

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	EMIÇÃO
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
CARPINA 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	7,63
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 019997835-12/08/18			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			0,88
Atualização IGPM-NF 027486679 - 10/08/18			0,40

TOTAL DA FATURA 140,65

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR		ATUAL		Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (kWh)
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA				
40583047	CAT	10/08/2018	46.118,00	11/09/2018	46.326,00	32	1,00000		208,00

HISTÓRICO DE CONSUMO

Mês/Ano kWh
SET 18 208
AGO 18 208
JUL 18 144
JUN 18 242
MAI 18 178
ABR 18 197
MAR 18 171

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS

	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
ICMS	119,62	25,00	29,90
PIS	119,62	1,03	1,23
COFINS	119,62	4,69	5,61

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

	R\$	%
Geração de Energia	42,42	35,46%
Transmissão	5,17	4,32%
Distribuição (Celpe)	24,18	20,21%
Perdas de Energia	7,60	6,35%
Encargos Setoriais	3,51	2,93%
Tributos	38,74	30,71%
Total	119,62	100%

Consumo Ativo até 30 kWh
Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh
Consumo Ativo superior a 100 até 220 kWh

0,17829850
0,30222600
0,45333600



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) dias 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

Médico: 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, púrvias 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, púrvia 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, púrvias, compressíveis com fluxo espontâneo.

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

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.

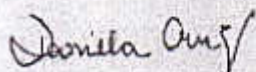
Menisco medial sem evidências de alterações.

Ligamentos cruzados e colaterais 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

Dr. REGATO DA SILVA

Reg.: 580231

Pag.: 2 / 2

Nome: MARIA DE FATIMA DA SILVA

Médico: Dr. JOSE CARLOS MIRANDA CORDEIRO JUNIOR

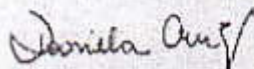
O.S.: 118.2596255 Data do Exame: 30/08/2018 Resultado: 06/09/2018

Tendão do bíceps femoral tem aspecto preservado.

Não foram identificadas outras alterações no compartimento pósterolateral 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

Imagem: RENATO DA SILVA

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.

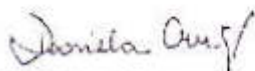
Menisco medial sem evidências de alterações.

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

Imp: SENHATDA SILVA

Reg.: 580231

Pag.: 2 / 2

Nome: MARIA DE FATIMA DA SILVA

Médico: Dr. JOSE CARLOS MIRANDA CORDEIRO JUNIOR.

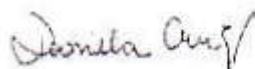
O.S.: 118.2596255 Data do Exame: 30/08/2018 Resultado: 06/09/2018

Tendão do bíceps femoral tem aspecto preservado.

Não foram identificadas outras alterações no compartimento pósterio-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 RESNATUBA 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, périas 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 poplíteas.

Veias gastrocnêmias laterais com aumento do calibre e material hipoeoico 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 mediais 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.



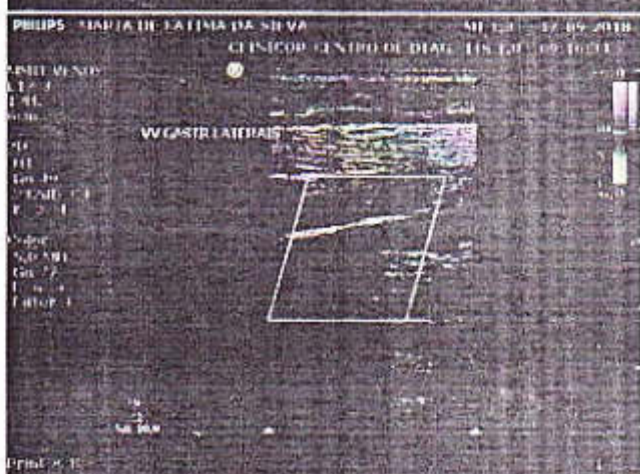
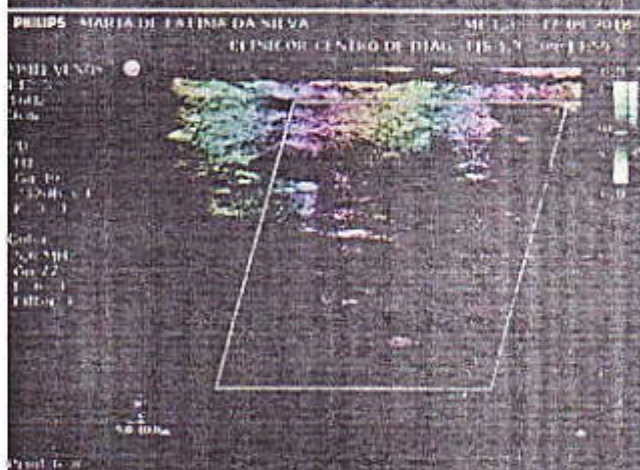
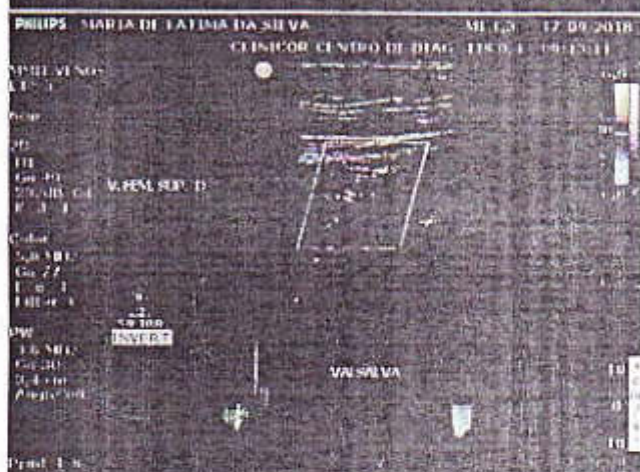
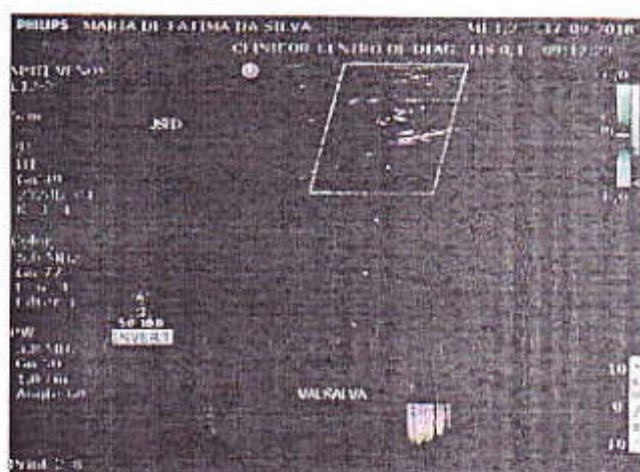
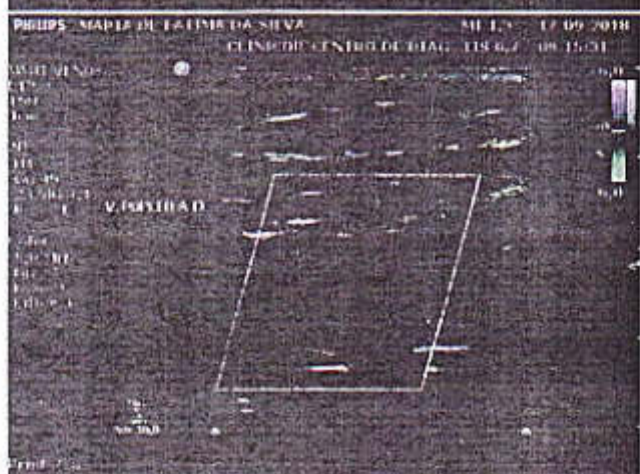
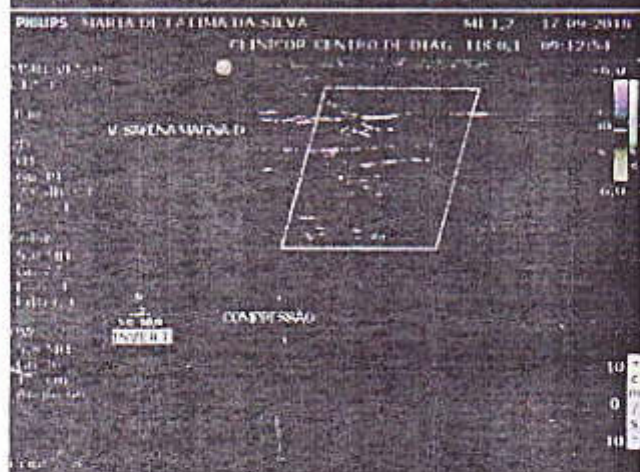
ULTRASSONOGRAFIA

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 CHATEAUBRIAND



GOVERNO DE
CARPINA
A FORÇA DO TRABALHO

BOLETIM DE EMERGÊNCIA

Prontuário: 141464 CNS: _____ Idade: 45 Sexo: F
Nome: Maria de Fátima da Silva Nascimento: 28/03/73 Est. Civil: _____
End: Rua: 10 - Cohab 3 Bairro: St. Antônio CEP: _____
Cidade: Carpina Nº: 108 Nac.: _____ Doc Nº: _____
Mãe: Isolda 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:

Acidente de trânsito
em trânsito, colisão
na rua

TRATAMENTO:

Exame de
exame
12:10h

EXAMES COMPLEMENTARES:

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA:

CID:

MOTIVO DA SAÍDA:

RESIDÊNCIA: ☐

INTERNADO: ☐

☐ CURATIVO

☐ BÁSICO

ESP

☐ NEBOLIZAÇÃO

☐ RETIRADA DE PONTOS

JUSTIFICATIVA:

ENCAMINHAMENTO:

REMOVIDO:

OBITO:

M DO DIA

DATA SAÍDA:

HORÁRIO SAÍDA:

DATA:

RECEPCIONISTA: Jalana

Mauricea Fátima de Lira
Coordenadora de Lira
CNPJ 15.885.785-78

CONSULTAS / ATENDIMENTO MÉDICO:

☐ URGÊNCIA BÁSICA

☐ URG. ESPECIALIZADA

☐ OBS. BÁSICA

☐ OBS. ESPECIALIZADA

MÉDICO / CRM

CRM: 15.885.785-78

HORÁRIO:

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

TÉCNICO / CONSELHO

HORÁRIO:

DEPARTAMENTO NACIONAL DE HABILITAÇÃO
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 Fatima da Silva

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
CARPINA - PE

DATA EMISSÃO
23/09/2013

[Signature]

ASSINATURA DO EMISSOR

58430353181
PE055435360

DETRAN - PE (PERNAMBUCO)

U TERRITÓRIO NACIONAL
761072373

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 (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 interdita 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 da Silva

CPF da Vítima

899.878.104-20

Data do Acidente

22/08/2018

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 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.

Cum 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 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.

**CONFERE COM
O ORIGINAL**

Copia, 17 de 09 de 2018

Local e Data

Maria de Fátima da Silva

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

01/001/0001/2017

**SAFETY
CORRETORA**

19 Out 2018

DPVAT



CLÍNICA DIOCLÉCIO COUTINHO

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

RESSONÂNCIA 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 fásia plantar sem alterações significativas.
- Leve peritendinite da fásia plantar.
- Osteófito subtalar posterior e tibio-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.
- Sindesmo 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 - D. H. B. R. V. - CARIM, PE - CEP 55050-000 - FONE (081) 4182-1500 - E-MAIL: cl@clincadioclecio.com.br
DISPONÍVEL EM NOSSOS SERVIÇOS DA MAIS NOVA TECNOLOGIA EM RADIOLOGIA: MAMOGRAFIA DIGITAL, TOMOGRAFIA E RESSONÂNCIA MAGNÉTICA. cl@clincadioclecio.com.br

RESSONÂNCIA MAGNÉTICA

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

Imagem: RENATO DA SILVA

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

Imagem: BENATO DA SILVA

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

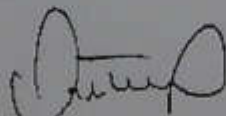
RADIOGRAFIA DO TORNOZELO DIREITO

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

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

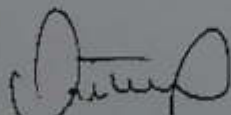
RADIOGRAFIA DO PÉ DIREITO (A.P./Oblíqua)

Estrutura óssea de morfologia e contornos normais.

Superfícies e espaços articulares íntegros.

Partes moles sem alterações apreciáveis.

Recife - PE, 30/08/2018



Dr. CRISTINE ZELAQUETT
CRM: 15127

leg: REMATO DA SILVA



Maria D.F.D Silva
ATA-01 (Pain) 330331
3008 118 2600089-0

REAL HOSPITAL PORTUGUES
[22/08/2018 14:05:27]
CARESTREAM HEALTH DR -1
RODRIGO



DIR.

C 2048
L 4096

Rel exp. rel. ratios X1.2084

Maria D.F.D Silva
ATA-01 (Pain) 330331
3008 118 2600089-0

REAL HOSPITAL PORTUGUES
[22/08/2018 14:06:12]
CARESTREAM HEALTH DR -1
RODRIGO



DIR.

C 2048
L 4096

Rel exp. rel. ratios X1.2156

Real exp. rel. raio: XI: 1522

C 2048
L 4096



5 cm

Real exp. rel. raio: XI: 1767
Marta D F D Silva
ASA - 441, Feminino, 680231
Nº 6199, 118, 2509566-1

REAL HOSPITAL PORTUGUES
22/08/2018 14:01:29
CARESTREAM HEALTH DRX-1
RODRIGO

C 2048
L 4096



DIR.

10 cm

Marta D F D Silva
ASA - 441, Feminino, 680231
Nº 6199, 118, 2509566-1

REAL HOSPITAL PORTUGUES
22/08/2018 14:00:5
CARESTREAM HEALTH DRX-1
RODRIGO

15 9 3 FO 2000
45A 4M Rembrandt 330231
11 5000 110 25 2236-5

REAL HOSPITAL PORTUGUES
22/08/2018 14:04:18
CARESTREAM HEALTH DR-1
R000130

DIR.

Rel. exp. rel. talps X: 2108
15 9 3 FO 2000
45A 4M Rembrandt 330231
11 5000 110 25 2236-5

C 2048
L 4096

REAL HOSPITAL PORTUGUES
22/08/2018 14:07:06
CARESTREAM HEALTH DR-1
R000130

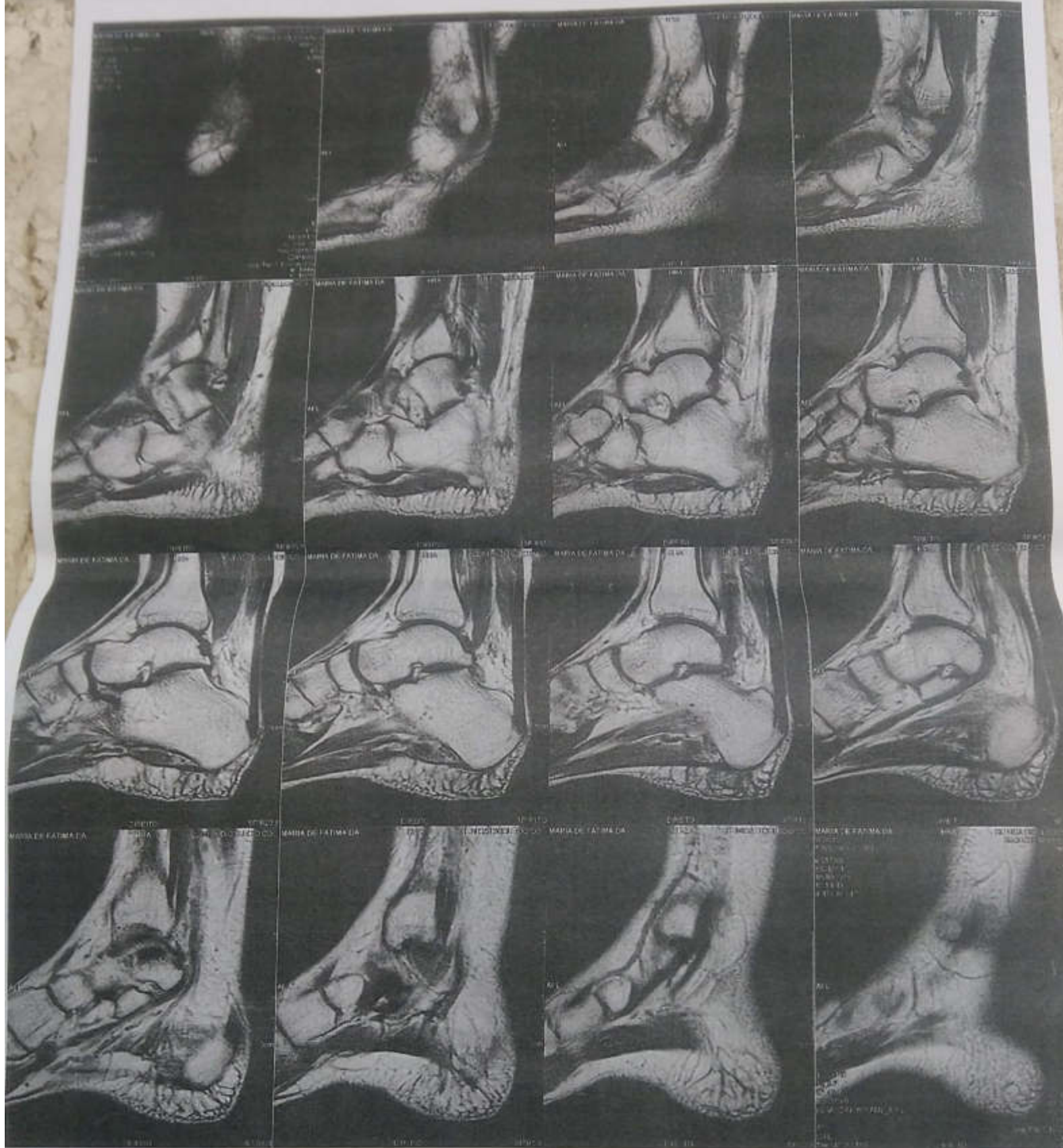
DIR.

exp. rel. talps X: 2102

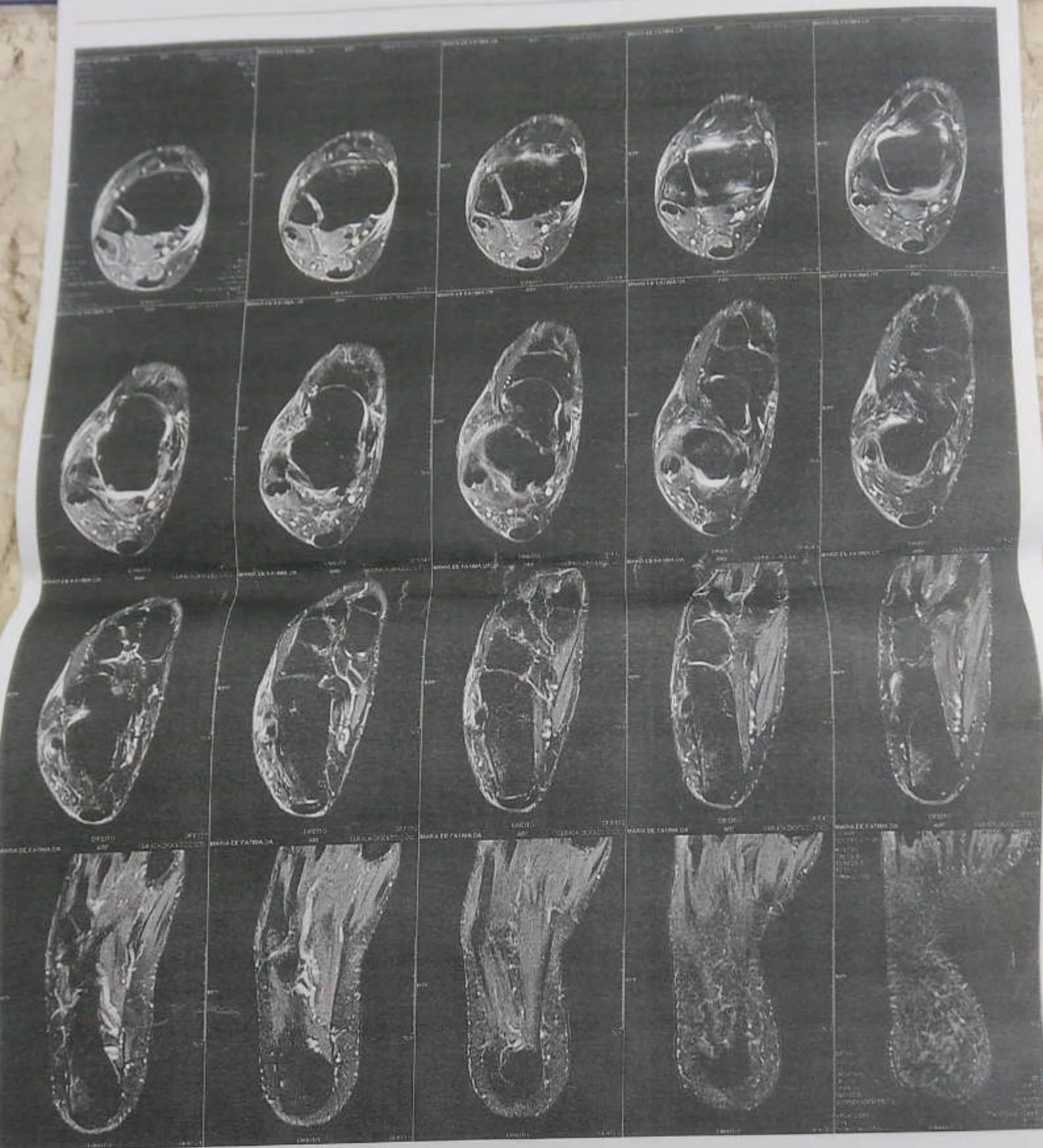
C 204
L 409



CLÍNICA DIOCLÉCIO COUTINHO



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









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 CLÍNICA, TRATAMENTO REALIZADO E OU EM CURSO. E OU/PROGNÓSTICO 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 INVIABILIZOU 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: RAIOS 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 CLÍNICA, TRATAMENTO REALIZADO E OU EM CURSO. E OU/PROGNÓSTICO 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

Carta nº 13525153



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 LÍDER 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

Carta nº 13531478



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 médico-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



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").

Número do Sinistro da ASL

CPF da Vítima

Nome completo da vítima

899.878.104-20

Maria de Fátima da Silva

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo	CPF titular da conta	Profissão
Maria de Fátima da Silva	899.878.104-20	pequeno imp
Endereço	Número	Complemento
Rua: 013	108	
Bairro	Cidade	Estado
Sto Antônio	Carapina	PE
E-mail	CPF	Telefone (DDD)
marilucasassuncao@hotmail.com	55896-630	81192945576

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

SAFETY
CORRETORA

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

<input checked="" type="checkbox"/> RECEVO INFORMAR	SEJA RENDA	ATE R\$ 3.000,00	R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00
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	
<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA - Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção: BRADESCO (247) BANCO DO BRASIL (001) ITAU (341)			
<input checked="" type="checkbox"/> CONTA ECONOMICA FEDERAL (104)			
AGÊNCIA	CONTA	CONTA CORRENTE - Indicar os dados:	
1242	16384	BANCO	AGÊNCIA
Informar dígito verificador	Informar dígito verificador	Informar dígito verificador	Informar dígito verificador

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.

Carapina, 12 de 09 de 2018

Local e Data

CONFERE COM
O ORIGINAL

Maria de Fátima da Silva

Campo 1: Assinatura do Beneficiário

Campo 2: 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: _____ CPF da vítima: 899.878.104-20 Nome completo da vítima: Maria de Fatima da Silva

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

Nome completo: Maria de Fatima da Silva CPF: 899.878.104-20
Profissão: caso comum Endereço: Rua: Dez Número: 108 Complemento: _____
Bairro: Sto Antonio Cidade: Carpiua Estado: PE CEP: 55816-630
E-mail: mariafatima@hot-mail.com Tel.(DDD): (81) 97915.3756

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

RENDA MENSAL:
☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ 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)
☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: _____
AGÊNCIA: 1242 CONTA: 16.381 4 AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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 discorde 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: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não
Vivos: _____ Falecidos: _____

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.

Impressão
digital da
vítima ou
beneficiário
não alfabetizado

Local e Data: Carpiua, 06/12/2018

Nome: _____

CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2ª | 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 ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 145ª CIRCUNSCRIÇÃO - CARPINA - DP45ªCIRC
DINTER/DPDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 18E0135003143

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

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado) que aconteceu no dia 22/8/2018 às 11:28

Localização da ocorrência: MUNICÍPIO DE CARPINA, I, EM FRENTE AO HOSPITAL DAS CLINICAS DE CARPINA/PE - Bairro SANTA CRUZ - CARPINA/PERNAMBUCO/BRASIL
Local do Fato: VIA PÚBLICA

Pessoas envolvidas na ocorrência:

1. JOSÉ MANOEL DA SILVA FILHO (AGENTE)
Máquina: FORD FOCUS 1.6 16V

CONFERE COM O ORIGINAL

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

1. FORD FOCUS (propriedade do denunciante), que estava em posse do Sr(a) JOSÉ(A) FILHO DA SILVA FILHO.
2. FORD FOCUS (propriedade do denunciante), que estava em posse do Sr(a) JOSÉ(A) FILHO DA SILVA FILHO.

Qualificação das pessoas envolvidas:

MARIA DE FÁTIMA DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: Feminino - Ps: JOSEFA DE NAUBADE FARIAS SILVA - GOVERNO MARIA DA SILVA (Data de Nascimento: 26/04/57) - Nacionalidade: CARPINA - PERNAMBUCO - RRAE: 4493048/SSP/PE (RG: 89387810420 (CPF: 04736160197 (CNPJ: 08.040.000/0001-91) - Endereço: R. BRAS COMPLETO - Fonecel: OUTRAS PROFISSOES - Telefone Celular: 398678744

Localização da ocorrência: MUNICÍPIO DE CARPINA, 108, RUA X Nº 108 CONAR SANTO ANTONIO CARPINA-PE - CEP: 5 - Bairro: SANTO ANTONIO - CARPINA/PERNAMBUCO/BRASIL

Desconhecido - Nome do Motorista: NÃO INFORMADO

Nome do Policial: JOSÉ MANOEL DA SILVA FILHO - Número do Registro: 113621-410 - Cargo: Delegado de Polícia - Unidade: 145ª CIRCUNSCRIÇÃO

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

CARTÓRIO DO 1º OFÍCIO - CARPINA/PE - TABELIONATO
Filio do Arquivo de Imóveis, Hipotecas, Testes e Documentos Particulares e Processos Judiciais
Av. Conselheiro Euzébio - Intermodal 126, Fone/Fax: (81) 3621-6410, Carpina-PE - cartorio.carpina@pe.com.br

JOSÉ MANOEL DA SILVA FILHO
Oficial

29/08/2018

Certifico que a presente cópia é a reprodução fiel do original que me foi apresentado, ao qual autenticar e dou fé.
Carpina-PE 17/09/2018 JOSÉ FILHO, Indl. PE 1.96, TEND. PE 6388,
FONE: 39 874, (celular) 39 142, Selo do
JOSÉ FILHO, PE 638881, Selo do Tabelião José Filho,
Tabela



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DA 1ª CIRCUNSCRIÇÃO - CARPINA DO 1º CIRCUNTERNO 14431550

19.03.2018 10:07:36

ACQU: NIT-IV: TRANSITO COMUTATIVA NAO FATAL Culposos (Consumos) que ocorrem no dia 20/05/2014

JOSE MANCINI DA SILVA FILHO
Oficial
campanha.carpim@tse.jus.br

CONFERENCE COM
0 01 FINAL

[illegible]

THE HON. CHIEF JUSTICE OF THE SUPREME COURT OF CANADA

A hand-drawn sketch of a rectangular building with a central door and windows, and a small structure to the right. The drawing is simple and appears to be a preliminary sketch for a larger project.

Carpina

CARTÓRIO DO 1º OFÍCIO - CARPINÁ/PE - TABELIONATO
 Próximo dos Registros de Imóveis, Hipermercado, Tabaco e Documentos Particulares e Pessoas Jurídicas
 Av. Gonçalves Dias nº 1000, Intercomercial 120, Recife-PE (11) 3621-0410 - carpiná-PE - cartorio.carpina@gmail.com.br

JOSE MANOEL DA SILVA FILHO
 Oficial

... Substituto

GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 045ª CIRCUNSCRIÇÃO - CARPINA - DP45ªCIRC
DINTER/1ª DESEG

DPVAI

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 18E0135003143

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

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VITIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia 22/8/2018 às 11:28

Lado ocorrido na end-regr: **MUNICÍPIO DE CARPINA, 1, EM FRENTE AO HOSPITAL DAS CLINICAS DE CARPINA-PE** - Bairro: **SANTA CRUZ - CARPINA/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local da Fato: **VIA PÚBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

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

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): **MARIA DE FATIMA DA SILVA**

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

MARIA DE FATIMA DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: Feminino Mãe: **JOSEFA DE NADRADE FARIAS SILVA** Pai: **SEVERINO INACIO DA SILVA** Data de Nascimento: **26/3/1973** Nacionalidade: **CARPINA / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **4693634/33P/PE (RG), 89987810420 (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; 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 comercial: - Telefone de Contato: -

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

CARTÓRIO DO 1º OFÍCIO - CARPINA/PE - TABELIONATO
Privativo 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

JOSÉ MANOEL DA SILVA FILHO
Oficial

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. Selo nº 0074807.FYI08201801.04017. José Manoel da Silva Filho, Tabelião

29/08/2018

Relatório de Ocorrência

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

Nome: **MARIA DE FATIMA DA SILVA**

Correspondente/Modelo: **MOTONETA HONDA/BIZ 125** Objeto apreendido: **Não**

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

Placa: **PEX1084** (PERNAMBUCO/ARINHA) Matrícula: **315562277** Classe: **0C2JC4020BR04422B**
Ano Fabricação/Modelo: **2011/2011** Combustível: **ALCO/GASOL** Seguro/Aplicar: **SUPER MOTO**

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

Correspondente/Modelo: **AUTOMOVEIL MBENZ/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**
Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **NEP3170** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO)

Complemento / Observação

INFORMA A VITIMA QUE ESTAVA indo SENTIDO CARPINA/ PAUDALHO QUANDO O VEICULO EM Pauta COLIDIU COM O VEICULO MOTONETA DA VITIMA VENDO A CAUSAR VARIOS ARRANHÕES E HEMATOMAS PELO CORPO DA VITIMA SEM COM . TORÇÃO FORTE NO JOELHO DIREITO. E TORNOZELO TAMBEM 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
MARIA DE FATIMA DA SILVA
(VITIMA)

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

RIO DO 1º OFICIO - CARPINA/PE - TABELIONATO

is Registros de Imóveis, Hipotecas, Títulos e Documentos Particulares e Pessoas Jurídicas
resso Eucarístico Internacional, 126, Fone/Fax (81) 3621.0410, Carpina-PE - cartorio.carpina@bol.com.br

JOSÉ MANOEL DA SILVA FILHO
Oficial

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,
ERC: R\$ 0,34, Total: R\$ 4,09. Selo nº
074807.DSD08201801.04113. José Manoel da Silva Filho,



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO

DELEGACIA DE POLÍCIA DA 45ª CIRCUNSCRIÇÃO CARPINA DP45/CIRC DINTER/111ª DESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 18E0135003585

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

Complementa o B.O. Número: 18E0135003143

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado) que aconteceu no dia 22/03/2018 às

11:48

Fato ocorrido no endereço: MUNICÍPIO DE CARPINA, 1, EM FRENTE AO HOSPITAL DAS CLÍNICAS DE CARPINA-PE -
CASA SANTA CRUZ CARPINA/PERNAMBUCO/BRASIL
Local do Fato: VIA PÚBLICA

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCRIÇÃO DO AUTOLAVANTE:
MARIA DE FATIMA DA SILVA (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): MARIA DE FATIMA DA SILVA
VEÍCULO: (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 Mãe: JOSEFA DE NADRADE FARIAS SILVA Pai: SEVERINO
INACIO DA SILVA Data de Nascimento: 28/3/1973 Naturalidade: CARPINA/PERNAMBUCO/BRASIL Documento: 4593634/SSPIPE (RG),
393678/0420 (CPF), 04736160197 (CNPJ) Estado Civil: SOLTEIRO(a) Escolaridade: 1ª. GRAU COMPLETO Profissão: OUTRAS
PROFISSÕES Telefones Celulares:
- 998678/44

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

DESCONHECIDO - Ramo de Atividade: NAO INFORMADO

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

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

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

CARTÓRIO DO 1º OFÍCIO - CARPINA/PE - TABELIONATO
Políticas dos Registros de Imóveis, Registos, Títulos e Documentos Particulares e Pessoas Jurídicas
Av. Congresso Eucarístico Internacional, 126, Fone/Fax (81) 3621.0410, Carpina-PE - cartorio.carpina@bol.com.br

JOSÉ MANOEL DA SILVA FILHO
Oficial

Certifico que a presente cópia é a reprodução fiel do
original que se foi apresentado, ao qual autêntico e dou fé.
Carpina-PE 26/09/2018 11:32:00. Empl: R\$ 2,90, TERN: R\$ 0,58,
FERC: R\$ 0,34, Total: R\$ 4,09. Selo nº
0074807.6LS09201801.00196 Maria Nichele Galvão da Silva.
Tabela Substituta

CONFIRME COM
O ORIGINAL

26/09/2018

Placa: PE 1284 (PERNAMBUCO) CARPINA) Renavam: 315562277 Chassi: 9C2JC4820BR044228
Ano Fabricação/Modelo: 2011/2011 Combustível: ALCO/GASOL Seguradora: SUPERMOTO

VEICULO (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): DESCONHECIDO, que estava em posse do(a) Sr(a): DESCONHECIDO
Quantidade: 1 (UNIDADE NÃO INFORMADA)

Placa: PE 1284 (PERNAMBUCO) CARPINA) Renavam: 315562277 Chassi: 9C2JC4820BR044228
Ano Fabricação/Modelo: 2011/2011 Combustível: ALCO/GASOL Seguradora: SUPERMOTO

Placa: PE 1284 (PERNAMBUCO) CARPINA) Renavam: 315562277 Chassi: 9C2JC4820BR044228

Complemento / Conservação

RELATÓRIO DA VITIMA QUE ESTAVA INDU SENTIDO CARPINA PAU DALHO QUANDO O VEICULO EMPALHA, COLIDIU COM O VEICULO
DE CARPINA DA VITIMA VINDO A CAUSAR VARIOS ARRANHÕES E HEMATOMAS PELO CORPO DA VITIMA SEM COM TORÇÃO
CORTEADO ADEMO DIREITO E TORNOZELO TAMBEM DIREITO. COMO O STRA 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 Fátima da Silva

MARIA DE FÁTIMA DA SILVA
VITIMA

B.O. registrado por: FRANCISCO DE ASSIS TIPO DE UNIDADE: CARPINA - Matrícula: 381.140-9

Francisco de Assis
SDS - 45ª Circunscrição - PE

45ª Circunscrição

Carpina

RIO DO 1º OFÍCIO - CARPINA/PE - TABELIONATO

Registros de Imóveis, Hipotecas, Títulos e Documentos Particulares e Pessoas Jurídicas

Endereço: Eucarístico Internacional, 126, Fone/Fax (81) 3621.0410, Carpina-PE - cartorio.carpina@bol.com.br

JOSÉ MANOEL DA SILVA FILHO

Oficial

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.E1209201801.00195. Marcia Michela Goldino da Silva,

Abeliza Substituta



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLICIA DA 045ª CIRCUNSCRIÇÃO - CARPINA - DP45ªCIRC
DINTER1/11ªDESEC



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **18E0135003585**

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

Complementa o BO Número: **18E0135003143**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VITIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia **22/8/2018** às **11:28**

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

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

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

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** Mãe: **JOSEFA DE NADRADE FARIAS SILVA** Pai: **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 PROFISSOES** Telefones Celulares: **- 898678744**

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 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/CARPINA) Renavam: **315562277** Chassi: **9C2JC4820BR044228**

Ano Fabricação/Modelo: **2011/2011** Combustível: **ALCO/GASOL** Seguro/Apólice: **SUPER MOTO**

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

DESCONHECIDO

Categoria/Marca/Modelo: **AUTOMÓVEL/N.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/ FAUDALHO QUANDO O VEICULO EM PAUTA, COLIDIU COM O VEICULO MOTONETA DA VITIMA VINDO A CAUSAR VARIOS ARRANHÕES E HEMATOMAS PELO CORPO DA VITIMA BEM COM . TORÇÃO FORTE NO JOELHO DIREITO. E TORNOZELO TAMBEM 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)

S.O. registrado por: **FRANCISCO DE ASSIS TIBURTINO DA SILVA** - Matrícula: **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 (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

Maria de Fátima da Silva

CPF da Vítima

899.878.104-20

Data do Acidente

22/08/2018

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 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.

Cum 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 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.

**CONFERE COM
O ORIGINAL**

Campo 1 - Assinatura da Vítima: Maria de Fátima da Silva

Local e Data

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

**SAFETY
CORRETORA**

19/09/2018

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: _____ CPF da vítima: 899.878.104-20 Nome completo da vítima: Maria de Fatima da Silva

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

Nome completo: Maria de Fatima da Silva CPF: 899.878.104-20
Profissão: recuso informar Endereço: Rua: Dez Número: 108 Complemento: _____
Bairro: Sto Antonio Cidade: Carpiuca Estado: PE CEP: 55816-630
E-mail: mariafatima@hot-mail.com Tel.(DDD): (81) 97915.3756

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

RENDA MENSAL:
☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ 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)
☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: _____
AGÊNCIA: 1242 CONTA: 16-381 4 AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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 discorde 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: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não
Vivos: _____ Falecidos: _____

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.

Impressão
digital da
vítima ou
beneficiário
não alfabetizado

Local e Data: Carpiuca, 06/12/2018

Nome: _____

CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2ª | 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 ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro 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 CHATEAUBRIAND



GOVERNO DE
CARPINA
A FORÇA DO TRABALHO

BOLETIM DE EMERGÊNCIA

Prontuário: 141464 CNS: _____ Idade: 45 Sexo: F
Nome: Maria de Fátima da Silva Nascimento: 28/03/73 Est. Civil: _____
End: Rua: 10 - Cohab 3 Bairro: St. Antônio CEP: _____
Cidade: Carpina Nº: 108 Nac.: _____ Doc Nº: _____
Mãe: João de Andrade Farias Pai: _____
Profissão: _____ Responsável: _____ Tel.: _____

Últimas Ocorrências:

Data: 22/08/17 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

<p>QUEIXA / DIAGNÓSTICO:</p> <p><u>Dores no tórax e Acumulação de líquido, ap. tracheal na punção.</u></p>	<p>TRATAMENTO:</p> <p><u>Ant 2x 100mg + Po 1x 100mg</u> <u>Amoxiclavina 12x 100mg</u></p>
<p>EXAMES COMPLEMENTARES:</p>	<p>IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA:</p>
	<p>CID:</p>

MOTIVO DA SAÍDA:

RESIDÊNCIA: ☐ INTERNADO: ☐ CURATIVO ☐ BÁSICO ☐ ESP ☐
NEBOLIZAÇÃO ☐ RETIRADA DE PONTOS ☐

JUSTIFICATIVA:

ENCAMINHAMENTO:

REMOVIDO:

OBITO:

M DO DIA

CONSULTAS / ATENDIMENTO MÉDICO:		
<input type="checkbox"/> URGÊNCIA BÁSICA	<input type="checkbox"/> URG. ESPECIALIZADA	MÉDICO / CRM <u>Dr. Maurício</u> HOBARTO
<input type="checkbox"/> OBS. BÁSICA	<input type="checkbox"/> OBS. ESPECIALIZADA	
CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	TÉCNICO / CONSELHO	HORÁRIO:

DATA SAÍDA: _____ RECEPCIONISTA: Galvina
HORÁRIO SAÍDA: _____
DATA: _____

Maurício Rêgo de Lira
Coron-PE 458.685-7E