

CNPJ 09.769.035/0001-64
INSC. EST. Nº 18.1.001.0014398-2

ATENDIMENTO: RUA SANTINO ALVES DE SA - NÚM. 00061 - PTLAR

DADOS DO CLIENTE
ALBANO DA SILVA GONCALVES MATRÍCULA: 107282810 Mai/2018
R RIBEIRAO, N. 00076 - - BAIRRO NOVO ITAMARACA PE 53900-000
INSCRIÇÃO: 076.505.150.0007.000 GRUPO: 7 DEB. AUTOMÁTICO: 107282810

SITUAÇÃO ÁGUA	SITUAÇÃO ESGOTO	QUANTIDADE DE ECONOMIAS	PÚBLICA
RESIDENCIAL	RESIDENCIAL	RESIDENCIAL	RESIDENCIAL
HIDRÔMETRO	DATA LEIT. ANTERIOR	DATA LEIT. ATUAL	TIPO DE CONSUMO (A/E)
NÃO MEDIDO			N MEDIDO

ÁGUA:
LEIT. ANT.: CONSUMO: 10
LEIT. ATU.:
LEIT. FAT:

REFERÊNCIA CONSUMO

04/2018 10
03/2018 10
02/2018 10
01/2018 10
12/2017 10

PARAMETROS	NÚMERO DE AMOSTRAS		
	EXIG. PORT. MS 2.914/11	ANÁLISES REALIZ.	ATENDEN A LEGIS
TURBIDEZ	44	44	44
COR APARENTE	44	44	44
CLORO RESIDUAL	44	44	10
COLIF. TOTAIS	44	44	25

MEDIA: 10

Qualidade de Água: www.compesa.com.br

OBS.: (1) COLIFORMES TOTAIS AUSÊNCIA 95% DAS AMOSTRAS EXAMINADAS
(2) OS PARÂMETROS COLIFORMES TOTAIS, ESCHERICHIA COLI E CLORO RESIDUAL SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES SANITÁRIAS DA ÁGUA
(3) OS PARÂMETROS COR E TURBIDEZ SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES ASSOCIADAS AO ASPECTO VISUAL DA ÁGUA

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS CONSUMO TOTAL (R\$)

RESIDENCIAL 1 UNIDADE (\$)

MULTA P/IMPONTUALIDADE 04/2018 0,24
TARIFA CORTADO DEC. 18.251/94 05/2018 12,39

TRIBUTOS	BASE DE CÁLCULO	PERCENTUAL (%)	VALOR DO IMPOSTO
PM COFINS	0,00	1,65	0,00
	0,00	7,60	0,00

VENCIMENTO: 15/06/2018

TOTAL A PAGAR: 12,63

MENSAGEM:

DTGA NÃO AO TRABALHO TRAFETI

DESCRIÇÃO DISQUE 100

EXCELSIOR SEGUROS

18 JUL 2018

SEGUROS DE VIDA



CTC RECIFE PE PLI
PC 407
MARIA AUREA LUCENA DE QUEIROZ VEIGA
R TOMAZ GONZAGA 248
ZUMBI
50711-090 RECIFE - PE

Postagem: 18/01/2018
Vencimento: 28/01/2018
Emissão: 16/01/2018
Fechamento próxima fatura: 23/02/2018

Titular **MARIA AUREA LUCENA DE QUEIROZ VEIGA**
Cartão **5232.XXXX.XXXX.4654**

a que esperará fatura impressa chegar em casa? Mude agora para a Fatura Digital. Acesse: Itaú.com.br/caixas/cadastr-fatura-digital

ncimento
28/01/2018

A) pagamento total R\$ **1.763,74**
ou
B) pagamento para rotativo (a partir de) R\$ **386,07**

C) parcelas fixas R\$ **159,72**
+ 23x 159,72
ou
D) pagamento mínimo para R\$ **Não Disponível**

Consulte outras opções

Limites de crédito R\$

Limite total de crédito 6.750,00
Limite utilizado no mês 5.173,15
Restada de recursos País(saque) 520,00
Restada de recursos Exterior(saque) 6.750,00

Programa Sempre Presente

Saldo de pontos acumulados no programa em 01/2018 4.396

Pontos a expirar no programa em 02/2018 0

Dólar utilizado na conversão dos pontos 3,47

* Consolidado de pontos dos cartões participantes.

Os pontos adquiridos nesta fatura, após a compensação do pagamento mínimo, serão demonstrados no saldo de pontos da próxima fatura e no site

Pagamentos efetuados

DATA	VALOR EM R\$
28/12 PAGAMENTO EFETUADO 5894	- 820,00
03/01 PAGAMENTO EFETUADO 5894	- 397,00
03/01 PAGAMENTO EFETUADO 5894	- 400,00
Total dos pagamentos	- 1.617,00

Lancamentos: compras e saques

DATA	ESTABELECIMENTO	VALOR EM R\$
26/12 CLARO		- 84,88
26/12 CLARO		- 0,10



Tarifa Social de Energia Elétrica: Cópia para Lei 10.438, de 26/04/02
 NOTA FISCAL + FATURA + CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA
 Companhia Energética de Pernambuco
 Av. Júlio de Barros, 911, Una Vida, Recife, Pernambuco - CEP 50065-002
 CEP 50 535-932/033-58 | fone: 0800943-91 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE

PAULO JOSE DOS PRAZERES FILHO

CPF 451.979.544-34

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL
 Monofásica

Nº DA NOTA FISCAL	SERIE	EMISSÃO
027801187	125CA	14/08/2018
Nº DO CLIENTE	Nº DA INSTALAÇÃO	
2001228528	3291842	

Consumo Ativo (kWh)
 Acréscimo Bandeira VERMELHA

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
 RUA TOMAZ GONZAGA 248 E

ZUMBIRELIFE
 RECIFE PE
 50711-090

CONTA CONTRATO

7006433230

MES/ANO

08/2018

21/08/2018

13/09/2018

30,53

QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
36,00000000	0,7734172	27,86
		2,67

TOTAL DA FATURA 30,53
 DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

Nº DO MEDIDOR	Tipo da Função	DATA	ANTERIOR LEITURA	DATA	ATUAL LEITURA	Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (kWh)
31204829	LAT	13-07-2018	8 187,00	14-08-2018	8 203,00	32	1,0000		16,00

POTÊNCIA DE MONITOR

APRESENTAÇÃO DE ENERGIA

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

21,42%

EXCELSIOR SEGUROS

17 OUT 2018

CEBRHO DE VAT

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO

CIRCULAR SUSEP 445/12

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECASWEB/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 COAF²**.

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

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu MARIA AUREA LUCENA DE AGUIROZ VEIGA inscrito (a) no CPF sob o Nº 059.058.754, 48 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário ALBANO DA SILVA GONÇALVES inscrito (a) no CPF sob o Nº 045.532.984, 22, do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima Isabel Albani Silva Gonçalves, inscrito (a) no CPF sob o Nº _____, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

☒ Recuso informar

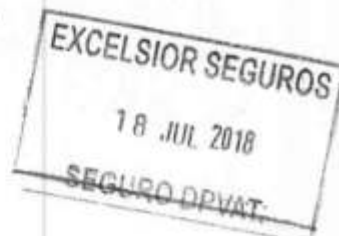
Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço <u>RUA TOMAZ GONZAGA</u>		Número <u>248</u>	Complemento
Bairro <u>ZUMBI</u>	Cidade <u>RECIFE</u>	Estado <u>PE</u>	CEP <u>50.711-070</u>
Email		Telefone comercial(DDD) <u>81.3542.6913</u>	Telefone celular (DDD) <u>81.98680.5660</u>

Abail 13 de Julho de 2018
Local e Data

Maria Auren L. de Aguiroz Veiga
Assinatura do Declarante



Atendimento: 424238

Data e Hora: 12/04/2018 19:26

Senha da Classificação:

0034

Paciente: 114041 ISABEL ALBANI ALVES GONCALVES

Sexo: FEMININO

Nome Social:

Data do Nascimento: 11/01/2003

Idade: 15 anos

Convênio: 2

SUS - EXTERNO / URGENCIA

Nome da Mãe: MARILENE MARIA ALVES

Nome do Pai: ALBANO DA SILVA GONCALVES

Estado Civil: SOLTEIRO

Nome do Médico: PLANTONISTA CIRURCIA GERAL

CRM: 12347

Endereço: RUA PESQUEIRA

20

Bairro: BAIXA VERDE

Cidade/UF: ILHA DE ITAMARACA

PE

Usuário Atendimento: MAYARAAM

Informações Associadas a Pacientes Estrangeiros / Visitantes

Data Entrada Brasil:

Nacionalidade: BRASILEIRA

Nr Documento Estrangeiro:

Observação:

RESUMO DE TRATAMENTO

Peso:

Altura:

Temperatura:

Hora:

Queixa Principal

Lesão de 1 cm de diâmetro, localizada no antebraço direito, com ferimento profundo, com perda de sangue.

Exame Físico

Lesão importante em antebraço direito, com ferimento profundo, com perda de sangue.

Hipótese Diagnóstico

Lesão de 1 cm de diâmetro, localizada no antebraço direito, com ferimento profundo, com perda de sangue.

Prescrição Médica

Antibiótico Racional

EXCELSIOR SEGUROS

17 SET 2018

SEGURO DPVAT

Antibiótico Racional

12/04/18

H.C.G.H

Doença: Lesão de 1 cm de diâmetro, localizada no antebraço direito, com ferimento profundo, com perda de sangue.

Assinatura e Carimbo do Médico

Destino: () Encaminhado ao Ambulatório () Residência

() Transferido: Para

() Encaminhado ao setor de internação

cf: Alta do E. Carol.

Senha:

1 autoperícia

Sóstenes Valséc Gomes
Cirurgião Geral
CRM - 12347

HOSPITAL METROPOLITANO NORTE MIGUEL ARRARES

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

PROTOCOLO CLASSIFICACAO REDE IMIP

Data e hora retirada da senha: 12/04/2018 19:23

Nome Paciente: ISABEL ALBANI ALVES GONCALVES
Cód. Paciente: 114041
Data de Nascimento: 11/01/2003
Sexo: Feminino
Idade: 15
Senha: 0034
Convênio: 2 - SUS - EXTERNO / URGENCIA
Atendimento: 424238
SAME: 101196

Período: 12/04/2018 19:40 - 12/04/2018 19:47

GEDALVA PEREIRA DE LIMA - COREN: 485419 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - Reclassificação

Prioridade: URGENCIA AMARELO

Cor: AMARELO

Queixa Principal: PACIENTE ATROPELADA POR MOTO HÁ 2H. REFERE DOR E EDEMA MIE. NEGA DESMAIOS, VOMITOS E PERDA DE CONSCIENCIA. FERIMENTO EM MIE.

Observação: PACIENTE ENCAMINHADA COM SAMU ITAPISSUMA.
NEGA ALERGIAS, HAS, DM.
DEFICIENTE AUDITIVA.

Fluxograma sintoma: TRAUMA

Discriminador(es): - SUSPEITA DE FRATURA OU LUXAÇÃO SEM DEFORMIDADE
- FERIMENTO SEM SANGRAMENTO ATIVO

Especialidade: CIRURGIA GERAL

REVISADO
MFPI-4MA

Período: 12/04/2018 19:40 - 12/04/2018 19:43

GEDALVA PEREIRA DE LIMA - COREN: 485419 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - Classificação

Prioridade: NAO URGENTE - VERDE

Cor: VERDE

Queixa Principal: PACIENTE ATROPELADA POR MOTO HÁ 2H. REFERE DOR E EDEMA MIE. NEGA DESMAIOS, VOMITOS E PERDA DE CONSCIENCIA.

Observação: PACIENTE ENCAMINHADA COM SAMU ITAPISSUMA.
NEGA ALERGIAS, HAS, DM.

Fluxograma sintoma: TRAUMA

Discriminador(es): - DOR LEVE (1-3/10)
- SEM PERDA DE CONSCIÊNCIA, NÁUSEA, VÔMITOS, CRISE CONVULSIVA OU FERIMENTO PERFURANTE

Especialidade: CIRURGIA GERAL

Sinais Vitais Lidos: - SACR - REGUA DE DOR: 5
- FREQUENCIA CARDIACA: 88.00 BPM
- GLICOSE: 96.00 MG/DL
- P.A. SISTOLICA: 130.00 MMHG
- P.A. DISTOLICA: 80.00 MMHG
- SATURAÇÃO DE OXIGÊNIO: 99.00 %

Hospital Miguel Arraes
Lesão de Pele
Sim (✓) Não ()
Local: FERIMENTO Em MIE

Enfermeiro
Gedálva Lima
COREN: 485419

Acolhido(a) por: GEDALVA PEREIRA DE LIMA - COREN: 485419 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 12/04/2018 19:47

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco

EXCELSIOR SEGUROS
17 SET 2018
SEGURO DEVAT



Laudo para solicitação de autorização de internação

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

1 - ESTABELECIMENTO SOLICITANTE	HOSPITAL MIGUEL ARRAES	2 - CNES	6431569
3 - ESTABELECIMENTO EXECUTANTE	HOSPITAL MIGUEL ARRAES	4 - CNES	6431569

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5 - Nome do Paciente	ISABEL ALBANI ALVES GONCALVES			6 - Nº Prontuário	114041
7 - Cartão Nacional do SUS	8 - Data de Nascimento	9 - Sexo	10 - RaceCor	10.1 - Etnia	
	11/01/2003	1 X 3	03 - Parda	0000 - Não Se Aplica	
11 - Nome da Mãe	MARILENE MARIA ALVES			12 - Telefone de Contato	8191478920
13 - Nome Responsável	MAIZA			14 - Telefone de Contato	
15 - Endereço (Rua, Nº, Bairro)	RUA PESQUEIRA, 20 - BAIXA VERDE				
16 - Município	17 - IBGE	18 - UF	19 - CEP		
ILHA DE ITAMARACA	260760	PE	53900000		

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - Principais Sinais e Sintomas Clínicos	TE COM LIMITAÇÃO AUDITIVA E ADMITIDA APRESENTANDO DOR EM TOPOGRAFIA DE PERNA ESQUERDA; NEGA ALERGIA MEDICAMENTOSA; RÁFIA REVELA FRATURA DIAFISÁRIA DE TÍBIA ESQUERDA; AO EXAME: EVIDENCIADO SAÍDA DE HEMATOMA FRATURÁRIO EM FERIMENTO <1 CM
--	---

21 - Condições que justificam a internação	ANAMNESE + EXAME FÍSICO + RADIOGRAFIAS
--	--

22 - Principais Resultados de Provas Diagnósticas	AS SUPRA CITADAS
---	------------------

23 - Diagnóstico Inicial / Código	24 - CID 10 Principal	25 - CID 10 Secundário	26 - CID 10 Causas Associadas
FRATURA DIAFISÁRIA DE TÍBIA ESQUERDA EXPOSTA	S822	Z000 V02.1	03.01.06.007-0

27 - Descrição do Procedimento Solicitado	28 - Código do Procedimento
REDUÇÃO INCRUENTA DE FRATURA DIAFISÁRIA / LESÃO FISÁRIA DISTAL DA TÍBIA C/ OU S/ FRATURA DA FIBULA	0408050225

29 - Especialidade	30 - Caracter de Atendimento	31 - Documento	32 - Nº do Documento (CNS/CPF) do Profissional Solicitante/Assistente
CIRÚRGICA	2	(X) CNS () CPF	709808066554290
Nome do Profissional Solicitante/Assistente	34 - Data da Solicitação	35 - Assinatura e Carimbo (Nº de Registro no Conselho)	
THIAGO MENDONÇA FERREIRA	12/04/2018	24728	

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - () Acidente de Trânsito	39 - CNPJ Seguradora	40 - Nº Bônus	41 - Série
37 - () Acid. Trabalho Típico	42 - CNPJ / Empresa	43 - CNAE / Empresa	44 - CBOR
38 - () Acid. Trabalho Trajetado			
35 - Vínculo com a Previdência	() Empregado () Empregador () Autônomo () Desempregado () Aposentado () Não Segurado		

AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizador	47 - Cód. Órgão Emissor	52 - Nº da Autorização da Internação Hospitalar (AIH)
	E260000001	
48 - Documento	49 - Nº do Documento (CNS/CPF) do Profissional Autorizador	
() CNS () CPF		
50 - Data da Autorização	51 - Assinatura e Carimbo (Nº Registro do Conselho)	

AIH
261810158979-6

DADOS DO PACIENTE

Paciente: **ISABEL ALBANI ALVES GONCALVES** Prontuário: 114041
Idade: 15a 3m Od Sexo: F Estado Civil: SOLTEIRO Data de Nascimento: 11/1/2003
Profissão: Escolaridade: R.G.: 7308101 C.P.F.: 07783044425 Telefone: CEP 53900000
Endereço: RUA PESQUEIRA, 20 - BAIXA VERDE - ILHA DE ITAMARACA - PE
Dados da Internação
Origem: URGENCIA/EMERGENCIA Data e Hora da Internação: 12/4/2018 20:53
Convênio: SUS - INTERNACAO Plano: GERAL
Unidade Internação: VERDE 2 ORTOPEDIA Acomodação: ENFERMARIA DE OBSERVACA Leito: VERD2EXTRA
Médico Internação: THIAGO MENDONÇA FERREIRA

DADOS DO RESPONSÁVEL

Nome: R.G.: C.P.F.: 02.05.98
Endereço: Número: CLAUDEVAN SOUSA
Telefone: Cidade: Estado civil: FATURADO

DADOS DA LIBERAÇÃO DO PACIENTE

Data da Alta: 14/04/18 Hora da Alta: 14:00
Motivo: ☐ Melhorado ☐ A Pedido ☒ Transferência ☐ Óbito ☐ Evasão

Condições de Alta: Bem em condições clínicas

Diagnóstico Principal..... Fx lesão de tendão esquerdo

Diagnóstico Secundário01: REVISADO

Diagnóstico Secundário02: CCIH-HMA

Indicamento..... Transferência Dr. Icaro Mólino de S. Pereira
Ortopedia e Traumatologia
CREMEPE 28580

Médico e CRM:

Responsável pela retirada do paciente Assinatura e RG

TERMO DE RESPONSABILIDADE

Autorizo a internação do paciente acima mencionado no HOSPITAL MIGUEL ARRAES bem como os tratamentos clínicos e cirúrgicos (Intervenção cirúrgica, anestésias, transfusões, exames de sangue, ou qualquer outro tipo de exame médico e laboratorial) que se fizerem necessários para o diagnóstico, tratamento, cura e o bem estar do paciente.

Em _____ de _____ de _____

Assinatura e RG do paciente ou pessoa responsável

EXCELSIOR SEGUROS

17 SET 2018

SEGURO DPVAT

EVOLUÇÃO CLÍNICA

NOME: ISABEL ALBANI ALVES GONÇALVES REG: 114041

CLÍNICA: _____ ENFERMAGEM: _____ LEITO: _____

DATA/HORA	
12/4/2018	# SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
	# ADMISSÃO
	PACIENTE COM LIMITAÇÃO AUDITIVA É ADMITIDA VÍTIMA DE ATROPELAMENTO REFERINDO DOR EM TOPOGRAFIA DE PERNA ESQUERDA; RADIOGRAFIA REVELA FRATURA DIAFISÁRIA ESQUERDA; NEGA ALERGIA MEDICAMENTOSA;
	AO EXAME : PACIENTE EM BOM ESTADO GERAL, ACIANÓTICA, ANICTÉRICA, NORMOCORADA, HIDRATADA, LÚCIDA, ORIENTADA NO TEMPO E NO ESPAÇO; NEUROVASCULAR PRESERVADO
	A: VIAS AÉREAS PÉRVIAS, SEM DOR Á PALPAÇÃO DA COLUNA
	B: RESPIRANDO ESPONTANEAMENTE
	C: SEM EVIDÊNCIA DE SANGRAMENTO ATIVO
	D: GLASGOW 15
	E: FERIMENTO EM PORÇÃO MÉDIA DE PERNA ESQUERDA EM FACE LATERAL, COM SAÍDA DE HEMATOMA FRATURÁRIO, MENOR QUE 1 CM
	HD: - FRATURA DIAFISÁRIA DE TIBIA ESQUERDA EXPOSTA
	CD: - SOLICITO INTERNAMENTO SOB ORIENTAÇÃO DE DR. SORMANE BRITTO
	- DIETA ZERO
	- AO BLOCO CIRÚRGICO APÓS AVALIAÇÃO DA CIRURGIA GERAL

Dr. Miguel Arraes
Médico
CRM 24.723

EXCELSIOR SEGUROS

17 SET 2018

22.30h

5074

no deve vir ao consultório por
reclamação por Dr. Soromen,
que afirma que seu filho não tem
contato com Hamilton Fradinho.

CD - Solicito hr - cl.
- Mantendo APT. 10/11/16

Dr. Thiago Mendonça Ferreira
Médico
CRM/PE 24.728

EXCELSIOR SEGUROS
17 SET 2016
SEGURADO PRIVAT

13/04/16

5074

HD. Ex. tit. (E)

Pct. estável

Ef. reg. consistentemente, deficiente audição, supressão

MIE: Tala coxo - pat. de jarrete - NVCE

CD: Lab (13/04): Hb = 14,3 / Ht = 35,3 / Rgt = 214.000 / NR = 1,12
Ag. cirúrgica

Manoel Oliveira Ferreira
Ortopedia/Traumatologia
CRM-PE 24589

14/04/16

5074

HD. As mesmas.

Pct. estável. Acompanhamento nos reabte q. x. x.

Ef. reg. consistentemente, deficiente audição, supressão.

MIE: Tala coxo - pat. de jarrete - NVCE

CD: Lab (13/04) OK

Ag. cirúrgica

Manoel Oliveira Ferreira
Ortopedia/Traumatologia
CRM-PE 24589

14/04/16

5074

16:00

Transferência

Dr. Icaro Mólum de S. Pereira
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PE 24589

HOSPITAL ARMINDO MOURA
PEP - Prontuário Eletrônico do Paciente

Emissão: 06/08/2018 17:39

Atendimento: 279026 Entrada: 14/04/2018 Hora: 17:34
Plano: SUS - ELETIVAS
Responsavel: MARIA NOEMIA DA SILVA
Médico Resp: DANIEL SANCHES

Saida: 18/04/2018 Hora: 18:10
Matricula:
Identidade: 1399531
C.N.S.: 709007822343414

Paciente: 1614050 ISABEL ALBANI ALVES GONCALVES
Nascimento: 11/01/2003 (15 Anos e 6 Meses)
Endereco: RUA PESQUIERA
Bairro: RIO AMBAR C.E.P.: 53900-000
Cidade: 2607604 ILHA DE ITAMARACA
Pai: ALBANO DA SILVA GONCALVES
Mãe: MARILENE MARIA ALVES
Nacionalidade: BRASIL

Sexo: FEMININO Cor: PARDA
Estado Civil: SOLTEIRO
C.P.F.: 07783044425
Identidade: 7308101 - SDS - PE
Telefone: / 91904715
G.Instrução:
Ocupação: ESTUDANTE
Naturalidade: RECIFE

ORTOPEDIA / TRAUMATOLOGIA

Em: 04/06/2018 - 18:46

DESCRIÇÃO CIRURGICA (Dr. JUAREZ SEBASTIAN LIMA E LIMA CRM 15595)

DESCRIÇÃO CIRURGICA

Equipe:

Cirurgião: JUAREZ SEBASTIAN LIMA E LIMA - CRM: 15595

Aux I:

Anestesiista: PABLO GOMES CRM: 20.091

Instrumentador: EDER

Diagnóstico Pré-Operatório:

FRATURA OSSOS DA PERNA ESQ + FISTULA INFECTADA

Cirurgia Realizada:

DESDRIDAMENTO + LIMPEZA CIRURGICA

Diagnóstico Pós-Operatório:

O mesmo

Acidentes:

Não houve

Descrição:

1) PCT ANESTESIADO

2) AMPLIAÇÃO DA ENTRADA DOS PINOS

3) DESDRIDAMENTO DE TECIDOS DESVITALIZADOS + LAVAGEM EXAUSTIVA COM SF0,9%

4) SUTURA POR APROXIMAÇÃO

5) LAVAGEM COM SORO

6) CURATIVOS

Intensidade da Dor:

Hospital Memorial Armindo Moura
SA 8512
Serviço de Arquivo Médico e Estatística
Fone: (61) 3 55.2013
Av. ... PE

EXCELSIOR SEGUROS

17 SET 2018

SEGURO DPVAT, -

AVALIAÇÃO (Dr. ANA LAURA AURELIANO CRM 21758)

12 DIH: PÓS - OP INFECTADO - FRATURA DOS OSSOS DA PERNA

10DPO - LIMPEZA CIRURGICA + FIXADOR EXTERNO

PACIENTE EVOLUI ESTAVEL SEM QUEIXAS DE ALGIA

AO EXAME: SINAIS FLOGISTICOS PRESENTES, SECREÇÃO SEROSA DISCRETA

CD: AGUARDA CULTURA



Hospital Memorial
SA
Serviço de Arquivo
Fone: (61) 3333-3333
Av. Clóvis Cordeiro

Atendimento: 279026 Entrada: 14/04/2018 Hora: 17:34
Plano: SUS - ELETIVAS
Responsável: MARIA NOEMIA DA SILVA
Médico Resp: DANIEL SANCHES

Saída: 18/04/2018 Hora: 18:10
Matrícula:
Identidade: 1399531
C.N.S.: 709007822343414

Paciente: 1614050 ISABEL ALBANI ALVES GONCALVES
Nascimento: 11/01/2003 (15 Anos e 6 Meses)
Endereço: RUA PESQUIERA
Bairro: RIO AMBAR C.E.P.: 53900-000
Cidade: 2807804 ILHA DE ITAMARACA
Pai: ALBANO DA SILVA GONCALVES
Mãe: MARILENE MARIA ALVES
Nacionalidade: BRASIL

Sexo: FEMININO Cor: PARDA
Estado Civil: SOLTEIRO
C.P.F.: 07783044425
Identidade: 7308101 - SDS - PE
Telefone: / 91904715
G.Instrução:
Ocupação: ESTUDANTE
Naturalidade: RECIFE

ORTOPEDIA / TRAUMATOLOGIA

Presc Em: 23/05/2018 - 15:13

DESCRIÇÃO CIRÚRGICA (Dr. HERMES WAGNER CRM 8963)

Equipe:

Cirurgião: HERMES WAGNER - CRM : 8963

Aux 1: DR ALVARO , DR ROGERIO

Anestesiata:

Instrumentador: EDER

Diagnóstico Pré-Operatório

INFECÇÃO DE SÍTIO CIRÚRGICO POS OSTEOSINTESE DE TÍBIA DIAFISÁRIA, COM HASTE INTRAMEDULAR DE TÍBIA E

Cirurgia Realizada

LIMPEZA CIRÚRGICA + RETIRADA DE MATERIAL DE SINTESE + FIXADOR EXTERNO DE TÍBIA E

Diagnóstico Pós-Operatório

O mesmo

Adesões

Não houve

Descrição

ASSEPSIA E ANTISSEPSIA

APOSIÇÃO DOS CAMPOS.

REALIZADO INCISÕES PARA RETIRADA DE PARAFUSOS DA HASTE + RETIRADA DA HASTE INTRAMEDULAR

REALIZADO FRESAGEM COM LAVAGEM COM SF 0,9%

REALIZADO INCISÃO NA REGIÃO MÉDIA DA PERNA, COM SAÍDA DE GRANDE QUANTIDADE DE SECREÇÃO PURULENTA E
DE TECIDOS DESVITALIZADOS

REALIZADO LAVAGEM ABUNDANTE DAS FERIDAS

COLOCADO FIXADOR EXTERNO LINEAR NA TÍBIA E .

REALIZADO APROXIMAÇÃO DE BORDAS DE FERIDA COM NYLON
CURATIVO ESTÉRIL

Hospital Memorial Armino Moura

SAME

Serviço de Arquivo Médico e Estatística

Fone: (51) 3536-2013

Av. Cláudio Camargo S/N - M. Moura - PE

EXCELSIOR SEGUROS

17 SET 2018

SEGURO DPVAT.

HOSPITAL ARMINDO MOURA

PEP - Prontuário Eletrônico do Paciente

Emissão: 06/08/2018 17:34

Atendimento: 279026 Entrada: 14/04/2018 Hora: 17:34
Plano: SUS - ELETIVAS
Responsável: MARIA NOEMIA DA SILVA
Médico Resp: DANIEL SANCHES

Saída: 18/04/2018 Hora: 18:10
Matrícula:
Identidade: 1399531
C.N.S.: 709007822343414

Paciente: 1614050 ISABEL ALBANI ALVES GONCALVES
Nascimento: 11/01/2003 (15 Anos e 6 Meses)
Endereço: RUA PESQUIERA
Bairro: RIO AMBAR C.E.P.: 53900-000
Cidade: 2607604 ILHA DE ITAMARACA
Pai: ALBANO DA SILVA GONCALVES
Mãe: MARILENE MARIA ALVES
Nacionalidade: BRASIL

Sexo: FEMININO Cor: PARDA
Estado Civil: SOLTEIRO
C.P.F.: 07783044425
Identidade: 7308101 - SDS - PE
Telefone: / 91904715
G.Instrução:
Ocupação: ESTUDANTE
Naturalidade: RECIFE

ORTOPEDIA / TRAUMATOLOGIA

Em: 22/05/2018 - 20:16

CONSULTA NA URGENCIA (Dr. ISAIAS CAVALCANTE FERNANDES CRM 19957)

FICHA DE ADMISSÃO

EXCELSIOR SEGUROS
17 SET 2018
SEGURO PRIVAT

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA (S):	PÓS - OP INFECTADO - FRATURA DOS OSSOS DA PERNA
DOENÇAS DE BASE:	NEGA
MEDICAÇÕES DE USO DIÁRIO:	
ORIGEM:	DEMANDA
DATA TRAUMA:	
CIRURGIA:	16/04/2018
CONDIÇÕES DE PELE:	BOAS
*ALERGIAS:	NEGA
ENCAMINHAMENTO:	DR.
TIPO DE ENCAMINHAMENTO:	() SES (X) DEMANDA - AMBULATÓRIO DE EGRESSOS
EXAMES COM O PACIENTE:	
() LABORATÓRIO () RNM / TAC (X) RADIOGRAFIAS	
CONDUTA NO INTERNAMENTO	
RX: () COXA () JOELHO (X) PERNA () TORNÓZELO () ANTEBRAÇO () COTOVELO () PUNHO	
TALA: () COXOPODÁLICA () BOTA () AXILOPALMAR	
(X) LABORATÓRIO PRÉ-OPERATÓRIO;	
() PARECER CARDIOLÓGICO	

Arquivo Memorial Armino Moura
SANE
Serviço de Arquivo Médico e Estatística
Data: 01/05/2013
Fone: (51) 3535-2013

Atendimento: 279026 Entrada: 14/04/2018 Hora: 17:34
Plano: SUS - ELETIVAS
Responsavel: MARIA NOEMIA DA SILVA
Médico Resp: DANIEL SANCHES

Saida: 18/04/2018 Hora: 18:10
Matricula:
Identidade: 1399531
C.N.S.: 709007822343414

Paciente: 1614050 ISABEL ALBANI ALVES GONCALVES
Nascimento: 11/01/2003 (15 Anos e 6 Meses)
Endereco: RUA PESQUIERA
Bairro: RIO AMBAR C.E.P.: 53900-000
Cidade: 2607604 ILHA DE ITAMARACA
Pai: ALBANO DA SILVA GONCALVES
Mãe: MARILENE MARIA ALVES
Nacionalidade: BRASIL

Sexo: FEMININO Cor: PARDA
Estado Civil: SOLTEIRO
C.P.F.: 07783044425
Identidade: 7308101 - SDS - PE
Telefone: / 91904715
G.Instrução:
Ocupação: ESTUDANTE
Naturalidade: RECIFE

ORTOPEDIA / TRAUMATOLOGIA

Em: 27/06/2018 - 07:52

AVALIAÇÃO (Dr. JUAREZ SEBASTIAN LIMA E LIMA CRM 15595)

RESUMO DE ALTA

HOSPITAL DE ORIGEM: DEMANDA
DATA DA ADMISSÃO: 22/05/2018
DATA DA ALTA: 25/06/2018

HD: OP INFECTADO - FRATURA DOS OSSOS DA PERNA
DPO - NOVA LIMPEZA CIRURGICA + FIXADOR EXTERNO

Paciente evoluindo bem no pos-operatório, sem queixas álgicas.

Ao exame:

EGB, consciente, orientada, eupneica, BPP, edema (+/+4);
FO sem sinais flogísticos.

CD:1) Alta Hospitalar + Orientações.

Hospital Memorial Armino Moura
SAÚDE
Serviço de Arquivo Médico e Estatística
Fone: (81) 3015-2013
Av. Cleto Ceppas, 100 - J. 100-PE



Atendimento: 279026 Entrada: 14/04/2018 Hora: 17:34
Plano: SUS - ELETIVAS
Responsável: MARIA NOEMIA DA SILVA
Médico Resp: DANIEL SANCHES

Saída: 18/04/2018 Hora: 18:10
Matrícula:
Identidade: 1399531
C.N.S.: 709007822343414

Paciente: 1614050 ISABEL ALBANI ALVES GONCALVES
Nascimento: 11/01/2003 (15 Anos e 6 Meses)
Endereço: RUA PESQUIERA
Bairro: RIO AMBAR C.E.P.: 53900-000
Cidade: 2607604 ILHA DE ITAMARACA
Pai: ALBANO DA SILVA GONCALVES
Mãe: MARILENE MARIA ALVES
Nacionalidade: BRASIL

Sexo: FEMININO Cor: PARDA
Estado Civil: SOLTEIRO
C.P.F.: 07783044425
Identidade: 7308101 - SDS - PE
Telefone: /91904715
G.Instrução:
Ocupação: ESTUDANTE
Naturalidade: RECIFE

ORTOPEDIA / TRAUMATOLOGIA

Em: 14/04/2018 - 17:47

CONSULTA NA URGENCIA (Dr. DANIEL SANCHES CRM 19149)

Queixa do paciente:

PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO APRESENTANDO FRATURA DOS OSSOS DA PERNA, VEM DO HMA

Exame físico:

DOR + DEFORMIDADE

EXCELSIOR SEGUROS

17 SET 2018

SEGURO DPVAT

Hipótese diagnóstica:

FRATURA DOS OSSOS DA PERNA

Prescrição/Conduta:

Horario/Checkagem

01 -	INTERNAMENTO TALA COXOPODALICA	
02 -		
03 -		
04 -		

Reavaliação:

Materiais Utilizados: (Enfermagem/Imobilização)

COMANDA:

Hospital Memorial Armino Moura
SAME

Serviço de Arquivo Médico e Estatística
Fone: (81) 3535-2013
Av. Cláudio Campelo, S/N - M. Moreno - PE



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
REGISTRO CIVIL

ESTADO DE: PERNAMBUCO
MUNICÍPIO DE: ITAMARACÁ
DISTRITO DE: ÔNICO

NASCIMENTO Nº 3.158

Eu, ERICA BEZERRA DOS SANTOS FERREIRA OFICIAL do
REGISTRO CIVIL, em virtude da lei, etc.
CERTIFICO que às fls. 39v. do livro "A" Nº 08 do registro de
nascimento, foi feito hoje o assento de ISAHEL ALBAHI ALVES GONÇALVES ////

nascid. a aos ONZE (11) de JANEIRO (01)
de DOIS MIL e TRÊS (2.003)
às 05:12 horas, no Hospital Aramenon Magalhães -
Recife - PE. do sexo FEMININO de cor BRANCA
filha de ALBAHI DA SILVA GONÇALVES ///
e MARILENE MARIA ALVES - Pernambucanos.
sendo avós paternos VALDECY GALDINO GONÇALVES (Falecido)
e MARIA LÚCIA DA SILVA GONÇALVES
e avós maternos //// //// ////
e LINDASELVA MARIA ALVES ///

Foi declarante O genitor.
e serviram de testemunhas Declaração de nascido vivo nº 10739554
e //// //// ////

OBSERVAÇÕES: //// //// ////

CARTÓRIO DO REGISTRO CIVIL

Av. Euzébio Gomes

Itamaracá - PE

Erica Bezerra dos Santos Ferreira

Oficial em Exercício

Valido Somente com Selo de

Autenticidade e Fiscalização



Registro de acordo com a lei nº 9.534/97 de 10 de Dezembro de 1997

O REFERIDO É VERDADE E DOU FÉ.

ITAMARACÁ, 12 de FEVEREIRO (02) de 2003

Erica Bezerra dos Santos Ferreira
Oficial

VÁLIDO SOMENTE COM SELO DE AUTENTICIDADE E FISCALIZAÇÃO

EXCELSIOR SEGUROS

18 JUL 2018

SEGURO PRIVAT.

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTERIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITACAO

NOME
ALBANO DA SILVA GONCALVES

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR / UF
39256 RJ RJ

CPF
045.522.984-22

DATA NASCIMENTO
12/01/1983

FILIAÇÃO
VALDECY CALDINO
GONCALVES
MARIA LUCIA DA SILVA
GONCALVES

PERMISSÃO
AD

AD

AD

Nº REGISTRO
03290318023

VALIDADE
16/06/2021

VALIDACAO
27/05/2004

OBSERVAÇÕES
Exercício Ativo Remunerado

Assinatura do Titular

LOCAL
RECIFE - PE

DATA EMISSÃO
30/06/2016

ASSINATURA DO DETRAN

DETRAN - PE (PERNAMBUCO)

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
1299296680

PROIBIDO PLASTIFICAR
1299296680

EXCELSIOR SEGUROS
18 .III. 2018
SEGURO 2018



Seguradora Líder - DPVAT

SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS

ID

IDENTIFICAÇÃO

VITIMA

Isabel Albani Alves Gonçalves

DATA DO ACIDENTE

12-04-18 CPF DA VITIMA _____

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO _____

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

A VITIMA É _____

ENDEREÇO DO PORTADOR _____

Nº _____ COMPLEMENTO _____ BAIRRO _____

CIDADE _____

UF _____

CEP _____

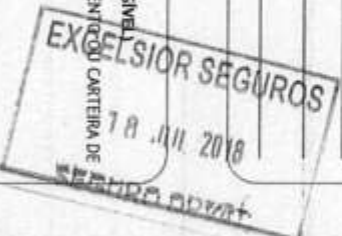
E-MAIL _____

TELEFONE () _____

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- (X) REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- () CARTERA DE IDENTIDADE DA VITIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTERA DE TRABALHO OU CARTERA 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 CONFERMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO



DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

- () CARTERA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTERA DE TRABALHO OU CARTERA 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 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)
- () CARTERA DE IDENTIDADE DA VITIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTERA DE TRABALHO OU CARTERA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () CPF 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 (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS
- () NOTAS FISCAIS (ORIGINAIS 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 CONFERMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

- () CARTERA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTERA DE TRABALHO OU CARTERA 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 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) = REEMBOLSO 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, ACESSO WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA _____

IDENTIDADE _____

ASSINATURA _____

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA _____

NOME _____

ASSINATURA _____

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180431999 **Cidade:** Ilha de Itamaracá **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ISABEL ALBANI ALVES GONCALVES **Data do acidente:** 12/04/2018 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 24/10/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DIAFISÁRIA DE TIBIA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (DEBRIDAMENTO + HASTE INTRAMEDULAR)E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

Documentos complementares:
Observações:

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

Rio de Janeiro, 19 de Setembro de 2018

Aos Cuidados de: **ALBANO DA SILVA GONCALVES**

Nº Sinistro: **3180431999**

Vitima: **ISABEL ALBANI ALVES GONCALVES**

Data do Acidente: **12/04/2018**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180431999**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

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

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 13379427



Rio de Janeiro, 19 de Setembro de 2018

Aos Cuidados de: **ALBANO DA SILVA GONCALVES**
Nº Sinistro: **3180431999**
Vitima: **ISABEL ALBANI ALVES GONCALVES**
Data do Acidente: **12/04/2018**
Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180431999**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Autorização de pagamento não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **CIA EXCELSIOR DE SEGUROS**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 13381323



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180431999 **Cidade:** Ilha de Itamaracá **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ISABEL ALBANI ALVES GONCALVES **Data do acidente:** 12/04/2018 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 24/10/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DIAFISÁRIA DE TIBIA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (DEBRIDAMENTO + HASTE INTRAMEDULAR) E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

Documentos complementares:
Observações:

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

ESPECIALISTA

Empresa: Líder- Serviços AMD

Grupo: EQ1

Nome: FERNANDA CARDOSO GUERRA FONSECA

CRM: 533427

UF do CRM: RJ

Assinatura:

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

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL**, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL** e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2 - "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

Nome completo da vítima

ISABEL ALBANI ALVES GONÇALVES

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo ALBANO DA SILVA GONÇALVES		CPF titular da conta 045.532.984-22	Profissão
Endereço RUA RIBEIRÃO		Número 76	Complemento
Bairro BAIRRO NOVO	Cidade JAMARACA'	Estado PE	CEP 53.700-000
Email		Telefone (DDD) 81.98680.5660	

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

☒ RECUSO INFORMAR ☐ SEM RENDA ☐ ATÉ R\$ 1.000,00 ☐ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00 ☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00

☒ **CONTA POUPANÇA** (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ BRADESCO (237) ☐ BANCO DO BRASIL (001) ☐ ITAÚ (341)

☒ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA NRO. 2546 D/V 020695 D/V 7
(Informar dígito se existir) (Informar dígito se existir) op=001

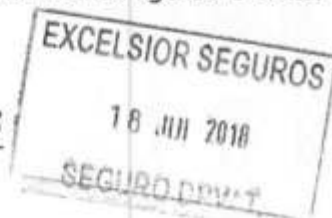
☐ **CONTA CORRENTE** (todos os bancos)

BANCO Nome NRO

AGÊNCIA NRO. D/V CONTA NRO. D/V
(Informar dígito se existir) (Informar dígito se existir)

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

JAMARACA' 13 de julho de 2018
Local e Data



x ALBANO DA SILVA GONÇALVES
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

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

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2- "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL: 3180 33 06 21 CPF da Vítima: _____ Nome completo da vítima: ISABEL ALBANI ALVES GONÇALVES

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo <u>ALBANO DA SILVA GONÇALVES</u>		CPF, titular da conta <u>045.532.984-22</u>	Profissão _____
Endereço <u>RUA RIBEIRÃO</u>		Número <u>76</u>	Complemento _____
Bairro <u>BAIRRO NOVO</u>	Cidade <u>STAMARACÁ</u>	Estado <u>PE</u>	CEP <u>53.900-000</u>
Email _____			Telefone (DDD) <u>81.98680.5660</u>

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

☒ RECUSO INFORMAR ☐ SEM RENDA ☐ ATÉ R\$ 1.000,00 ☐ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00			
☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00 ☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00			
☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)			
☐ BRADESCO (237) ☐ BANCO DO BRASIL (001) ☐ ITAÚ (341)			
☐ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)			
AGÊNCIA NRO. _____ (Informar dígito se existir)	D/V _____ (Informar dígito se existir)	CONTA NRO. _____ (Informar dígito se existir)	D/V _____ (Informar dígito se existir)
☒ CONTA CORRENTE (todos os bancos)			
BANCO Nome <u>CAIXA</u>		NRO. <u>104</u>	
AGÊNCIA NRO. <u>2546</u> (Informar dígito se existir)	D/V _____ (Informar dígito se existir)	CONTA NRO. <u>020695</u> (Informar dígito se existir)	D/V <u>7</u> (Informar dígito se existir)

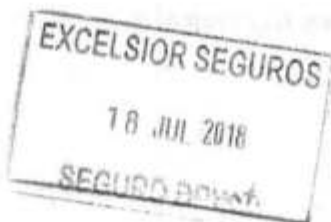
Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

STAMARACÁ, 17 de OUTUBRO de 2018
Local e Data



Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



0262190/18

GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 030ª CIRCUNSCRIÇÃO - ITAMARACÁ - DP30ªCIRC
DIM/8ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **18E0120000762**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **25/04/2018** às **11:00**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia **12/4/2018** no período da **Tarde**

Fato ocorrido no endereço: **AVENIDA JOAO P GUERRA, 1** - Bairro: **RIO AMBAR - ITAMARACA/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

AUGUSTO JOSÉ DA SILVA OLIVEIRA (AUTOR \ AGENTE)
ALBANO DA SILVA GONÇALVES (NOTICIANTE)
I.A. A. G. (MENOR) (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): AUGUSTO JOSÉ DA SILVA OLIVEIRA

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

AUGUSTO JOSÉ DA SILVA OLIVEIRA (não presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Data de Nascimento: **26/11/1991** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**
Endereço Residencial: **RUA SENADOR PAULO GUERRA, 1, VILA ELDORADO - CEP: 0 - Bairro: BAIXA VERDE - ITAMARACA/PERNAMBUCO/BRASIL**

ALBANO DA SILVA GONÇALVES (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **M,ARIA LÚCIA DA SILVA GONÇALVES** Pai: **VALDECY GALDINO GONÇALVES** Data de Nascimento: **12/1/1983** Naturalidade: **IGARASSU / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **6053428/SDS/PE (RG)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Profissão: **PESCADOR**
Telefones Celulares:
- 91476920

Endereço Residencial: **RUA RIBEIRAO, 76 - CEP: 0 - Bairro: RIO AMBAR - ITAMARACA/PERNAMBUCO/BRASIL**

I.A. A. G. (MENOR) (não presente ao plantão) - Sexo: **Feminino** Mãe: **MARILENE MARIA ALVES** Pai: **ALBANO DA SILVA GONGALVES** Data de Nascimento: **11/1/2003** Naturalidade: **RECIFE / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **7308101/SDS/PE (RG)** Estado Civil: **VIUVO(A)** Profissão: **ESTUDANTE** Telefones Celulares:
- 991476920
- 986353475

Endereço Residencial: **RUA PESQUEIRA, 20 - CEP: 0 - Bairro: RIO AMBAR - ITAMARACA/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

VEICULO (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **AUGUSTO JOSÉ DA SILVA OLIVEIRA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **AUGUSTO JOSÉ DA SILVA OLIVEIRA**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/SHINERAY/XY 50 Q-2** Objeto apreendido: **Não**
Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

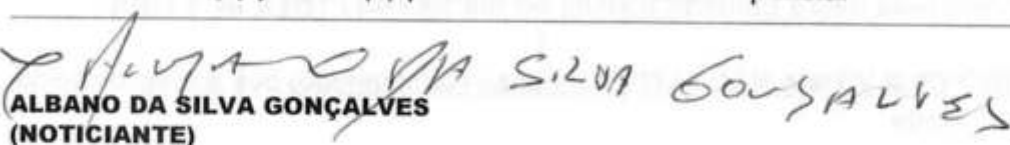
Placa: **PDL8181** (PERNAMBUCO/ITAMARACA)

Ano Fabricação/Modelo: **2014/NÃO INFORMADO** Combustível: **GAS**

Complemento / Observação

SEGUNDO RELATA O NOTICIANTE, QUE A SUA FILHA MENOR, I.A.A.G(MENOR),QUE SE ENCONTRARA NO MENCIONADO LOCAL,E, AO TENTAR ATRAVESSAR A VIA, FORA TROPELADA PELO MENCIONADO VEICULO,E SENDO PILOTADO PELA PESSOA DE JOSÉ AUGUSTO DA SILVA OLIVEIRA(AUTOR),,ADIANTOU AINDA QUE IMEDIATAMENTE CHEGOU AO LOCAL, UMA EQUIPE DA GUARDA MUNICIPAL LOCAL, E QUE MAIS TARDE, A MENOR I.A.A.G., FERIDA, FORA REMOVIDA PELO SAMU DE ITAPISSUMA,PERA O HOSPITAL MIGUEL ARRAES.

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


ALBANO DA SILVA GONÇALVES
(NOTICIANTE)

B.O. registrado por: **BENEVAL DOS SANTOS BANDEIRA** - Matrícula: **3809951**



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 PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:

Casos com vítima entre 0 a 15 anos – O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

Casos com vítima entre 16 e 17 anos - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima interditada com curador – Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima

ISABEL ALBANI ALVES GONÇALVES

CPF da Vítima

Data do Acidente

12-04-2018

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

ALBANO DA SILVA GONÇALVES

CPF do Representante legal

045.532.984-22

Email

Telefone (DDD)

81.98680.5660

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:

Assinalar uma das opções abaixo:

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

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

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

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

EXCELSIOR SEGUROS

18 JUL 2018

RECEBIDA DPVAT

JAMARACÁ, 13 de Junho de 2018

Local e Data

X 

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

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 PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:

Casos com vítima entre 0 a 15 anos – O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

Casos com vítima entre 16 e 17 anos - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima interditada com curador – Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima

ISABEL ALBANI ALVES GONÇALVES

CPF da Vítima

Data do Acidente

12-04-2018

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

ALBANO DA SILVA GONÇALVES

CPF do Representante legal

045.532.984-22

Email

Telefone (DDD)

31.98680.5660

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:

Assinalar uma das opções abaixo:

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

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

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

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.



STAMARICA, 17 de OUTUBRO de 2013

Local e Data

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

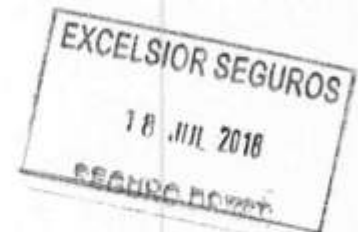
Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



Secretaria de Saúde
Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO

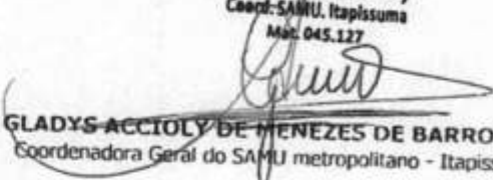
DA Nº. 020/2018
EM: 23/04/2018



Declaramos que no dia 12 de abril de 2018, o **Sta. ISABEL ALBANI ALVES GONÇALVES**, portador do Documento de Identidade RG nº **7.308.101 SDS/PE** e CPF: **077.830.444-25**, foi atendida pelo nosso Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU Metropolitano de Itapissuma, sobre o **QTC: S 463073**, vítima **ATROPELAMENTO** próximo ao Tempero localizada no município de **ITAMARACÁ/PE**, por volta das 18h00minhs, paciente removida para o **HOSPITAL MIGUEL ARRAES/PE**.

Itapissuma, 23 de ABRIL de 2018.

Gladys Accioly
Coord. SAMU, Itapissuma
Mec. 045.127


Dra. **GLADYS ACCIOLY DE MENEZES DE BARROS E SILVA**
Coordenadora Geral do SAMU metropolitano - Itapissuma

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 29/10/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ALBANO DA SILVA GONCALVES

BANCO: 104

AGÊNCIA: 02546

CONTA: 000000020695-7

Nr. da Autenticação 89AC6045D9E707A9