

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: LUCICLEIDE MARIA DA SILVA, brasileira, solteira, portadora de Cédula de Identidade sob o RG n.º 9.315.844, expedida pela SDS/PE, inscrita no CPF sob o n.º 114.401.864-13, residente e domiciliada na Rua Dois Alcides José da Silva, Tracunhaém/PE, CEP 55.805-000.

OUTORGADO: JULIANA DE ALBUQUERQUE MAGALHÃES, brasileira, solteira, advogada inscrita na OAB/PE sob o nº 22.820, com endereço profissional à Av. Fagundes Varela, 988, Salas 10, Jardim Atlântico, Olinda-PE, com endereço eletrônico jm_adv08@hotmail.com

PODERES

Para representá-lo em juízo, conforme cláusula "ad judicia", conferindo-lhe amplos poderes para defendê-lo em qualquer juízo, instância ou Tribunal, outorgando-lhe poderes especiais para requerer, contestar, indicar provas e testemunhas, protestar, executar, desistir, renunciar ao direito sobre o qual se funda a ação, transigir, firmar acordos e compromissos, desarquivar processos, recorrer, acompanhar andamento de processo, apresentar contrarrazões, requerer e receber Alvará Judicial para dar quitação, pedir a justiça gratuita e **assinar declaração de hipossuficiência econômica**, em conformidade com a norma do art. 105 do NCPC15, podendo ainda substabelecer em parte ou no todo, com ou sem reservas, hipótese em que comunicará aos outorgantes os poderes que ora são outorgados, sempre no interesse dos outorgantes.

Carpina/PE, 21 de novembro de 2019.


Outorgante



TERMO DE RESPONSABILIDADE

EU, **LUCICLEIDE MARIA DA SILVA**, brasileira, solteira, portadora de Cédula de Identidade sob o RG n.º 9.315.844, expedida pela SDS/PE, inscrita no CPF sob o n.º 114.401.864-13, residente e domiciliada na Rua Dois Alcides José da Silva, Tracunhaém/PE, CEP 55.805-000.

Declaro para os devidos fins de direito que me responsabilizo por todas as informações, declarações prestadas e documentos apresentados para requerer a Indenização do Seguro Obrigatório DPVAT Judicialmente, visto que fui vítima de um acidente de trânsito, perante qualquer juízo e órgãos municipais, estaduais e federais, de total minha responsabilidade que estou ciente deste ato.

Obs: Esta Declaração é expressão da verdade, pelo qual me responsabilizo civil e criminalmente sob as penas da Lei - Art.299 do Código Penal Brasileiro.

E por estar de acordo com o que aqui foi narrado, firmo o presente em duas vias de igual teor.

Carpina/PE, 21 de novembro de 2019.

x Lucicleide Maria Silva



VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL		REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL	
REGISTRO GERAL	9.315.844	DATA DE EXPEDIÇÃO	13/10/2011
NOME « LUCICLEIDE MARIA DA SILVA »			
FILIAÇÃO « PAULO JOSÉ DA SILVA » « MARIA JOSÉ DA SILVA »			
NATURALIDADE	ITAQUITINGA - PE	DATA DE NASCIMENTO	26/03/1993
DOC ORIGEM « CN.11526 L.A29 F.263 CART SEDE ITAQUITINGA PE 12.03.2009 »			
CPF			
ASSINATURA DO DIRETOR			
LEI Nº 7.116 DE 29/08/83		CARTeira DE IDENTIDADE	
F-46 52.369 - 3022			

CÓDIGO DE CONTROLE		MINISTÉRIO DA FAZENDA	
99C1.3AF0.DE4B.DBF4			
A autenticidade deste comprovante deverá ser confirmada na Internet, no endereço		Receita Federal	
www.receita.fazenda.gov.br		Cadastro de Pessoas Físicas	
Comprovante emitido pela		COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO	
Secretaria da Receita Federal do Brasil		Número	
às 10:37:06 do dia 10/01/2012 (hora e data de Brasília)		114.401.864-13	
dígito verificador: 00		Nome	
		LUCICLEIDE MARIA DA SILVA	
		Nascimento	
		26/03/1993	
		VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO	



Tarifa Social de Energia Elétrica: Criada pela Lei 10.438, de 26/04/02

NOTA FISCAL FATURA CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

Companhia Energética de Pernambuco

Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife, Pernambuco - CEP 50050-902

CNPJ 10.835.932/0001-08 | Ins. Est. 0005843-03 | www.ceppe.com.br

DADOS DO CLIENTE

ANTONIO JOSE DO NASCIMENTO

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

RUA DOIS ALCIDES JOSE DA SILVA

CPF : 41.366 584-43

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL
RESIDENCIAL
Monofásico

Nº DA NOTA FISCAL	SÉRIE	EMIÇÃO
032784521	UNICA	21/08/2018
APRESENTAÇÃO	Nº DO CLIENTE	Nº DA INSTALAÇÃO
21/08/2018	201605443	3907133

TRACUNHAEM/TRACUNHAEM
TRACUNHAEM PE
55805-000

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO
7077082852	09/2018
DATA DE VENCIMENTO	DATA PREVISTA PRÓXIMA LÍQUIDA
28/09/2018	23/10/2018
TOTAL A PAGAR (R\$)	
	42,62

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL:

	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo(KWh)	47.0000000	0.75282908	35.36
Acrescimo Bandeira VERMELHA			3.36
Contribuição Iluminação Publica			0.51
ICMS Subvenção-CF 14-NF 02156696-23/08/18			0.87
ICMS Subvenção-CF 14-NF 02527214-23/08/18			0.87
Multa por atraso-NF 029130785-23/08/18			2.02
Juros por atraso-NF 029130785-23/08/18			0.02
Atualização IGPM-NF 029130785-23/08/18			0.03

TOTAL DA FATURA

42.62

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR		ATUAL		Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (KWH)
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA				
83204121		21-09-2018	0.569,00	21-09-2018	6.718,00	29	1,00000		47,00

HISTÓRICO DE CONSUMO

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS

Médio Anual		BASE DE CÁLCULO			VALOR DO IMPOSTO			COMPOSIÇÃO DO CONSUMO				
SET 16	47	ICMS PIS COFINS	38,77	25,00	0,63	Geração de Energia	R\$	12,32	34,35%			
AGO 16	118					Transmissão	R\$	1,82		4,15%		
JUL 16	83					Distribuição (Cabo)	R\$	7,80			19,80%	
JUN 16	105					Perdas de Energia	R\$	2,38				6,16%
MAI 16	106					Energia Sotatida	R\$	1,86				
ABR 16	118	Tributos	R\$	11,71	30,77%							
FEV 16	118	Impostos	R\$	3,67		9,72%						
JAN 16	105	Outros	R\$	3,77			10,24%					
DEZ 15	118	Impostos	R\$	3,67				9,72%				
NOV 15	118	Outros	R\$	3,77					10,24%			

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

Geração de Energia	R\$ 13,32	34,38%
Transmissão	R\$ 1,82	4,19%
Distribuição (Custeio)	R\$ 7,60	19,60%
Perdas de Energia	R\$ 2,39	6,16%
Energia Setorial	R\$ 1,85	5,03%
Tributos	R\$ 11,02	30,87%
Total	R\$ 38,77	100%

TARIFAS APLICADAS

MAR 18 1992

RESERVADO AO FISCO

6AA3 AD2B 8297 D0BA 8BF3 2524 5B3E 42CB

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

[illegible]

As informações sobre o fornecimento (Resolução ANEEL 414/2010), tarifas, produtos e serviços prestados e tributos se encontram à disposição, para consulta, em nossas unidades atendendo a no site www.celso.com.br





BOLETIM DE OCORRÊNCIA – SERVIÇO DE EMERGÊNCIA

NOME DO PACIENTE: <u>Lucileide Maria da Silva</u>		
REGISTRO: <u>100675</u>	HORA: <u>19:25</u>	DATA: <u>25-11-18</u> ONE:
DATA DO NASCIMENTO: <u>26-03-1983</u>	IDADE: <u>35</u>	SEXO: M () F ()
ENDEREÇO: <u>lot. Liberdade R. 2 5171</u>		
FILIAÇÃO: <u>Maria Jose da Silva</u>		
QUEIXA PRINCIPAL:		
PA: <u>160 x 70</u>	TEMPERATURA:	HGT:
DADOS CLÍNICOS: <u>atropelado, com fratura na perna direita, ferimento na cabeça, hemorragia, sinais vitais alterados, p/ nota - SpO2 94%, SPO2 97%.</u>		
HÍPÓTESE DIAGNÓSTICA: <u>fratura e lesão</u>		
EXAMES SOLICITADOS: <u>Corte 556 4 329</u>		
TRATAMENTO PROPOSTO: <u>1-5 Fy 7% para EV e analg</u>		
DOENÇA CLASSIFICAÇÃO COMPULSÓRIA: SIM () NÃO ()		

Dr. José Lacerda Neto
Médico
CRM-PE 2529



HOSPITAL OTÁVIO DE FREITAS EMERGÊNCIA

S, SUS!



1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Atendimento: 3270628

Prontuário: 1074046

Nome: LUCICLEIDE MARIA DA SILVA

Data Nasc.: 26/03/1993

Idade: 25

Sexo: FEMININO

Cor: PARDA

Religião:

CPF:

RG:

CNS:

Endereço: RUA 2

Bairro: NOVO TRACUNHAEM

Cidade: TRACUNHAEM

CEP: 55805000

Fone: 558191797649

Celular:

Nº: 0

Estado: PE

Acompanhante:

Nome da Mãe: MARIA JOSE DA SILVA

Nome do Conjuge:

Clinica: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

2 - ATENDIMENTO

Data: 25/11/2018 21:24

Médico: MEDICO PLANTONISTA

Queixa Principal / HDA:

PACIENTE TRAZIDA DE TRACUNHAEM
VINDA DE ATENDIMENTO. NEGÁ CEFALÉIA,
VÔMITOS, DO ABDOMINAL.
APÓS Q. (T) (C) (M) (P) (S) (I)

Exame Físico:

PE 70. Espinal

PA:

FC:

FR:

- (A) VASOS PERIÓSTEOS, NÃO COLUNA CERVICAL
- (B) MÚSCULOS ALTA, NÃO RA. NÃO ENTESSES SC
- (C) FC: 78 v, RES MÚSCULOS, VASCULOS, NÃO SPO
- (D) ECG: 15

Diag. Provisório:

(E) ESQUELETO NORMAL (D), OSSOS ANTERIORES PERIÓSTEOS
(F) (A) (E).

Pro: TOTA, CERVICAL, PERIÓSTEOS, PERIÓSTEOS (E)

FDATUM
PERIÓSTEOS (E)

Prescrição:

25/11/18

Normal

Dieta: GELADA

Data

Horário

- (1) DILATAÇÃO 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12
- (2) SF 100-4, 115-12
- (3) DO OUTRO DIA
- (4) AUTO 21 CURETOSIS

PRÓTESE

REVISADO

03/12/2018

Flávia





Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco
Hospital Otávio de Freitas

Nome:
LUCICLEIDE MARIA DA SILVA

Sexo:
FEMININO

Mãe:
MARIA JOSE DA SILVA

Endereço:
RUA 2, N.º 0 - : BAIRRO: NOVO TRACUNHAEM - CIDADE: TRACUNHAEM - UF: PE

Idade:
25 Anos 8 Meses 0 Dia

Nasc.
26/03/1993

Contatos:
81. 91797649 | Celular: 81.

Dados do Atendimento:

Data/Hora Atend.: 25/11/2018 21:24

Prontuário: 1074046

Nº. Atendimento: 3270628

Serviço: ORTOPEDIA E

Enfermaria/Leito:

Médico:
MEDICO PLANTONISTA

Admissão

Queixa Principal

DOR PERNA ESQUERDA

História Clínica

ECT VITIMA DE ATROPELAMENTO EVOLUINDO COM DOR EM PERNA ESQUERDA

Exame Físico

DR A MOBILIZAÇÃO
ERIMENTO EM FACE MEDIAL PERNA ESQUERDA

Observações

FRATURA EXPOSTA PERNA ESQUERDA

Conduta

INTERNAMENTO

Lucas Severo
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PE 25.317

LUCAS SEVERO BONILHA DE SOUZA - CRM: Nº.25317

26/11/18
nh
fite em pjm
Aguarda vaga em BC/3R
pl cirurgia.

Dr. Marina Hirsch
Ortopedia e Traumatologia
CRM 15787
RECIFE/PE
REGISTRO 032.00015797

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) 3182.8500





**** SES/FUSAM ****
HOSPITAL GERAL OTÁVIO DE FREITAS

MARCAÇÃO AMBULATORIAL - PACIENTES INTERNOS

DO SETOR: _____ PARA: AMBULATÓRIO

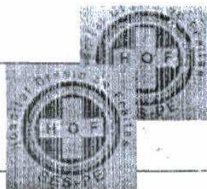
NOME DO PACIENTE: Lucileide M^e de Silva
PRONTUÁRIO Nº: 1049096 ALTA HOSPITALAR EM: 29/11/15
RETORNAR AO AMBULATÓRIO DE: traum EM: 1
MÉDICO: Maurício COM: 15 DIAS.
MOTIVO: Reumo
RECIFE: 1
Assinatura do responsável e carimbo: Maurício Sérgio Vasconcelos
Acupuntura, Ortopedia e Traumatologia
CRM-PE 10432
Visto - Chefe do Ambulatório

OBS.:

- A) ESTE FORMULÁRIO SÓ SERÁ ACEITO COM PREENCHIMENTO DE TODOS OS CAMPOS;
B) TERÁ VALIDADE SOMENTE COM ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO DO SETOR SOLICITANTE;
C) SÓ AGENDAR PACIENTES QUE TENHAM ALTA HOSPITALAR E NECESSITEM RETORNO AO AMBULATÓRIO (1º RETORNO).

011-HGOY





HOSPITAL OTÁVIO DE FREITAS SES/PE

HOSPITAL OTÁVIO DE FREITAS
SES/PE C.G.C.: 09.794.975/0004-56

LAUDO PARA EMISSÃO DE AIH INFORMAÇÕES DO PACIENTE



RELATÓRIO DA OPERAÇÃO


NOME DO PACIENTE: LUCICLEIDE MARIA DA SILVA		Nº DO REGISTRO: 1074046
CLINICO: ORTOPEDISTA		Nº DO LEITO:
OPERADOR: DR MARCELO LARRAZABAL		
1º ASSISTENTE: DR ROBERTO WANDERLEY		2º ASSISTENTE:
INSTRUMENTADOR:		ANESTESISTA: DR OMAR
ANESTESISTA: SEDAÇÃO + ANESTESIA LOCAL		DURAÇÃO:
DATA DA OPERAÇÃO: 26/11/2018	INICIO:	FIM:
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: FRATURAS EXPOSTA DE TIBIA ESQUERDA		
DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO: O MESMO		
OPERAÇÃO PROPOSTA: TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DOS OSSOS DA PERNA ESQUERDA		
OPERAÇÃO REALIZADA: O MESMO		

DESCRIÇÃO DO ATO OPERATÓRIO

1. PACIENTE EM DDH SOB ANESTESIA
2. ASSEPSIA E ANTISSEPISIA
3. APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTEREIS
4. LIMPEZA CIRURGICA DE FRATURA DE TÍBIA COM SF0,9%
5. FIXAÇÃO EXTERNA DE FRATURA EXPOSTA DE TÍBIA ESQUERDA COM FIXADOR LINEAR DE TIBIA (02 BARRAS + 08 CONECTORES PINO-BARRA + 04 PINOS)
6. DESBRIDAMENTO
7. CURATIVO
8. A SRA

Dr. Marcelo Larrazábal
Traumatologia / Ortopedia
CRM: 17.874 TEOT: 13.843



	ENTREVISTA SERVIÇO SOCIAL		ROT 13.4-01.V1

SETOR: <u>POZ-OP 10/03</u>	DATA: <u>28/11/18</u>
NOME: <u>Jusieleide Maria da Silva</u>	
NOME SOCIAL:	
IDADE: <u>25</u>	DATA DE NASCIMENTO: <u>26/03/93</u> ESTADO CIVIL: <u>Solteira</u>
FILIAÇÃO: <u>Paulo José da Silva e Maria José da Silva</u>	
ENDEREÇO: <u>Rua - H nº 94 Nazaré da mata</u>	
PONTO DE REFERENCIA: <u>Próximo do Sítio Maluco (SIE)</u>	
TELEFONES: <u>991797649 / 993309097</u>	
ENTREVISTADO(A): <u>Gerlane Cândido R. Costa</u>	PARENTESCO: <u>Cunhada</u>
DOCUMENTOS: POSSUI <input checked="" type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> APRESENTADOS: <u>RG 9315 844 SDS/PE</u>	

1º ATENDIMENTO <input checked="" type="checkbox"/> READMITIDO <input type="checkbox"/>	PROCEDÊNCIA:
ACOMPANHANTE: <u>Sim</u>	PARENTESCO: <u>Cunha da</u>
TABAGISMO: SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input checked="" type="checkbox"/> ABANDONO <input type="checkbox"/>	ETÍlicos: SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> ABANDONO <input type="checkbox"/>
OUTRAS DROGAS: SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input checked="" type="checkbox"/> ABANDONO <input type="checkbox"/> QUAIS:	
POSSUI NECESSIDADE ESPECIAL: SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input checked="" type="checkbox"/> QUAIS:	
COBERTURA DE PSF: SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>	ACOMPANHAMENTO: SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input checked="" type="checkbox"/>

PROFISSÃO:	ESCOLARIDADE:
VÍNCULO EMPREGATÍCIO: SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input checked="" type="checkbox"/>	OUTROS:
COMPOSIÇÃO FAMILIAR: <u>04 Reside com a genitora + 02 filhas</u>	
APOIO FAMILIAR: SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>	BENEFÍCIO: PREVIDENCIÁRIO <input type="checkbox"/> ASSISTENCIAL <input checked="" type="checkbox"/> NÃO RECEBE <input type="checkbox"/>

ALTA HOSPITALAR: SAÍRA ACOMPANHADO <input checked="" type="checkbox"/> DESACOMPANHADO <input type="checkbox"/>
CONTATO C/ MUNICÍPIO <input checked="" type="checkbox"/> RECURSOS PRÓPRIOS <input type="checkbox"/> CONTATO C/ FAMÍLIA <input type="checkbox"/>

OBSERVAÇÕES: Admitida neste Serviço, encaminhada do Hospital de Trauma em MIE, após sofrer acidente de moto (SIE).
Oriento retine + acompanhante.

ASSISTENTE SOCIAL: Maria de Lourdes P. da Costa
 Assistente Social
 CRESS 11 7588 PE





SES/FUSAM
HOSPITAL GERAL OTÁVIO DE FREITAS

Nº REGISTRO:

EVOLUÇÃO CLÍNICA

NOME:

Lucieleide M^e

CLÍNICA:

ENF.: 10

LEITO: 03

DATA	HORA	EVOLUÇÃO
27/11/18	21h	Pac. admitida neste setor procedente de SRPA, consciente, sem tórax, gngs, MBE com fixador externo, HSS, DMO, Her- gia, eras, afecção, expnção, segue em obs Ana Helena de V. Costa Enfermeira COREN: 62830
28/11/18		3 = DPO Fratura expulsa plano E e/ou placa sólido de corbela pre-op e curativo Maurício Sérgio Vasconcelos Acupuntura, Ortopedia e Traumatologia CRM-PE 10452
28/11/2018		Fisioterapia Motora (030205001-9) Realizador fisioterapia ativa assistida em MIB; ativa em HSS e MID; mane- tuos de glúteos e quadrup; e quintalção. Priscila Silveira Fisioterapeuta 172666-F
		HOF Reg. 00342 N Reg. 00342 N
28/11/18		EG Reg. consciente, orientada, expnção, afec- ção, fixador ext. em MIE, renovado ane- tiso, segue a dieta, eliminação Verônica Ribeiro COREN-PE/10452

003-HGOF





** SES/PUSAM **

HOSPITAL GERAL OTÁVIO DE FREITAS

RESUMO DE ALTA - CLÍNICA CIRÚRGICA

Nome: Luizcláudio Me de S. Silva
Reg.: 2079096 Enf.: _____ Leito: _____

DATA DE ENTRADA: 25/11/18 DATA DE SAÍDA: 29/11/18

DIAGNÓSTICO DE ENTRADA: Fratura osso
perna esquerda

DIAGNÓSTICO FINAL: Fixador externo
+ imobilização

EVOLUÇÃO/EXAMES (EM ENFERMARIA): _____

DEVERÁ COMPARECER AO AMBULATÓRIO DE: _____
PARA CONTROLE EM _____

Maurício Sérgio Vasconcelos
Acupuntura, Ortopedia e Traumatologia
CRM-PE 10452

MÉDICO RESPONSÁVEL - CRM

103-HGOF





SES/FUSAM

HOSPITAL GERAL OTÁVIO DE FREITAS

INST. NACIONAL DE ASSISTÊNCIA MÉDICA DA PREVIDÊNCIA SOCIAL
SECRETARIA DE ASSISTÊNCIA MÉDICA SUS-PE

ATESTADO MÉDICO

ATESTO que o Segurado Luciélle ME
de Silva

portador da Carteira Profissional n.º _____ Série _____

necessita de 90, noventa dias de afastamento

do trabalho, a partir desta data, por motivo de doença.

c) Diagnóstico Fratura com joelho

d) Tratamento

Trat/ cirurgia

Deverá retornar ao Ambulatório de: _____

Com _____ dias (marcação preferencial, na fila, no dia anterior)

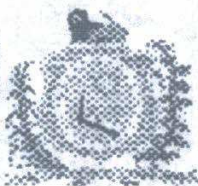
25/11/18
HOSPITAL/AMBULATÓRIO

LOCALIDADE/DATE

Maurício Sérgio Vasconcelos
Acupuntura, Ortopedia e Traumatologia
CRM-PE 10452

Ass. do Médico - CRM N.º _____

NOTA: ESTE ATESTADO É VÁLIDO PARA AS FINALIDADES PREVISTAS NO ART. 86
DO RGPS, APROVADO PELO DECRETO N.º 60.501 DE 14-03-87 E SERÁ EXPEDIDO
PARA JUSTIFICATIVA DE 01 À 15 DIAS DE AFASTAMENTO DO TRABALHO
130-HGOF



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 057ª CIRCUNSCRIÇÃO - TRACUNHAÉM -
DP57ªCIRC DINTER1/11ªDESEC



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **18E0147000617**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **03/12/2018** às **11:37**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado)
que aconteceu no dia **25/11/2018** no período da Noite

Fato ocorrido no endereço: **MUNICÍPIO DE TRACUNHAÉM, 01, BR 408 -**
Bairro: **CENTRO - TRACUNHAÉM/PERNAMBUCO/BRASIL** - Ponto de
Referência: **PROXIMO AO BAR DO CARANGUEJO**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR / AGENTE)
LUCICLEIDE MARIA DA SILVA (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)

LUCICLEIDE MARIA DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: Feminino Mãe: MARIA
SALES DA SILVA Pai: DOMINGOS DA SILVA Filho da Nascimento: 02/04/1989 Matrícula:
ITAQUITINGA / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 9315844/SDS/PE (RG) Escolaridade: 2ª.
GRAU COMPLETO Telefones Celulares:
- 993369897

Endereço Residencial: **MUNICÍPIO DE TRACUNHAÉM, 01, RUA RUA 2 NOVA TRACUNHAÉM**
- CEP: 55600-000 - Bairro: CENTRO - TRACUNHAÉM/PERNAMBUCO/BRASIL, PROXIMO A
AURINHA

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

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

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

posse do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**

Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 150 TITAN MIX EX** Objeto apreendido: **Não**

Cor: **PRETA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **KIL6376** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Renavam: **206214286** Chassi:

9C2KC1840AR030120

Ano Fabricação/Modelo: **2010/2010** Combustível: **ALCO/GASOL**

Complemento / Observação

RELATA A VITIMA QUE ESTAVA SAINDO DO BAR DO CARANGUEJO LOCALIZADO NA BR 408 E AO ATRAVESSAR A VIA NÃO PERCEBEU QUE VINHA UMA MOTOCICLETA EM VELOCIDADE NO SENTIDO TRACUNHAEM - NAZARÉ DA MATA, SENDO TOMADA DE SURPRESA, ONDE A MESMA FOI ATROPELADA PELO REFERIDO VEICULO; DE IMEDIATO POPULARES QUE SE ENCONTRAVAM PROXIMOS AO LOCAL DO ACIDENTE ACIONARAM O SERVIÇO DE SOCORRO DO HOSPITAL LOCAL, SENDO A MESMA SOCORRIDA PELA AMBULÂNCIA DA PRÓPRIA UNIDADE HOSPITALAR; APÓS A VITIMA RECEBER OS PRIMEIROS ATENDIMENTOS NAQUELA UNIDADE FOI TRANSFERIDA PARA O HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS EM RECIFE COM O NUMERO DE PROTOUÁRIO (1874846); O CONDUTOR DO VEICULO TAMBEM FOI SOCORRIDO PARA A MESMA UNIDADE HOSPITALAR E EM SEGUIDA PARA O HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO EM RECIFE;

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

Lucicleide maria da silva
LUCICLEIDE MARIA DA SILVA
(VITIMA)

B.O. registrado por: **MARCOS VALENÇA DE MIRANDA** - Matrícula: **220882-2**





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 19 de Fevereiro de 2019

Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3180597515

Vítima: LUCICLEIDE MARIA DA SILVA

Data do Acidente: 25/11/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: VÍTIMA EM TRATAMENTO

Senhor(a), LUCICLEIDE MARIA DA SILVA

Devido a lesão não estar consolidada, não é possível, no momento, caracterizar a invalidez permanente pleiteada.

Assim, após finalizado o tratamento médico/hospitalar e se verificada a existência de invalidez permanente, a vítima deverá apresentar os respectivos documentos médicos, tais como os listados a seguir:

- Boletim médico/hospitalar, com a ficha da evolução médica e a alta médica hospitalar;
- Relatório do tratamento médico realizado na internação e/ou no atendimento ambulatorial;
- Laudos de exames, caso realizados no tratamento, tais como: Raio X, tomografia, ressonância magnética e de controle pós procedimento cirúrgico ou tratamento conservador ambulatorial, com a identificação do paciente e data de realização.

Em caso de cirurgia anexar: os relatórios médicos hospitalares com os procedimentos adotados e materiais usados, folha de anestesia, folhas de evolução médica e sumário de alta.

Informamos que é direito do paciente solicitar e receber, sem custos, os documentos do tratamento médico realizado nos hospitais públicos ou particulares, em internação ou tratamento ambulatorial.

Esclarecemos, por fim, que os documentos emitidos por enfermagem ou outros profissionais da área de saúde devem estar, necessariamente, acompanhados pela respectiva evolução/solicitação médica.

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.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 0199301994 - carta_07 - INVALIDEZ



Carta nº 13974108

