

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO

RELATÓRIO OPERATÓRIO

Unidade de saúde: HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE

PACIENTE: CELIA ROBERTA DA SILVA FERREIRA

Clínica: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Operador: DR ALEXANDRE RÊGO FILHO CRM-PE 8761 // TEOT 14909

1º Assistente:

Instrumentador:

Anestesista:

Anestesia: RAQUIANESTESIA

Data da Operação: 16/07/19

Início:

Término:

DURAÇÃO:

Diagnóstico Pré-operatório: LESÃO DO LIGAMENTO CRUZADO ANTERIOR + LESÃO MENSICAL EM JOELHO ESQUERDO

Diagnóstico Pós-operatório: MANTEVE-SE O MESMO DO DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO

Operação Proposta: TRATAMENTO CIRÚRGICO DE LESÃO DO LIGAMENTO CRUZADO ANTERIOR + LESÃO MENSICAL EM JOELHO ESQUERDO ATRAVÉS DE RECONSTRUÇÃO DO LCA + MENSICOPLASTIA

Operação Realizada: MANTEVE-SE O MESMA OPERAÇÃO PROPOSTA INICIALMENTE

DESCRIÇÃO DO ATO OPERATÓRIO

1. PACIENTE EM DECÚBITO DORSAL SOB ANESTESIA // 2. ASEPSIA + ANTISSEPSIA // 3. CONFECCIONADO PORTAIS ARTROSCÓPICOS // 4. OBSERVADO LESÃO MENISCAL, SENDO REALIZADO MENSICOPLASTIA // 5. CONFECCIONADO TUNEIS FEMORAL E TIBIAL (TÉCNICA ANATÔMICA) // 6. REALIZADO PASSAGEM DO ENXERTOS E FIXAÇÃO COM 02 PARAFUSOS DE INTERFERENCIA // 7. SUTURA E CURATIVO // 8. OBSERVADO BOA PERFUSÃO DISTAL E TESTE DE SUFICIÊNCIA LIGAMENTAR NEGATIVOS

ter, 16 de julho de 2019

DR ALEXANDRE RÊGO FILHO CRM-PE 8761 // TEOT 14909

07 Canele de Shien
02 Perfumes de interferencia
01 Equipamento

Dr. Alexandre Rêgo Filho
Ortopedista e Traumatologista
CRM-PE 8761 / RQE 8761 / TEOT 14909

CELIA ROBERTA DA SILVA FERRIRA

13/06/1979

ID: 327574

Female

40 Years

H

HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE

Perna 2 vistas em 1 casse...

Ac. Nb: 296335

Acq: 17/09/2019

Acq: 09:59:32

20 cm

R

Frame: [1] 1/1

Zoom: 22.03%

Window/Level: 4.096/2.048

Pixel:

CR (2048x2500)

Series Nb: 1

AP

Laudo Fisioterapêutico

Declaro que o Sr. Célia Roberta da Silva Ferreira sofreu acidente de trânsito no dia **06 de Novembro de 2017** e foi diagnosticado com **Lesão do Ligamento cruzado anterior e lesão Meniscal no joelho esquerdo.**

Paciente Submetida recentemente a cirurgia de reconstrução do **LCA + Meniscosicoplastia.**

Na anamnese fisioterapêutica o paciente apresenta dor, déficit de força muscular, amplitude de movimento reduzida, não realiza os movimentos de flexão, extensão do joelho.

Recife, 18 de Outubro de 2019.

Drª Idalmar Paixão
Fisioterapeuta
"REFFITO" 235205-F

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

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

EC-6

Célia Roberta da S. Ferreira

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 5.865.366 DATA DE EXPEDIÇÃO 02/12/2013

NOME << CÉLIA ROBERTA DA SILVA FERREIRA >>

FILIAÇÃO << HELENO DE LIMA FERREIRA >>
<< LUZINETE FERREIRA DA SILVA >>

NATURALIDADE DATA DE NASCIMENTO
SURUBIM - PE 13/06/1979

DCC ORDEM << 076679 01 55 1979 1 00007 300
0008902 26 SURUBIM-PE >>

CPF 032.629.554-26

ASSINATURA DO DIRETOR
LEI Nº 7.116 DE 20/08/83

F-58 72.739 - 3013

EXCELSIOR SEGUROS
03 MAI 2018
SEGURO DPVAT.

MINISTÉRIO DA FAZENDA
Secretaria da Receita Federal

CPF - CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS

Nome
CÉLIA ROBERTA DA SILVA FERREIRA

Nº de Inscrição 032629554-26 Data do Nascimento 13/06/79

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 MINISTÉRIO DAS CIDADES
 DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
 CARTeira NACIONAL DE HABILITAÇÃO

NOME: RAUHLSON OLIVEIRA MARTINS DE CARVALHO

DOC. IDENTIDADE (RG, EMISSOR/UF): 6976142 SDS PE

CPF: 063.121.924-01 DATA NASCIMENTO: 12/12/1985

PLACAO: MANOEL DE OLIVEIRA MARTINS NETO JUCKY CARLOS DE CARVALHO

PORRUBAÇÃO: ACC CAT. HABIL: AB

Nº REGISTRO: 03285986950 VALIDADE: 24/05/2019 1ª HABILITAÇÃO: 21/05/2004

OBSERVAÇÕES: sem observações

Assinatura (M. de Carvalho)

ASSINATURA DO PORTADOR: [Assinatura]

LOCAL: JABOATÃO DOS GUARARAPES - PE DATA EMISSÃO: 26/05/2014

ASSINATURA DO EMISSOR: [Assinatura]

33603147345
 PE059951508

DETRAN - PE (PERNAMBUCO)

DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO

VALIDA EM TODAS AS Cidades DO BRASIL
 873755750

PERMITE PLASTIFICAR
 873755750

EXCELSIOR SEGUROS

03 MAI 2018

SEGURO D'PVAT.



Seguradora Líder • DPVAT

SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS

ID

IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA

Luiz Roberto da Silva Figueiredo

DATA DO ACIDENTE

06-11-15

CPF DA VÍTIMA

032.029.554-26

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO

QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR () VÍTIMA () REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PRECATÓRIO COM

A VÍTIMA É

ENDEREÇO DO PORTADOR

Nº

COMPLEMENTO

CIDADE

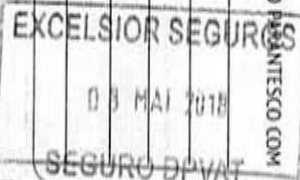
UF

CEP

BAIRRO

E-MAIL

TELEFONE ()



MARQUE EM CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

(X) REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)

(X) CARTERA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTERA DE TRABALHO OU CARTERA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

(X) CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

() LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)

(X) NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML: DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML (ORIGINAL) ASSINADA PELA VÍTIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL) QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA

(X) BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

(X) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

(X) AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL) COM DOCUMENTOS QUE CONFEREM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

() CARTERA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTERA DE TRABALHO OU CARTERA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

() CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

() COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

() REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)

() CARTERA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTERA DE TRABALHO OU CARTERA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

(X) CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

() RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SOFRIDAS EM DESEQUÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

() COMPROVANTES (ORIGINALS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS

() NOTAS FISCAS (ORIGINALS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITUÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

() AUTORIZAÇÃO DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

() AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL) COM DOCUMENTOS QUE CONFEREM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

() CARTERA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTERA DE TRABALHO OU CARTERA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

() CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

() COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

VALORES DE INDENIZAÇÃO

- MORTE = R\$ 13.500,00
- INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R\$ 13.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PRESTADA NA LEI 6.194/74.
- DESPESAS MÉDICAS (DAMS) = REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO). ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.

• O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA

• COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO

• PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSAR WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA

IDENTIDADE

ASSINATURA

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA

NOME

ASSINATURA

0156290/16

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180199289 **Cidade:** Recife **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: CELIA ROBERTA DA SILVA **Data do acidente:** 06/11/2017 **Seguradora:** Investprev Seguradora S/A
FERREIRA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 31/10/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: LESÃO DE MENISCO E LIGAMENTO COLATERAL ANTERIOR DO JOELHO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO.
ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO JOELHO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida: Sim

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEFICIT FUNCIONAL DO JOELHO ESQUERDO.

**Documentos
complementares:**

Observações: REANÁLISE CONCLUÍDA E NÃO VISUALIZADO DOCUMENTAÇÃO MÉDICA-HOSPITALAR NOVA QUE EVIDENCIE AGRAVAMENTO DE SEQUELA JÁ INDENIZADA ANTERIORMENTE SEGUNDO LEI VIGENTE. CONDUTA MANTIDA.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
		Total	0 %	R\$ 0,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180199289 **Cidade:** Recife **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: CELIA ROBERTA DA SILVA **Data do acidente:** 06/11/2017 **Seguradora:** Investprev Seguradora S/A
FERREIRA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 31/10/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: LESÃO DE MENISCO E LIGAMENTO COLATERAL ANTERIOR DO JOELHO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO.
ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO JOELHO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida: Sim

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEFICIT FUNCIONAL DO JOELHO ESQUERDO.

**Documentos
complementares:**

Observações: REANÁLISE CONCLUÍDA E NÃO VISUALIZADO DOCUMENTAÇÃO MÉDICA-HOSPITALAR NOVA QUE EVIDENCIE AGRAVAMENTO DE SEQUELA JÁ INDENIZADA ANTERIORMENTE SEGUNDO LEI VIGENTE. CONDUTA MANTIDA.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
		Total	0 %	R\$ 0,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180199289 **Cidade:** Recife **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: CELIA ROBERTA DA SILVA **Data do acidente:** 06/11/2017 **Seguradora:** Investprev Seguradora S/A
FERREIRA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 06/06/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: TRAUMA NO JOELHO ESQUERDO

Resultados terapêuticos: DEPENDE DE PERICIA MEDICA

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: AS INFORMAÇÕES CONTIDAS NO PROCESSO NÃO FORAM PERTINENTES PARA QUE O EXAMINADOR VALORASSE COM SEGURANÇA POSSÍVEIS SEQUELAS ADQUIRIDAS

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

PRESTADOR

AMORIM E MATTOS SERVIÇOS MÉDICOS ESPECIALIZADOS LT

Nome do médico: PAULO ARTUR DE ARAUJO AMORIM

CRM do médico: 52.86271-1

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e
Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas do Seguro DPVAT**

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo.

Número do Sinistro: **3180199289**

Nome do(a) Examinado(a): **CELIA ROBERTA DA SILVA FERREIRA**

Endereço do(a) Examinado(a):

Rua do Sol , 122 - Santo Antônio - Recife - PE - CEP 50010-936

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**SDS /PE**] **5865366**

Data e local do acidente: [**06/11/2017**] **Recife - PE**

Data e local do exame: [**11/06/2018**] **Recife** [**PE**]

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva o(s) diagnóstico(s) das lesões efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado.

Lesão de menisco e ligamento colateral anterior do joelho esquerdo.

II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.

A vítima foi submetida a tratamento conservador com analgesia e fisioterapia.

III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado.

Vítima refere dor no joelho esquerdo aos esforços. Ao exame apresenta limitação da amplitude dos movimentos do joelho esquerdo. Marcha claudicante.

IV. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

[☒] Sim [☐] Não

V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a qualquer medida terapêutica)?

[☒] Sim [☐] Não

VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:

Limitação funcional do joelho esquerdo

Caso a resposta do item V seja “Não”, concluir utilizando apenas as opções no item VII “a”. Caso a resposta seja “Sim”, valorar o dano permanente no item VII “b”.

VII. Segundo previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).

() "Vítima em tratamento"

Esta avaliação médica deve ser repetida em ____ dias

() "Sem sequela permanente" (Não

existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)

b) Havendo dano corporal segmentar, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

Joelho esquerdo

% do dano: () 10% residual () 25% leve
(X) 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

VIII. * Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou a valoração do dano corporal.



Dra. Ana Maria Barros Falcao
CRM: 226.898.874-72
CBO: 30510-05

Ana Maria Barros Falcao - CRM: 8978 - PE

Rio de Janeiro, 07 de Maio de 2018

Aos Cuidados de: **CELIA ROBERTA DA SILVA FERREIRA**

Nº Sinistro: **3180199289**

Vitima: **CELIA ROBERTA DA SILVA FERREIRA**

Data do Acidente: **06/11/2017**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **RAURISON OLIVEIRA MARTINS DE CARVALHO**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180199289**.

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 12758533



Rio de Janeiro, 07 de Maio de 2018

Aos Cuidados de: CELIA ROBERTA DA SILVA FERREIRA
Nº Sinistro: 3180199289
Vitima: CELIA ROBERTA DA SILVA FERREIRA
Data do Acidente: 06/11/2017
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: RAURISON OLIVEIRA MARTINS DE CARVALHO

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180199289**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Boletim de ocorrência não conclusivo

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 12761248



Rio de Janeiro, 06 de Junho de 2018

Aos Cuidados de: CELIA ROBERTA DA SILVA FERREIRA

Sinistro: 3180199289

Vítima: CELIA ROBERTA DA SILVA FERREIRA

Data do Acidente: 06/11/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: RAURISON OLIVEIRA MARTINS DE CARVALHO

Assunto: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Senhor(a),

Comunicamos que o prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido de indenização do sinistro cadastrado sob o **número 3180199289** foi **interrompido**, em razão da necessidade de apuração de dados e informações por parte desta seguradora.

Solicitamos aguardar novo contato sobre o seu pedido de indenização, o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as análises cabíveis.

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, 20 de Junho de 2018

Carta nº: 12988165

A/C: CELIA ROBERTA DA SILVA FERREIRA

Nº Sinistro: 3180199289
Vítima: CELIA ROBERTA DA SILVA FERREIRA
Data do Acidente: 06/11/2017
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: RAURISON OLIVEIRA MARTINS DE CARVALHO

Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO, COM MEMÓRIA DE CÁLCULO DE INVALIDEZ

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que estamos disponibilizando o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT cujo o valor e os dados disponibilizamos a seguir:

Creditado: **CELIA ROBERTA DA SILVA FERREIRA**

Valor: **R\$ 1.687,50**

Banco: **237**

Agência: **000002140-7**

Conta: **0000028594-3**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um joelho 25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 =	R\$	1.687,50
---	-----	----------

NOTA: O percentual indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, sendo este aplicável sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 04 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3180199289

Vítima: CELIA ROBERTA DA SILVA FERREIRA

Data do Acidente: 06/11/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: RAURISON OLIVEIRA MARTINS DE CARVALHO

Assunto: REANÁLISE DO PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), CELIA ROBERTA DA SILVA FERREIRA

Após revisão da Análise Médica Documental ou perícia em 31/10/2019, verificou-se que a lesão permanente apresentada já foi adequadamente indenizada, nos termos da Lei nº 6.194, de 1974, não tendo sido identificado agravamento da invalidez permanente da vítima, ou nova lesão permanente decorrente do mesmo acidente de trânsito.

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 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 do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL** sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

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

É obrigatório Representante Legal para:

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

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

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

032.629.554-26

Nome completo da vítima

Celia Roberta da Silva Ferreira

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo

Celia Roberta da Silva Ferreira

CPF titular da conta

032.629.554-26

Profissão

Endereço

Rua do Sol

Número

122

Complemento

Casa

Bairro

Ibura

Cidade

Recife

Estado

PE

CEP

50000-000

Email

Telefone (DDD)

9.8608.4333

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

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

☒ RECUSO INFORMAR

☐ SEM RENDA

☐ ATÉ R\$ 1.000,00

☐ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00

☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00

☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00

☐ R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00

☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00

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

☒ BRADESCO (237)

☐ BANCO DO BRASIL (001)

☐ ITAU (341)

☐ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

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

BANCO

Nome

NRO

AGÊNCIA

NRO

2140

D/V

7

CONTA

NRO

0028594

D/V

3

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

AGÊNCIA

NRO

D/V

CONTA

NRO

D/V

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

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

EXCELSIOR SEGUROS

2018 MAI 2018

SEGURO DPVAT

x Celia Roberta da Silva Ferreira

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLICIA DA 016ª CIRCUNSCRIÇÃO - ÁGUA FRIA -
DP16ªCIRC DIM/2ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N°. 18E0106000218

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 18/01/2018 às 11:06

ATROPELAMENTO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado) que
aconteceu no dia 6/11/2017 no período da Manhã

Fato ocorrido no endereço: BAIRRO DE TAMARINEIRA (BAIRRO), 1,
PROXIMO AO ALBERTO SABIN - Bairro: TAMARINEIRA -
RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL
Local do Fato: VIA PUBLICA

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse de(a) Sr(a).

EXCELSIOR SEGUROS

03 MAI 2018

SEGURO DPVAT

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

CELIA ROBERTA DA SILVA FERREIRA (presente no plantão) - Sexo: Feminino
LUXINETE FERREIRA DA SILVA Pai: HELENA DE LIMA FERREIRA Data de Nascimento:
12/6/1979 Naturalidade: JABOATÃO DOS GUARARAPES / PERNAMBUCO /
BRASIL Documentos: 5565266/506/PE (RG), 93262058426 (CPF) Estado Civil: SOLTEIRO(A),
Esolteiro(a), 34, GRAU COMPLETO
Endereço Residência: RUA DO SOL, 122 - CEP: 55900-000 - Bairro: UR-11 - JABOATÃO DOS
GUARARAPES/PERNAMBUCO/BRASIL

DESCONHECIDO (não presente no plantão) - Sexo Desconhecido
 INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL Estado Civil DESCONHECIDO Esposado
 DESCONHECIDO

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

VEICULO (VEICULO) de propriedade de(a) Sr(a). DESCONHECIDO, que estava em posse de(a) Sr(a). DESCONHECIDO

Categoria/Marca/Modelo: AUTOMÓVEL/VW/GOL 2014 1.6 16V
Quantidade (UNIDADE NÃO INFORMADA)

Placa: KKA-2742 (PERNAMBUCO/NÃO IN CRIMINAL)

Complemento / Observação

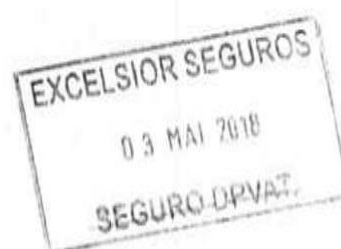
QUE TRANSITAVA NO LOCAL SUPRA E AO TENTAR ATRAVESSAR A RUA, FOI
ATROPELADA PELO VEICULO SUPRA CITADO, QUE FOI SOCORRIDA PELO SAMU
PARA A UPA DOS TORRÕES, ONDE RECEBEU OS CUIDADOS MEDICOS.

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

Celia Roberta da Silva Ferreira

CELIA ROBERTA DA SILVA FERREIRA
(VITÍMA)

S.O. registrado por: GILBERTO BEZERRA ROCHA - Matrícula: 3247742





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 016ª CIRCUNSCRIÇÃO - ÁGUA FRIA -
DP16ªCIRC DIM/2ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **18E0106001533**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **25/05/2018** às
16:52

Complementa o BO Número: **18E0106000218**

ATROPELAMENTO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que
aconteceu no dia **6/11/2017** no período da Manhã

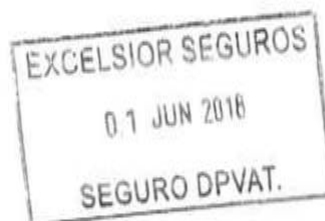
Fato ocorrido no endereço: **BAIRRO DE TAMARINEIRA (BAIRRO), 1,
PROXIMO AO ALBERTO SABIN - Bairro: TAMARINEIRA -
RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR \ AGENTE)
CELIA ROBERTA DA SILVA FERREIRA (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a):
DESCONHECIDO



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

**CELIA ROBERTA DA SILVA FERREIRA (presente ao plantão) - Sexo: Feminino Mãe:
LUZINETE FERREIRA DA SILVA Pai: HELENA DE LIMA FERREIRA Data de Nascimento:
13/6/1979 Naturalidade: JABOATÃO DOS GUARARAPES / PERNAMBUCO /
BRASIL Documentos: 5565386/SDS/PE (RG), 03262965426 (CPF) Estado Civil: SOLTEIRO(A)
Escolaridade: 3º. GRAU COMPLETO
Endereço Residencial: RUA DO SOL, 122 - CEP: 55060-000 - Bairro: UR-11 - JABOATÃO DOS
GUARARAPES/PERNAMBUCO/BRASIL**

**DESCONHECIDO (não presente ao plantão) - Sexo: Desconhecido Naturalidade: NÃO
INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL Estado Civil: DESCONHECIDO Escolaridade:
DESCONHECIDO**

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

VEICULO (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**, que estava em posse do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**
Categoria/Marca/Modelo: **AUTOMOVEL/VW/GOL** Objeto apreendido: **Não**
Quantidade: **0 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **KMC4742** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO)

Complemento / Observação

RELATOU A VITIMA, QUE TRANSITAVA PELO BAIRRO DA TAMARINEIRA, QUANDO TENTAVA ATRAVESSAR A RUA PROXIMO AO HOSPITAL ALBERT SABIN, FORA ATROPELADA POR UM VEICULO MARCA VW GOL, SOFRENDO LESÕES DE MENISCO. ADIANTA QUE FOI SOCORRIDA PELO SAMU ATÉ UPA DOS TORRÕES E POSTERIORMENTE, AO HOSPITAL DE FRATURAS. DIANTE DO EXPOSTO, FAZ CIENTE A ESTA DP.

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

CELIA ROBERTA DA SILVA FERREIRA
(VITIMA)

Celia Roberta da Silva Ferreira

B.O. registrado por: **CHARLES GOUVEIA** - Matrícula: **3847438**



PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180199289 **Cidade:** Recife **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: CELIA ROBERTA DA SILVA **Data do acidente:** 06/11/2017 **Seguradora:** Investprev Seguradora S/A
FERREIRA

PARECER

Diagnóstico: Lesão de menisco e ligamento colateral anterior do joelho esquerdo.

Descrição do exame médico pericial: Vítima refere dor no joelho esquerdo aos esforços. Ao exame apresenta limitação da amplitude dos movimentos do joelho esquerdo. Marcha claudicante.

Resultados terapêuticos: A vítima foi submetida a tratamento conservador com analgesia e fisioterapia.

Sequelas permanentes: Limitação funcional do joelho esquerdo

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 11/06/2018

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: Ana Maria Barros Falcao

CRM do médico: 8978

UF do CRM do médico: PE

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PRESTADOR

ACE GESTÃO DE SAÚDE LTDA

Médico revisor: ROBERTO MARTINS ALBURQUERQUE

CRM do médico: 52.28426-0

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

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

Celia Roberto da Silva Ferreira

CPF da Vítima

032-629-554-26

Data do Acidente

06/11/2017

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 requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

Assinalar uma das opções abaixo:

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

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

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

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

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

EXCELSIOR SEGUROS

03 MAI 2018

SEGURO DPVAT.

Pelica RS de Abreu de 2018

Local e Data

x Celia Roberto da Silva Ferreira

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



POR VOCÊ. TRABALHANDO SEM PARAR.



**SAMU
192**

Secretaria de Saúde
Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

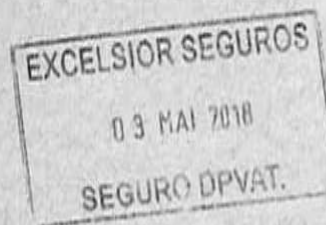
DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO

DA Nº. 106.01.2018
EM: 22.01.2018

Atendendo ao requerimento do Sr. **RAURISON OLIVEIRA MARTINS DE CARVALHO**, portador do Documento de Identidade nº **6970142** SDS/PE e inscrito no CPF/MF sob o nº **063.323.924-01**, declaramos que consta em nossos arquivos a ocorrência de nº **S-401909**, que no dia 06 de novembro de 2017, por volta das 07h30, a paciente Sra. **CÉLIA ROBERTA DA SILVA FERREIRA**, portadora do Documento de Identidade nº **5865366** SDS/PE inscrita no CPF/MF sob o nº **032.629.554-26**, foi atendida por nosso Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU Metropolitano do Recife, vítima envolvida em atropelamento por automóvel, na Rua Padre Roma, em frente ao Hospital Correia Picanso, Tamarineira, Recife/PE e, em seguida, sendo socorrida para UPA Torrões.
Recife, 22 de janeiro de 2018.

Dr. Sérgio Parente Costa
Gerente de Informação e Avaliação
SAMU Metropolitano do Recife

Sergio Parente Costa
Dr. Sérgio Parente Costa
Gerente de Informação e Avaliação
SAMU Metropolitano do Recife



Recebi uma cópia de igual teor, em: _____/_____/_____.

Ass.: _____.

BRADESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

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

BANCO: 237 AGÊNCIA: 2373-6 CONTA: 000000429200-6

DATA DA TRANSFERENCIA: 18/06/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: CELIA ROBERTA DA SILVA FERREIRA

BANCO: 237

AGÊNCIA: 02140-7

CONTA: 000000028594-3

Nr. Autenticação

BRADESCO1806201805000000000023702140000000028594168750 PAGO



Tarifa Social de Energia Elétrica: Criada pela Lei 10.438, de 26/04/02
NOTA FISCAL Nº 58.09 - CONTRATO DE ENERGIA ELÉTRICA
Companhia Energética de Pernambuco
Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife, Pernambuco - CEP 50050-902
CNPJ 10.836.932/0001-08 | Insc. Est. 0025943-03 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE
CELIA ROBERTA DA SILVA FERREIRA

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
RUA DO SOL 122

CPF 032.629.554-26

IDURARECIFE
RECIFE PE
50000-000

CLASSIFICAÇÃO
01 RESIDENCIAL
RESIDENCIAL
Monofásico

CONTA CONTRATO MÊS/MO
4009468590 12/2017
DATA DE VENCIMENTO DATA FISCAL PROXIMA LETURA
03/01/2018 22/01/2018
TOTAL A PAGAR (R\$) 58,09

Nº DA NOTA FISCAL	SERIE	EMISSÃO
007564949	URACA	22/12/2017
APRESENTAÇÃO	Nº DO CLIENTE	Nº DA INSTALAÇÃO
22/12/2017	2012708941	2658426

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo (kWh)	76,0000000	0,64891127	52,19
Acrescimo Bandeira VERMELHA			3,83
ICMS Substituição - CLM - NF 00259150H-22/10/17			0,44
Multa por atraso - NF 002573599-22/11/17			1,10
Juros por atraso - NF 002573599-22/11/17			0,56
Adianta 3% - NF 002573599-22/11/17			1,18

TOTAL DA FATURA 58,09

DESCRIÇÃO DA CONTA DE CONSUMO DA NOTA FISCAL

Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR DATA	ANTERIOR LETURA	ATUAL DATA	ATUAL LETURA	Nº DE DIAS	CONSTANTE	AAJSTE	CONSUMO (kWh)
31323790	CA1	22-11-2017	4 395,00	22-12-2017	4 371,00	30	1,00000		76,00

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO				COMPOSIÇÃO DA NOTA FISCAL			
Mês/Mo	DEZ 17	76		Base de Cálculo	76,00	5%	3,83
	NOV 17	73		ICMS	0,44		
	OUT 17	75		PIS	0,50	0,50	
	SET 17	67		COFINS	0,50	0,50	
	AGO 17	64					
	JUL 17	60					
	JUN 17	73					
	MAY 17	67					
	ABR 17	38					
	MAR 17	92					
	FEV 17	65					
	JAN 17	51					
	DEZ 16	117					

NOTA FISCAL DE ENERGIA ELÉTRICA
A Nota Fiscal de Energia Elétrica é emitida pela Companhia Energética de Pernambuco (CELPE) e representa o valor devido pelo consumidor pelo consumo de energia elétrica. A Nota Fiscal de Energia Elétrica é emitida em nome do consumidor e deve ser apresentada ao Fisco para fins de comprovação do pagamento. A Nota Fiscal de Energia Elétrica é emitida em nome do consumidor e deve ser apresentada ao Fisco para fins de comprovação do pagamento. A Nota Fiscal de Energia Elétrica é emitida em nome do consumidor e deve ser apresentada ao Fisco para fins de comprovação do pagamento.

ATENÇÃO CELPE INFORMA QUE VOCÊ POSSUI CONTAS EM ADETO

Valor devido		Valor devido	
Valor devido	24 reais	Valor devido	58,09

Para evitar o risco de pagamento de débitos, a Companhia Energética de Pernambuco (CELPE) recomenda que o consumidor mantenha suas contas em dia. A Companhia Energética de Pernambuco (CELPE) recomenda que o consumidor mantenha suas contas em dia. A Companhia Energética de Pernambuco (CELPE) recomenda que o consumidor mantenha suas contas em dia.

TENSÃO NOMINAL (V)				LIMITE DE VARIAÇÃO (V)			
220	230	240	250	220	230	240	250

Limite (V): 230 V. Valor de Energia de Uso do Sistema de Distribuição: R\$ 118,02




CONTA CONTRATO MÊS/MO DATA DE VENCIMENTO TOTAL A PAGAR (R\$)
4009468590 12/2017 03/01/2018 58,09



83800000000-9 58090011004-0 00946859010-6 10591023123-8



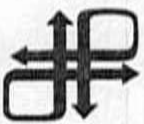

EXCELSIOR SEGUROS
03 MAI 2018
SEGURO DPVAT.

COTA ÚNICA OU 1ª PARCELA - IPVA		AUTENTICAÇÃO	
AUTENTICAÇÃO	1 - ATENÇÃO - Antes de pagar este boleto de licenciamento, CONFIRA PLACA E NOME - O Licenciamento veicular exige, além das taxas deste carnê, o pagamento de multas (infrações de trânsito) - Para imprimir as multas acesse o site www.detran.pe.gov.br (em decorrência da aplicação da Lei Federal 13.281/2016, que altera o CTD). 2 - VEÍCULO COM BENEFÍCIO DE ISENÇÃO DE IPVA/2018 Caso conste cobrança de IPVA, dirija-se à SEFAZ até o vencimento do requerimento para solicitar o benefício da isenção. 3 - ENTREGA DO CRLV - Quando houver a conclusão dos pagamentos (IPVA, bombeiro, licenciamento incluindo taxa de postagem e multas), o CRLV será enviado para o endereço de registro do veículo no prazo de 30 dias, caso contrário agendar um atendimento na opção Emissão CRLV/2018 4 - PORTE OBRIGATÓRIO DO CRLV (RES.205/2006) O porte do CRLV 2018 será obrigatório após as datas abaixo, de acordo com as terminações de placas (PORTARIA DP 9133/2016 Detran/PE e a Lei 13.281 Parágrafo único do Art. 133). 1 e 2 - até maio 3, 4 e 5 - até junho 6, 7 e 8 - até julho 9 e 0 - até agosto 2ª parcela - IPVA	NO CASO DE MULTAS VENCIDAS OU PAGAMENTO EM ATRASO, EMITA AS GUIAS PELA INTERNET NO SITE www.detran.pe.gov.br Teleatendimento DETRAN - 3453.1514 OUVIDORIA DETRAN - 3184.8405 TELESEFAZ / IPVA - 0800 285 1244 www.sefaz.pe.gov.br	
	3ª COTA IPVA 2ª COTA IPVA 1ª COTA IPVA ÚNICA IPVA ÚNICA DPVAT ORG. TRÂNSITO DE PERNAMBUCO ÚNICA DPVAT ANTERIOR IPVA 2018 EM COTA ÚNICA COM 7% DE DESCONTO O LICENCIAMENTO DO VEÍCULO EXIGE, ALÉM DAS TAXAS DESTA CARNE, O PAGAMENTO DAS MULTAS (INFRAÇÕES DE TRÂNSITO). PARA IMPRIMIR AS MULTAS ACESSO O SITE - www.detran.pe.gov.br	118017873630253154 000250307351902111017 218013871150253118	
DPVAT ANTERIOR	3ª parcela - IPVA	AUTENTICAÇÃO	

 GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO SECRETARIA DAS CIDADES SECRETARIA DA FAZENDA DEPARTAMENTO ESTADUAL DE TRÂNSITO Boleto de Pagamento de Licenciamento 2018 Veículos Usados	
 RAURISON OLIVEIRA MARTINS DE CARVALHO RUA FREI ATANAZIO 124 CASA JD SAO PAULO 50781-530 RECIFE PE PFL2269 HONDA/CG 125 FAN ES	Carta 9012322248 - DR/PE/PE DETRAN-PE CORREIOS Data Postagem 26/01/2018

 CONDUTOR DO AMANHÃ	Educação no trânsito. Cultive essa ideia! Utilizar o celular enquanto conduz o veículo coloca em risco a sua vida e de outras pessoas. Importante: Ao vender seu veículo, preencha o CRV, reconheça firma por autenticidade em cartório (vendedor e comprador) e agende o serviço de comunicação de venda.	
--	--	---

Para uso dos Correios			Reintegrado ao serviço postal
<input type="checkbox"/> MUDOU-SE <input type="checkbox"/> DESCONHECIDO <input type="checkbox"/> RECUSADO <input type="checkbox"/> NÃO EXISTE O Nº INDICADO	<input type="checkbox"/> FALECIDO <input type="checkbox"/> ENDEREÇO INSUFICIENTE <input type="checkbox"/> AUSENTE <input type="checkbox"/> NÃO PROCURADO	<input type="checkbox"/> INFORMAÇÃO ESCRITA PELO PROPRIETÁRIO/SÍNDICO <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	em ____/____/____ Responsável _____ Visto _____

 DETRAN-PE	SECRETARIA DAS CIDADES SECRETARIA DA FAZENDA	 GOVERNO DO ESTADO Pernambuco JUNTOS, FAZEMOS MAIS.
--	---	---

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF²**.

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

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Rauryson Oliveira Martins de Carvalho inscrito (a) no CPF sob o Nº 0633239241-01, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Glória Roberta da Silva Ferreira inscrito (a) no CPF sob o Nº 0326295541-26, do sinistro de DPVAT cobertura Assassinato da Vítima Glória Roberta da Silva Ferreira inscrito (a) no CPF sob o Nº 0326295541-26, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

☒ Recuso informar

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

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

Endereço		Número	Complemento
<u>Rua Frei Atanásio</u>		<u>124</u>	<u>Casa</u>
Bairro	Cidade	Estado	CEP
<u>Jardim São Paulo</u>	<u>Recife</u>	<u>PE</u>	<u>50781530</u>
Email	Telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDD)	
<u>marcos.rauryson@gmail.com</u>	<u>9.8840-2779</u>	<u>9.8608-4333</u>	

Recife, 25 de Abril de 2018
Local e Data

EXCELSIOR SEGUROS
03 MAI 2018
SEGURO DPVAT.

Rauryson O. M. de Carvalho
Assinatura do Declarante

Dr: (a) **ADLAY DANIELLE DE MENEZES**


Nome do Paciente : CELIA ROBERTA DA SILVA FERREIRA
Registro : 0658446 Prontuário : 000193617
Convênio: PARTICULAR/APTO Matrícula
Data de Nascimento : 13/06/1979 Idade: 38 anos
Sexo: Feminino Tipo de Paciente: Ambulatório
Profissão:
Data de Entrada: 05/12/2017 Hora de Entrada: 07:47

Recife, 05 de Dezembro de 2017

Laudo Médico

PACIENTE FOI ATROPELADA NO DIA 06/11/2017, POR UM CARRO NO BAIRRO DA TAMARINEIRA, SOCORRIDA PELO SAMI E LEVADA A UPA DE TORRÕES, ONDE RECEBEU OS PRIMEIROS SOCORROS. PACIENTE FOI REAVALIADA POR MANUTENÇÃO DAS QUEIXAS DE DORES EM JOELHO ESQ, REALIZADO RNM ONDE FOI DIAGNOSTICADO LESÕES DE MENISCO E LIGAMENTO CRUZADO ANTERIOR. NO MOMENTO PACIENTE ESTÁ AGUARDANDO TRATAMENTO CIRÚRGICO. POR ESTE MOTIVO A MESMA DEVERÁ MANTER-SE AFASTADA DE SUAS ATIVIDADES LABORATIVAS POR 60 DIAS.

CID.:S 83.5 e S 83.2



Adlay Danielle Menezes
Cirurgia da Mão
CRM 13884

Dr.(a) ADLAY DANIELLE DE MENEZES
CRM 13884-PE

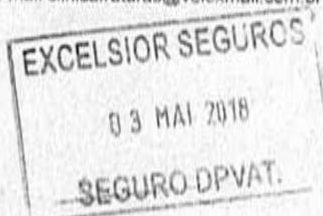
Cirurgia da coluna vertebral: Dr. Paulo Melo
Cirurgia do pé e tornozelo: Dr. Elias Paim
Cirurgia do Quadril: Dr. José Leal Junior e Dr. Jorge Acosta
Cirurgia do ombro e cotovelo: Dr. Tiago Justo
Outras especialidades: Osteoporose / Tratamento das fraturas / Artroscopia / Microcirurgia

Ortopedia pediátrica: Dr. Julio Lima e Dr. Elias Paim
Cirurgia do Joelho: Dr. Joaquim Bezerra
Cirurgia de mão: Drª Sandra Andrade e Drª Renata Leal
Traumatologia/Cirurgia de mão: Dr. Gabriel Campos

Emergência 24h

Cirurgias
Internamentos
Consultas com hora marcada
Marcação de Consulta: (81) 3217-2452 / 3217-2453

Rua João Fernandes Vieira, 644
Boa Vista (Parque Amorim) Recife PE
Fone (081) 3423-2399 Fax (81) 3423-2621
E-mail clinicafraturas@veloxmail.com.br



Nome: CELIA ROBERTA DA SILVA FERREIRA

Nº registro: 591283

Dt. Nasc.: 13/06/79 - 38 ano(s)

Sexo: Feminino

Mãe: LUZINETE FERREIRA DA SILVA

Fone: 81987490018

Endereço: R DO SOL, nº 122, ZUMBI DO PACHECO, JABOATÃO DOS GUARARAPES - PE

Data/hora: 06/11/2017 - 08:18

Nº pág.: 1/2

FICHA DE ATENDIMENTO

CR: ORTOPEDIA - AMARELO

ANAMNESE / QUEIXA PRINCIPAL:

TRIAGEM:

- QUEIXA

- PACIENTE TRAZIDA PELO SAMU; VITIMA DE ATROPELAMENTO. REFERE DOR EM JOELHO ESQUERDO. HAS-DM-PA:120x80SPO2 99%FC:71HGT:90ALERGIA A DIPIRONA

ORIGEM

TIPO DE CHEGADA

OBSERVAÇÕES

FLUXOGRAMA

- Problemas em extremidades

DISCRIMINADOR

- Dor moderada *

COLETA AUTORIZADA?

- SIM

AValiação e medidas clínicas

- DOR 5

DOR 5

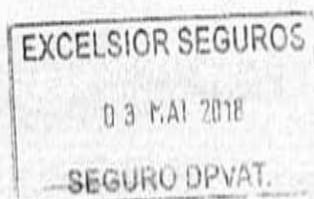
ENCAMINHAMENTOS

- Ortopedia

TRANSPORTADO POR

JUSTIFICATIVA

MEDICA:



PCT VITIMA DE ATROPELAMENTO POR CARRO COM TRAUMA EM REGIAO DE JOELHO E, PE D, COTOVELO D E DORSO HA 2H. NEGA TCE, TRAUMA ABDOMINAL E TORACICO

EXAME FÍSICO:

Peso:

Altura:

IMC: ()

Temperatura: °

PA: x mmHg

HGT: mg/dL

EGR, EUPNEICA, CONSCIENTE, ORIENTADA, AFEBRIL

AO EXAME ORTOPEDICO - JOELHO E COM DOR A MOBILIDADE + ESCORIAÇÕES EM 2 / 3 PDD + ESCORIAÇÕES EM

Este documento foi assinado digitalmente, conforme Medida Provisória Nº 2.200-2 de 24/08/2001.

Nome do profissional: WYVISON GOMES DE LIMA. CRM: 18004. Data e Hora: 05/12/2017 10:37:39.

Esta conta deve ser paga com recursos públicos.