO (ADVOGADO(A))
COMPANHIA EXCELSIOR DE SEGUROS (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
136375322	21/06/2023 14:53	2883352_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_01	Ações processuais\Documento de Comprovação



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 30ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE RECIFE/PE - SEÇÃO A

PROCESSO: 00377881120238172001

CIA EXCELSIOR DE SEGUROS, 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 DAS NEVES ALBUQUERQUE**, 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\$ 2.362,50 (dois mil e trezentos e sessenta e dois reais e cinquenta 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,

RECIFE, 20 de junho 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



Este documento foi gerado pelo usuário 008.***.***-05 em 21/06/2023 14:54:15
Número do documento: 23062114533826400000133205558
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=23062114533826400000133205558>
Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELO JUNIOR - 21/06/2023 14:53:38

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





21/06/2023

Número: **0037788-11.2023.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção A da 30ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **04/04/2023**

Valor da causa: **R\$ 11.137,50**

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 DAS NEVES ALBUQUERQUE (AUTOR)	
	BRUNO DE ARAUJO SENA (ADVOGADO(A)) MAYARA CRISTINA BARRETO (ADVOGADO(A))
COMPANHIA EXCELSIOR DE SEGUROS (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
136375325	21/06/2023 14:53	anexo 1	Ações processuais\Documento de Comprovação

DADOS DO SINISTRO

Número: 3210098601

Cidade: Belo Jardim

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: MARIA DAS NEVES ALBUQUERQUE

Data do acidente: 05/04/2020

Seguradora: COMPANHIA DE SEGUROS ALIANÇA DA BAHIA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 14/04/2021

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DIAFISÁRIA DE FÊMUR DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO COM PLACA E PARAFUSOS, ALTA MÉDICA.
P1 / P2 / P7

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DE MEMBRO INFERIOR 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 LEVE DE MEMBRO INFERIOR 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
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50



PROCURAÇÃO

Outorgante MARIA DAS NEVES ALBUQUERQUE, brasileiro (a), **ESTADO CIVIL SOLTEIRA**, profissão **AGRICULTORA**, residente e domiciliado RUA ANTONIO TOME DE COUTO, nº 50, Município **BELO JARDIM** Estado **PE** CEP: 55160-000.
portador(a) do RG nº 7.668.366, SDS-PE e CPF nº 072.798.464-08.

Outorgado: CARLA MARIA FIRMINO MELO, brasileiro (a), estado civil **SOLTEIRA**, profissão **RECUSOU**, residente e domiciliado(a) à **Rua NUMERIANO ALVES BEZERRA, nº 37**, bairro: **CENTRO**. Município de **BELO JARDIM**, Estado de (o). **PERNAMBUCO** CEP: **55150-020**, portador (a) do RG nº .9.179.608. SDS/ .PE. e CPF nº 076.723.044-29.

Por este instrumento particular de procuração, o (a) outorgante nomeia e constitui o(a) outorgado(a) seu bastante procurador(a), para o fim especial de requerer junto à qualquer seguradora integrante do Consórcio Seguro DPVAT para atuar no processo de natureza INVALIDEZ, o pagamento do sinistro, que vitimou em acidente de trânsito o(a) Sr.(a) **MARIA DAS NEVES ALBUQUERQUE**, CPF: 072.798.464-08 ocorrido em 05/04/2020, conforme registrado pelo B.O 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/Crédito de Indenização de Sinistro DPVAT, para o pagamento de quitação da Indenização de Sinistro DPVAT**, enfim requerer e assinar todos os papéis e documentos que forem precisos e praticar todos os demais atos necessários para o mais amplo e fiel cumprimento do presente mandato.

BELO JARDIM 07 de MARÇO 2021.

Maria das Neves Albuquerque
Outorgante
CPF Nº: 072.798.464-08.



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0083225/21

Vítima: MARIA DAS NEVES ALBUQUERQUE

CPF: 072.798.464-08

CPF de: Próprio

Data do acidente: 05/04/2020

Titular do CPF: MARIA DAS NEVES ALBUQUERQUE

Seguradora: COMPANHIA DE SEGUROS ALIANÇA DA BAHIA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

CARLA MARIA FIRMINO MELO : 076.723.044-29

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

MARIA DAS NEVES ALBUQUERQUE : 072.798.464-08

- 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: 22/03/2021
Nome: CARLA MARIA FIRMINO MELO
CPF: 076.723.044-29

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 22/03/2021
Nome: RAPHAELLA CRISTINA CAVALCANTI DA SILVA
CPF: 703.646.014-85

CARLA MARIA FIRMINO MELO

RAPHAELLA CRISTINA CAVALCANTI DA SILVA



Este documento foi gerado pelo usuário 008.***.***-05 em 21/06/2023 14:53:57
Número do documento: 23062114533860500000133205561
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=23062114533860500000133205561>
Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 21/06/2023 14:53:38

Rio de Janeiro, 28 de Abril de 2021

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3210098601

Vítima: MARIA DAS NEVES ALBUQUERQUE

Data do Acidente: 05/04/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), MARIA DAS NEVES ALBUQUERQUE

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\$ 2.362,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros inferiores 70%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 = R\$ 2.362,50

Recebedor: MARIA DAS NEVES ALBUQUERQUE

Valor: R\$ 2.362,50

Banco: 260

Agência: 000000001

Conta: 000017491949-9

Tipo: CONTA CORRENTE

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 072.798.464-08 4 - Nome completo da vítima: MARIA DAS NEVES ALBUQUERQUE

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 DAS NEVES ALBUQUERQUE 6 - CPF: 072.798.464-08
7 - Profissão: AGRICULTORA 8 - Endereço: RUA ANTONIO TOME DE COUTO 9 - Número: 50 10 - Complemento:
11 - Bairro: SERRA DOS VENTOS 12 - Cidade: BELO JARDIM 13 - Estado: PE 14 - CEP: 55160-000
15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD): 81 991686771

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: CONTA: AGÊNCIA: 0001 CONTA: 17491949 9
(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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:
- Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
 - O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
 - O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vairnascido)? ☐ 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

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, Belo Jardim 17/03/21

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS.001 V002/2019

COMPARECEU A ESTA DELEGACIA A SRA MARIA DAS NEVES PARA REGISTRAR QUE FOI VÍTIMA DE UM ATROPELAMENTO NO DIA 05/04/2020, QUE A MESMA APRESENTOU TODOS OS DOCUMENTOS DOS HOSPITAIS E DO RESGATE EFETUADO PELO SAMU. A VÍTIMA SOLICITA O BOLETIM PARA QUE POSSA DAR ENTRADA NO SEGURO DPVAT

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

Maria das Neves Albuquerque
MARIA DAS NEVES ALBUQUERQUE
(VITIMA)

B.O. registrado por: **THIAGO ANDRADE CHAVES** - Matrícula: **3998991**
(Liberado em **17/03/2021** às **09:49**)





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 104ª CIRCUNSCRIÇÃO - BELO JARDIM - DP104ªCIRC
DINTER1/15ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **21E0194000608**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **17/03/2021** às **09:36**

ACIDENTE DE TRÂNSITO SEM VÍTIMA - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia **5/4/2020** às **19:48**

Natureza Jurídica: **ACIDENTE DE MOTO**

Fato ocorrido no endereço: **RUA SAO JOAO,, 00, PROX. DO CEMITERIO** - Bairro: **CENTRO - BELO JARDIM/PERNAMBUCO/BRASIL** - CEP: **000**

Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR \ AGENTE)

MARIA DAS NEVES ALBUQUERQUE (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

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

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

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

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

MARIA DAS NEVES ALBUQUERQUE (presente ao plantão) - Nome Social: MARIA Sexo: Masculino Mãe: MARIA DA PAZ ALBUQUERQUE Pai: DURVAL JOSE DE ALBUQUERQUE Data de Nascimento: 17/3/2021 Naturalidade: BELO JARDIM / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 7668366/SDS/PE (RG) Estado Civil: SOLTEIRO(A) Escolaridade: ANALFABETO Profissão: AGRICULTOR(A) Telefones Celulares: - 81981448502

Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE BELO JARDIM, 00, RUA ANTONIO TOMERIO PORTO, SERRA DOS VENTOS - CEP: 00000 - Bairro: - BELO JARDIM/PERNAMBUCO/BRASIL, RUA DO COMERCIO**

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

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

Categoria/Marca/Modelo: **DESCONHECIDO/DESCONHECIDO/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**

Quantidade: **1,000 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **0000000** (PERNAMBUCO/BELO JARDIM) Renavam: **000000000** Chassi: **000000000000000000**

Ano Fabricação/Modelo: **2020/2020** Combustível: **ALCO/GASOL**

Complemento / Observação



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:

072.798.464-08

4 - Nome completo da vítima:

MARIA DAS NEVES ALBUQUERQUE

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 DAS NEVES ALBUQUERQUE

6 - CPF:

072.798.464-08

7 - Profissão:

AGRICULTORA

8 - Endereço:

RUA ANTONIO TOME DE COUTO

9 - Número:

50

10 - Complemento:

11 - Bairro:

SERRA DOS VENTOS

12 - Cidade:

BELO JARDIM

13 - Estado:

PE

14 - CEP:

55160-000

15 - E-mail:

16 - Tel.(DDD):

81 991686771

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: NU PAGAMENTOS S.A.

AGÊNCIA:

(Informar o dígito se existir)

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: 0001

(Informar o dígito se existir)

CONTA: 17491949

9

(Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

☐ Solteiro

☐ Casado (no Civil)

☐ Divorciado

☐ Separado Judicialmente

☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

☐ Sim ☐ Não

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

28 - Vítima teve filhos?

☐ Sim ☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:

30 - Vítima deixou nascituro (vainascer)?

☐ 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

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, Bele Jardim 17/03/21

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS.001 V002/2019

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: Doc - Transferencia para conta em outro banco

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

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1234 CONTA: 12345

DATA DA TRANSFERENCIA:	19/04/2021
NUMERO DO DOCUMENTO:	321009860101
VALOR TOTAL:	2.362,50

TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: MARIA DAS NEVES ALBUQUERQUE

BANCO: 260

AGÊNCIA: 00001

CONTA: 000017491949

Número da Autenticação
7A28B6DACF23436B





NOTA FINCA

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

JANETE BARROS SILVA

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
RUA ANTONIO TOME DE COU TO 50

CPF 104 610 194-34

SERRA DOS VENTOS/SERRA DOS VENTOS
BELQ JARDIM PE
55160-000

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL
RESIDENCIAL
Monofásico

Nº DA NOTA FISCAL	NOME	EMISSÃO
136740833	URICA	03/12/2020

APRESENTAÇÃO	Nº DO CLIENTE	Nº DE INSTALAÇÃO
02/12/2020	2000387673	215665

CÓDIGO CONTRATO	MESES
7015501329	12/2020
DATA DE VENCIMENTO	DIA/MÊS/ANO
10/12/2020	04/01/2021
TOTAL A PAGAR (R\$)	9,67

DESCRICAÇÃO DA NOTA FISCAL

	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Abvio(KWH)-TUS-D	30,0000000	0,34686158	10,4058474
Consumo Abvio(KWH)-TE	30,0000000	0,26888905	8,0666715
Acréscimo Bandeira VERMELHA			8,0666715
Multa por atraso-NF 126471787 - 02/10/20			0,0666715
Multa por atraso-NF 122505834 - 02/09/20			0,3333333
Multa por atraso-NF 144555182 - 02/07/20			0,3333333
Multa por atraso-NF 118364661 - 04/08/20			0,3333333
Juros por atraso-NF 122505834 - 02/09/20			0,3333333
Juros por atraso-NF 144555182 - 02/07/20			0,3333333
Juros por atraso-NF 126471787 - 02/10/20			0,0666715
Juros por atraso-NF 118364661 - 04/08/20			0,1666667
Atualização IGPM-NF 122505834 - 02/09/20			1,5000000
Atualização IGPM-NF 144555182 - 02/07/20			0,5833333
Atualização IGPM-NF 126471787 - 02/10/20			2,3166667
Atualização IGPM-NF 118364661 - 04/08/20			0,5833333
Devolução Pagamento em Duplicidade			1,9500000
			-18,2000000

TOTAL DA FATURA

987

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA HOJA FINCA

Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR		ATUAL		Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (KWH)
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA				
P47450	CAT	03/10/2020	17.000,00	03/10/2020	17.011,00	28	1.000,00		11,00

CONSTITUTION OF THE CONSUMERS

Month	Measurements (in thousands)
OCT 20	20
NOV 20	30
DEC 20	30
JAN 21	30
FEB 21	30
MAR 21	90
APR 21	60
MAY 21	50
JUN 21	50
JUL 21	50
AUG 21	30
SEP 21	30
OCT 21	30
NOV 21	30
DEC 21	30
JAN 22	30
FEB 22	30
MAR 22	30
APR 22	30
MAY 22	30
JUN 22	30
JUL 22	30
AUG 22	30
SEP 22	30
OCT 22	30
NOV 22	30
DEC 22	30
JAN 23	30
FEB 23	30
MAR 23	30
APR 23	30
MAY 23	30
JUN 23	30
JUL 23	30
AUG 23	30
SEP 23	30
OCT 23	30
NOV 23	30
DEC 23	30
JAN 24	30
FEB 24	30
MAR 24	30
APR 24	30
MAY 24	30
JUN 24	30
JUL 24	30
AUG 24	30
SEP 24	30
OCT 24	30
NOV 24	30
DEC 24	30

Abstract

	SARE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
ICMS			
PIS	16,57	1,20	6,32
COFINS	16,57	5,60	1,04

Faturado por número de teste - Custo de Disponibilidade, Artigo 98, Resolução ANEP 414/2010

TAMPAK APRIKADAN

Consumo administrativo-TJSE	0,32318000
Consumo administrativo-TJ	0,25118000

THE UNIVERSITY OF CHICAGO PRESS

4F74 4C67 7699 5A8B 80CD 269B 94B7 6565

INFORMACIÖE IMPORTANTE

INFORMAÇÕES IMPORTANTES
Pagamos pontos mais perto de você! Formamos um justo preço, as histórias de quem chegou, o sucesso, os caminhos e o respeito.
Um Brasil da vida inteira e também em rigor e Verdade. Mais educação! Em nosso Brasil, gente. O cliente é o primeiro.
24 horas por dia, 7 dias por semana, 365 dias por ano, com a certeza de que você está em boas mãos. O cliente é o primeiro.
24 horas por dia, 7 dias por semana, 365 dias por ano, com a certeza de que você está em boas mãos. O cliente é o primeiro.
24 horas por dia, 7 dias por semana, 365 dias por ano, com a certeza de que você está em boas mãos. O cliente é o primeiro.

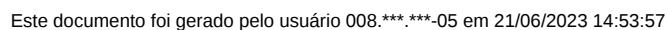
As consultas gerais se tornaram obrigatórias em 1995, com a publicação da Lei nº 9.101/95, que instituiu o Sistema Nacional de Informações em Saúde (SNIS). Desde então, os municípios são obrigados a enviar dados sobre a população, nascimentos, óbitos, doenças e agravos de notificação compulsória, entre outros.

DURASIO N. FASCEGGIA SAN VINCENZO

CONSUMO	VALOR APURADO en \$ (1000)	LÍMITE MENSUAL	LÍMITE TRIMESTRAL	LÍMITE ANUAL
ENC	0,00	5,87	11,34	22,69
ENC	0,00	3,36	8,50	13,20
ENC	0,00	3,36	0,00	0,00

...even he would

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



Número do documento: 23062114533860500000133205561

<https://pje.tjpe.jus.br:443/1q/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=230621145338605000001133205561>

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 21/06/2023 14:53:38

Num. 136375325 - Pág. 10

NOTA FISCAL | FATURA | CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA 2a VIA

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


www.celpe.com.br

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 móveis

DADOS DO CLIENTE
CARLA MARIA FIRMINO MELO
CPF: 076.723.044-29

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
RUA NUMERIANO A BEZERRA 37 . GARAGEM
BOA VISTA/BELO JARDIM
55150-020 BELO JARDIM PE
As condições gerais de fornecimento (Resolução ANEEL 414/2010), tarifas, produtos, serviços prestados e tributos se encontram à disposição, para consulta em nossas unidades de atendimento e no site www.celpe.com.br

DATA DE VENCIMENTO
18/12/2020
TOTAL A PAGAR (R\$)
43,15

DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL
11/12/2020
DATA DA APRESENTAÇÃO
11/12/2020
NÚMERO DA NOTA FISCAL
135505782

CONTA CONTRATO
007009352010
Nº DO CLIENTE
2010366692
Nº DA INSTALAÇÃO
0000294362

CLASSIFICAÇÃO
B3 COMERCIAL - COMERCIAL
Monofásico

RESERVADO AO FISCO
F590.8888.CC7C.F7B8.F16F.B7AC.BAD1.15F0

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)
Consumo Ativo(kWh)-TUSD	30,00	0,47425887	14,22
Consumo Ativo(kWh)-TE	30,00	0,36862342	11,05
Acréscimo Bandeira VERMELHA			0,99
Contrib. Ilum. Pública Municipal			3,53
ICMS Subvenção-CDE-NF 127709202-13/10/20			0,16
Multa por atraso-NF 127709202 - 13/10/20			0,48
Juros por atraso-NF 127709202 - 13/10/20			0,17
Atualização IGPM-NF 127709202 - 13/10/20			0,55
Doação APAE - 0800 722 2723			7,00
Doação LBV - 0800 055 5099			5,00
TOTAL DA FATURA			43,15

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS					
ICMS		PIS		COFINS	
BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
26,26	25,00	6,56	26,26	1,23	0,32
			26,26	5,63	1,47

APÓS 28/12/2020, DÉBITOS EXISTENTES CAUSARÃO CORTE.

Vencido	Dt Reav	Valor
18/11/20	11/12/20	65,45

Este comunicado NÃO substitui aviso de débitos anteriores e NÃO contempla débitos em discussão judicial. Caso a suspensão do fornecimento persista por dois ciclos de faturamento, poderá ocorrer o encerramento do contrato, podendo também existir cobrança conforme os critérios definidos no Art. 99 REN 414/Aneel. Podem ocorrer ações de cobrança, bem como inclusão nos registros de restrições de crédito SPC e SERASA.

Tarifas Aplicadas
Consumo Ativo(kWh)-TUSD 0,32316000
Consumo Ativo(kWh)-TE 0,25118000

HISTÓRICO DO CONSUMO
kWh
DEZ 20 30
NOV 20 30
OUT 20 30
SET 20 30
AGO 20 30
JUL 20 30
JUN 20 30
MAI 20 30
ABR 20 30
MAR 20 30
FEV 20 30
JAN 20 30
DEZ 19 30

Faturado pelo mínimo da fase - Custo de Disponibilidade, Artigo 98, Resolução ANEEL 414/2010.

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

NÚMERO DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR		ATUAL		Nº DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO kWh
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA				
00000000081026939	CAT	11/11/2020	8.036,00	11/12/2020	8.036,00	30	1,00000	0,00	0,00

DATA PREVISTA PARA A PRÓXIMA LEITURA: 12/01/2021

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES

DESCRIÇÃO	CONJUNTO	VALOR APURADO	META MENSAL	META TRIM.	META ANUAL
out/2020					
DIC-No.de horas sem Energia	BELO JARDIM	0,00	5,67	11,34	22,69
FIC-No.de vezes sem Energia		0,00	3,30	6,60	13,20
DMIC-Duração máxima de interrupção contínua		0,00	3,29	0,00	0,00
DICRI-Duração de interrupção em dia crítico					Limite DICRI: 12,22
EUSD-Valor do Encargo de Uso = R\$ 9,69					
Todo Consumidor pode solicitar a apuração dos indicadores DIC, FIC, DMIC e DICRI a qualquer tempo.					

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Pague no ponto mais perto de você! ag correios bento fernandes: praca dom luiz sao pedro / farmacia caxias: rua pedro firmino sao pedroLista completa em www.celpe.com.br.
Na data da leitura a bandeira em vigor é a Vermelha. Mais informações em www.aneel.gov.br.
Cobrança ICMS sobre subvenção CDE, conforme Decreto Estadual 39.459/13.
O cliente é compensado quando há violação na continuidade individual ou do nível de tensão de fornecimento.
Pagto. em atraso gera multa 2%(Res414/ANEEL), Juros 1%a.m(Lei 10.438/02) e atualização monetária no próx. mês
O Cliente é compensado quando há descumprimento do prazo definido para os padrões de atendimento comercial.
Em caso de suspensão de fornecimento, o encerramento do contrato poderá ocorrer após 2 ciclos de faturamento, podendo também ser cobrado o custo de disponibilidade no ciclo em que ocorrer a suspensão.
O consumidor pode cancelar a cobrança de serviços de terceiros na fatura a qualquer tempo - Art 7º REN 581/13.
Acesse www.celpe.com.br e confira nosso Aviso de Privacidade.

NÍVEIS DE TENSÃO

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

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

DESTAQUE AQUI

CONTA CONTRATO 007009352010	MÊS/ANO 12/2020	TOTAL A PAGAR(R\$) 43,15	VENCIMENTO 18/12/2020	TALÃO DE PAGAMENTO
--------------------------------	--------------------	-----------------------------	--------------------------	--------------------

15/01/2021

2a Via de Fatura

838900000005 431500110072 009352010103 172202711130



Evite dobrar, perfurar ou rasgar.
Este canhoto será usado em leitora ótica.

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

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 CARLA MARIA FIRMINO MELO inscrito (a) no CPF/CNPJ 076.723.044-29 / _____
na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário MARIA DAS NEVES ALBUQUERQUE inscrito
(a) no CPF sob o Nº 072.798.464-08 / _____, do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima
MARIA DAS NEVES ALBUQUERQUE inscrito (a) no CPF sob o Nº 072.798.464-08 / _____, 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.

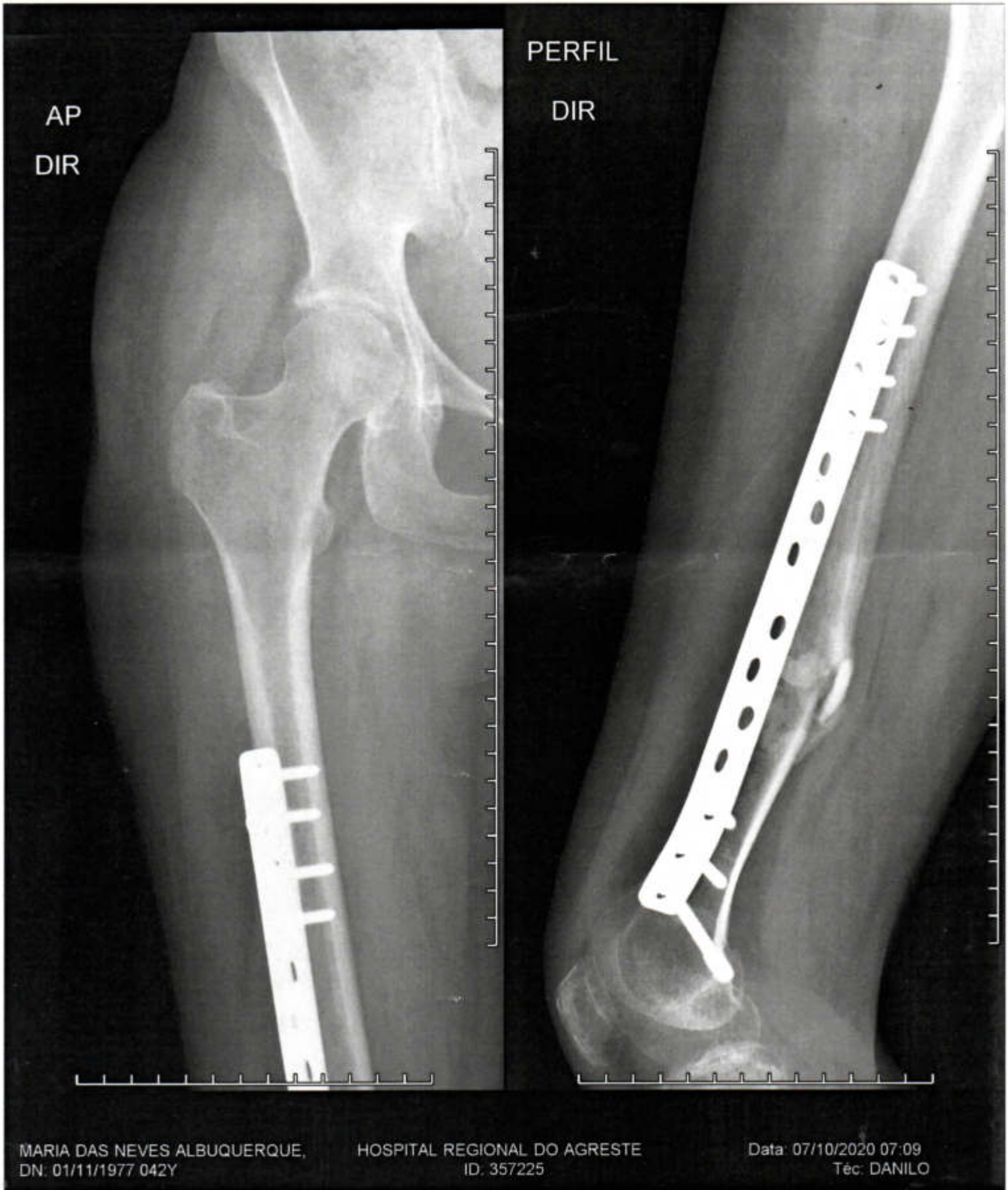
Endereço <u>RUA NUMERIANO ALVES BEZERRA</u>		Número <u>37</u>	Complemento
Bairro <u>BOA VISTA</u>	Cidade <u>BELO JARDIM</u>	Estado <u>PE</u>	CEP <u>55150-020</u>
Email <u>carlafirminomelo@hotmail.com</u>		Telefone comercial(DDD) <u>(81) 9.9569-0261</u>	Telefone celular (DDD) <u>(81) 9.9168-6771</u>

BELO JARDIM, 18 de MARÇO de 2021
Local e Data

Carla Maria Firmino Melo
Assinatura do Declarante

DLDR.L001 V001/2017





BR 232 - KM 130 - INDIANÓPOLIS - CARUARU - PE
CEP: 55.000-000 - FONE: 81 3719-9362



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE
PERNAMBUCO

HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE – HRA

RESUMO DE ALTA

NOME: MARIA DAS NEVES ALBUQUERQUE

PRONTUÁRIO: 357225

DATA DE ENTRADA: 06/04/2020

DIAGNÓSTICO: FX DIAFISÁRIA FÊMUR D

AMBULATÓRIO DE EGRESSO – INFORMAÇÕES ADICIONAIS:

PACIENTE DE ALTA DA ORTOPEDIA, SOB ORIENTAÇÕES DOS COORDENADORES DO SERVIÇO. RETORNAR AO AMBULATÓRIO DE DR. ANDERSON ARY EM 30 DIAS. ORIENTAÇÕES ADICIONAIS DADA AO PACIENTE E ACOMPANHANTES.

TRATAMENTO REALIZADO: RAFI

ORIENTAÇÕES:

1. LAVAR A FERIDA OPERATÓRIA DIARIAMENTE COM ÁGUA E SABÃO NEUTRO;
2. CURATIVO DIÁRIO; APÓS 48H, SE NÃO HOUVER SECREÇÃO, DEIXAR SEM CURATIVO.
3. FAZER USO DAS MEDICAÇÕES PRESCRITAS NA ALTA (ATB:CEFADROXILA POR 10 DIAS)
4. RETIRAR PONTOS NA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA MAIS PRÓXIMA DE CASA EM 10 A 14 DIAS;
5. MOBILIZAR PACIENTE AO DECORRER DO DIA. OPTANDO SEMPRE POR MANTER SENTADO ASSIM EVITANDO ESCARAS DE DECÚBITO E OUTRAS COMORBIDADES.
6. ANALGESIA QUANDO NECESSÁRIO (VIDE RECEITUÁRIO).
7. NÃO COLOCAR "PESO DO CORPO" NO MEMBRO CIRURGIADO (QUANDO O PACIENTE TIVER SEGURANÇA PARA ANDAR, UTILIZAR MULETAS OU ANDADOR).
8. ALIMENTAÇÃO ADEQUADA E CONTROLE DE COMORBIDADES ASSOCIADAS

ALTA HOSPITALAR: 13/04/2020

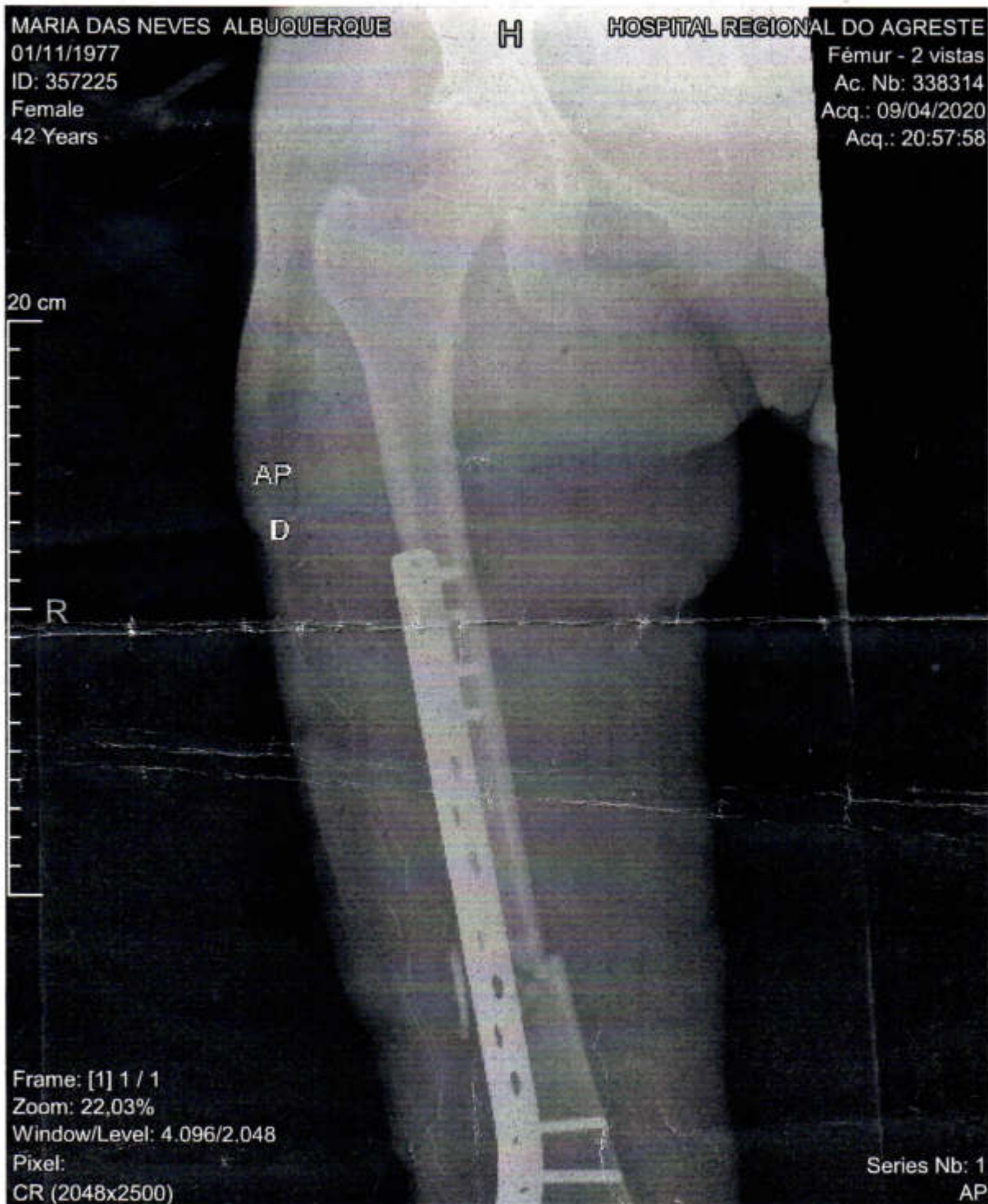
TELEFONE P/ CONTATO: (81) 3719-9389

Dr. Raphael Uchôa
Médico Residente
Ortopedia/Traumatologia
CRM-PE 29.118

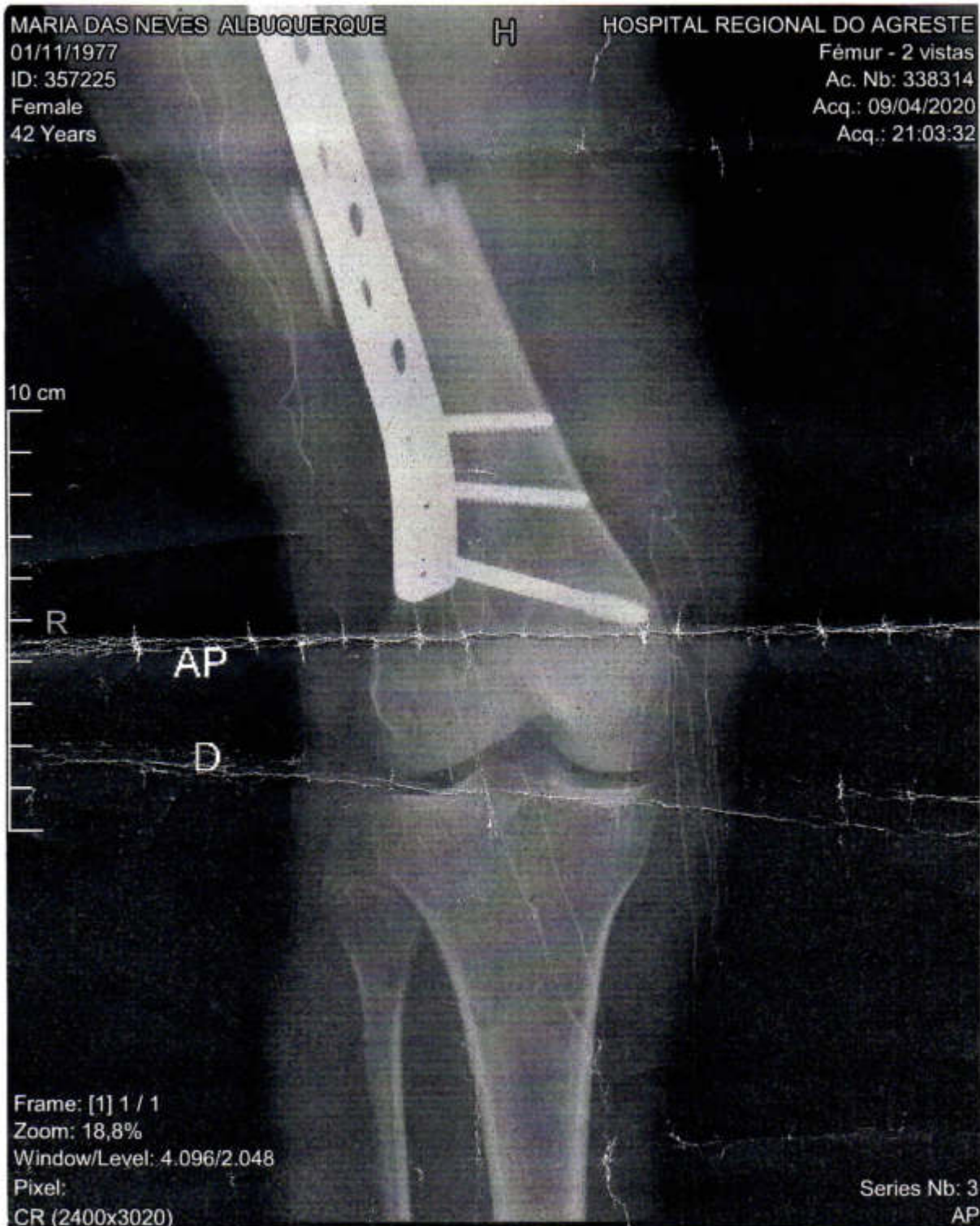
ASS: DO MÉDICO RESIDENTE

12-05-20
6:00
Dr. Norton











HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE
EMERGÊNCIA



1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Atendimento: 599743 Prontuário: 357225

Nome: MARIA DAS NEVES ALBUQUERQUE
Data Nasc.: 01/11/1977 Idade: 42 Sexo: FEMININO Cor: PARDA Religião:
CPF: RG: CNS: 898004042437267
Endereço: RUA ANTONIO TOME DE PORTO Nº: 14
Bairro: SERRA DOS VENTOS Cidade: BELO JARDIM Estado: PE
CEP: 55153395 Fone: 82197983 Profissão:
Nome da Mãe: MARIA DA PAZ ALBUQUERQUE
Acompanhante:
Motivo do Atendimento: VITIMA DE ATROPELAMENTO
Clínica: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

2 - ATENDIMENTO Data: 05/04/2020 23:52 Médico: MEDICO PLANTONISTA

Queixa Principal / HDA:

Vitima de atropelamento
chega desorientada, confusa
e/ou sonolenta

Exame Físico:

hematoma periorbital
inerte + edema anverso 2+4
edema + deformidade na zona D

Diag. Provisório:

TCE + fratura fechada de fêmur D

① Parar da S geral

② manter imobilização p/ tração q/ potentes

Prescrição:

Data

③ analg. 100mg/100mg 8/8/24h (Falta)

Dieta:

Horário

06/04/20

Ex. Geral

Solicitado parâmetros de parâmetros vitais de trauma
atendimento atualizado, em como que gestão de
questões por parte desta. Desconheço o nível e não
se querendo algum

Dr. Diego Tavares
Cirurgião Geral
CRM/PE 23314

ECR, monitorando a/c e pupila reagente + simétrico

ACV - RIN, ET, SSS, BNF AN - MV + R AHT + IRA, Ser

infusão e nebulização
ABU - Placm, depressão, lavagem dolorosa e BL
Otro TAC crânio, tórax, abd



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO

RELATÓRIO OPERATÓRIO

Unidade de saúde: HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE

Paciente: MARIA DAS NEVES ALBUQUERQUE

Nº Registro: 357225

Clínica: ORTOPEDIA

Nº do leito:

Operador: DR. ANDERSON ARY DIAS

1º Assistente: DR. MARCOS IRAN R2

2º Assistente:

Instrumentador: JOSÉ

Anestesista:

Anestesia: RAQUIANESTESIA

Duração:

Data da Operação: 09/04/2020

Início:

Término:

Diagnóstico Pré-operatório: FRATURA DIAFISÁRIA DO FÊMUR DIREITO

Diagnóstico Pós-operatório: O MESMO

Operação Proposta: OSTEOSÍNTESE COM HIM

Operação Realizada: OSTEOSÍNTESE COM PLACA E PARAFUSO

DESCRIÇÃO DO ATO OPERATÓRIO

1. PACIENTE EM DECÚBITO VENTRAL HORIZONTAL SOB ANESTESIA
2. ASSEPSIA + ANTISSEPSIA + APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTÉREIS
3. INCISÃO MEDIAL E JOELHO
4. PUNÇÃO INICIAL
5. REDUÇÃO E PASSAGEM DE FIO GUIA
6. FRESAGEM DO CANAL MEDULAR
7. FOI OBSERVADO CANAL MEDULAR MUITO ESTREITO, PELO QUAL OPTOU-SE POR FIXAÇÃO COM PLACA E PARAFUSO
8. INCISÃO LATERAL EM COXA
9. APOSIÇÃO DE PLACA DCP 4,5MM USANDO-SE MÉTODO EM PONTE
10. FIXAÇÃO POR PARAFUSOS CORTICAIS E ESPONJOSO
11. CONTROLE RADIOSCÓPICO
12. SUTURA E CURATIVO

Anderson Ary Dias
Ortopedista e Traumatologista
CRM 21731



Este documento foi gerado pelo usuário 008.***.***-05 em 21/06/2023 14:53:57

Número do documento: 23062114533860500000133205561

<https://pje.tje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=23062114533860500000133205561>

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 21/06/2023 14:53:38

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO REALTÓRIO DE OPERAÇÃO (DESCRIÇÃO CIRÚRGICA)	
Unidade de saúde: HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE	
Paciente: MARIA DAS NEVES ALBUQUERQUE	Nº Registro:
Clínica: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	Nº do leito:
OPERADOR: DR ALEXANDRE RÊGO FILHO CRM-PE 20819 // TEOT 14909	
PRIMEIRO ASSISTENTE: INSTRUMENTADOR: ANESTESIA: SEDAÇÃO + LOCAL	SEGUNDO ASSISTENTE: ANESTESISTA:
DURAÇÃO: DATA DA OPERAÇÃO: seg, 6 de abril de 2020	
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: FRATURA DO FEMUR DIREITO DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO: FRATURA DO FEMUR DIREITO OPERAÇÃO PROPOSTA: INSTALAÇÃO DE TRAÇÃO ESQUELÉTICA TIBIAL PARA FRATURA DO FEMUR DIREITO OPERAÇÃO REALIZADA: INSTALAÇÃO DE TRAÇÃO ESQUELÉTICA TIBIAL PARA FRATURA DO FEMUR DIREITO	
DESCRIÇÃO DO ATO OPERATÓRIO: PACIENTE EM DDH; ASSEPSIA E ANTISSEPISIA; APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTEREIS; INSTALAÇÃO DE TRAÇÃO ESQUELETICA TRANSTIBIAL	
DATA seg, 6 de abril de 2020	ASSINATURA: DR ALEXANDRE RÊGO FILHO CRM-PE 20819 // TEOT 14909



DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins que Jana dos Melles
Albuquerque residente Antônio T. de Góes
Sera dos Ventos esteve internado
neste Hospital no período de 05-04-2020 à
_____ com diagnóstico de CID:
Doença pulmonar prontuário nº _____.

OBS: O original se encontra disponível ao INSS para averiguação neste arquivo.

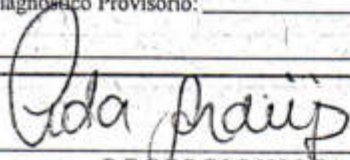
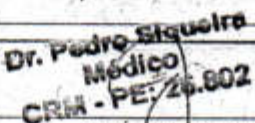
OBS: Por motivo de danificação dos prontuários os mesmos estão sendo refeitos.

Belo Jardim 28/05/2020

Jeová A. Ferreira
Coordenador Executivo
HJAL / UPA

Responsável



 Prefeitura de Belo Jardim A mudança começa com trabalho SECRETARIA DE SAÚDE		SECRETARIA DE SAÚDE DO MUNICÍPIO HOSPITAL JÚLIO ALVES DE LIRA FOLHA DE INTERNAÇÃO E ALTA HOSPITALAR		Registro Nº: _____ Data: <u>05-04-2020</u> Hora: <u>21:30h</u>										
Unidade de Saúde: HOSPITAL JÚLIO ALVES DE LIRA														
PACIENTE	NÚMERO DO CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS): <u>89181004042437267</u>		DOCUMENTO IDENTIDADE / CPF: _____											
	Nome: <u>Maria das Neves Albuquerque</u>			Idade: <u>42</u>										
	Data de Nascimento: <u>01/11/77</u>		Sexo: <u>F</u>	Cor: <u>P</u>	Estado Civil: <u>solteira</u>									
	Naturalidade: <u>Belo Jardim</u>		Profissão: <u>agricultor</u>											
	Endereço: <u>R. Antônio T. de Sousa Sena do Monte</u>													
	Procedência: <u>Belo Jardim</u>		Telefone: _____											
RESPONSÁVEL	Responsável: _____ Parentesco: _____													
	Endereço: _____ Fone: _____													
	Trazido por: <u>Sonu</u>													
	Endereço: _____ Fone: _____													
OCORRÊNCIA	Local do Acidente: _____ Data: ____/____/____ Hora: _____													
	<table><tr><td rowspan="3">NATUREZA DO ACIDENTE</td><td>☐ Casual</td><td>☒ Acid. do Trânsito</td><td>☐ Tentativa de Suicídio</td></tr><tr><td>☐ Queda</td><td>☐ Intoxicação</td><td>☐ Outras Causas</td></tr><tr><td>☐ Acid. do Trabalho</td><td>☐ Agressão</td><td></td></tr></table>					NATUREZA DO ACIDENTE	☐ Casual	☒ Acid. do Trânsito	☐ Tentativa de Suicídio	☐ Queda	☐ Intoxicação	☐ Outras Causas	☐ Acid. do Trabalho	☐ Agressão
NATUREZA DO ACIDENTE	☐ Casual	☒ Acid. do Trânsito	☐ Tentativa de Suicídio											
	☐ Queda	☐ Intoxicação	☐ Outras Causas											
	☐ Acid. do Trabalho	☐ Agressão												
ATENÇÃO MÉDICA	Atendimento: ☒ Clínico ☐ Cirúrgico													
	História da Doença Atual: <u>Acidente, vítima de acidente de carro/cabo-soleamento. Apresenta lesão em perna D</u>													
	EXAME - FÍSICO													
	Pressão Arterial: _____ Pulso: _____ Temperatura: _____ Peso: _____													
	<u>MM II lesão em perna direita</u>													
Diagnóstico Provisório: _____														
 RECEPCIONISTA			 Dr. Pedro Siqueira Médico CRM - PE/26.802 MÉDICO CREMEPE											

Num. 136375325 - Pág. 24



ENCAMINHAMENTO PARA ESPECIALISTA

PACIENTE: Marta dos Reis Albuquerque, 42a

REGISTRO:

DADOS CLÍNICOS: Paciente com quadro de deslocamento e fratura em fêmur direito.

EXAMES COMPLEMENTARES / RESULTADO: Radiol - 2

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA: Fratura fêmur D

CONDUTA ADOTADA: Análise e imobilização

JUSTIFICATIVA DO ENCAMINHAMENTO:

ENCAMINHADO PARA: HRA 5917581

05/04/2020
DATA

Dr. Pedro Siqueira
Médico
CRM - PE: 26.802
NOME

Dr. Pedro Siqueira
Médico
CRM - PE: 26.802
CRM

UNIDADE ESPECIALISTA:

EXAMES CLÍNICOS:

EXAMES COMPLEMENTARES:

PARECER DO ESPECIALISTA:

TRATAMENTO PROPOSTO:

LOCAL: NA UNIDADE DE ORIGEM ☐
NA UNIDADE DE REFERÊNCIA ☐
OUTRO SERVIÇO ☐

NOME

CRM

DATA





**SAMU
192**



PREFEITURA DE
Belo Jardim
A Autoridade começa com Educação

DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins, em atenção ao pedido da (a) Sr. (a) BENEDITO MANOEL DE LIMA CPF 077.568.374-44. Que consta em nossos registros de ocorrência do SAMU REGIONAL DO AGRESTE, atendimento realizado por este serviço ao mesmo com ID-0476 no dia 05/04/2020 as 19:48, na Zona Rural na cidade Belo Jardim - PE. Paciente vítima de colisão moto com moto, apresentando escoriações e luxação de Patela. Conduta realizada conforme médico regulador, tendo sido enviado a USB que prestou atendimento a Vítima no local, sendo transportado ao HOSPITAL JÚLIO ALVES DE LIRA.

Belo Jardim, 26 de Maio de 2020

Angela S. Oliveira
Coord. Samu - BJ
FONE / PE 354.520

SAMU – Base Descentralizada de Belo Jardim

Rua Cel. Antônio Marinho, nº275 – Airton Maciel – Belo Jardim/PE

Fone: (81) 3726-5380



Este documento foi gerado pelo usuário 008.***.***-05 em 21/06/2023 14:53:57

Número do documento: 23062114533860500000133205561

<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=23062114533860500000133205561>

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 21/06/2023 14:53:38

PROIBIDO PLASTIFICAR

1487707000

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

1487707000

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

MINISTÉRIO DA JUSTIÇA

SECRETARIA DE REGISTRO CIVIL

SECRETARIA NACIONAL DE REGISTRO CIVIL

1988

1988

1988

1988

NOME

CARLA MARIA FIMMINO MELO

DOC. IDENTIDADE / CNH EMISSOR / UF

9179608 RDD PE

CNP

076.723.044-29

DATA NASCIMENTO

08/01/1988

RAO DECLARADO

FILIAÇÃO

DECLARADA FIMMINO MELO

REGISTRO

05874520618

VALIDADE

23/11/2022

ACQ

09/09/2013

CAT. HAB.

8

OBSERVAÇÕES

LOCAL

CARUARU, PE

ASSINATURA DO PORTADOR



DATA EMISSÃO

24/11/2017

Assessor Jurídico

31457418898

Assessor Jurídico

PE080284343

PERNAMBUCO



Este documento foi gerado pelo usuário 008.***.***-05 em 21/06/2023 14:53:57

Número do documento: 23062114533860500000133205561

<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=23062114533860500000133205561>

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 21/06/2023 14:53:38

Num. 136375325 - Pág. 27



VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL	
REGISTRO GERAL	7.668.366
DATA DE EXPEDIÇÃO	19/11/2012
NOME	<< MARIA DAS NEVES ALBUQUERQUE >>
FILIAÇÃO	<< DURVAL JOSÉ DE ALBUQUERQUE >> << MARIA DA PAZ ALBUQUERQUE >>
NATURALIDADE	BELO JARDIM - PE
DATA DE NASCIMENTO	01/11/1977
DOC. ORIGEM	<< 073957 01 55 2012 1 00002 113 0001238 35 BELO JARDIM-PE. >>
CPF	072.798.464-08
ASSINATURA DO TITULAR	
LEI Nº 7.116 DE 2008/83	





IDENTIFICAÇÃO

VITIMA MARIA DAS NEVES ALBUQUERQUE

DATA DO ACIDENTE 05/04/2020 CPE DA VITIMA 072.798.464-08

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO CARLA MARIA FIRMINO MELO

QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR () VITIMA (X) REPRESENTANTE LEGAL, CUIO PARANTESCO COM A VITIMA É PROCURADOR

ENDEREÇO DO PORTADOR RUA NUMERIANO ALVES BEZERRA

Nº 37 COMPLEMENTO GARAGEM BAIRRO BOA VISTA

CIDADE BELO JARDIM UF PE CEP 55150-020

E-MAIL carlafirmino@hotmai.com TELEFONE (81) 991686771

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- (X) REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- (X) 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)
- (X) CPF DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- (X) 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 ALTA DEFINITIVA
- (X) BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- (X) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- (X) AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VITIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFERNEM 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 É 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)
- () CPE DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SORRIDAS 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 / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VITIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFERNEM 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 É QUEM REPRESENTA A VITIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- VALORES DE INDENIZAÇÃO
 - MORTE - R\$ 13.500,00
 - INVALIDEZ PERMANENTE - ATÉ R\$ 13.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/74.
 - DESPESAS MÉDICAS (DAMS) - REMBOLSO 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 FORMULÁRIO
- PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSSE WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA

DATA

IDENTIDADE 9179608 SDS-PE

NOME

ASSINATURA

ASSINATURA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3210098601

Cidade: Belo Jardim

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: MARIA DAS NEVES ALBUQUERQUE

Data do acidente: 05/04/2020

Seguradora: COMPANHIA DE SEGUROS ALIANÇA DA BAHIA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 14/04/2021

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DIAFISÁRIA DE FÊMUR DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO COM PLACA E PARAFUSOS, ALTA MÉDICA.
P1 / P2 / P7

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DE MEMBRO INFERIOR 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 LEVE DE MEMBRO INFERIOR 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
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

