

DADOS DO CLIENTE

MARIA BETANIA DA SILVA

CPF: 810 413 304-72 NIS: 12908095450

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL
BAIXA RENDA COM NIS
Trifásico

Nº DA NOTA FISCAL	SÉRIE	EMISSÃO
031198748	UNICA	11/09/2018
APRESENTAÇÃO	Nº DO CLIENTE	Nº DA INSTALAÇÃO
11/08/2018	2012353147	772140

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

RUA DEZ 108

STO ANTONIO/CARPINA
CARPINHA PE
55816-630

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO
7012056383	09/2018
DATA DE VENCIMENTO	DATA PREVISTA PRÓXIMA LEITURA
18/09/2018	11/10/2018
TOTAL A PAGAR (R\$)	140,65

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo até 30 kWh	30.0000000	0,25447243	7,83
Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh	70.0000000	0,43623845	30,53
Consumo Ativo superior a 100 até 220 kWh	108.0000000	0,65435787	70,87
Acréscimo Bandeira VERMELHA			10,78
Contribuição Iluminação Pública			15,82
ICMS Subvenção-CDE-NF 019997835-12/06/18			1,10
ICMS Subvenção-CDE-NF 023785750-11/07/18			0,60
Multa por atraso-NF 027486679 - 10/08/18			2,43
Juros por atraso-NF 027486679 - 10/08/18			0,68
Atualização IGPM-NF 027486679 - 10/08/18			0,40

TOTAL DA FATURA

140,65

Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR	ATUAL	Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (kWh)
40583047	CAT	10/08/2018	46.118,00	11/09/2018	46.326,00	32	1.000000

HISTÓRICO DE CONSUMO

Mês/Ano	Consumo (kWh)	ICMS	PIS	COFINS	BASE DE CALCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
SET 18	208				119,62	25,00	29,90
AGO 18	208				119,62	1,03	1,23
JUL 18	144				119,62	4,69	5,61
JUN 18	242						
MAI 18	178						
ABR 18	197						
MAR 18	171						

Consumo Ativo até 30 kWh
Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh

0,17829850
0,30222600
0,45777800

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

Geração de Energia	R\$ 42,42	35,48%
Transmissão	R\$ 5,17	4,32%
Distribuição (Celpe)	R\$ 24,16	20,21%
Pérdidas de Energia	R\$ 7,60	6,35%
Encargos Setoriais	R\$ 3,51	2,93%
Tributos	R\$ 38,74	30,71%
Total	R\$ 119,62	100%



REAL HOSPITAL PORTUGUÊS DE BENEFICÊNCIA EM PERNAMBUCO

Av. Agamenon Magalhães, 4760 - Derby - Recife - PE CEP: 52010-902

CNPJ: 10.892.164.0001-24 - Telefone (081) 3416-1122

Atestado Médico

Atesto, para os devidos fins, que o Sr. MARIA DE FATIMA DA SILVA
foi atendido por mim e orientado a permanecer em repouso por um período
de 07 (SETE) dia a contar desta data.

CID: S90.0 / S80.0

Médico

Eu MARIA DE FATIMA DA SILVA autorizo divulgação de meu diagnóstico por
escrito ou na forma de código (CID-10) pelo médico acima assinado.

MARIA DE FATIMA DA SILVA

Recife, 22/08/2018

Reg.: 580231

Pág.: 1/2

Nome: MARIA DE FATIMA DA SILVA

Médicó: Dra. ANDREA NATHALIA DIGALO MONTIEL

O.S.: 118.2557906 Data do Exame: 27/08/2018 Resultado: 27/08/2018

ECO-DOPPLER COLORIDO VENOSO DO MID (PESQUISA TVP)

METODOLOGIA:

Exame realizado em modo bidimensional com transdutor linear multifrequencial.

ANÁLISE:

Veias femorais comum, profunda e superficial direitas apresentam-se de trajetos retilíneos, calibres preservados com paredes finas, totalmente compressíveis, périvas com fluxo espontâneo fásico com a respiração e com bom enchimento à compressão distal.

Veia poplítea direita apresenta-se de trajeto retilíneo, calibre preservado com paredes finas, totalmente compressível, pérvia com fluxo espontâneo e bom enchimento à compressão distal.

Ausência de imagens sugestivas de trombose antigas ou recentes em veias femorais ou poplítea.

Veias tibiais e peroneiras apresentam-se de trajetos retilíneos, paredes finas, périvas, compressíveis com fluxo espontâneo.

Ao exame da panturrilha direita não foram observadas imagens sugestivas de trombose em topografia de soleares ou gastrocnéias.

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA:



Dr ANA CAROLINA LIRA BASTOS
CRM: 11860

Reg.: **580231**

Pág.: 2/2

Nome: **MARIA DE FATIMA DA SILVA**

Médico: Dra. ANDREA NATHALIA DIGALO MONTIEL

O.S.: 118.2557906 Data do Exame: 27/08/2018 Resultado: 27/08/2018

- Ausência de imagens sugestivas de trombose venosa do MID, detectáveis ao método.



Dr ANA CAROLINA LIRA BASTOS
CRM: 11860



Reg.: 580231

Pag.: 1 / 2

Nome: MARIA DE FATIMA DA SILVA

Médico: Dr. JOSE CARLOS MIRANDA CORDEIRO JUNIOR

O.S.: 118.2596255 Data do Exame: 30/08/2018 Resultado: 06/09/2018

RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DO JOELHO DIREITO

TÉCNICA:

Foram obtidas imagens do joelho direito através de sequência ponderada em T1 no plano sagital e ponderada em T2, e em densidade prótons com supressão de gordura nos planos axial, coronal e sagital.

ANÁLISE:

Área de edema com aspecto contusional e pequena fratura incompleta subcondral impactada na margem anterior do platô tibial lateral, possivelmente relacionada a alteração pós-traumática.

Existe leve edema no segmento proximal do ventre muscular do tibial anterior, possivelmente relacionado ao episódio traumático (contusão ou estiramento).

Demais estruturas ósseas tem aspecto preservado.

Menisco lateral tem morfologia discóide e sinal normal.

Menisco medial sem evidências de alterações.

Ligamentos cruzados e colaterais integros.

Não há derrame articular significativo.

A cartilagem articular da patela tem espessura preservada e discreta alteração de sinal, inferindo condropatia patelar incipiente.

O ligamento colateral lateral apresenta alteração de sinal em sua inserção femoral, questionando-se lesão parcial. Há edema nesta topografia.

Dr. DANIELA NOGUEIRA CRUZ
CRM: 11443

Dr. RENATO DA SILVA



Reg.: 580231

Pag.: 2 / 2

Nome: MARIA DE FATIMA DA SILVA

Médico: Dr. JOSE CARLOS MIRANDA CORDEIRO JUNIOR

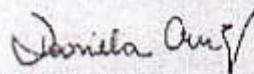
O.S.: 118.2596255 Data do Exame: 30/08/2018 Resultado: 06/09/2018

Tendão do bíceps femoral tem aspecto preservado.

Não foram identificadas outras alterações no compartimento póstero-lateral do joelho.

O revestimento condral dos compartimentos fêmoro-tibiais tem aspecto preservado.

Edema do subcutâneo ao redor do joelho.



Dr. DANIELA NOGUEIRA CRUZ
CRM: 11443

Imp: RENATO DA SILVA

Cod. 4176

Av. Gov. Agamenon Magalhães, 4760 - Paissandú - CEP 52010-900 - Recife - PE
Fones: (81) 3416.1266 - 3416.1474 - 3416.1475 - e-mail: realimagem@rhp.com.br



Reg.: 580231

Pag.: 1 / 2

Nome: MARIA DE FATIMA DA SILVA

Médico: Dr. JOSE CARLOS MIRANDA CORDEIRO JUNIOR

O.S.: 118.2596255 Data do Exame: 30/08/2018 Resultado: 06/09/2018

RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DO JOELHO DIREITO

TÉCNICA:

Foram obtidas imagens do joelho direito através de sequência ponderada em T1 no plano sagital e ponderada em T2, e em densidade prótons com supressão de gordura nos planos axial, coronal e sagital.

ANÁLISE:

Área de edema com aspecto contusional e pequena fratura incompleta subcondral impactada na margem anterior do platô tibial lateral, possivelmente relacionada a alteração pós-traumática.

Existe leve edema no segmento proximal do ventre muscular do tibial anterior, possivelmente relacionado ao episódio traumático (contusão ou estiramento).

Demais estruturas ósseas tem aspecto preservado.

Menisco lateral tem morfologia discóide e sinal normal.

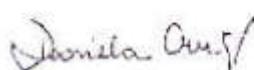
Menisco medial sem evidências de alterações.

Ligamentos cruzados e colaterais íntegros.

Não há derrame articular significativo.

A cartilagem articular da patela tem espessura preservada e discreta alteração de sinal, inferindo condropatia patelar incipiente.

O ligamento colateral lateral apresenta alteração de sinal em sua inserção femoral, questionando-se lesão parcial. Há edema nesta topografia.



Dr. DANIELA NOGUEIRA CRUZ
CRM: 11443

IMPRESSA NOSA



Reg.: 580231

Pag.: 2 / 2

Nome: MARIA DE FATIMA DA SILVA

Médico: Dr. JOSE CARLOS MIRANDA CORDEIRO JUNIOR.

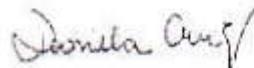
O.S.: 118.2596255 Data do Exame: 30/08/2018 Resultado: 06/09/2018

Tendão do bíceps femoral tem aspecto preservado.

Não foram identificadas outras alterações no compartimento póstero-lateral do joelho.

O revestimento condral dos compartimentos fêmoro-tibiais tem aspecto preservado.

Edema do subcutâneo ao redor do joelho.



Dr. DANIELA NOGUEIRA CRUZ
CRM: 11443

img: RESATO/DA SILVA



ULTRASSONOGRAFIA

Paciente: Maria de Fátima da Silva

Data: 17-09-2018

Convênio: BRADESCO SAÚDE

ECO-DOPPLER COLORIDO VENOSO DO MEMBRO INFERIOR DIREITO

MEMBRO INFERIOR DIREITO

Sistema Venoso Profundo:

Veia femoral comum, profunda e superficial apresenta-se de trajetos retilíneos, e calibres preservados com paredes finas, totalmente compressíveis, périvas com fluxo espontâneo fásico com a respiração.

À manobra de Valsalva, não observamos refluxo em veias femorais.

Veia poplítea apresenta-se de trajeto retilíneo, calibre preservado com paredes finas, totalmente compressível, pérvia com fluxo espontâneo e bom enchimento à compressão distal.

Ausência de imagens sugestivas de trombose antiga ou recente em veias femorais ou popliteas.

Veias gastrocnemias laterais com aumento do calibre e material hipoeólico amorfo, com perda da compressibilidade.

Ao exame da panturrilha não foram observadas imagens sugestivas de trombose em topografia de tibiais, peroneiras, soleares.

Sistema Venoso superficial:

Safena interna de trajeto retilíneo, sem sinais de trombose ou flebite.

Safena externa de trajeto retilíneo compressível ao Doppler de calibre normal, sem sinais de trombo ou flebite, sem refluxo.

Medidas da veia safena magna:

Membro inferior direito:

Junção safeno femoral: 0,50 cm.

Coxa terço proximal: 0,41 cm.

Coxa terço médio: 0,23 cm.

Coxa terço distal: 0,34 cm.

Perna terço proximal: 0, cm.

Perna terço médio: 0,20 cm.

Perna terço distal: 0,22 cm.

Espessamento dos planos subcutâneos nos quadrantes medias da perna com várias formações císticas, as maiores medindo 1,7 x 0,4 cm, podendo representar alterações pós-trauma, participando do diagnóstico diferencial processo inflamatório/infeccioso.



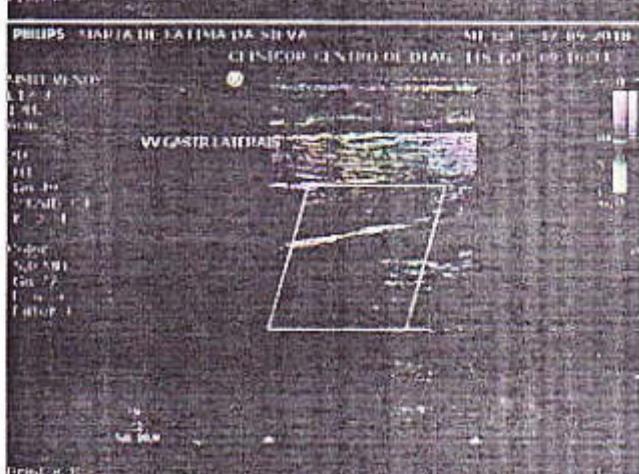
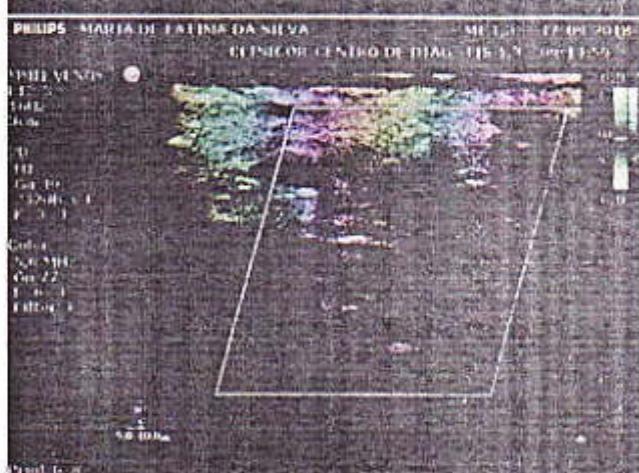
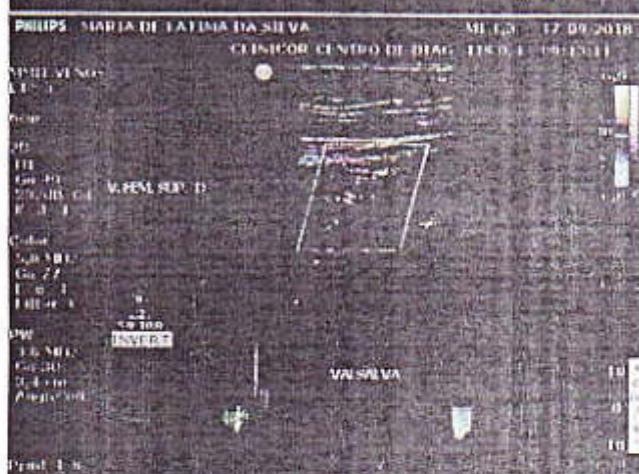
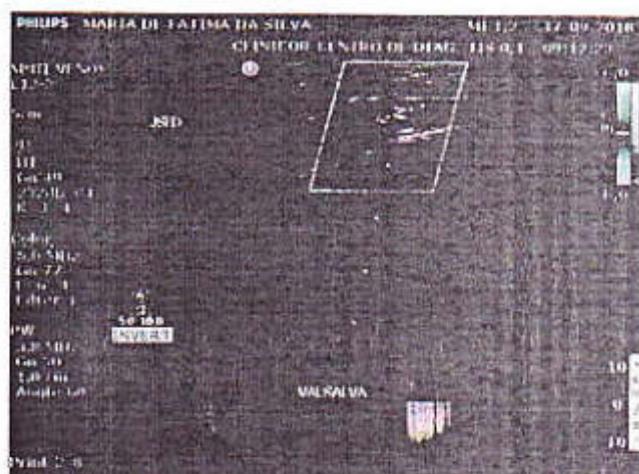
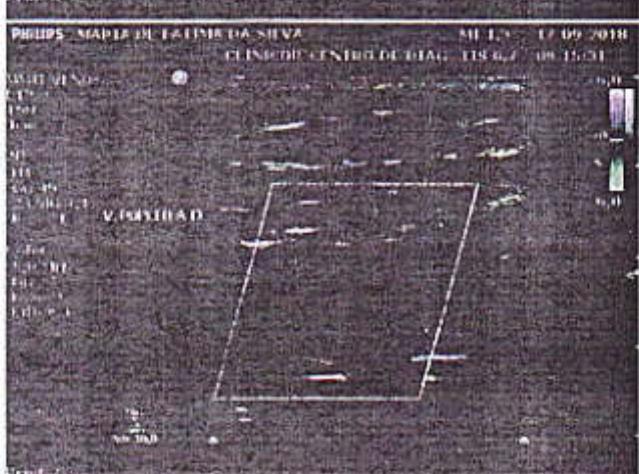
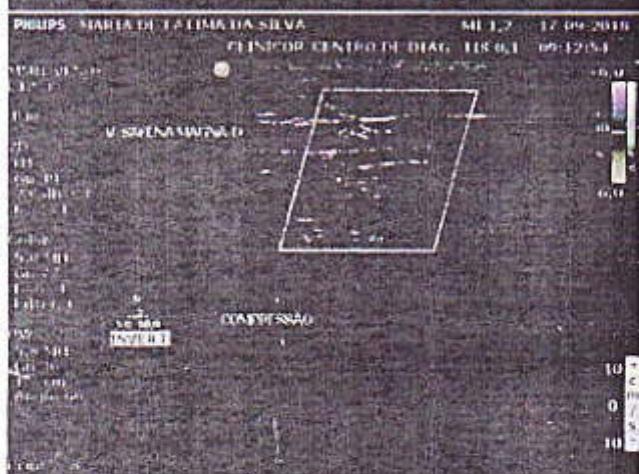
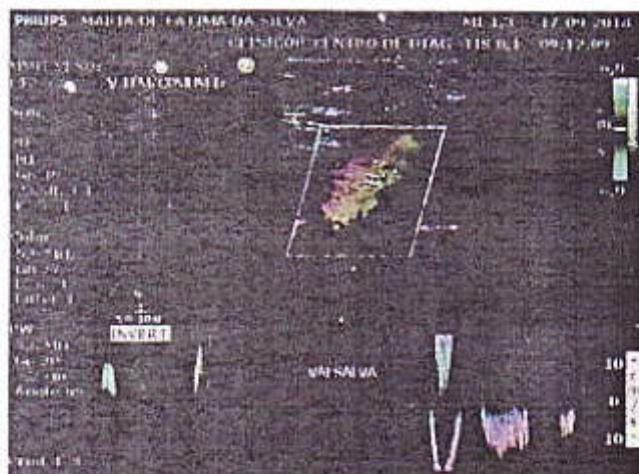
ULTRASSONOGRAFIA

CONCLUSÃO

1. Trombose venosa aguda em gastrocnemias laterais.
2. Safenas competentes.
3. Espessamento dos planos subcutâneos nos quadrantes mediais da perna com várias formações císticas, as maiores, podendo representar alterações pós-trauma, participando do diagnóstico diferencial processo inflamatório/infeccioso.

Dr. Érico Reis
Membro Titular do Colégio Brasileiro de Radiologia
CRM 16830

Dr. Érico Reis
Membro Titular do Colégio
Brasileiro de Radiologia
CRM 16830



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
UNIDADE MISTA FRANCISCO ASSIS CHATEAUDBRIAND



BOLETIM DE EMERGÊNCIA

Prontuário: 141464 CNS: Idade: 45 Sexo: F
 Nome: Maria de Fátima da Silveira Nascimento: 28/03/73 Est. Civil:
 End: Al. 10 - Colab 3 Bairro: St. Antônio CEP:
 Cidade: Carpina N.º: 108 Nac.: Doc N.º:
 Mãe: Verde de Andrade Farias Pai:
 Profissão: Responsável: Tel.:

Últimas Ocorrências:

Data: 22/08/18 Hora: 11:28

Nº OCORRÊNCIA

Situação / Sintomas / Queixas / Eventos:

PRE-CONSULTA: URGÊNCIA () NÃO URGÊNCIA () EMERGÊNCIA () ACIDENTE TRABALHO () ACIDENTE TRÂNSITO ()

HORÁRIO:	P.A.	FC	PULSO	PESO	ASSINATURA

QUEIXA / DIAGNÓSTICO:

Painel no lado esquerdo
de trás, e trânsito
na perna.

TRATAMENTO:

fral 2x perna e ped
atipar
oxifene 100 mg
12:10h

EXAMES COMPLEMENTARES:

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA:

CID:

MOTIVO DA SAÍDA:

RESIDÊNCIA:

INTERNADO:

<input type="checkbox"/> CURATIVO	<input type="checkbox"/> BÁSICO	ESP
<input type="checkbox"/> NEBOLIZAÇÃO	<input type="checkbox"/> RETIRADA DE PONTOS	

*Mauricio Flávio de Lira
 Contato: 458-685-76*

JUSTIFICATIVA:

ENCAMINHAMENTO:

REMOVIDO:

OBITO:

M DO DIA

CONSULTAS / ATENDIMENTO MÉDICO:

<input type="checkbox"/> URGÊNCIA BÁSICA	<input type="checkbox"/> URG. ESPECIALIZADA
<input type="checkbox"/> OBS. BÁSICA	<input type="checkbox"/> OBS. ESPECIALIZADA

<input type="checkbox"/> MÉDICO / CRM
<input type="checkbox"/> HODARIO

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	TÉCNICO / CONSELHO	HORÁRIO:

DATA SÁIDA:

HORÁRIO SÁIDA:

DATA:

RECEPCIONISTA: Jaciana



0 TERRITÓRIO NACIONAL
761072373

DEPARTAMENTO NACIONAL
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

NOME
MARIA DE FATIMA DA SILVA



DOC. IDENTIDADE / ÓRG. EMISSOR / UF

4693634 SSP PE

CPF

899.878.104-20

DATA NASCIMENTO

28/03/1973

FILIAÇÃO

SEVERINO INACIO DA
SILVA
JOSEFA DE ANDRADE
FARIAS SILVA

PERMISSÃO

ACC

CAT. HAB.
AB

Nº REGISTRO

04736160197

VALIDADE

20/09/2018

1ª HABILITAÇÃO

24/08/2009

OBSERVAÇÕES

sem observações

Maria de Fátima da Silva

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL

CARPINA - PE

DATA EMISSÃO

23/09/2013

58430353181

PE055435360

DETTRAN-PE (PERNAMBUCO)

GREG & SONS

761072373

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204 ou 0800-0221206 (especializado 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

Maria de Fátima dos Silveira

CPF da Vítima

891 843.104-20

Data do Acidente

22/08/2018

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante Legal

E-mail

Telefone (DDP)

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de pagamento da indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 194/74), uma vez que:

Assinalar uma das opções abaixo:

Não há estabelecimento do IML que atende 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 a perícia médica às entidades 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.

**CONFERE COM
O ORIGINAL**

Caru, 17 de 09 de 2018

Local e Data

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

**SAFETY
CORRETORA**

19/01/2018

DPVAT



CLÍNICA DIOCLÉCIO COUTINHO

RESONÂNCIA MAGNÉTICA

Prontuário: 00953601

Pedido: 217800

Paciente: MARIA DE FATIMA DA SILVA

Médico Solicitante: Dr.(a) JACQUES PAIVA CAVALCANTI

Data do Atendimento: 15/10/2018

Convênio: BRADESCO SAÚDE

RESONÂNCIA MAGNÉTICA DO TORNOZELO DIREITO

Sequências:

Plano Axial, sequência Spin Echo ponderada em T1.

Plano Coronal, sequência Spin Echo ponderada em T1.

Plano Axial, sequência Turbo Spin Echo ponderada em T2.

Plano Coronal, sequência Turbo Spin Echo ponderada em T2.

Os seguintes aspectos foram observados:

- Não há sinais de lesões ósseas estruturais com características agressivas ou fraturas desalinhadas.
- Entesófito na inserção do tendão calcâneo.
- Tendão calcâneo e fáscia plantar sem alterações significativas.
- Leve peritendinite da fáscia plantar.
- Osteófito subtalar posterior e tíbio-talar anterior com mínimo derrame articular.
- Discreto edema da medular óssea do calcâneo posterior, pro provável sobrecarga mecânica.
- Rotura do ligamento talo-fibular anterior, com edema dos planos moles adjacentes.
- Afilamento do ligamento calcâneo fibular.
- Tenossinovite e tendinopatia dos fibulares.
- Leve tenossinovite do tibial posterior.
- Sindesmose tibio-fibular preservada.
- Seio do tarso livre.
- Osteófito talo-navicular dorsal.

CLÍNICA DIOCLÉCIO COUTINHO

Dr.: Gustavo Galindo Romão

CRM-PE: 13.491

BR 408 - KM 50 - DISPONIBILIZADO AOS PACIENTES
DISPONÍVEL EM NOSSOS SERVIÇOS A MAIS NOVA TECNOLOGIA EM RADIOLÓGIA
MAMOGRAFIA DIGITAL - TOMOGRAFIA E RESSONÂNCIA MAGNÉTICA
yahoo.com.br



Reg.: 580231

Pag.: 1 /1

Nome: MARIA DE FATIMA DA SILVA

Médico: Dr. JOSE CARLOS MIRANDA CORDEIRO JUNIOR

O.S.: 118.2509566 Data do Exame: 22/08/2018 Resultado: 23/08/2018

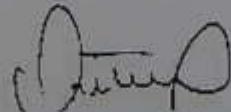
RADIOGRAFIA Perna Direita

Estrutura óssea de morfologia e contornos normais.

Relações articulares preservadas.

Partes moles sem alterações apreciáveis.

Recife - PE, 30/08/2018



Dr. CRISTINE ZELAQUETT
CRM: 15127

Ass: RENATO DA SILVA

Av. Gov. Agamenon Magalhães, 4760 - Paissandú - CEP 52010-900 - Recife - PE
Fones: (81) 3416.1266 - 3416.1474 - 3416.1475 - e-mail: realimagem@rhp.com.br

Cód. 4176



Reg.: 580231

Pag.: 1 /1

Nome: MARIA DE FATIMA DA SILVA

Médico: Dr. JOSE CARLOS MIRANDA CORDEIRO JUNIOR

O.S.: 118.2509566 Data do Exame: 22/08/2018 Resultado: 23/08/2018

**RADIOGRAFIA DO JOELHO DIREITO
(A.P./Perfil)**

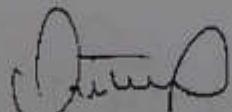
Estrutura óssea conservada;

Elementos ósseos de morfologia e contornos normais;

Espaços e superfícies articulares ósseas preservados;

Não se observam concreções radiopacas em tecidos moles periarticulares.

Recife - PE, 30/08/2018



Dr. CRISTINE ZELAQUETT
CRM: 15127

leg: RENATO DA SILVA

Av. Gov. Agamenon Magalhães, 4760 - Paissandú - CEP 52010-900 - Recife - PE
Fones: (81) 3416.1266 - 3416.1474 - 3416.1475 - e-mail: realimagem@rhp.com.br

Cod. 4176



Reg.: 580231

Pag.: 1 /1

Nome: MARIA DE FATIMA DA SILVA

Médico: Dr. JOSE CARLOS MIRANDA CORDEIRO JUNIOR

O.S.: 118.2509566 Data do Exame: 22/08/2018 Resultado: 23/08/2018

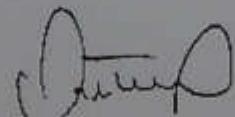
RADIOGRAFIA DO TORNOZELO DIREITO

Estrutura óssea de morfologia e contornos normais.

Superfícies e espaços articulares íntegros.

Partes moles sem alterações apreciáveis.

Recife - PE, 30/08/2018



Dr. CRISTINE ZELAQUETT
CRM: 15127

Imp. RENATO DA SILVA

Av. Gov. Agamenon Magalhães, 4760 - Paissandú - CEP 52010-900 - Recife - PE
Fones: (81) 3416.1266 - 3416.1474 - 3416.1475 - e-mail: realimagem@rhp.com.br

Cód. 4176



Reg.: 580231**Pag.: 1 /1****Nome: MARIA DE FATIMA DA SILVA**

Médico: Dr. JOSE CARLOS MIRANDA CORDEIRO JUNIOR

O.S.: 118.2509566 Data do Exame: 22/08/2018 Resultado: 23/08/2018

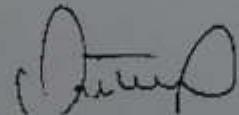
RADIOGRAFIA DO PÉ DIREITO (A.P./Oblíqua)

Estrutura óssea de morfologia e contornos normais.

Superfícies e espaços articulares integros.

Partes moles sem alterações apreciáveis.

Recife - PE, 30/08/2018



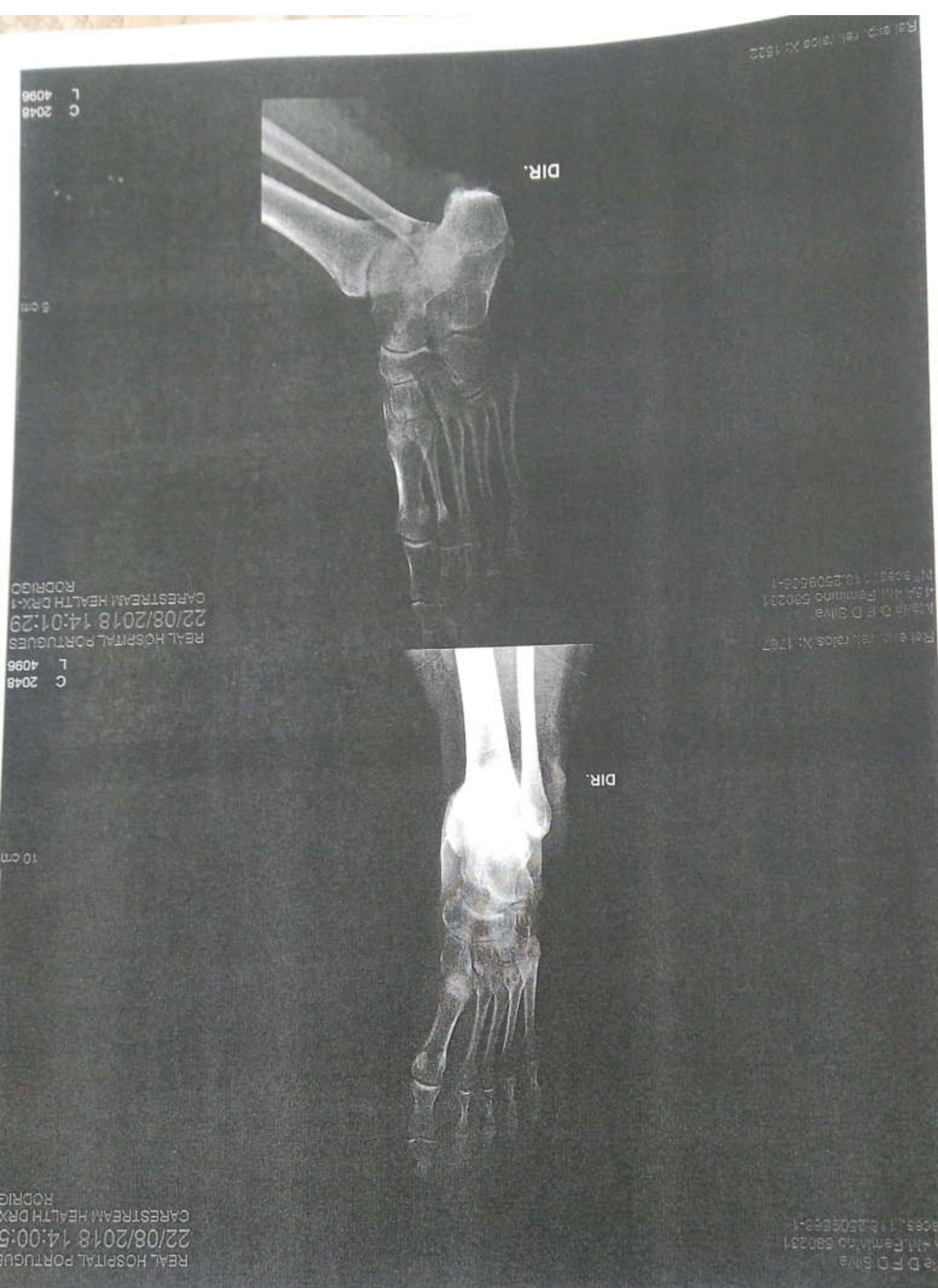
Dr. CRISTINE ZELAQUETT
CRM: 15127

Imp: RENATO DA SILVA

Av. Gov. Agamenon Magalhães, 4760 - Paissandú - CEP 52010-900 - Recife - PE
Fones: (81) 3416.1266 - 3416.1474 - 3416.1475 - e-mail: realimagem@rhp.com.br

Cód. 4176





REAL HOSPITAL PORTUGUÊS
22/08/2013 14:02:43
CAPESTREU - HEALTH DR. -1
RODRIGO - RODRIGO

DIR.

10 cm

C 2048
L 4096

REAL HOSPITAL PORTUGUÊS
22/08/2013 14:03:20
CAPESTREU - HEALTH DR. -1
RODRIGO - RODRIGO

DIR.

10 cm

C 2048
L 4096



1 exp. ref. radios X: 2192

C 2048
L 4096

Relatório de Radiografia

Nome do P.D. Sílvia

450 400 Remédios 520231

Móveis: 110 28 42366

REAL HOSPITAL PORTUGUÊS
22/06/2018 14:04:16
CARESTRA1 HEALTH DR. H
FOOT 90

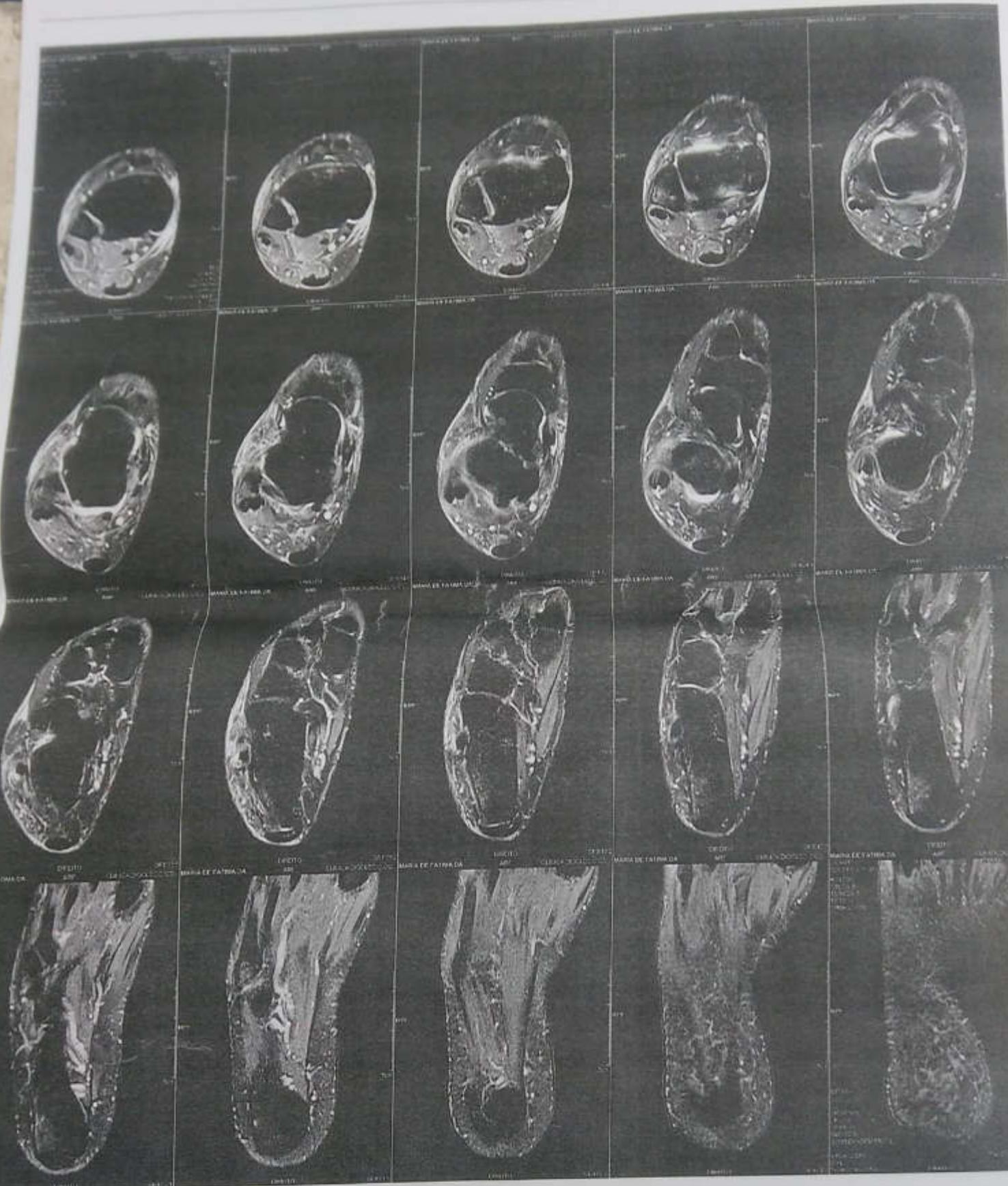


CLÍNICA DIOCLÉCIO COUTINHO



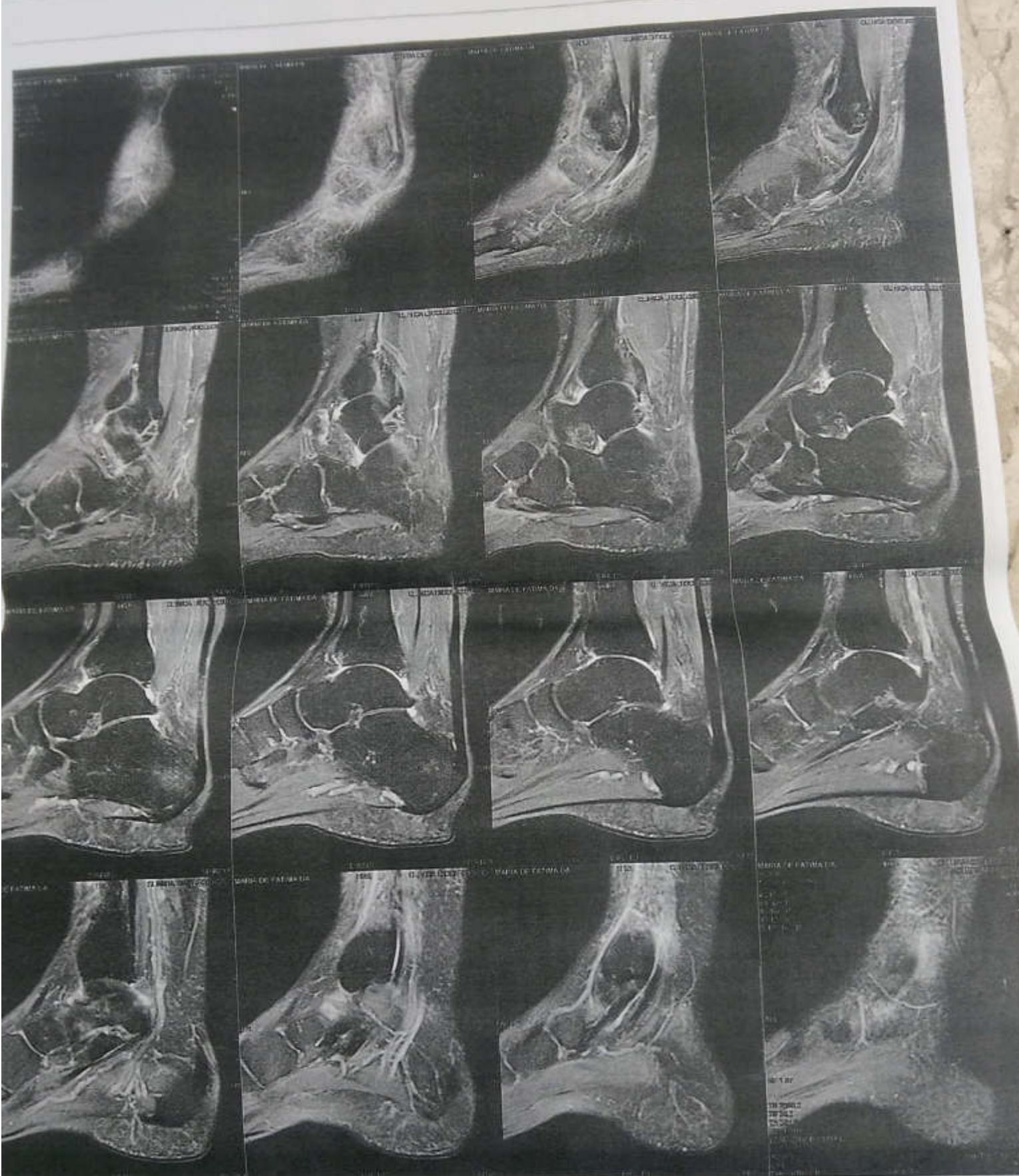
BR-408 - KM 50 - BAIRRO NOVO - CARPINA - PE - CEP: 55819-320 - FONE: (81)36223500 - EMAIL: cdrcoutinho@yahoo.com.br

CLÍNICA DIOCLÉCIO COUTINHO



BR-408 - KM 50 - BAIRRO NOVO - CARPINA - PE - CEP: 55819-320 - FONE: (81)36223500 - EMAIL: cdrcoutinho@yahoo.com.br

CLÍNICA DIOCLÉCIO COUTINHO



BR-408 - KM 50 - BAIRRO NOVO - CARPINA - PE - CEP: 55819-320 - FONE: (81)36223500 - EMAIL: cdrcoutinho@yahoo.com.br

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180502376 **Cidade:** Carpina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARIA DE FATIMA DA SILVA **Data do acidente:** 22/08/2018 **Seguradora:** ANGELUS SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 30/01/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA CONTUSO NO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR. ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: FOI SOLICITADO RELATÓRIO MÉDICO DA INTERNAÇÃO DESCREVENDO DIAGNÓSTICO, EVOLUÇÃO CLINICA, TRATAMENTO REALIZADO E OU EM CURSO. E OU/PROGNÓTICO COM EVOLUÇÃO ATUAL DA SEQUELA, POREM, NÃO FOI ACOSTADO NENHUM DOCUMENTO MEDICO COM TAIS CARACTERÍSTICAS E, SEGUNDO A DOCUMENTAÇÃO MÉDICA DISPONÍVEL, NÃO HÁ LESÕES E/OU SEQUELAS QUE NÃO SEJAM SUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO PROPORCIONADA POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA.

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

DADOS DO SINISTRO

Número: 3180502376 **Cidade:** Carpina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARIA DE FATIMA DA SILVA **Data do acidente:** 22/08/2018 **Seguradora:** ANGELUS SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 07/01/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: NÃO DEFINIDO.

Resultados terapêuticos: NÃO DEFINIDO.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Não definido

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: A FALTA DE APRESENTAÇÃO DO RELATÓRIO DE PRIMEIRO ATENDIMENTO HOSPITALAR COM OU SEM INTERNAÇÃO/INTERNAMENTO INVIAILIZOU ESTABELECE A RELAÇÃO ENTRE O ACIDENTE OCORRIDO E AS SEQUELAS INFORMADAS NOS DOCUMENTOS MÉDICOS APRESENTADOS, PORTANTO, DEVE-SE APRESENTAR EM COMPLEMENTO, AS SEGUINTE ALTERNATIVAS DE DOCUMENTAÇÃO MÉDICA:

- O BOLETIM DE ATENDIMENTO MÉDICO REALIZADO NO HOSPITAL DO 1º ATENDIMENTO MÉDICO, COM FOLHA DE EVOLUÇÃO MÉDICA E SUMÁRIO DE ALTA MÉDICA HOSPITALAR;
- OU LAUDOS DE EXAMES DE IMAGEM, CASO REALIZADOS DURANTE A INTERNAÇÃO, TAIS COMO: RAIO X, TOMOGRAFIA OU RESSONÂNCIA MAGNÉTICA E DE CONTROLE PÓS PROCEDIMENTO CIRÚRGICO OU TRATAMENTO CONSERVADOR, COM RESPECTIVA IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE SEGURADO E DATA DE REALIZAÇÃO;
- EM CASO DE CIRURGIA ENVIAR FOLHAS DO CENTRO CIRÚRGICO, DESCREVENDO PROCEDIMENTO ADOTADO E MATERIAIS USADOS, FOLHA DE ANESTESIA, FOLHAS DE EVOLUÇÃO MÉDICA E SUMÁRIO DE ALTA.

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

DADOS DO SINISTRO

Número: 3180502376 **Cidade:** Carpina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARIA DE FATIMA DA SILVA **Data do acidente:** 22/08/2018 **Seguradora:** ANGELUS SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 30/01/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA CONTUSO NO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR. ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: FOI SOLICITADO RELATÓRIO MÉDICO DA INTERNAÇÃO DESCREVENDO DIAGNÓSTICO, EVOLUÇÃO CLINICA, TRATAMENTO REALIZADO E OU EM CURSO. E OU/PROGNÓTICO COM EVOLUÇÃO ATUAL DA SEQUELA, POREM, NÃO FOI ACOSTADO NENHUM DOCUMENTO MEDICO COM TAIS CARACTERÍSTICAS E, SEGUNDO A DOCUMENTAÇÃO MÉDICA DISPONÍVEL, NÃO HÁ LESÕES E/OU SEQUELAS QUE NÃO SEJAM SUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO PROPORCIONADA POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA.

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

Rio de Janeiro, 26 de Outubro de 2018

Aos Cuidados de: MARIA DE FATIMA DA SILVA

Nº Sinistro: 3180502376

Vitima: MARIA DE FATIMA DA SILVA

Data do Acidente: 22/08/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180502376**.

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



Rio de Janeiro, 29 de Outubro de 2018

Aos Cuidados de: MARIA DE FATIMA DA SILVA

Nº Sinistro: 3180502376

Vitima: MARIA DE FATIMA DA SILVA

Data do Acidente: 22/08/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180502376**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Boletim de ocorrência ilegível

A documentação deve ser entregue na **SEGURADORA LIDER DPVAT - REGULAÇÃO**, 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



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, 07 de Janeiro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3180502376

Vítima: MARIA DE FATIMA DA SILVA

Data do Acidente: 22/08/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), MARIA DE FATIMA DA SILVA

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Documentação médica-hospitalar

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



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

Rio de Janeiro, 01 de Fevereiro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3180502376

Vítima: MARIA DE FATIMA DA SILVA

Data do Acidente: 22/08/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), MARIA DE FATIMA DA SILVA

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

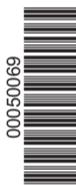
Foi verificado que o dano pessoal evoluiu sem sequela definitiva, razão pela qual não foi caracterizada a invalidez permanente coberta pelo Seguro DPVAT.

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 orientações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



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").

Nome do beneficiário

CPF da vítima

Nome completo da vítima

819.878.104-20

maria de fatima dasilva

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo

maria de fatima dasilva

CPF titular da conta

819.878.104-20

Profissão

recebedor

Endereço

Rua: 013

Número

108

Complemento

Bairro

ste antônio

Cidade

Rarpina

Estado

R

CEP

55810-630

CPF

Telefone (DDD)

31191915 3756

E-mail

mariadasilva@hotmail.com

SAFETY
CORRETORA

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

RELÍGIO INFORMAR

SEM RENDA

ATE 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

R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00

R\$ 10.001,00 ATÉ R\$ 20.000,00

CONTA POUPANÇA (Somente bancos e/ou banco/árvore. Assinale uma opção)

BRASILEIRO (237) BANCO DO BRASIL (101) ITAÚ (341)

CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (704)

AGÊNCIA

CONTA

CONTA CORRENTE (só para os bancos)

BANCO

Nome

1242

013

16382 4

Informar digita o valor

AGÊNCIA

Nome

CONTA

Nome

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.

Rarpina, 12 de 09 de 2018

Local e Data

CONFERE COM
O ORIGINAL

Assinatura do Beneficiário

Assinatura do Representante Legal



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: **899.878.104-20** CPF da vítima: **899.878.104-20** Nome completo da vítima: **maria de Fátima da silva**

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

DADOS CADASTRAIS

Nome completo: **maria de Fátima da silva** CPF: **899.878.104-20**
 Profissão: **caso viúva** Endereço: **Rua: Dez** Número: **108** Complemento:
 Bairro: **ste Antônio** Cidade: **Barra do Piraí** Estado: **PE** CEP: **55816-630**
 E-mail: **mariafernandes1@hotmail.com** Tel.(DDD): **(81) 97915-3756**

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

RENDIMENTO MENSAL:

<input checked="" type="checkbox"/> RECUZO INFORMAR	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00	<input type="checkbox"/> R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção):
 Bradesco (237) Itaú (341)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: **1242** CONTA: **16.381** Dígito: **4**
 (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
 (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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.

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 discordo do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo Data do óbito da vítima: _____

Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): Sim Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____

Vítima teve filhos? Sim Não Se tinha filhos, informar quantos: Vivos: _____ Falecidos: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? Sim Não 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.

Imprensa digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado
 Local e Data: **06/12/2018**
 Nome: _____
 CPF: _____

TESTEMUNHAS
 1º | Nome: _____
 CPF: _____

Assinatura

2º | Nome: _____
 CPF: _____

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU RODO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do ínteriro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.
 NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.



SAFETY
CORRETORA
19 901 2014
DPVAT

GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGIADA DE POLÍCIA DA 445ª CIRCUINSERÇÃO - CARPINHA - DP445/CIR-
DINTER/111/DESEC

PG ETIQUETTE DE COURRIER N° 185003143

Verz. 1.0 (automatisch generiert am 29/09/2018 um 15:11)

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VITIMA NAO FATAL - Culpa(s) (Consumado) que acometeu o(a) motorista
22/8/2018 às 11:28

MUNICÍPIO DE CARPIÑA, 1, EM FRENTE AO HOSPITAL DAS
CLÍNIAS DE CARPIÑA-PE. Bairro SANTA CRUZ - CARPIÑA/PERNAMBUCO-BRASIL
CEP 56300-000 - FONTE: RUA PIAUÍ

Ensayos de la Universidad de Valencia

CONFIDENTIAL
ORIGINAL

1234567890 | 1234567890 | 1234567890 | 1234567890 | 1234567890 |

Além disso, é preciso lembrar que a maioria das pessoas que fazem uso de álcool e outras drogas é jovem.

Constitutive and developmental gene expression

UNIVERSIDADE MUNICIPAL DE CARPINHA, 105, RUA X N° 108 CONSELHO SANTO ANTONIO CARPINHA-PE - CEP: 54.500-000
Bairro: SANTO ANTONIO - CARPINHA/PERNAMBUCO/BRAZIL

Classification of non-polymer hydrogels

CARTÓRIO DO 1º OFÍCIO - CARPINHA/PE - TABELIONATO
Protocolo dos Requerimentos de Imóveis, Hipóteses, Títulos e Documentos Padrinhos e Pessoas Jurídicas

JOSÉ MARCEL DA SILVA FILHO

1102 - C. A. Braga, M. B. L. - 4º Congresso Estadual Interdisciplinar 125 - Form Fax (81) 3671-5410 - Corupá-PE - caitilene.caetano@bol.com.br

versão que se encontra assinada na reprodução fiel do
original que me foi apresentado, ato qual autenticado e devolto.
Lisboa, 27.11.1997. (Assinatura, legível, de L. L. V. Tavares, R. G. G. G.)
Folha 26

MOTONETA (VEICULO) (A UNIDADE DEU (S) SIM) MARIA DE FATIMA DA SILVA (A UNIDADE DEU (S) SIM)
Sra. MARIA DE FATIMA DA SILVA
Categoria de veiculo: MOTONETA HONDA/BIZ 125 Objeto de consulta: Não
Cor: PRETA - Lote: Sra. 1 (UNIDADE NAO INFORMADA)

Proc. PEPA (2nd Int. Symp. on the Application of PEPA)

G. Grapiglia et al. / Journal of Computational and Applied Mathematics 333 (2018) 103–124

INFORMA A VITIMA QUE ESTAVA INDO SENTIDO CARPIÑA/PAUDALHO QUANDO O VEICULO EM FAUTA COLIDIU COM O VEICULO MOTONETA DA VITIMA VONDO A CAUSAR VARIOS ARRANHOS E HEMATOMAS PELO CORPO DA VITIMA BEM COM , TORCÃO FORTE NO JDELHO DIREITO, E TORCÃOZELO TAMBEM DIREITO COMO OUTRA FICHA DE ATENDIMENTO DA UNIDADE MISTA, O HOSPITAL PORTUGUES, SEGUNDO DELE ARRANHOS DA VITIMA AINDA DIFERENTES.

À Maria de Fátima da Cunha
MARIA DE FÁTIMA DA CUNHA
COLLECTOR

E.G. registrante: FRANCISCO DE ASSIS TIBURCIO DA SILVA - Matrícula: 184.442-0

CARTÓRIO DO 1º OFÍCIO - CARFIA/PE - TABELIONATO **JOSE MARCEL DA SILVA FILHO**
Próximo dos Registradores de Imóveis, Hipotecas, Tributos e Documentos Particulares e Petróleo, Joaquim
Acu, 100 - Centro - 56010-200 - Petrolina - PE - Fone: (87) 3621-8435 - Comunicação: (87) 3621-8435

Características da projeção 10014 e a reprodução-fiel do sinal que se vai apresentar, no qual autentico o dia 11, às horas 11:07:2010 10141415. Brasília, 10/08/2010. (SIGN) PR 0,66.

Die CDU-Landesparteileitung hat sich jetzt auf einen Konsens mit dem

1020 K. S. Raja



SAFETY CORRETORA

19 JUL 2003

DPVAT

GOVERNADOR ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
PREFEITURA DE PERNAMBUCO

UNIVERSITY OF TORONTO LIBRARIES
UNIVERSITY OF TORONTO LIBRARY CATALOGUE

ESTATE RECORDS 1850-1859 1850135003595

Document released under the Freedom of Information Act, 2009 (FOIA) on 2019-08-19

bioRxiv preprint doi: <https://doi.org/10.1101/2023.09.01.550132>; this version posted September 1, 2023. The copyright holder for this preprint (which was not certified by peer review) is the author/funder, who has granted bioRxiv a license to display the preprint in perpetuity. It is made available under a [aCC-BY-ND 4.0 International license](https://creativecommons.org/licenses/by-nd/4.0/).

2024 RELEASE UNDER E.O. 14176

JOSÉ FRANCISCO SILVA FILHO

Questa

www.ijerph.org | ISSN: 1660-4601 | DOI: 10.3390/ijerph17103317

construção das subestruturas envolvidas

CEP 06000-000 - RUA DOUTOR JOSÉ DE CARVALHO, 105 - HIGIENÓPOLIS - SANTOS - SP - FONE/FAX: (13) 3222-1000

（三）在地圖上標出各項地質特徵

CONFETE.COM
0.01 FINAL

— *Concordia* (G. M. M. N. 1965)

$$g_{\mu\nu} = g_{\mu\nu}(x) = (f_{\mu\nu}^{-1}(x)g_{\mu\nu}^0(x))f_{\mu\nu}^0(x) = g_{\mu\nu}^0(x) + \mathcal{O}(1)W^2.$$

Capítulo

CARTÓRIO DO 1º OFÍCIO - CARFINA/PE - TABELIONATO

Próximo dos Regulamentos Internos, Regulamentos, Decretos e Orientações da Faculdade e Reuniões Jurídicas da Universidade. Endereço: Rodovia Presidente Dutra KM 130 - Rio das Ostras - RJ - 26220-3410 - CEP 26220-3410 - CEP 26220-3410

1051 MARCH 03 SIEVE HIHO

Quesadillas

— 2000000

GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 045^ª CIRCUÍTO - CARPINA - DP-45^ª CIR
DINTER III/SEDESEC

DPVAL

CARPINA
REFETIM DE OCORRÊNCIA N° 18E0135003143

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 29/08/2018 às 15:11

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VITIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado) que aconteceu no dia 22/08/2018 às 11:28

Lugar ocorrido na endereço: MUNICÍPIO DE CARPINA, 1, EM FRENTE AO HOSPITAL DAS CLÍNICAS DE CARPINA-PE - Bairro: SANTA CRUZ - CARPINA/PERNAMBUCO/BRASIL
Local da Ocorrência: VIA PÚBLICA

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR / AGENTE)
MARIA DE FATIMA DA SILVA (VITIMA)

CONFERE COM
O ORIGINAL

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

MARIA DE FATIMA DA SILVA (Usada na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): MARIA DE FATIMA DA SILVA
MARIA DE FATIMA DA SILVA (Usada na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): MARIA DE FATIMA DA SILVA

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

MARIA DE FATIMA DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: Feminino - Nasc.: JOSEFA DE NADRADE FARIAS
SILVA Pai: SEVERINO INACIO DA SILVA Data de Nascimento: 28/3/1973 Naturalidade: CARPINA / PERNAMBUCO /
BRASIL Documentos: 4693634183P/PE (RG), 89987810420 (CPF), 04736160197 (CNH) Estado Civil: SOLTEIRO(A)
Familiares: 1º, GRAU COMPLETO Profissão: OUTRAS PROFISSOES Telefones: Celulares:
- 998678744

Endereço Residencial: MUNICÍPIO DE CARPINA, 108, RUA X N; 108 COHAB SANTO ANTONIO CARPINA-PE - CEP:
0 - Bairro: SANTO ANTONIO - CARPINA/PERNAMBUCO/BRASIL

DESCONHECIDO - Ramo de Atividade: NÃO INFORMADO

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

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

CARTÓRIO DO 1º OFÍCIO - CARPINA/PE - TABELIONATO

JOSÉ MANOEL DA SILVA FILHO

Oficial

Prólio 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@bol.com.br

24/08/2018

2018/08/24 08:11:45

Certifico que a presente cópia é a reprodução fiel do
original que me foi apresentado, ao qual autentico e dou fé.
Carpina-PE 17/09/2018 10:19:16. Emol: R\$ 2,90; TSMR: R\$ 0,68;
FERC: R\$ 0,34, Total: R\$ 4,09. Seio nº
0074807.FYI18201801.04112. Jose Manoel da Silva Filho,
Tabelião

Relatório de Ocorrência

MOTONETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **MARIA DE FATIMA DA SILVA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **MARIA DE FATIMA DA SILVA**.
 Câmbio/Marca/Modelo: **MOTONETA/HONDA/BIZ 125** Objeto apreendido: **Não**
 Cor: **PRETA** - Quantidade: **1 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PEX1084** (PERNAMBUCO) ANTO/ANTO/ANTO/ANTO/ANTO/ANTO Chassi: **BC2JC402DBR044228**
 Ano Fabricação/Ano: **2011/2011** Combustível: **ALCO/GASOL** Seguro/Aplicar: **SUPER MOTO**

VEICULO (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **DESENHECIDO**, que estava em posse do(a) Sr(a): **MARIA DE FATIMA DA SILVA**.
 Câmbio/Marca/Modelo: **AUTOMOVEL/N.BENZ/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**
 Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PEP3170** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO)

Complemento / Observação

INFORMA A VITIMA QUE ESTAVA indo SENTIDO CARPINA/PAUDALHO QUANDO O VEICULO EM FAUTA. COLIDIU COM O VEICULO MOTONETA DA VITIMA VONDO A CAUSAR VARIOS ARRANHÓES E HEMATOMAS PELO CORPO DA VITIMA BEM COM . TORCÃO FORTE NO JOELHO DIREITO. E TORNOCÉLO TAMBEM DIREITO. COMO OUTRA FICHA DE ATENDIMENTO DA UNIDADE MISTA, E HOSPITAL PORTUGUES. SEGUNDO DECLARAÇÕES DA VITIMA AQUI PRESENTE.

Assinatura da(s) pessoa(s) presente nessa ocorrência policial

Maria de Fátima da Silva
MARIA DE FATIMA DA SILVA
 (VITIMA)

B.O. registrado por: **FRANCISCO DE ASSIS TIBURCINO DA SILVA** - Matrícula: **381.140-9**

RIO DO 1º OFICIO - CARPINA/PE - TABELIONATO
 Registros de Imóveis, Hipótecos, Títulos e Documentos Particulares e Pessoas Jurídicas
 Fórum Eucarístico Internacional, 126, Fone/Fax (81) 3621.0410, Carpina-PE - cartorio.carpina@bol.com.br

Certifico que a presente cópia é a reprodução fiel do
 original que me foi apresentado, ao qual autentico e dou fé.
 Carpina-PE 17/09/2018 10:19:16. Emol: R\$ 2,90, TSNR: R\$ 0,68,
 FERC: R\$ 0,34, Total: R\$ 4,09. Selo nº
 074807.D5D08201801.04113. Jose Manoel da Silva Filho,



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SENIATARIO DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA CIRCULAR 4º
POLICIA DA 443ª CIRCUNSCRICAO CARPINA DP443 CIRC DINTER 1/11 DESEC
BOLETIM DE OCORRENCIA N.º 18E0135003585

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 26/09/2018 às 08:19

Complemento o BO Número: 18E0135003143

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTMAMÃO FATAL - Culposo (Consumado) que aconteceu no dia 22/09/2018 às 11:28

Endereço onde ocorreu o acidente: MUNICÍPIO DE CARPINA, 1, EM FRENTE AO HOSPITAL DAS CI INACAS DE CARPINA-PE -
Bairro SANTA CRUZ CARPINA/PERNAMBUCO/BRASIL
Local de Fato: VIA PÚBLICA

Pessoas(s) envolvida(s) na ocorrência:

LEONILDO DA SILVA (AUT. MÍN. AGENTE)
MARIA DE FATIMA DA SILVA (VÍTIMA)



Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): MARIA DE FATIMA DA SILVA
VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): DESCONHECIDO

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

MARIA DE FATIMA DA SILVA (presente no plantão) - Sexo: Feminino Mãe: JOSEFA DE NADRA DE FARIAS SILVA Pai: SEVERINO INACIO DA SILVA Data de Nascimento: 28/3/1973 Naturalidade: CARPINA / PERNAMBUCO / BRASIL Documento: 46936341SSP/PE (PG). 39367810420 (CPF) 04736160197 (CNH) Estado Civil: SOLTEIRO(A) Escolaridade: 1º GRAU COMPLETO Profissão: OUTRAS PROFISSOES Telefones Celulares: -998678744

Endereço Residencial: MUNICÍPIO DE CARPINA, 108, RUA X N.º 108 COHAB SANTO ANTONIO CARPINA-PE - CEP: 0 - Bairro: SANTO ANTONIO - CARPINA/PERNAMBUCO/BRASIL

DECONHECIDO - Ramo de Atividade: NAO INFORMADO

CONFERE COM
O OF. SINAL

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

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

MOTONELA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): MARIA DE FATIMA DA SILVA, que estava em posse do(a) Sr(a): MARIA DE FATIMA DA SILVA

26/09/2018

Identificação Marca/Modelo: MOTONETA/HONDA/BIZ 125 Objeto apreendido: Não
Objeto: Objeto: 1 (UNIDADE NÃO INFORMADA)

Placa: PEU 10894 (MOTONETAS/ARCARINA) Renavam: 315562277 Chassi: 9C2JC482UER044228
Ano Fabricação/Modelo: 2011/2011 Combustível: ALCO/GASOL. Saguin/Apoline SUPERMOTO

VER. DE O (VEÍCULO) de propriedade do(a) Sra(a): DESCONHECIDO, que estava em posse do(a) Sra(a): DESCONHECIDO
(Veículo/Motocicleta AUTOMÓVEL/M. REN/ NÃO INFORMADO Objeto apreendido: Não
Objeto: 1 (UNIDADE NÃO INFORMADA)

Placa: PEU 10894 (MOTONETAS/ARCARINA) NÃO INFORMADO)

Complemento / Observação

Na ocasião a vítima que estava indo sentido CARPINHA/PAUDALHO quando o veiculo empalhia, colidiu com o veiculo
que acreditava que a vítima vinha causar varios arranhões e hematomas pelo corpo da vítima R.F.M com torção
no joelho direito e tornozelo tambem direito, como consta na ficha de atendimento da unidade mista, e
não fala português, segundo declarações da vítima aqui presente.

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

Assinatura de Fátima da Silva

MARIA DE FÁTIMA DA SILVA
VITIMA

B.O. registrado por: FRANCISCO DE ASSIS TIPLOR DE SOUZA SILVA - Matrícula: 381.140-9

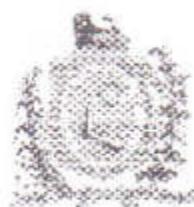


45º Circunscrição

Carpina

RIO DO 1º OFÍCIO - CARPINHA/PE - TABELOIONATO
Registros de Imóveis, Hipotecas, Títulos e Documentos Particulares e Pessoas Jurídicas
resso Eucarístico Internacional, 126, Fone/Fax (81) 3621.0410, Carpinha-PE - carorio.carpina@bol.com.br

Certifico que a presente cópia é a reprodução fiel do
original que me foi apresentado, ao qual autentico e dou fé.
Carpina-PE 26/09/2018 11:32:00. Emol: R\$ 2,90, TSMR: R\$ 0,68,
ERC: R\$ 0,34, Total: R\$ 4,09. Selo nº
074807.EI209201801.000195. Marcia Michele Baldino da Silva,
Assistente Substituta *Coluna*



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 045ª CIRCUNSCRIÇÃO - CARPINHA - DP45ºCIRC
DINTER1/11ºDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N.º **18E0135003585**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **26/09/2018** às **08:19**

Complementa o BO Número: **18E0135003143**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado) que aconteceu no dia **22/09/2018** às **11:28**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICÍPIO DE CARPINHA, 1, EM FRENTE AO HOSPITAL DAS CLINACAS DE CARPINHA-PE** - Bairro: **SANTA CRUZ - CARPINHA/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PÚBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR / AGENTE)
MARIA DE FATIMA DA SILVA (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): **MARIA DE FATIMA DA SILVA**
VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**

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

MARIA DE FATIMA DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: **Feminino** Mas: **JOSEFA DE NADRADE FARIAS SILVA** Prol: **SEVERINO INACIO DA SILVA** Data de Nascimento: **28/3/1973** Naturalidade: **CARPINA / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **4693634/SSP/PE (RG)**, **89987810420 (CPF)**, **04736160197 (CNH)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **1º, GRAU COMPLETO** Profissão: **OUTRAS PROFISSÕES** Telefones Celulares: **- 898678744**

Endereço Residencial: **MUNICÍPIO DE CARPINHA, 108, RUA X N; 108 COHAB SANTO ANTONIO CARPINHA-PE - CEP: 5 - Bairro: SANTO ANTONIO - CARPINHA/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

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

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

MOTONETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **MARIA DE FATIMA DA SILVA**, que estava em posse do(a)

Sr(a): **MARIA DE FATIMA DA SILVA**

Categoria/Marca/Modelo: **MOTONETA/HONDA/BIZ 125** Objeto apreendido: **Não**

Cor: **PRETA** - Quantidade: **1 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PEX1984** (PERNAMBUCO/CARPIÑA) Renavam: **315552277** Chassi: **BC2JC4820BR044228**

Ano Fabricação/Modelo: **2011/2011** Combustível: **ALCORGASOL** Segura/Apolice: **SUPER MOTO**

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

DESCONHECIDO

Categoria/Marca/Modelo: **AUTOMOVEL/M.BENZ/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**

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

Placa: **PEP3170** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO)

Complemento / Observação

INFORMA A VITIMA QUE ESTAVA indo SENTIDO CARPINA/ PAUDALHO QUANDO O VEICULO EN PAUTA. COLIDIU COM O VEICULO MOTONETA DA VITIMA VINDO A CAUSAR VARIOS ARRANHOS E HEMATOMAS PELO CORPO DA VITIMA BEM COM . TORÇAO FORTE NO JOELHO DIREITO. E TORNozELO TANISIM DIREITO. COMO OTRA FICHA DE ATENDIMENTO DA UNIDADE MISTA, E HOSPITAL PORTUGUES. SEGUNDO DECLARAÇÕES DA VITIMA AQUI PRESENTE.

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

MARIA DE FATIMA DA SILVA

(VITIMA)

B.O. registrado por: **FRANCISCO DE ASSIS TIBURTIÑO DA SILVA** - Matricula: **381.140-9**



Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204 ou 0800-0221206 (especializado 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

Maria de Fátima dos Silve

CPF da Vítima

891 843.104-20 22/08/2018

Data do Acidente

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante Legal

Email

Telefone (DDD)

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de pagamento da indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 194/74), uma vez que:

Assinalar uma das opções abaixo:

Não há estabelecimento do IML que atende 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 a perícia médica às entidades 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.

**CONFERE COM
O ORIGINAL**

Caxias, 17 de 09 de 2018

Local e Data

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

SAFETY CORRETORA
19 JUL 2018
DPVAT

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: **899.878.104-20** CPF da vítima: **899.878.104-20** Nome completo da vítima: **maria de Fátima da silva**

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

DADOS CADASTRAIS

Nome completo: **maria de Fátima da silva** CPF: **899.878.104-20**
 Profissão: **caso viúva** Endereço: **Rua: Dez** Número: **108** Complemento:
 Bairro: **ste Antônio** Cidade: **Barra do Piraí** Estado: **PE** CEP: **55816-630**
 E-mail: **mariafernandes1@hotmail.com** Tel.(DDD): **(81) 97915-3756**

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

RENDIMENTO MENSAL:

<input checked="" type="checkbox"/> RECUZO INFORMAR	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00	<input type="checkbox"/> R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção):
 Bradesco (237) Itaú (341)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: **1242** CONTA: **16.381** Dígito: **4**
 (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
 (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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.

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 discordo do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo Data do óbito da vítima: _____

Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): Sim Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____

Vítima teve filhos? Sim Não Se tinha filhos, informar quantos: Vivos: _____ Falecidos: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? Sim Não 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.

Imprensa digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado
 Local e Data: **06/12/2018**
 Nome: _____
 CPF: _____

TESTEMUNHAS
 1º | Nome: _____
 CPF: _____

Assinatura

2º | Nome: _____
 CPF: _____

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU RODO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do ínteriro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.
 NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
UNIDADE MISTA FRANCISCO ASSIS CHATEAUDBRIAND



BOLETIM DE EMERGÊNCIA

Prontuário: 141464 CNS: _____ Idade: 45 Sexo: _____
 Nome: Maria de Fátima da Silva Nascimento: 28/03/73 Est. Civil: _____
 End: Rua: 10 - Colab 3 Bairro: St. Antônio CEP: _____
 Cidade: Coronel Fábio Prof. N°: 108 Doc. N°: _____
 Mês: Setembro de Andrade Fárias Pai: _____
 Profissão: _____ Responsável: _____ Tel.: _____

Últimas Ocorrências:

Data: 02/08/11 Hora: 11:28

Nº OCORRÊNCIA:

Situação / Sintomas / Queixas / Eventos:

PRE-CONSULTA: URGÊNCIA () NÃO URGÊNCIA () EMERGÊNCIA () ACIDENTE TRABALHO () ACIDENTE TRÂNSITO ()

HORÁRIO:	P.A	FC	PULSO	PESO	ASSINATURA

QUEIXA / DIAGNÓSTICO:

Doença de Fábio
de Fábio, a Fábio
na pele. 2.

TRATAMENTO:

fol 2x para o PCD
at 1000
oxigênio 100% /
12.102

EXAMES COMPLEMENTARES:

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA:

CID:

MOTIVO DA SAÍDA:

RESIDÊNCIA:

INTERNADO:

CURATIVO

BÁSICO

ESP

NEBOLIZAÇÃO

RETIRADA DE PONTOS

ENCAMINHAMENTO:

CONSULTAS / ATENDIMENTO MÉDICO:

URGÊNCIA BÁSICA

URG. ESPECIALIZADA

OBS. BÁSICA

OBS. ESPECIALIZADA

Leônidas Fábio de Lira
Coronel Fábio 458.685-76

MÉDICO / CRM
HORÁRIO

REMOVIDO:

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

TÉCNICO / CONSELHO

HORÁRIO:

OBITO:

M DO DIA:

DATA SAÍDA:

RECEPCIONISTA: *Gislana*

HORÁRIO SAÍDA:

DATA: