DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Marta maria dos Santos,

RG nº 7.436.088, data de expedição 12/11/03, Órgão SDS/PE,

CPF nº 962.483.004-53, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	Vila São Francisco
Número	32
Apto / Complemento	
Bairro	Zona Rural
Cidade	Carpina
Estado	PE
CEP	55810-000
Telefone de Contato	(81) 97915-3756 / 99138-2325
E-mail	marcelo azevedo@hotmail.com

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Carpina, 09/08/2019

Assinatura do Declarante: Marta Maria dos Santos

KOTE SEGUROS
Erica Araujo
26/08/19

CELPE

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 - PE, CEP [illegible]
CNPJ 10.835.932/0001-08 | Insc. Est. [illegible] | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE
VALDEC ANTONIO DE SOUZA

CPF: 982.601.310-00 NIS: 12409015896

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
VI SAO FRANCISCO 10

ZONA RURAL LAGOA DO CARRO CARIRIA
CLARIBAIA PE
55216-000

CLASSIFICAÇÃO
01 RESIDENCIAL
BAIXA RENDA COM NS

Nº DA NOTA FISCAL	SÉRIE	EMISSÃO
070729532	UNICA	23/07/2019

APRESENTAÇÃO	Nº DO CLIENTE	Nº DA INSTALAÇÃO
23/07/2019	20169115863	8863071

NOTA CONTRATO	MÊS/ANO
7030504970	07/2019
DATA DE VENCIMENTO	**DATA PREVISTA PARA A LEITURA**
30/07/2019	22/08/2019
TOTAL A PAGAR (R$)	
31,06	

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

	QUANTIDADE	PREÇO (R$)	VALOR (R$)
Consumo Atividade 30 kWh	30,000000	0,19219266	5,76
Consumo Ativ. superior a 30 até 100 kWh	80,000000	0,30965000	24,80
Adicional Bandeira AMARELA			0,45
Contrib. Ilum. Pública Municipal			0,51
Bônus ITAIPU - art 21 da Lei 10.438/2002			-0,11

TOTAL DA FATURA 31,06

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR DATA	ANTERIOR LEITURA	ATUAL DATA	ATUAL LEITURA	Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (kWh)
[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]		[illegible]

HISTÓRICO DE CONSUMO
MÉDIA: [illegible]

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS

	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
ICMS	[illegible]	[illegible]	[illegible]
PIS	[illegible]	[illegible]	[illegible]
COFINS	[illegible]	[illegible]	[illegible]

COMPOSIÇÃO DO CUSTO

Geração de Energia	R$	[illegible]	[illegible]
Transmissão	R$	[illegible]	[illegible]
Distribuição (T+D+F)	R$	[illegible]	[illegible]
Perdas de Energia	R$	[illegible]	[illegible]
Encargos Setoriais	R$	[illegible]	[illegible]
Tributos	R$	[illegible]	[illegible]
Total	R$	28,08	100%

TARIFAS APLICADAS
[illegible]

RESERVADO AO FISCO
[illegible]

INFORMAÇÕES IMPORTANTES
[illegible]

[illegible] | **LINEIS DE TENSÃO**

KOTE SEGUROS
Erica Araujo
26/08/19

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Valdeci Antonio de Souza,
RG nº 4.609.147, data de expedição 02/06/16,
Órgão SSP/PE, portador do CPF nº 587.601.304-82, com
domicílio na cidade de Carpina, no Estado de
PE, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Vila São Francisco, nº 32,
complemento _____, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima Marta Maria dos Santos cujo o condutor era
Valdeci Antonio de Souza.

Veículo: motocicleta
Modelo: Honda Pop. 100
Ano: 2015
Placa: OYO 1370
Chassi: 9C2HB0210FR004023
Data do Acidente: 22/06/2019
Local e Data: Carpina, 13/08/2019

Marta Maria dos Santos
Assinatura do Declarante

OFÍCIO CARPINA

Valdeci Antonio de Souza
Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)

CARTÓRIO DO 1º OFÍCIO - CARPINA - TABELIONATO
Registro dos Registros de Imóveis, Hipotecas, Títulos e Documentos Particulares e Pessoas Jurídicas
Av. Congresso Eucarístico Internacional, 126, Fone/Fax: (81) 3621.0410, Carpina - PE - cartorio.carpina@hol.com.br
JOSÉ MANOEL DA SILVA FILHO
Oficial

Reconheço, Por Autenticidade a firma: VALDECI ANTONIO DE SOUZA, lançada em minha presença dou fé.
CARPINA\PE 13/08/2019 08:58:30. Emol:3,50; ISSR: 0,80; FERC:0,40; Total: 4,91. Selo nº 0074807.BSM07201902.02292. Consulte autenticidade em www.tjpe.jus.br/selodigital.
EDIVANIA FAUSTINO PEREIRA, Tabelã
Selo:0074807.BSM07201902.02292

KOTE SEGUROS
Erica Araujo
26/08/19

HOSPITAL OTÁVIO DE FREITAS
EMERGÊNCIA

1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Atendimento: 3348386 Prontuário: 1089793

Nome: MARTA MARIA DOS SANTOS Nome Social:
Data Nasc.: 26/02/1975 Idade: 44 Sexo: FEMININO Cor: PARDA Religião:
CPF: RG: CNS: 708408234768960
Endereço: SITIO SAO FRANCISCO Nº: 0
Bairro: CENTRO Cidade: LAGOA DO CARRO Estado: PE
CEP: 55820970 Fone: 558191082730 Celular:
Acompanhante: Profissão:
Nome da Mãe: MARIA SEVERINA DOS SANTOS
Nome do Conjuge:
Clinica: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Nuri 0067
Kelly Rodrigues B. dos Anjos
Acad. de Enfermagem UFPE

2 - ATENDIMENTO Data: 27/06/2019 17:32 Médico: MEDICO PLANTONISTA

Queixa Principal / HDA:

Acidente de moto há 6/7

Exame Físico: PA: FC: FR:

Dor cotovelo (E)

Diag. Provisório:

Fratura cotovelo (E)

Prescrição: Dieta:

Data		Horário
	Encaminho p/ urgência	
	VGM	
	Sala Ortopedia	
	Dr. Ortopedia	
	28/06/19 s/ intercorrências	

KOTE SEGUROS
Erica Araujo
26/08/19

HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo MANCHESTER_V2

Data e hora retirada da senha: 27/06/2019 17:32

Nome Paciente:	MARTA MARIA DOS SANTOS
Cód. Paciente:	1089793
Data de Nascimento:	26/02/1975
Sexo:	Feminino
Idade:	44
Senha:	EA0043
Convênio:	2 - SUS - AMBULATORIO
Atendimento:	3348386
SAME:	1089793

Período: 27/06/2019 17:35 - 27/06/2019 17:35

PRISCILA MARIA DA SILVA BUREGIO - COREN: 281055 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - CLASSIFICAÇÃO

Prioridade:	**VERDE - POUCO URGENTE**
Cor:	VERDE
Queixa Principal:	QUEDA DE MOTOCICLETA HÁ 8 HORAS, TRAUMA EM MSE NEGA ALERGIAS E COMORBIDADES.
Fluxograma sintoma:	PROBLEMAS EM EXTREMIDADES
Discriminador(es):	- DOR LEVE RECENTE?
Especialidade:	ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA
Sinais Vitais Lidos:	- REGUA DE DOR: 4

KOTE SEGUROS
Erica Araujo
26/08/19

Acolhido(a) por: PRISCILA MARIA DA SILVA BUREGIO - COREN: 281055 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 27/06/2019 17:35

SUS Sistema Único de Saúde — Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1- NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE	2- CNES	3- NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE	4- CNES
HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS	426	HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS	426

Identificação do Paciente

5- NOME DO PACIENTE	6- Nº DO PRONTUÁRIO	7- (CNS)	8- DATA DE NASCIMENTO
MARTA MARIA DOS SANTOS	1089793	708408234768960	26/02/1975

9- SEXO	11- NOME DA MAE DO PACIENTE	12- TELEFONE DE CONTATO
FEMININO	MARIA SEVERINA DOS SANTOS	81. 91082730 | Celular: 81.

13- NOME DO RESPONSÁVEL

14- TELEFONE DE CONTATO

15- ENDEREÇO DO PACIENTE

SITIO SAO FRANCISCO , N.º 0 - ; ZONA RURAL BAIRRO: CENTRO - CIDADE: LAGOA DO CARRO - UF: PE

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17- PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

FRATURA ANTEBRAÇO E

18- CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

FRATURA ANTEBRAÇO E

19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

FRATURA ANTEBRAÇO E

20- DIAGNÓSTICO INICIAL /24 - CID PRINCIPAL	21- CID 10 SECUNDÁRIO	22- CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS
FRATURA DA DIAFISE DO RADIO - S523		

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24- DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO / 25- CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

26- CLINICA

27- CARATER DA INTERNACAO

29 - CPF ou CNS/ 30- NOME DO PROFISSIONAL (SOLICITANTE/ASSISTENTEPRESTADOR)		31- DATA DA SOLICITAÇÃO
THIAGO OLIVEIRA DE ALMEIDA - CRM: Nº.2446756	03495594493	27/06/2019

PREENCHER EM CASO DE CAUSA EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

☐ 33- ACIDENTE DE TRÂNSITO — 36- CNPJ DA SEGURADORA — 37- Nº DO BILHETE — 38 - SÉRIE

☐ 34- ACIDENTE TRABALHO TÍPICO — 49- CNPJ EMPRESA — 40- CNAE DA EMPRESA — 41 - CBOR

☐ 35- ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

42- VINCULO COM A PREVIDÊNCIA

○ EMPREGADO ○ EMPREGADOR ○ AUTÔNOMO ○ DESEMPREGADO ○ APOSENTADO ○ NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

43- NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR	33 - CARIMBO E ASS. DO MÉDICO SOLICITANTE	48 - CARIMBO E ASS. DO MÉDICO AUTORIZADOR
44 - COD ORGAO EMISSOR	47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO ___/___/___	
46 Nº DO DOCUMENTO (CNS/CPF) PROFISSIONAL AUTORIZADOR		
49 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR		

KOTE SEGURO
Erica Araujo
26/08/19

Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco
Hospital Otávio de Freitas

Paciente:	Idade:	Prontuário	Atendimento:	Dt Atend.
MARTA MARIA DOS SANTOS	44 Anos 4 Meses 2 Dias	1089793	3348403	27/06/2019

ENTREVISTA SERVIÇO SOCIAL

SETOR: AREA VERDE ORTOPEDIA-VE-ORT08 | DATA: 28/06/2019

NOME: MARTA MARIA DOS SANTOS

NOME SOCIAL:

IDADE: 44 Anos 4 Meses 2 Dias | DATA DE NASCIMENTO: 26/02/1975 | ESTADO CIVIL:

MÃE: MARIA SEVERINA DOS SANTOS

PAI: MARIANO SEVERINO DOS SANTOS

ENDEREÇO:
SITIO SAO FRANCISCO , N.º 0 - : ZONA RURAL BAIRRO: CENTRO - CIDADE: LAGOA DO CARRO - UF: PE

PONTO DE REFERENCIA: ENTRADA DO ENGENHO CORDEIRO

TELEFONES: 9.91082730 (VALDECI ANTÔNIO DE SOUZA)

ENTREVISTADO(A): VALDECI ANTÔNIO DE SOUZA | PARENTESCO: ESPOSO

DOCUMENTOS: POSSUI ☑ NÃO ☐ APRESENTADOS: RG: 7.436088

1º ATENDIMENTO ☑ READMITIDO ☐ | PROCEDENCIA: HOSPITAL DE CARPINA

ACOMPANHANTE: VALDECI ANTÔNIO DE SOUZA | PARENTESCO: ESPOSO

TABAGISMO: NÃO ☑ SIM ☐ ABANDONO ☐ DEPENDENCIA ☐ | USO DE ALCOOL: NÃO ☑ SIM ☐ ABANDONO ☐ DEPENDENCIA ☐

OUTRAS DROGAS: NÃO ☑ SIM ☐ ABANDONO ☐ DEPENDENCIA ☐

PESSOA COM DEFICIENCIA: NÃO ☑ SIM ☐ QUAIS: VISUAL ☐ FISICA ☐ AUDITIVA ☐ MENTAL ☐ OUTRAS ☐

REDE DE APOIO: SUS / SUAS | AMBULATORIO ☐ PSF ☑ NASF ☐ CAPS (AD) ☐ CAPS (TRANSTORNO MENTAL) ☐ CREAS ☐ CRAS ☐ CENTRO POP ☐

PROFISSÃO: AGRICULTORA | ESCOLARIDADE: FUNDAMENTAL II

VINCULO EMPREGATICIO: SIM ☐ NÃO ☑ | OUTROS:

COMPOSIÇÃO FAMILIAR: ESPOSO + 2 FILHOS

APOIO FAMILIAR: SIM ☑ NÃO ☐ | BENEFICIO: PREVIDENCIARIO ☐ ASSISTENCIAL ☐ NÃO RECEBE ☑

OBSERVAÇÕES / EVOLUÇÃO

ORIENTO ROTINA + AUTORIZO ACOMPANHANTE ATÉ 01.07.2019

ASSISTENTE SOCIAL: PRISCILLA LUANA CARNEIRO DA CUNHA - CRESS: Nº.6453

KOTE SEGURO
Erica Araujo
26/08/19

HOSPITAL ARMINDO MOURA (Emitente: MILENA

CTI - Informática
Data: 03/07/2019
Página: 1 08:25

R136 - Ficha de Cirurgia

Atendimento: 317271 Aviso: 24035 RG.: 7436088
Paciente: 1623390 MARTA MARIA DOS SANTOS CPF:
Idade: 44 Anos e 4 Meses Telefone: 991082730 Enfermaria: ENFERMARIA 09
Plano: SUS - ELETIVAS Acomodação: LEITO 02
Previsto Data: 02/07/2019 Início: 01:30 Duração: 00:30

Diagnóstico Pré-Operatório

Cirurgia(s) Realizada(s):

Cirurgia Principal: TRAT CIR DE FRAT LUX DE GALEAZZI Data: __/__/____ Início: __:__ Fim: __:__

Anestesia:
BPB E SEDAÇAO Início: __:__ Fim: __:__

Equipe Cirurgica:

Cirurgião:	JUAREZ SEBASTIAN LIMA E LIMA	Anestesista:	ELIVELTON ANDRE DE LIMA SILVA
1° Auxiliar:		Aux Anest:	
2° Auxiliar		Consultor:	
3° Auxiliar:		Perfusionista:	
4° Auxiliar:		Pediatra:	
Instrument:		Intensivista:	

Diagnóstico Pós-Operatório
S523 - FRAT DA DIAFISE DO RADIO

Descrição
Cirurgia Realizada

1. TTO CIR FRATURA DE OSSOS ANTEBRAÇO DIR esq
2. OSTEOTOMIA DE OSSOS LONGOS
3. FASCIOTOMIA DESCOMPRESSIVA
4. 4- ENXERTO ÓSSEO

DR. JUAREZ SEBASTIAN
Ortopedia e Cirurgia do Joelho
CRM-PE 5595 / CRM-BA 17538
TEOT. 11983

Descrição
1) PCT ANESTESIADO E GARROTEADO
2) ASSEPSIA SOB DEGERMAÇÃO E CAMPOS CIRÚRGICOS ESTÉREIS
3) ACESSO DE THOMPSOM E DISSECÇÃO ROMBA COM HEMOSTASIA; ABERTURA DE FÁSCIA ANTERIOR E ACOMODAÇÃO DE CONTEÚDO MUSCULAR APRISIONADO E COM SINAIS DE SOFRIMENTO TISSULAR;
4) DESINSERÇÃO MUSCULAR E ABORDAGEM DO FOCO FRATURARIO; IDENTIFICAÇÃO E ISOLAMENTO DE NERVOS ULNAR E MEDIANO;
5) OSTEOTOMIA DO RADIO E DA ULNA COM RETIRADA DE ENXERTO ÓSSEO LOCAL
6- REDUÇÃO E FIXAÇÃO COM PLACA DCP MODELADA E PARAFUSOS CORTICAIS - VERIFICADA PRESENÇA DE PRONO-SUPINAÇÃO;
TENORRAFIA MÚSCULO FLEXOR RADIAL DO CARPO EM TRANSIÇÃO MIOTENDINOSA;
7) LAVAGEM COM SORO, APLICADA TÉCNICA DE ALONGAMENTO FASCIOCUTANEO EM BORDAS DE F.O. (PIE-CRUSTING) E SUTURAS
8) CURATIVOS, RETIRADA DE GARROTE E TALA

Materiais Prosmed

Intercorrências / Observações

Assinatura do médico _____

Hospital Metropolitano Arnindo Moura
SAME
Serviço de Arquivo Médico e Estatística
Fone:(81) 3535-2013
Cleto Campelo,S/N-Moreno-PE

KOTE SEGURO
Erica Araujo
3/07/19

HOSPITAL ARMINDO MOURA
PEP - Prontuário Eletronico do Paciente

Emissão: 03/07/2019 08:21

Atendimento:	317271 Entrada: 28/06/2019 Hora: 14:50	Enfermaria:	ENFERMARIA 09
Acomodação:	LEITO 02	Permanência:	4 Dia(s), 17 horas
Plano:	SUS - ELETIVAS	Matricula:	
Responsavel:		Identidade:	
Médico Resp:	SILVIO JOHNSON MACEDO DE SANTIAGO	C.N.S.:	708408234768960

Paciente:	1623390 MARTA MARIA DOS SANTOS	Sexo:	FEMININO Cor: PARDA
Nascimento:	26/02/1975 (44 Anos e 4 Meses)	Estado Civil:	CASADO
Endereco:	SITIO SAO FRANCISCO	C.P.F.:	
Bairro:	ZONA RURAL C.E.P.: 55820-000	Identidade:	7436088 - SDS - PE
Cidade:	2608453 LAGOA DO CARRO	Telefone:	/ 991082730
Pai:	MARIANO SEVERINO DOS SANTOS	G.Instrução:	
Mãe:	MARIA SEVERINA DOS SANTOS	Ocupação:	AGRICULTORA
Nacionalidade:	BRASIL	Naturalidade:	LAGOA DE ITAENGA

ORTOPEDIA / TRAUMATOLOGIA

Em: 28/06/2019 - 15:00

CONSULTA NA URGENCIA (Dr. SILVIO JOHNSON MACEDO DE SANTIAGO CRM 9756)

Queixa do paciente:procedente do do hof com historia de acidente de moto ha 1 dia , nega vomito + perda de consciencia , nega diabetes + refere has

Exame fisico:egr,consciente sme dor + edema de antebraço esq

Hipótese diagnóstica: fratua diafise do radio esquerdo

Prescrição/Conduta:

		Horario/Checagem
01 -	internamento	
02 -		
03 -		
04 -		

Reavaliação:

Materiais Utilizados: *(Enfermagem/Imobilização)* COMANDA:

Hospital Memorial Armindo Moura
SAME
Serviço de Arquivo Médico e Estatística
Fone:(61) 3535-2013
Av. Cleto Campelo, S/N-Morcego-PI

KOTE SEGUROS
Erica Araujo
26/08/19

UBTM

Armindo Moura
HOSPITAL GERAL

Nome: **MARTA MARIA DOS SANTOS** (1623390) **Admissão: 317271**

Procedência: ENFERMARIA (PACIENTE INTERNO)

Enfermaria: Leito: LEITO 02

Unidade de Internação: 013 - Ortopedia/Traumatologia **Data: / /**

RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL

1a. via - Farmacia / 2ª. via - Paciente

Identificação do Paciente: 317271

Nome: MARTA MARIA DOS SANTOS (1623390)

Endereço: SITIO SAO FRANCISCO - Bairro: ZONA RURAL - LAGOA DO CARRO - PE

Prescrição:

CEFALEXINA 500MG ---------- 28 COMPRIMIDOS

TOMAR 01 COMPRIMIDO A CADA 6H POR 7 DIAS

ALGICOD (paracetamol + fosfato de codeina 30+500mg)---------1 cx 24 comprimidos

TOMAR 01 COMPRIMIDO POR VIA ORAL, DE 12/12H SE DORES FORTES

Identificação do Comprador	Identificação do Fornecedor
Nome:	
Identidade:	
Órgão emissor:	
Endereço:	
Cidade: PE:	Assinatura do Farmacêutico
Telefone:	Data / /

JUAREZ SEBASTIAN LIMA E LIMA
15595

07/2019

Relatório Emitido Eletrônicamente

Data: 02/07/2019 as 18:09

DR. JUAREZ SEBASTIAN
Ortopedia e Cirurgia do Joelho

Dr. (a)JUAREZ SEBASTIAN LIMA E LIMA
CRM:

KOTE SEGURA
Erica Araujo
26/08/19

UBTM

Armindo Moura
HOSPITAL GERAL

Nome: MARTA MARIA DOS SANTOS (1623390) Admissão: 317271

Procedência: ENFERMARIA (PACIENTE INTERNO)

Enfermaria: Leito: LEITO 02

Unidade de Internação: 013 - Ortopedia/Traumatologia Data: / /

RESUMO DE ALTA HOSPITALAR / LAUDO MÉDICO

HD:

FRATURA ANTEBRAÇO DIREITO	CID 10:	S52.4

CIRURGIA REALIZADA:

TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA ANTEBRAÇO DIR
COM PLACA DCP 3,5MM E PARAFUSOS
02/07/2019

MEDICO CIRURGIÃO:

Dr. JUAREZ

ORIENTAÇÕES:

1- REALIZAR EXERCÍCIOS IMEDIATOS DE DEDOS; MARCAR FISIOTERAPIA MOTORA DA MÃO;

2 - DIPIRONA 500MG - TOMAR 02 COMPRIMIDO POR VIA ORAL DE 6 EM 6 - SE DOR;

3 - REALIZAR CURATIVOS DIÁRIOS; NÃO PEGUE PESO COM O LADO OPERADO.

4 - RETORNAR PARA REVISÃO CONFORME MARCAÇÃO AMBULATORIAL. ATENDIMENTO SOMENTE PARA PACIENTES MARCADOS, SEGUNDA, 8H;

5 - NECESSITA AFASTAR-SE DO TRABALHO POR ------90------ (------) DIAS.

DR. JUAREZ SEBASTIAN
Ortopedia e Cirurgia do Joelho

Relatório Emitido Eletrônicamente

Data: 02/07/2019 as 18:10

Dr. (a)JUAREZ SEBASTIAN LIMA E LIMA

CRM:

KOTE SEGUROS
Erica Araujo
26/08/19

UBTM

Armindo Moura
HOSPITAL GERAL

Nome: MARTA MARIA DOS SANTOS (1623390)

Admissão: 317271

Procedência: ENFERMARIA (PACIENTE INTERNO)

Enfermaria:

Leito: LEITO 02

Unidade de Internação: 013 - Ortopedia/Traumatologia

Data: / /

ATESTADO MÉDICO

Atesto para os devidos fins que **MARTA MARIA DOS SANTOS** compareceu a esta Unidade de Urgência/Emergência:

CID 10:

( ) **Em consulta médica no dia de hoje de hora(s) às hora(s).**

(X) **Necessitando de 30 (TRINTA) dia(s) de afastamento do seu trabalho ou escola.**

( ) **Como acompanhante.**

( ) **Outros.**

Eu autorizo a colocação do CID-10: _____

NOTA: Este Atestado é válido para finalidade prevista no art. 27 da CLPS, provada pelo Decreto n 89.312 de 23/01/84,resulação CFM 1190/84 e Medida Provisoria 644/2014 e será expedido para justificativa de 1 a 15 dias de afastamento do trabalho.

Relatório Emitido Eletrônicamente

Data: 02/07/2019 as 18:09

DR. JUAREZ SEBASTIAN
Ortopedia e Cirurgia do Joelho

Dr. (a)JUAREZ SEBASTIAN LIMA E LIMA

CRM:

KOTE SEGURO
Erica Araujo
26/08/19

VALIDA EM TODO O TERRITORIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 7.436.088 DATA DE EXPEDIÇÃO 12/11/2003

NOME << MARTA MARIA DOS SANTOS >>

FILIAÇÃO << MARIANO SEVERINO DOS SANTOS >>

<< MARIA SEVERINA DOS SANTOS >>

NATURALIDADE LAGOA DE ITAENGA PE DATA DE NASCIMENTO 26/02/1975

DOC ORIGEM << CN 4003 L 3A F.77V CART. DE LAGOA DE ITAENGA-PE 25/03/1979 >>

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

VALIDA EM TODO O TERRITORIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 7.436.088 DATA DE EXPEDIÇÃO 12/11/2003

NOME << MARTA MARIA DOS SANTOS >>

FILIAÇÃO << MARIANO SEVERINO DOS SANTOS >>

<< MARIA SEVERINA DOS SANTOS >>

NATURALIDADE LAGOA DE ITAENGA PE DATA DE NASCIMENTO 26/02/1975

DOC ORIGEM << CN 4603 L.3A F.77V CART.DE LAGOA DE ITAENGA-PE 25/03/1979 >>

ASSINATURA DO DIRETOR GERAL

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83 F-09 45242

KOTE SEGUROS
Erica Araujo
24/08/19

MINISTÉRIO DA FAZENDA
SECRETARIA DA RECEITA FEDERAL

CPF

Cadastro de Pessoas Físicas
Número de Inscrição
962.483.004-53

Nome
MARTA MARIA DOS SANTOS

Nascimento
26/02/1975

CORREIOS

Emissão

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO TAVARES BURLE

08R59

FOTOGRAFIA

POLEGAR DIREITO

maria Maria dos Santos

ASSINATURA DO PORTADOR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DENATRAN

DETRAN - PE
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

Nº 01448785036O

FIN | COD. RENAVAM | R.N.T.R.C. | EXERCÍCIO

NOME

CPF/CNPJ | PLACA

PLACA ANT. / UF | CHASSI

ESPÉCIE/TIPO | COMBUSTÍVEL

MARCA / MODELO | ANO FAB. | ANO MOD.

CMT / POT / CIL | CATEGORIA | COR PREDOMINANTE

IPVA

COTA ÚNICA | VENC. COTA ÚNICA | VENC. / COTAS 1ª 2ª 3ª

PAGO IPVA | PARCELAMENTO / COTAS

PRÊMIO TAHB ÚNICO (R$) | IOF (R$) | PRÊMIO TOTAL (R$) | DATA DE PAGAMENTO

OBSERVAÇÕES

CONTRAN

LOCAL | DATA

ASSINATURA DO DIRETOR DO DETRAN

KOTE SEGUROS
Erica Araujo
26/08/19

Sistema Polícia Ágil

SAIR DO SISTEMA

NOVA PESQUISA > FICHA DO DETRAN

GERAR RELATÓRIO EM PDF

Situação:NORMAL
Placa: OYO1370
Nome proprietário: VALDECI ANTONIO DE SOUZA
CPF do proprietário:
UF: PE Tipo: MOTOCICLETA
Espécie: PAS
Combustível: GASOLINA Marca / Modelo: HONDA/POP100
Marca: HONDA
Cor: VERMELHA Ano Fabricação:
Município: LAGOA DO CARRO
Logradouro: SITIO SAO FRANCISCO S/N
Número: Bairro: ZONA RURAL
Cep: 55820000
Complemento:
Chassi: 9C2HB0210FR004023 Restrição:
Renavam: 1019846469
Licenciamento: R$ 0,00
IPVA: R$ 0,00
Seguro: R$ 0,00
Bombeiro: R$ 0,00
Conservação: R$ 0,00
Taxas: R$ 0,00
Multas: R$ 0,00
Quantidade Multas: 0
Quantidade de multas a vencer: 0
Multas a vencer: R$ 0,00
IPVA a vencer: R$ 0,00
Total: R$ 0,00
Situação Bin: NORMAL

KOTE SEGUROS
Erica Araujo
26/07/19

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

Seguradora LIDER
Administradora do Seguro DPVAT

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190501948 **Cidade:** Carpina **Natureza:** Invalidez Permanente

Vítima: MARTA MARIA DOS SANTOS **Data do acidente:** 27/06/2019 **Seguradora:** COMPREV SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 03/09/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DIAFISÁRIA DO RÁDIO E ULNA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO(P.5,8) - FASCIOTOMIA- OSTEOSSÍNTESE COM PLACA E PARAFUSOS

Sequelas permanentes:

Sequelas: Em tratamento

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: DEVIDO AO CURTO ESPAÇO DE TEMPO DECORRIDO DO ACIDENTE RECLAMADO E A LESÃO AINDA ESTAR EM PROCESSO DE CONSOLIDAÇÃO, NÃO É POSSÍVEL NO MOMENTO, EVIDENCIAR A INVALIDEZ PERMANENTE. FAZ-SE NECESSÁRIO APRESENTAR, TÃO LOGO O TRATAMENTO HOSPITALAR E AMBULATORIAL SEJA FINALIZADO, AS SEGUINTES ALTERNATIVAS DE DOCUMENTAÇÃO MÉDICA:

- RELATÓRIO DO TRATAMENTO REALIZADO A NÍVEL AMBULATORIAL;

TAIS DOCUMENTOS SÃO EMITIDOS, MEDIANTE SOLICITAÇÃO, SEM CUSTO E SÃO DE DIREITO DOS PACIENTES SUBMETIDOS AOS TRATAMENTOS NAS INSTITUIÇÕES HOSPITALARES PÚBLICAS OU PARTICULARES, SEJA EM CARÁTER DE INTERNAÇÃO OU AMBULATORIAL.
NÃO SÃO SUFICIENTES PARA ANÁLISE MÉDICA DOCUMENTAL, DOCUMENTOS, SOMENTE, EMITIDOS POR ENFERMAGEM OU OUTROS PROFISSIONAIS DA ÁREA DE SAÚDE QUE NÃO SEJAM EMITIDOS POR MÉDICOS.

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
		Total	0 %	R$ 0,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

Seguradora LIDER
Administradora do Seguro DPVAT

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190501948 **Cidade:** Carpina **Natureza:** Invalidez Permanente

Vítima: MARTA MARIA DOS SANTOS **Data do acidente:** 27/06/2019 **Seguradora:** COMPREV SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 03/09/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DIAFISÁRIA DO RÁDIO E ULNA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO(P.5,8) - FASCIOTOMIA- OSTEOSSÍNTESE COM PLACA E PARAFUSOS

Sequelas permanentes:

Sequelas: Em tratamento

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: DEVIDO AO CURTO ESPAÇO DE TEMPO DECORRIDO DO ACIDENTE RECLAMADO E A LESÃO AINDA ESTAR EM PROCESSO DE CONSOLIDAÇÃO, NÃO É POSSÍVEL NO MOMENTO, EVIDENCIAR A INVALIDEZ PERMANENTE. FAZ-SE NECESSÁRIO APRESENTAR, TÃO LOGO O TRATAMENTO HOSPITALAR E AMBULATORIAL SEJA FINALIZADO, AS SEGUINTES ALTERNATIVAS DE DOCUMENTAÇÃO MÉDICA:

- RELATÓRIO DO TRATAMENTO REALIZADO A NÍVEL AMBULATORIAL;

TAIS DOCUMENTOS SÃO EMITIDOS, MEDIANTE SOLICITAÇÃO, SEM CUSTO E SÃO DE DIREITO DOS PACIENTES SUBMETIDOS AOS TRATAMENTOS NAS INSTITUIÇÕES HOSPITALARES PÚBLICAS OU PARTICULARES, SEJA EM CARÁTER DE INTERNAÇÃO OU AMBULATORIAL.
NÃO SÃO SUFICIENTES PARA ANÁLISE MÉDICA DOCUMENTAL, DOCUMENTOS, SOMENTE, EMITIDOS POR ENFERMAGEM OU OUTROS PROFISSIONAIS DA ÁREA DE SAÚDE QUE NÃO SEJAM EMITIDOS POR MÉDICOS.

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
		Total	**0 %**	**R$ 0,00**

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0295498/19

Vítima: MARTA MARIA DOS SANTOS

Data do acidente: 27/06/2019

CPF: 962.483.004-53

CPF de: Próprio

Titular do CPF: MARTA MARIA DOS SANTOS

Seguradora: COMPREV SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT

MARTA MARIA DOS SANTOS : 962.483.004-53

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- 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.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação entregue	Responsável pelo cadastramento na seguradora
Data da entrega: 28/08/2019	Data do cadastramento: 28/08/2019
Nome: MARTA MARIA DOS SANTOS	Nome: MARIA ERICA ARAUJO COELHO
CPF: 962.483.004-53	CPF: 010.626.514-80
MARTA MARIA DOS SANTOS	MARIA ERICA ARAUJO COELHO

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, 03 de Setembro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190501948

Vítima: MARTA MARIA DOS SANTOS

Data do Acidente: 27/06/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: VÍTIMA EM TRATAMENTO

Senhor(a), MARTA MARIA DOS SANTOS

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. 01399/01400 - carta_07 - INVALIDEZ
00770700
Carta nº 14922123

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, 28 de Agosto de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190501948 **Vítima: MARTA MARIA DOS SANTOS**

Data do Acidente: 27/06/2019 **Cobertura: INVALIDEZ**

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), MARTA MARIA DOS SANTOS

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

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

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:
	962.483.004-53	marta maria dos Santos

DADOS CADASTRAIS

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

5 - Nome completo: Marta maria dos Santos
6 - CPF: 962.483.004-53
7 - Profissão: Teuso cy.
8 - Endereço: R. Vila São Francisco
9 - Número: 32
10 - Complemento:
11 - Bairro: Zona rural
12 - Cidade: Carpina
13 - Estado: PE
14 - CEP: 55810.000
15 - E-mail: marcelo assessoria@hotmail.com
16 - Tel.(DDD): (81) 97915.3756

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: 1242 ☐ (Informar o dígito se existir) CONTA: 013 8576 7 (Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO:
AGÊNCIA: ☐ (Informar o dígito se existir) CONTA: ☐ (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.

INVALIDEZ PERMANENTE

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que **(assinalar uma das opções):**

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

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

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

KOTE SEGUROS Erica Araujo 5/08/19

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

MORTE

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo
24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:
26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não
27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não
29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:
30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não
31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não
32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:
33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

NÃO ALFABETIZADO

34 Impressão digital do polegar direito do beneficiário (Não alfabetizado)

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

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

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

TESTEMUNHAS

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

39 - 2ª | Nome: Valdeci Antonio de Souza
CPF: 587.601.304-82
Assinatura da testemunha

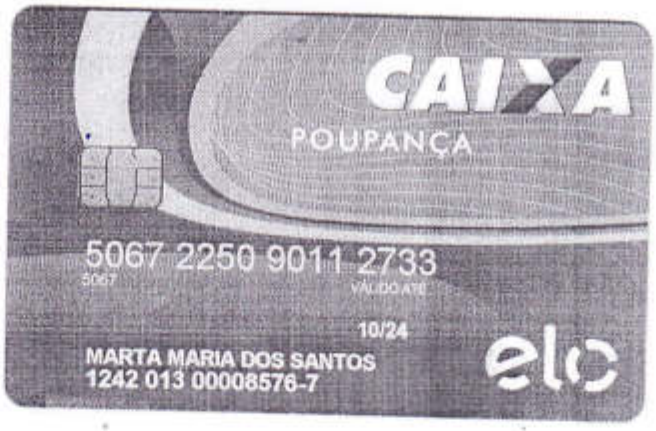
40 - Local e Data, Carpina, 09/08/2019

Marta Maria dos Santos
41- Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42- Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS.001.V002/2019


CAIXA
POUPANÇA
5067 2250 9011 2733
5067
VÁLIDO ATÉ
10/24
MARTA MARIA DOS SANTOS
1242 013 00008576-7
elo

SDS/Polícia Civil - PE
11ª USPC
56ª Circunscrição
Lagoa do Carro

GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 056ª CIRCUNSCRIÇÃO - LAGOA DO CARRO - DP56ªCIRC DINTER1/11ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 19E0146000473

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **26/07/2019** às **11:07**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado)
que aconteceu no dia **27/6/2019** no período da **Manhã**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICIPIO DE LAGOA DO CARRO, 1, SITIO SÃO FRANCISCO , NA ESTRADA QUE ACESSO A COMUNIDADE** - Bairro: **CENTRO** - **LAGOA DO CARRO/PERNAMBUCO/BRASIL** - Ponto de Referência: **PERTO DA ENTREA DA CAMPESTRE E DA ASSEMBLEIA DE DEUS**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR \ AGENTE)
VALDECI ANTONIO DOS SANTOS (OUTRO)
MARTA MARIA DOS SANTOS (VITIMA)

KOTE SEGUROS
Erica Araujo
26/08/19

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): VALDECI ANTONIO DOS SANTOS

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

MARTA MARIA DOS SANTOS (presente ao plantão) - Sexo: **Feminino** Mãe: **MARIA SEVRINA DOS SANTOS** Pai: **MARIANO SEVERINO DOS SANTOS** Data de Nascimento: **26/2/1978** Naturalidade: **LAGOA DO CARRO / PERNAMBUCO / BRASIL** Estado Civil: **CASADO(A)** Telefones Celulares:
- **991082730**

Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE LAGOA DO CARRO, 1, SITIO SÃO FRANCSICO ZONA RURAL - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - LAGOA DO CARRO/PERNAMBUCO /BRASIL, PERTO DA ESCOLA**

VALDECI ANTONIO DOS SANTOS (não presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **MARIA JSOE DE SOUZA** Pai: **ND** Data de Nascimento: **5/5/1974** Naturalidade: **PASSIRA / PERNAMBUCO / BRASIL** Estado Civil: **CASADO(A)**
Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE LAGOA DO CARRO, 1, SITIO SÃO FRANCSICO - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - LAGOA DO CARRO/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

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

SDS/Polícia Civil-PE
11ª USPC
56ª Circunscrição
Lagoa do Carro

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

MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **VALDECI ANTONIO DOS SANTOS**, que estava em posse do(a) Sr(a): **VALDECI ANTONIO DOS SANTOS**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/POP 100** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **VERMELHA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **OYO1370** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Renavam: **101924646**
Ano Fabricação/Modelo: **2014/2015** Combustível: **GASOLINA**

Complemento / Observação

A VITIMA , SENHORA MARTA MARIA INFORMA QUE SEGUIA COM O SEU ESPOSO ,NA MOTOCICLETA SUPRACITADA , PELA ESTRADA DE TERRA PLANAGEM QUE DÁ ACESSO AO SITIO SÃO FRANCISCO, NESTA , MOMENTO EM QUE AO SUBIR A LADEIRA PERTO DA ASSEMBLEIA DE DEUS A MOTOCILETA DERRAPOU VINDO A CAIR VITIMA E CONDUTOR QUE NA OCASSIÃO ERA O SEU ESPOSO , SENHOR VALDECI ANTONIO, QUE PROVIDENCIOU SOCORRO ONDE O IRMÃO DE DONA MARTA VEIO COM O SEU VEICULO E SEGUIRAM PARA UNIDADE MISTA DE LAGOA DO CARRO , EM SEGUIDA DONA MARTA FOI TRASNFERIDA PARA A UNIDADE MISTA DE CARPINA , QUE DEPOIS FOI REMOVIDA PARA O HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS EM RECIFE-PE E POR FIM DEPOIS DE TANTA PEREGRINAÇÃO FEZ A CIRURGIA NO BRAÇO ESQUERDO NO HSOPITAL ARMINIO MOURA NA CIIDADE DE MORENO-PE. O TIPO DE FRATURA E NARRADA CONFOME EXPENSAS MEDICAS. ASSIM ENCERRA ESTE BOE .

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

Marta Maria dos Santos

MARTA MARIA DOS SANTOS
(VITIMA)

B.O. registrado por: **JOÃO BOSCO DE OLIVEIRA CASTRO** - Matrícula: **318821-5**

KOTE SEGUROS
Erica Araujo
26/07/19

GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 056ª CIRCUNSCRIÇÃO - LAGOA DO CARRO - DP56ªCIRC DINTER1/11ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 19E0146000517

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **13/08/2019** às **09:58**

Complementa o BO Número: 19E0146000473

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado)
que aconteceu no dia **27/6/2019** no período da **Manhã**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICIPIO DE LAGOA DO CARRO, 1, SITIO SÃO FRANCISCO , NA ESTRADA QUE ACESSO A COMUNIDADE** - Bairro: **CENTRO - LAGOA DO CARRO/PERNAMBUCO/BRASIL** - Ponto de Referência: **PERTO DA ENTREA DA CAMPESTRE E DA ASSEMBLEIA DE DEUS**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

KOTE SEGUROS
Erica Araujo
21/08/19

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR \ AGENTE)
VALDECI ANTONIO DE SOUZA (OUTRO)
MARTA MARIA DOS SANTOS (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): VALDECI ANTONIO DE SOUZA

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

MARTA MARIA DOS SANTOS (presente ao plantão) - Sexo: **Feminino** Mãe: **MARIA SEVRINA DOS SANTOS** Pai: **MARIANO SEVERINO DOS SANTOS** Data de Nascimento: **26/2/1975** Naturalidade: **LAGOA DO CARRO / PERNAMBUCO / BRASIL** Estado Civil: **CASADO(A)** Telefones Celulares:
- **991082736**

Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE LAGOA DO CARRO, 1, SITIO SÃO FRANCSICO ZONA RURAL - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - LAGOA DO CARRO/PERNAMBUCO /BRASIL, PERTO DA ESCOLA**

VALDECI ANTONIO DE SOUZA (não presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **MARIA JSOE DE SOUZA** Pai: **ND** Data de Nascimento: **8/8/1974** Naturalidade: **PASSIRA / PERNAMBUCO / BRASIL** Estado Civil: **CASADO(A)**
Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE LAGOA DO CARRO, 1, SITIO SÃO FRANCSICO - CEP:**

55000-000 - Bairro: CENTRO - LAGOA DO CARRO/PERNAMBUCO/BRASIL

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

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

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

MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **VALDECI ANTONIO DE SOUZA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **VALDECI ANTONIO DE SOUZA**
Cetegoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/POP 100** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **VERMELHA** - Quantidade: **0 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **OYO1370** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Renavam: **101984646**
Ano Fabricação/Modelo: **2014/2015** Combustivel: **GASOLINA**

Complemento / Observação

A VITIMA , SENHORA MARTA MARIA INFORMA QUE SEGUIA COM O SEU ESPOSO ,NA MOTOCICLETA SUPRACITADA , PELA ESTRADA DE TERRA PLANAGEM QUE DÁ ACESSO AO SITIO SÃO FRANCISCO, NESTA , MOMENTO EM QUE AO SUBIR A LADEIRA PERTO DA ASSEMBLEIA DE DEUS A MOTOCILETA DERRAPOU VINDO A CAIR VITIMA E CONDUTOR QUE NA OCASSIÃO ERA O SEU ESPOSO , SENHOR VALDECI ANTONIO, QUE PROVIDENCIOU SOCORRO ONDE O IRMÃO DE DONA MARTA VEIO COM O SEU VEICULO E SEGUIRAM PARA UNIDADE MISTA DE LAGOA DO CARRO , EM SEGUIDA DONA MARTA FOI TRASNFERIDA PARA A UNIDADE MISTA DE CARPINA , QUE DEPOIS FOI REMOVIDA PARA O HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS EM RECIFE-PE E POR FIM DEPOIS DE TANTA PEREGRINAÇÃO FEZ A CIRURGIA NO BRAÇO ESQUERDO NO HSOPITAL ARMINIO MOURA NA CIIDADE DE MORENO-PE. O TIPO DE FRATURA E NARRADA CONFOME EXPENSAS MEDICAS. ASSIM ENCERRA ESTE BOE .O MESMO FORA COMPLEMENTADO TENDO EM VISTA QUE O NOME DO CONDUTOR DO VEÍCULO ESTAVA ERRADO.

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

Marta maria dos santos -

MARTA MARIA DOS SANTOS
(VITIMA)

B.O. registrado por: **LUIS FERNANDO BARBOSA VEIGA** - Matricula: **221360-8**

KOTE SEGUROS
Erica Araujo
13/08/19

Seguradora LÍDER

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: 962.483.004-53

4 - Nome completo da vítima: marta maria dos Santos

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

DADOS CADASTRAIS

5 - Nome completo: Marta maria dos Santos

6 - CPF: 962.483.004-53

7 - Profissão: Lavradora

8 - Endereço: R. Vila São Francisco

9 - Número: 32

10 - Complemento:

11 - Bairro: Zona rural

12 - Cidade: Carpina

13 - Estado: PE

14 - CEP: 55810-000

15 - E-mail: marcelo assessoria@hotmail.com

16 - Tel.(DDD): (81) 97915 3956

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: 1242 ☐ (Informar o dígito se existir) CONTA: 013 8576 7 (Informar o dígito se existir)

☐ **CONTA CORRENTE** (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: ☐ (Informar o dígito se existir) CONTA: ☐ (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.

INVALIDEZ PERMANENTE

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que **(assinalar uma das opções):**

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

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

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

KOTE SEGURO Erica Araujo 6/08/19

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

MORTE

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não

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

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:

30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não

31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:

33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

NÃO ALFABETIZADO

34 Impressão digital do dedo polegar do beneficiário

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

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

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

TESTEMUNHAS

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

39 - 2ª | Nome: Valdeci Antonio de Souza
CPF: 587.601.304-82
Assinatura da testemunha

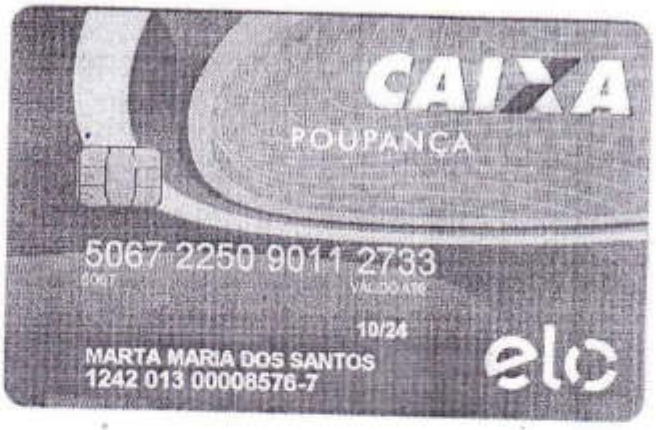
40 - Local e Data, Carpina, 09/08/2019

Marta Maria dos Santos
41- Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42- Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS 001 V002/2010


CAIXA
POUPANÇA
5067 2250 9011 2733
10/24
MARTA MARIA DOS SANTOS
1242 013 00008576-7
elo

PREFEITURA MUNICIPAL DE Lagoa do Carro
EXIGIR CIDADANIA É COMPROMISSO DE TODOS

SECRETARIA DE SAÚDE DE LAGOA DO CARRO

SERVIÇO DE PRONTO ATENDIMENTO

Data 27/06/2019 / Hora 11:24 / Registro 006681
Nome Marta Maria dos Santos
Endereço Sitio São Francisco / Referênci
Bairro Zona Rural / Cidade Lagoa do Ca
Idade 44 anos / Sexo F / Cor / Profissão agricultora
Responsável Valdecir (Esposo) / Fone 9 9108-2730
Endereço do Responsável
Nascimento 26/02/1975

DADOS DO ACIDENTADO OU AGRESSÃO

[X] ACIDENTE DE TRÂNSITO

VEÍCULO Automóvel [ ] Ônibus [ ] Moto [X] Outro [ ] Ignorado [ ]
MODO Atropelamento [ ] Colisão [ ] Capotagem [ ] Outro [ ] Ignorado [ ]

[ ] AGRESSÃO

POR MODO Arma de Fogo [ ] Arma Branca [ ] Espancamento [ ] Outro [ ] Ignorado [ ]
Assalto Briga [ ] Ação Policial [ ] Agressão Sexual [ ] Outro [ ] Ignorado [ ]

[ ] ACIDENTE DE TRABALHO

Origem Construção Civil [ ] Indústria [ ] Agricultura [ ] Outro [ ] Ignorado [ ]

[ ] OUTRO - AGRESSÃO / SUICÍDIO

Por Arma de Fogo [ ] Enforcamento [ ] Drogas [ ] Outro [ ] Ignorado [ ]

[ ] OUTRO TIPO DE ACIDENTE

Intixicação Acidental [ ] Queda acidental [ ] Afogamento [ ] Outro [ ] Ignorado [ ]

[ ] LOCAL DE OCORRÊNCIA

Via Pública [ ] Domicílio [ ] Ambiente de Trabalho [ ] Outro [ ] Ignorado [ ]

QUEIXAS
Paciente vítima de queda de moto com trauma no braço (E), foi trazida p/ Hospital 2º entrada p/ RX e TMF.

EXAME FÍSICO Nada

PA X mmhg / FC: / PULSO: / TEMP:

HIPÓTESE DIAGNÓSTICO
Trauma no braço (E) / AIC
Luxação (E)

KOTE SEGUROS
Erico Araujo
27/06/19

Dr Emiliano Dantas Barbosa
Ortopedista / Traumatologista
CRM 1260

MÉDICO RESPONSÁVEL

HOF : 5714 930

GOVERNO DE CARPINA A FORÇA DO TRABALHO

UNIDADE MISTA FRANCISCO DE ASSIS CHATEAUDBRIAND

BOLETIM DE EMERGÊNCIA **No. Ocorrência:** 0037231

Prontuário: 00024958-0 Idade: 44 ANOS, 4 MESES E 1 DIA
Nome: MARTA MARIA DOS SANTOS Dt. Nasc.: 26/02/1975 Sexo: F Est. Civil: CASADO
Endereço: SITIO SAO FRANCISCO CEP:
Cidade: LAGOA DO CARRO/PE Bairro: Nac: BRASIL
Documento: CNS: 708408234768960 Sisprenatal: Tel.:
Mãe: MARIA SEVERINA DOS SANTOS Pai: MARIANO SEVERINO DOS SANTOS
Profissão: Responsável:

Últimas Ocorrências

Data	Nº Ocorrência	Motivo do atendimento
27/06/2019 12:43	0037231	VEIO FASER RAIO X ENCAMINHADO DE LAGOA DO CARRO

PRE-CONSULTA Urgência ( ) Não Urgência ( ) Emergência ( ) Acidente Trabalho ( ) Acidente Trânsito ( )

Horário	P.A.		Pulso	Peso	Assinatura

Queixas / Diagnóstico

DOR + EDEMA EM BRAÇO (E) HA + 2 HORAS, APOS QUEDA DE MOTOCICLETA

Tratamento

Exames complementares

Impressão diagnóstica CID

FRATURA DE ULNA (E)

Motivo da saída:
Residência ☐ Internado ☐
Justificativa:

	ADM MEDICAMENTO:	TÉCNICO / COREN
☐ CURATIVO	☐ BÁSICO ☐ ESP	
☐ NEBULIZAÇÃO	☐ RETIRADA DE PONTO	

Consultas / Atendimento Médico:
☐ urgência básica ☐ urgência especializada
☐ observação básica ☐ observação especializada

MÉDICO / CRM: Dr. Rogério Brasilino Carneiro Médico CRM: 23275 - PE
HORÁRIO:

Encaminhado:

Removido:

Óbito:
às _____ h _____ m do dia _____

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	TÉCNICO / CONSELHO	HORÁRIO

Data saída:
Hora saída:

KOTE SEGUROS Erica Araujo 30/08/19

Data da impressão: Quinta-feira, 27 de Junho de 2019 às 12:43 Recepcionista: ELIZAB. AUGUSTO