




**DECLARAÇÃO**

Declaro para os devidos fins de comprovação que o (a) Sr (a) **MARIA VALDILENE DA SILVA** nascido em 05/03/1990 esteve nesta unidade hospitalar no dia 28/06/2019 por volta das **14h01min.** Para tanto segue em anexo cópia da ficha do atendimento do mesmo.

Santa Cruz do Capibaribe, 08 de AGOSTO de 2019.

ATENCIOSAMENTE

  
\_\_\_\_\_  
**JOSE ADEMIR PEREIRA**  
**DIRETOR**  
**MAT.069043**

*José Ademir Pereira*  
**Diretor**  
Unidade de Pronto Atendimento UPA-24h  
MAT. 514541

**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE - PE  
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO (UPA 24H)**

**UPA JOSÉ VIEIRA FILHO**

RODOVIA PE 160 KM 12, BAIRRO CURRAL PICADO, SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE-PE  
CNPJ: 11.196.515/0001-25 CNES: 7764480 FONE: (81) 99982-5994 CEP: 55190-000

**Ficha de Atendimento - Entrada do Paciente**

Número do Atendimento: 0242773 28/06/2019 14:01:36

Paciente: MARIA VALDILENE DA SILVA

Sexo: F

D. Nasc.: 05/03/1990

RG: 8.483.085

Profissão: AUTONIMA

Filiação: Mãe: CICERA MARIA ZEFERINO DA SILVA

Pai: JOSE IZIDORIO DA SILVA TERCEIRO

Endereço: RUA SERAFIN GONÇALVES 164

Bairro: SANTO AUGUSTINHO

Estado: PERNAMBUCO

CEP: 55190000

Código: 0129183

SUS: 898000161490311

Idade: 29 ANOS

CPF:

Cidade: SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE

Fone: 994460696

Pressão Arterial: \_\_\_\_\_

Pulso: \_\_\_\_\_

Temperatura: \_\_\_\_\_

Peso: \_\_\_\_\_

Histórico da Doença atual:

PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO, RELATA QUE  
COLIDIU COM UM CARRO; APRESENTANDO ESCORI-  
ÇÕES + EDMA EM MEMBROS INFERIORES.

Exame Físico: GCS'

**CÓPIA AUTORIZADA**

Diagnóstico Provisório: TRAUMA?

Conduta: ① SAÍDA RÁPIDA DE TÓRAX E TÍDIA  
② TRAMOL 0100 + 500ml IV  
③ UDINAM 0100 1/1

Dr. [Assinatura] de Silva  
CRM: 156.638-TE

14/6/19

Liberação do Paciente: Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_

Carimbo e Assinatura do Médico:

Carimbo e Assinatura do Atendente:

[Assinatura]

N. F. A.  
SENHA: 5735725

## FICHA DE ATENDIMENTO

Dados da Classificação: (ENFERMEIRO) Horário: \_\_\_\_\_:

Doenças preexistentes: \_\_\_\_\_

Alergias: \_\_\_\_\_

Uso de medicações: \_\_\_\_\_

### CLASSIFICAR COMO VERMELHA

Apnéia ( ); Cianose ( ); Estridor ( ); PC <50 >140 ( ); FR >32vpm ( ); Extremidades frias ( ); Pulso Fraco ( ); Pulso Ausente ( ); Sudorese ( ); PAS <80mmhg ( ); PAD >130mmhg ( ); Letargia ( ); Convulsionando ( ); Irresponsivo ou só resposta a dor ( ); Intoxicação exógena ( ); Sangramento intestinal ( ); Lesão grave ( ); Queimaduras >25% de SC ou acometimento de vias aéreas ( ); Hipoglicemia com sudorese intensa ( );

OBS: \_\_\_\_\_

### CLASSIFICAR COMO AMARELA

Politraumatizado com Glasgow entre 13 e 16 ( ); FC <50 ou >140 ( ); PAS <90 ou >190mmhg ( ); PAD >130 ( ); Febre >39°C ( ); Febre com imunodepressão ( ); Convulsão nas últimas 24 horas ( ); Mucosas ressecadas ( ); Queimaduras entre 1º e 30 graus em áreas não críticas ( ); Abuso Sexual ( ); Dor abdominal ou torácica intensa ( ); história até 72h de: Hematêmese ( ); Enterorragia ( ); Epistaxe ( ); Acidente perfuro/cortante c/material biológico ( );

OBS: \_\_\_\_\_

### CLASSIFICAR COMO VERDE

Idoso com queixas ( ); TCE sem perda de consciência ( ); Febre sem outros sinais clínicos ( ); Lombalgia intensa ( ); Retorno com >24h ( ); Entorse, suspeita de fraturas, quações ( ); Dor abdominal sem alterações de SSW ( ); PAS entre 160 e 190 mmhg sem sintomas ( ); PAD entre 110 e 130mmhg sem sintomas ( ); Dor de garganta com História de febre e com placas sem toxemia ( );

OBS: \_\_\_\_\_

### CLASSIFICAR COMO AZUL

Queixas crônicas sem alterações agudas ( ); Tosse, coriza, dor de garganta, obstrução nasal ( ); Coriza crônica ou recorrente ( ); Queimaduras de 1º grau em áreas não críticas >6h ( ); Curativos ou retirada de pontos ( ); Vômitos ou diarreia sem desidratação ( ); Constipação intestinal sem outros sintomas ( ); Administração de medicamentos ( ); Solicitação de atestados, exames ou receitas não urgentes ( );

OBS: \_\_\_\_\_

CLASSIFICAÇÃO: VERMELHA ( ) AMARELA ( ) VERDE ( ) AZUL ( )

ENCAMINHADO: ASSISTENTE SOCIAL ( ) MÉDICO ( )

\_\_\_\_\_  
ASS. E CARIMBO DO ENFERMEIRO



NOME: Francis Vitorino da Silva

### LAUDO MÉDICO

O paciente supracitado foi vítima de trauma, tendo apresentado o diagnóstico de: fratura humeral D. CID-10: S.82+, foi submetido à tratamento cirúrgico nesta unidade hospitalar no dia 01/08/15. Atualmente se encontra em acompanhamento ambulatorial.

O fratura humeral está a plano proximal. Sem lesões em fratura. No fratura proximal Bezerros, 26,08,15. Lesões videntes por histato 12 dias o perfora 01/08/15

9/15 João Marilton V. Costa  
Traumato-Ortopedia  
CRM - 50900

<b>Identificação do Estabelecimento de Saúde</b>					
1 - Nome do Estabelecimento Solicitante HOSPITAL JESUS PEQUENINO			2 - CNES 2344254		
3 - Nome do Estabelecimento Executante HOSPITAL JESUS PEQUENINO			4 - CNES 2344254		
<b>Identificação do Paciente</b>					
5 - Nome do Paciente MARIA VALDILENE DA SILVA			6 - Número do Prontuário 126061		
7 - Cartão Nacional de Saúde (CNS)	8 - Data Nascimento 05/03/1990	9 - Sexo FEMININO	10 - Raça/Cor 3	10.1 - Etnia	
11 - Nome da Mãe CICERA MARIA ZEFERINO DA SILVA			12 - Telefone de Contato 81.94460696		
13 - Nome Responsável			14 - Telefone de Contato		
15 - Endereço (Logradouro, nº, complemento, bairro) RUA SERAFIM GONCALVES, 164 () - SANTO AGOSTINHA					
16 - Município de residência SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE		17 - Cod. IBGE município 2612505	18 - UF PE	19 - CEP	
<b>JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO</b>					
20 - Principais sinais e sintomas clínicos <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> <p>PRONA -</p> <p>COM</p> <p>MIA: <del>DE</del> NO TORÇÃO DO</p> <p>RETRATADA NO TORÇÃO DO</p> </div> <div> <p>LEITO NO MI</p> </div> </div>					
21 - Condições que justificam a internação <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> <p>QUINÇAS</p> </div> <div> <p>Conferido Com Documento Original Bezerros PE Hospital Jesus Pequeno Ana Amorim Assistente Social CRESS/PE Nº 4.47</p> </div> </div>					
22 - Principais resultados de provas diagnósticas (Resultados de exames realizados) <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> <p>Re, PRONA</p> </div> </div>					
23 - Diagnóstico inicial PRONA NO TORÇÃO DO	24 - CID 10 Principais S82X	25 - CID 10 Sec.	26 - CID 10 Causas associadas 0912050035 040805049.1		
27 - Descrição do Procedimento Solicitado INTERMIO A WELIN			28 - Código do procedimento 040805049.1		
29 - Clínica PRONA	30 - Caráter de Internação	31 - Documento ( ) CNS ( ) CPF	32 - Nr. Doc. (CNS/CPF) do Profissional Solicitante		
33 - Nome do Profissional Solicitante HAROLDO GONCALVES	34 - Data da solicitação 29/10/14	35 - Assinatura e carimbo (pr. do registro do Conselho)			
<b>PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)</b>					
36 - ( ) Acidente de Trânsito	39 - CNPJ da Seguradora		40 - Nr. do Registro Profissional		
37 - ( ) Acidente de Trabalho típico	42 - CNPJ da Empresa		43 - CNA da Empresa		
38 - ( ) Acidente de Trabalho trajeto					
45 - Vínculo com a Previdência ( ) Empregado ( ) Empregador ( ) Autônomo ( ) Desempregado ( ) Aposentado ( ) Não segurado					
<b>AUTORIZAÇÃO</b>					
46 - Nome do Profissional Autorizador		47 - Cód. Órgão Emissor		52 - Nr. Autorização de internação hospitalar	
48 - Documento ( ) CNS ( ) CPF	49 - N. Documento (CNS/CNPJ) Profissional Autorizador				
50 - Data da Autorização	51 - Assinatura e Carimbo (N. do Registro do Conselho)				
<b>Prefeitura Municipal de Bezerros</b> <b>Secretaria de Saúde</b> <b>NUMERAÇÃO DE AIH NORMAL</b> <b>261910546111-5</b>					

Responsável:

Médico: DR. ARTUR DOMINGOS DE SOUZA LEAO

Identidade:  
Cartão SUS:

Paciente: 126061 MARIA VALDILENE DA SILVA

Nascimento: 05/03/1990 - 29 Anos e 3 Meses

Endereço: RUA SERAFIM GONCALVES, 164

Bairro: SANTO AGOSTINHA

IBGE/Cidade: 2612505 SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE CEP: UF: PE

Pai: JOSE IZIDORIO DA SILVA TERCEIRO

Mãe: CICERA MARIA ZEFERINO DA SILVA

Nacionalidade: BRASIL

Sexo: FEMININO Cor:

Est. Civil:

C.P.F.:

Identidade: 8483085

Telefone: 81.94460696

G.Instrução:

Ocupação:

Naturalidade:

Obs.: SENHA ORTOPEDIA 591179

Queixa do Paciente:

FRATURA → LADO DO MIA

H.D.A.:

Conferido Com Documento  
Original Bezerros  
Hospital Jesus Pequeno

Ana Amorim  
Assistente Social  
CRESS/PE Nº 4471

Exame Físico:

BOM EA.

MIA: EDEMA NO TORNO DO  
RE: FRATURA NO TORNO DO

H:

FRATURA NO TORNO DO DIREITO.

Tratamento:

CIRURGIA.

Dr. Artur de Souza Leao  
Angiologia - Cir. Vascular  
M 2064 CPF 004370483.04

Assinatura e Carimbo do Médico



Convênio: SES - ORTOPEDIA  
Responsável:  
Médico: DR. ARTUR DOMINGOS DE SOUZA LEAO

Recepc.:  
Matrícula: ADRIANA SANTANA DE OLIVEIRA  
Identidade: 898000161490311  
Cartão SUS:

Paciente: 126061 MARIA VALDILENE DA SILVA  
Nascimento: 05/03/1990 - 29 Anos e 3 Meses  
Endereço: RUA SERAFIM GONCALVES, 164  
Bairro: SANTO AGOSTINHA  
IBGE/Cidade: 2612505 SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE  
Pai: JOSE IZIDORIO DA SILVA TERCEIRO  
Mãe: CICERA MARIA ZEFERINO DA SILVA  
Nacionalidade: BRASIL

Sexo: FEMININO Cor:  
Est. Civil:  
C.P.F.  
Identidade: 8483085  
Telefone: 81.94460696  
G.Instrução:  
Ocupação:  
Naturalidade:

Recepcionista:

Motivo Alta: ( ) Curado ( ) Melhorado ( ) A Pedido ( ) Transferido ( ) Evasão Morte: ( ) Antes de 48 horas ( ) Após 48 horas  
( ) Assinou o termo

### Alta Hospitalar

Data: 02/04/15

Jico:

João Marilton V. Costa  
Traumato-Ortopedista  
CRM-PE 5980

Assinatura / CRM

### Observação

01/04/15

Fratura no maxilar  
e mandibular

João Marilton V. Costa  
Traumato-Ortopedista  
CRM-PE 5980

### Transferência Hospitalar

Data: \_\_/\_\_/\_\_

Médico:

### Diagnósticos

Diagnóstico Provisório:

Fratura Simples

do maxilar e mandibular

João Marilton V. Costa  
Traumato-Ortopedista  
CRM-PE 5980

Assinatura / CRM

Diagnóstico Definitivo:

0

### Óbito

Data: \_\_/\_\_/\_\_

Médico:

João Marilton V. Costa  
Traumato-Ortopedista  
CRM-PE 5980

Diagnóstico Secundário:

Conferido Com Documento  
Original Bezerros PE 11/11/15  
Hospital Jesus Pequeno  
Ata 11/11/15  
Assistente Social  
CRSS/PE Nº 4.871

Assinatura / CRM

**EVOLUÇÃO MÉDICA**

DATA: 29/06/19

ENF.:

NOME: H<sup>o</sup> Valdirne da Silva

IDADE:

Admissão: 29/06/19

LISTA DE PROBLEMAS: Fratura de tornozelo direito

**ANTIBIÓTICOS:**SSVV: PA: ☒ NORMOT. ☐ HIPERT. ☐ HIPOT.TEMP.: ☒ NORMAL ☐ EPISÓDIO DE FEBRE

HGT:

ALERGIA: ☒ NÃO ☐ SIMNUTRIÇÃO: ☒ VO ☐ SNE ☐ SNG ☐ NPT ☐ GTT ☐ Zero ACESSO VENOSO: ☒ NÃO ☐ PERIF. ☐ CENTRALEVACUAÇÕES: ☒ Sim ☐ Não DIAS DIURESE: ☒ Sim ☐ NãoÚLCERA DE PRESSÃO: ☐ SIM ☒ NÃO PROFILAXIA TYP: ☐ Sim ☒ NÃO**QUEIXAS:****EXAME FÍSICO:**Geral: ☒ EG BOM ☐ EG REGULAR ☐ EG RUIM ☐ EG GRAVISSIMO☒ CONSCIENTE ☐ INCONSCIENTE☐ FEBRIL ☒ AFEBRIL☒ NORMOCORADO ☐ HIPOCORADO☒ HIDRATADO ☐ DESIDRATADO☒ ANICTÉRICO ☐ ICTÉRICO☒ EUPNEICO ☐ DISPNEICO☐ ALTERAÇÕES:

Glasgow + + = 15

PA:

FC:

Sat:

FR:

Ventilação: ☒ AR AMBIENTE ☐ O2 / ☐ CATETER ☐ VENTURI % L/min ☐ TRAQUEOSTOMOCardiovascular: ☒ RCR EM 2T; BNF S\SOPROS. ☐ ALTERAÇÕES:Respiratório: ☒ MV+ EM AHT S\RA. ☐ ALTERAÇÕES:Abdome: ☒ PLANO; ☐ SEMIGLOBOSO; ☐ GLOBOSO;☒ INDOLOR A PALPAÇÃO SEM VMG;

RHA

☐ ALTERAÇÕES:Membros: ☐ SEM EDEMA ☒ COM EDEMA no tornozelo d.

PERFUSÃO PERIF:

☐ ALTERAÇÕES:**IMPRESSÃO E CONDUTA:**

Admissão.

Conferido Com Documento  
Original Bezeiros PE  
Hospital Jesus PequenoAna Amorim  
Assistente Social  
CRESS/PE Nº 4.471Dr. Artur de Souza Leão  
Angiologia - Cir. Vascular  
CRM 2062 LPE 000379484-0



RELATÓRIO CIRÚRGICO	
NOME DO PACIENTE MARIA VALDILENE DA SILVA	NÚMERO DO REGISTRO
CLÍNICA ORTOPÉDICA	
CIRURGIÃO JOÃO MARILTON VIEIRA COSTA	
ANESTESIA BLOQUEIO EM PLEXO BRAQUIAL	DR. PRISCILA AMORIM
DATA DA OPERAÇÃO 01/07/2019	
DIAGNÓSTICO PRE-OPERATÓRIO FRATURA BIMALÉOLAR EM TORNEZELO DIREITO + RECONSTRUÇÃO + DESBRIDAMENTO	
DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO O MESMO	
OPERAÇÃO PROPOSTA TRATAMENTO CIRÚRGICO COM FIXAÇÃO + RECONSTRUÇÃO + DESBRIDAMENTO	
OPERAÇÃO REALIZADA A MESMA	
DESCRIÇÃO DO ATO OPERATÓRIO	
CAMPO CIRÚRGICO COM POLVIDINE.	
INCISÃO LATERAL EM TORNEZELO ATE PLANO OSSEO. REDUÇÃO E FIXAÇÃO COM 01 PLACA TERÇO DE CANO COM 06 ORIFÍCIOS + 05 PARAFUSOS DE CORTICAL.	
NO MEDIAL, 01 PARAFUSO ESPONJOSO DE N. 40 4.5 COM 01 ARROELA.	
LAVAGEM DE FERIDA OPERATÓRIA	
CURATIVO E TALA GESSADA	

Conferido Com Documentos  
Original Bezerras PE 14.11.16  
Hospital Jesus Pequenino

16/05/2019

Ana Amorim  
Assistente Social  
CRESS/PE N° 4.471

João Marilton  
Ortopedista  
CRM 5980

1940	1941	1942	1943	1944	1945	1946	1947	1948	1949	1950	1951	1952	1953	1954	1955	1956	1957	1958	1959	1960	1961	1962	1963	1964	1965	1966	1967	1968	1969	1970	1971	1972	1973	1974	1975	1976	1977	1978	1979	1980	1981	1982	1983	1984	1985	1986	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030	2031	2032	2033	2034	2035	2036	2037	2038	2039	2040	2041	2042	2043	2044	2045	2046	2047	2048	2049	2050	2051	2052	2053	2054	2055	2056	2057	2058	2059	2060	2061	2062	2063	2064	2065	2066	2067	2068	2069	2070	2071	2072	2073	2074	2075	2076	2077	2078	2079	2080	2081	2082	2083	2084	2085	2086	2087	2088	2089	2090	2091	2092	2093	2094	2095	2096	2097	2098	2099	2100	2101	2102	2103	2104	2105	2106	2107	2108	2109	2110	2111	2112	2113	2114	2115	2116	2117	2118	2119	2120	2121	2122	2123	2124	2125	2126	2127	2128	2129	2130	2131	2132	2133	2134	2135	2136	2137	2138	2139	2140	2141	2142	2143	2144	2145	2146	2147	2148	2149	2150	2151	2152	2153	2154	2155	2156	2157	2158	2159	2160	2161	2162	2163	2164	2165	2166	2167	2168	2169	2170	2171	2172	2173	2174	2175	2176	2177	2178	2179	2180	2181	2182	2183	2184	2185	2186	2187	2188	2189	2190	2191	2192	2193	2194	2195	2196	2197	2198	2199	2200	2201	2202	2203	2204	2205	2206	2207	2208	2209	2210	2211	2212	2213	2214	2215	2216	2217	2218	2219	2220	2221	2222	2223	2224	2225	2226	2227	2228	2229	2230	2231	2232	2233	2234	2235	2236	2237	2238	2239	2240	2241	2242	2243	2244	2245	2246	2247	2248	2249	2250	2251	2252	2253	2254	2255	2256	2257	2258	2259	2260	2261	2262	2263	2264	2265	2266	2267	2268	2269	2270	2271	2272	2273	2274	2275	2276	2277	2278	2279	2280	2281	2282	2283	2284	2285	2286	2287	2288	2289	2290	2291	2292	2293	2294	2295	2296	2297	2298	2299	2300	2301	2302	2303	2304	2305	2306	2307	2308	2309	2310	2311	2312	2313	2314	2315	2316	2317	2318	2319	2320	2321	2322	2323	2324	2325	2326	2327	2328	2329	2330	2331	2332	2333	2334	2335	2336	2337	2338	2339	2340	2341	2342	2343	2344	2345	2346	2347	2348</
------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	--------

## MEDICAMENTOS - MATERIAIS E TAXAS USADAS

Paciente: M<sup>re</sup> Valdelene da Silva Registro Nº. 126061  
 Apt.: \_\_\_\_\_ Enfermaria.: \_\_\_\_\_ Data: 01/07/19  
 Cirurgia: Tort-fus de E de tamozolomida Anestesiado: João  
 Anestesia: Roxane Anestesista: Dr. Presck  
 Início: \_\_\_\_\_ Término: \_\_\_\_\_

Especificação	Quant.	Especificação	Quant.
<b>MEDICAMENTOS</b>		Metronidazol 500mg	
Adrenalina	1 cl ap	Nauseadron	1 cl ap
Água Destilada		Narcan	
Atropina		Neomicina Pomada	
Bicarbonato de Sódio		Nipride	
Cediladine		Omeprazol	
Cisatracure		Plasil	
Cloreto de Sódio		Propofol	
Cloreto de Potássio		Prostigmine	
Clindamicina		Quelcin	
Dramin		Rapifen	
Dexametazona Pomada		Ranitidina	
Decadron	1 cl ap	Revivan	
Diazepan	1 cl ap	Ringer c/ Lactato	
Dipirona	1 cl ap	Rocefin 1g	
Dimorf 0.1	1 cl ap	Servofurano	
Dolantina		Sintocinon	
Dormonid		Soro Fisiológico 500ml	1 cl ml
Efortil		Soro Glicosado	
Enoxoparina 40mg		Styptanon	
Fenergan		Sulfato de Magnésio	
Fentanil Espinhal		Tansamin	
Fentanil 5ml		Tenoxican	1 cl ap
Flumazenil		Thionembutal	
Glicose		Tramal	
Gluconato Cálcio		Vitamina K	
Hidrocortizona 100mg		Voluvem	
Hidrocortizona 500mg		Xylocaína 2% s/a	
Ipsilon		Xylocaína 1% s/a	
Keflin	1 cl ap	Xylocaína Geléia	
Ketalar		Xylocaína Spray	
Lasix		Xylocaína Pesada	
Manitol		<b>MATERIAIS</b>	
Marcaína c/a		Agulha desc. 25x7/40x12/0/45x13	03 ml
Marcaína s/a		Agulha de Plexo	
Marcaína Pesada 0.5	1 cl ap	Agulha Raque 27	1 cl ml
Methergin		Algodão Hidrófilo	

Conferido Com Documento  
 Original Bazeiros PE  
 Anestesiado: Roxane  
 Assente: Ana Amorim  
 Assistente Social  
 CRESS/PE Nº 4.471

CARTEIRA DE IDENTIDADE

Maria Baldilene da Silva




ESTADO DE PERNAMBUCO

01R 48

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL: 8.483.085 DATA DE EXPIRAÇÃO: 05/03/2008

SOBRE: << MARIA VALDILENE DA SILVA >>

FILIAÇÃO: << JOSE IZIDÓRIO DA SILVA TERCEIRO >>  
<< CÍCERA MARIA ZEFERINO DA SILVA >>

NATURALIDADE: PALMARES - PE DATA DE NASCIMENTO: 05/03/1990

DCC/OFENDER: << CN.22623 LAZO F.68V CART.SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE-PE 22.01.1997 >>

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 20/06/03

F-28 54646 - 4413

MINISTÉRIO DA FAZENDA

Receita Federal

**CPF**

Cadastro de Pessoas Físicas

Número de Inscrição

094.692.354-01

Nome

MARIA VALDILENE DA SILVA

Nascimento

05/03/1990



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DA JUSTIÇA  
DEPARTAMENTO NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO  
CARTÃO NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO

PE

NOME  
ADRIANA MARTA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES

DOC. IDENTIDADE / CDS. EMISSOR / UF  
4810389 SSP PE

CPF  
945.234.444-04

DATA NASCIMENTO  
26/07/1974

FILIAÇÃO  
JOSE GOMES DE MOURA  
ISHANTE FERRIRA DE MOURA

PERMISSÃO  
02378605879

ACC  
00000000

CAT. HAB.  
B

VALIDADE  
08/04/2022

1ª HABILITAÇÃO  
17/06/2002

OBSERVAÇÕES

Adriana M. Moura de A. Fernandes

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL  
SURUBIM - PE

DATA EMISSÃO  
10/04/2017

Assessoria  
Chefe: Anderson Sousa Ribeiro  
Diretor Presidente  
ASSINATURA DO EMISSOR

53286755000  
PE078665272

PERNAMBUCO

DE AC

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL  
1421884961

PROIBIDO PLASTIFICAR  
1421884961



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN

DETRAN - PE Nº 014802671810  
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 1 Cód. RENAVAM 1123616741 R.N.T.R.C. \*\*\*\*\* EXERCÍCIO 2019

NOME  
IEAQUE PAIVA DA SILVA JUNIOR

S C CAPIBARIBE-PE

CPF / CNPJ 114.410.344-47 PLACA PDJ5777

PLACA ANT. / UF \*\*\*\*\* / PE CHASSI 9CZKC2200HR601087

ESPÉCIE TIPO PAS / MOTOCICLISTA COMBUSTÍVEL ALCO/GASOL

MARCA / MODELO HONDA/CC 160 FAN RSDI ANO FAB. 2017 ANO MOD. 2017

CAP. / POT. / CL 2P/162CL CATEGORIA PARTIC COR PREDOMINANTE PRETA

COTA ÚNICA VENC. COTA ÚNICA VENC. / COTAS  
I PVA 2019 QUITADO 1\* \*\*\*\*\*  
V FAIXA PVA PARCELAMENTO / COTAS 2\* \*\*\*\*\*  
A 1 \*\*\*\*\* 3\* \*\*\*\*\*

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) 80.11 ICF (R\$) 0.32 PRÊMIO TOTAL (R\$) 84.58 DATA DE PAGAMENTO 25/02/19

OBSERVAÇÕES  
AL. FID. ADM CONS MAC HONDA LTDA

NÃO VÁLIDO PARA TRANSFERÊNCIA

LOCAL DATA  
S C CAPIBARIBE 26/02/19

Roberto Carlos Moreira Fontelles  
DIRETOR PRESIDENTE DETRAN/PE

CONTRAN



# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0443500/19

**Vítima:** MARIA VALDILENE DA SILVA

**CPF:** 094.692.354-01

**Seguradora:** Investprev Seguradora S/A

**Data do acidente:** 28/06/2019

**Titular do CPF:** MARIA VALDILENE DA SILVA

**CPF de:** Próprio

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Declaração de Inexistência de IML  
Documentação médico-hospitalar  
Documentos de identificação  
DUT  
Outros

### ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES : 945.234.444-04

Comprovante de residência  
Declaração Circular SUSEP 445/12  
Documentos de identificação  
Procuração

### MARIA VALDILENE DA SILVA : 094.692.354-01

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

## ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

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

### Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 10/12/2019  
Nome: ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES  
CPF: 945.234.444-04

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 10/12/2019  
Nome: Marta Marinho dos Santos  
CPF: 492.294.514-87

\_\_\_\_\_  
ANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES

\_\_\_\_\_  
Marta Marinho dos Santos

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190689943 **Cidade:** Santa Cruz do Capibaribe **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** MARIA VALDILENE DA SILVA **Data do acidente:** 28/06/2019 **Seguradora:** Investprev Seguradora S/A

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 16/12/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DO TORNOZELO DIREITO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO(PLACA E PARAFUSOS P.5,9,10)  
ALTA MÉDICA.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO TORNOZELO DIREITO.

**Sequelas:** Com sequela

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento  
faltante:**

**Apontamento do Laudo  
do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das  
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DO TORNOZELO DIREITO.

**Documentos  
complementares:**

**Observações:**

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
Perda completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190689943 **Cidade:** Santa Cruz do Capibaribe **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** MARIA VALDILENE DA SILVA **Data do acidente:** 28/06/2019 **Seguradora:** Investprev Seguradora S/A

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 16/12/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DO TORNOZELO DIREITO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO(PLACA E PARAFUSOS P.5,9,10)  
ALTA MÉDICA.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO TORNOZELO DIREITO.

**Sequelas:** Com sequela

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento  
faltante:**

**Apontamento do Laudo  
do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das  
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DO TORNOZELO DIREITO.

**Documentos  
complementares:**

**Observações:**

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
Perda completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

## PROCURAÇÃO

### OUTORGANTE

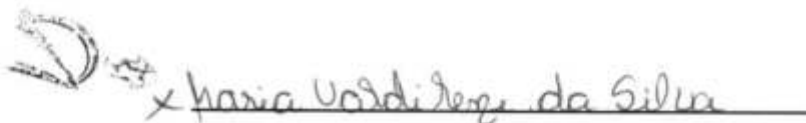
NOME: MARIA VALDILENE DA SILVA
NACIONALIDADE: <b>BRASILEIRA</b>
PROFISSÃO: <b>RECUSO INFORMAR</b>
IDENTIDADE: <b>RG-8.483.085 SDS/PE CPF:094.692.354-01</b>
DATA DO ACIDENTE: <b>28/06/2019</b>
COBERTURA : <b>INVALIDEZ</b>
VÍTIMA: MARIA VALDILENE DA SILVA
ENDEREÇO: <b>RUA – SERAFIN GONÇALVES DA SILVA , Nº 148,VILA POPULAR , SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE-PE</b>

### OUTORGADO


NOME: <b>ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES</b>
NACIONALIDADE: <b>BRASILEIRA</b>
PROFISSÃO: <b>RECUSO INFORMAR</b>
IDENTIDADE: <b>4.810.389 SSP/PE CPF : 945.234.444-04</b>
ENDEREÇO: <b>RUA:ROSEMIRO ALVES DA ROCHA , Nº 03, CENTRO – SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE (PE).</b>


PELO PRESENTE INSTRUMENTO PARTICULAR DE PROCURAÇÃO, NOMEIO E CONSTITUO MEU BASTANTE PROCURADOR E OUTORGADO, ACIMA QUALIFICADO, A QUEM CONFIO PODERES PARA REPRESENTAR-ME PERANTE AS SEGURADORAS QUE CONSTITUI O **CONSÓRCIO DE SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT.**

**SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE (PE), 26 DE NOVEMBRO DE 2019.**



ASSINATURA DO OUTORGANTE

	<b>Tabelião: ISAAC AÉCIO FREITAS MIRANDA</b> Av. Tito Seroa Aragão, 174 - Centro Santa Cruz do Capibaribe-PE - Fone: (81) 3731-8763
Reconhecido por AUTENTICIDADE 1 firma(s) de: (1) Maria Valdilene da Silva. Dou fe. Santa Cruz do Capibaribe, 26/11/2019, 15:01 - Total: 4,91. Em Testemunho: _____ da verdade	
Jaqueline Lima da Silva Souza - Escrevente	
Selos(s): 0159467 KFJ10201902 04037	



# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0443500/19

**Vítima:** MARIA VALDILENE DA SILVA

**CPF:** 094.692.354-01

**Seguradora:** Investprev Seguradora S/A

**Data do acidente:** 28/06/2019

**Titular do CPF:** MARIA VALDILENE DA SILVA

**CPF de:** Próprio

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Declaração de Inexistência de IML  
Documentação médico-hospitalar  
Documentos de identificação  
DUT  
Outros

### ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES : 945.234.444-04

Comprovante de residência  
Declaração Circular SUSEP 445/12  
Documentos de identificação  
Procuração

### MARIA VALDILENE DA SILVA : 094.692.354-01

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

## ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

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

### Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 10/12/2019  
Nome: ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES  
CPF: 945.234.444-04

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 10/12/2019  
Nome: Marta Marinho dos Santos  
CPF: 492.294.514-87

ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Marta Marinho dos Santos

---

**Rio de Janeiro, 16 de Dezembro de 2019**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190689943**

**Vítima: MARIA VALDILENE DA SILVA**

**Data do Acidente: 28/06/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES**

**Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT**

**Senhor(a), MARIA VALDILENE DA SILVA**

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

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

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



**Rio de Janeiro, 25 de Dezembro de 2019**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190689943**

**Vítima: MARIA VALDILENE DA SILVA**

**Data do Acidente: 28/06/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES**

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a), MARIA VALDILENE DA SILVA**

Informamos que o pagamento da indenização do Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

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

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um tornozelo 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

**Recebedor: MARIA VALDILENE DA SILVA**

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

**Banco: 237**

**Agência: 000001898-8**

**Conta: 000001002161-8**

**Tipo: CONTA POUPANÇA**

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: [www.seguradoralider.com.br/recomeco](http://www.seguradoralider.com.br/recomeco).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 094.692.354-01 4 - Nome completo da vítima: MARIA VALDILENE DA SILVA

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

5 - Nome completo: MARIA VALDILENE DA SILVA 6 - CPF: 094.692.354-01  
7 - Profissão: REC. INF. 8 - Endereço: RUA SERAFIN GONCALVES DA SILVA 9 - Número: 148 10 - Complemento: CASA  
11 - Bairro: VILA POPULAR 12 - Cidade: SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE 13 - Estado: PE 14 - CEP:  
15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD): 181 99161-3907

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:  
18 - CPF do Representante Legal:  
19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:  
☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00  
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)  
☒ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)  
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)  
AGÊNCIA: 1898 8 CONTA: 1002161 8  
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)  
☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)  
Nome do BANCO: AGÊNCIA: CONTA:

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.

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

☒ Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

## DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:  
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:  
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE/PE - 29/11/2019

x Maria Valdeleene da Silva

(Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO  
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 128ª CIRCUNSCRIÇÃO - SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE -  
DP128CIRC DINTER1/17ª DESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **19E0218004394**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **26/11/2019** às **15:48**

**ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado)** que aconteceu no dia **28/6/2019** às **13:30**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICIPIO DE SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE, 1, VIA DE ACESSO A SANTO AGOSTINHO**, - Bairro: **CENTRO - SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE/PERNAMBUCO/BRASIL**  
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO ( AUTOR \ AGENTE )  
IZAQUE PAIVA DA SILVA JUNIOR ( OUTRO )  
MARIA VALDILENE DA SILVA ( VITIMA )



Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

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

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

**MARIA VALDILENE DA SILVA (presente ao plantão)** - Sexo: **Feminino** Mãe: **CICERA MARIA ZEFERINO DA SILVA** Pai: **JOSE IZIDORODA SILVA TERCEIRO** Data de Nascimento: **5/3/1990** Naturalidade: **PALMARES / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **8483085/SDS/PE (RG), 09469235401 (CPF)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **1º. GRAU INCOMPLETO** Profissão: **AUTONOMO(A)** Telefones Celulares: **- 994460696**

Motivo da Viagem: **DESCONHECIDO**

Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE, 1, RUA SERAFIM GONÇALVES DA SILVA, 164, SANTO AGOSTINHO - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE/PERNAMBUCO /BRASIL**

Endereço Comercial: **MUNICIPIO DE SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE, 1, VIA PUBLICA - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE/PERNAMBUCO/BRASIL**

**IZAQUE PAIVA DA SILVA JUNIOR (não presente ao plantão)** - Sexo: **Masculino** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL** Estado Civil: **DESCONHECIDO** Escolaridade: **DESCONHECIDO** Motivo da Viagem: **DESCONHECIDO**

Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE, 1, DESCONHECIDO - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE/PERNAMBUCO/BRASIL**

Endereço Comercial: **MUNICIPIO DE SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE, 1, DESCONHECIDO - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE/PERNAMBUCO/BRASIL**

**DESCONHECIDO (não presente ao plantão) - Sexo: Desconhecido Naturalidade: NÃO INFORMADO /**

**PERNAMBUCO / BRASIL Estado Civil: DESCONHECIDO Escolaridade: DESCONHECIDO Motivo da Viagem:**

**DESCONHECIDO**

Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE, 1, DESCONHECIDO - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE/PERNAMBUCO/BRASIL**

Endereço Comercial: **MUNICIPIO DE SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE, 1, DESCONHECIDO - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

**MOTOCICLETA (VEICULO)** de propriedade do(a) Sr(a): **IZAQUE PAIVA DA SILVA JUNIOR**, que estava em posse do(a) Sr(a): **MARIA VALDILENE DA SILVA**

Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 160 FAN ESDI** Objeto apreendido: **Não**

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

Placa: **PDJ5777** (PERNAMBUCO/SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE) Renavam: **112361674** Chassi: **9C2KC2200HR601087**

Ano Fabricação/Modelo: **2017/2017** Combustível: **GASOLINA**

Complemento / Observação

**A VITIMA AFIRMA QUE NO DIA 28 DE JUNHO DE 2019, POR VOLTA DAS 13:30 HORAS, SE ENCONTRAVA PILOTANDO A SUA MOTOCICLETA NO MOMENTO EM QUE FOI LEVAR O SEU FILHO NA ESCOLA E QUANDO ESTAVA VOLTANDO AO PASSAR NUMA PONTE NA AVENIDA OLINPIO, DOIS CACHORROS PARTIRAM PRA CIMA DELA VITIMA QUE PERDEU O CONTROLE DA MOTOCICLETA E CAIU, CHEGANDO A QUEBRAR O PÉ DIREITO, SENDO SOCORRIDA POR POPOLARES PARA A UPA DESTA CIDADE. DIANTE DO FATO, SOLICITA AS DEVIDAS PROVIDENCIAS.**

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

*Maria Valdilene da Silva*

**MARIA VALDILENE DA SILVA**  
**(VITIMA)**

B.O. registrado por: **ALMIR PEREIRA BARBOSA** - Matrícula: **3848779**



# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 094.692.354-01 4 - Nome completo da vítima: MARIA VALDILENE DA SILVA

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

5 - Nome completo: MARIA VALDILENE DA SILVA 6 - CPF: 094.692.354-01  
7 - Profissão: REC. INF. 8 - Endereço: RUA SERAFIN GONCALVES DA SILVA 9 - Número: 148 10 - Complemento: CASA  
11 - Bairro: VILA POPULAR 12 - Cidade: SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE 13 - Estado: PE 14 - CEP:  
15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD): 181 99161-3907

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:  
18 - CPF do Representante Legal:  
19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:  
☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00  
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)  
☒ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)  
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)  
AGÊNCIA: 1898 8 CONTA: 1002161 8  
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)  
☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)  
Nome do BANCO: AGÊNCIA: CONTA:

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.

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

☒ Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

## DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:  
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:  
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE/PE - 29/11/2019

x Maria Valdeleene da Silva

(Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

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: 20/12/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: MARIA VALDILENE DA SILVA

BANCO: 237

AGÊNCIA: 01898-8

CONTA: 000001002161-8

Nr. Autenticação

BRADESCO2012201905000000000023701898000001002161168750 PAGO



Pedido de serviço para Via para Pagamento Grupo B nº 1411859585

## NOTA FISCAL | FATURA | CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

## COMPANHIA ENERGÉTICA DE PERNAMBUCO

AV. JOÃO DE BARROS 111, BOA VISTA,  
RECIFE, PERNAMBUCO  
CEP: 50050-902  
CNPJ: 10.835.932/0001-08  
INSCRIÇÃO ESTADUAL 0005943-93



Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de 26/04/02  
COMERCIAL 116 | PRONTIDÃO 116  
Atendimento ao deficiente auditivo ou de fala: 0800 281 0142  
Ouvidoria 0800 282 5599  
Agência de Regulação dos Serviços Públicos Delegados  
do Estado de Pernambuco-ARPE: 0800 727 0167-  
Ligação Gratuita de Telefones Fixos  
Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL 167-  
Ligação Gratuita de telefones fixos e tarifada  
na origem para telefones celulares

**DADOS DO CLIENTE!**  
**JOSIANE MARINA DOS SANTOS**

**DATA DE VENCIMENTO**  
**21/11/2019**

**DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL**  
13/11/2019

**CONTA CONTRATO**  
**7020265390**

**ENDEREÇO**  
RUA SERAFIN GONCALVES DA SILVA  
148 -VILA POPULAR/SANTA CRUZ DO  
CAPIBARIBE -55191-436 SANTA CRUZ  
DO CAPIBARIBE PE -

**TOTAL A PAGAR**  
**R\$ 48,34**

**DATA DA APRESENTAÇÃO**  
13/11/2019  
**NÚMERO DA NOTA FISCAL**  
084559720

**CLASSIFICAÇÃO**  
RESIDENCIAL  
Monofásico  
B1

**PERÍODO CONSUMO**  
14/10/2019 a 13/11/2019

**CONSUMO**  
21

ICMS - BASE DE CÁLCULO R\$ 0,00 Alíquota valor do imposto R\$ 0,00

**AUTENTICAÇÃO MECÂNICA**

**VIA PARA PAGAMENTO**

Destaque aqui

**CONTA CONTRATO**  
7020265390

**MÊS/ANO**  
11/2019

**TOTAL A PAGAR**  
R\$ 48,34

**VENCIMENTO**  
21/11/2019

**TALÃO DE PAGAMENTO**  
**Evite dobrar e perfurar ou rasurar.**  
**Este canhoto será usado em leitora ótica.**

838000000009 483400110073 020265390103 172068960038



**AUTENTICAÇÃO MECÂNICA**



Tarifa Social de Energia Elétrica: Criada pela Lei 10.438, de 26/04/02

**NOTA FISCAL • FATURA • CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA**

Companhia Energética de Pernambuco  
Av. João de Barros, 111. Boa Vista, Recife - PE. CEP 50050-902  
CNPJ 10.835.932/0001-08 | Insc. Est. 0005943-03 | www.celpe.com.br

**DADOS DO CLIENTE**

ADRIANA MARTA MOURA DE A. FERNANDES

**ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA**

RUA ROSEMIRO ALVES ROCHA 3

CPF 945 234 444-04

CENTRO/SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE  
SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE PE  
55192-305

**CLASSIFICAÇÃO**  
BT RESIDENCIAL  
RESIDENCIAL

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO
7008475460	10/2019
DATA DE VENCIMENTO	DATA PROPOSTA PROXIMA LEITURA
15/10/2019	08/11/2019
TOTAL A PAGAR (R\$)	53,62

Nº DA NOTA FISCAL	SÉRIE	EMIÇÃO
079864121	UNICA	08/10/2019

APRESENTAÇÃO	Nº DO CLIENTE	Nº DA INSTALAÇÃO
08/10/2019	2011169068	3423002

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL			
	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo(kWh)	59,0000000	0,81089952	47,83
Acréscimo Bandeira AMARELA			0,30
Acréscimo Bandeira VERMELHA			2,62
Contrib. Ilum. Pública Municipal			2,07
ICMS Suprção-CDE-NF 072300654-08/08/19			0,80
TOTAL DA FATURA			53,62

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL								
Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR		ATUAL		Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA			
3190297771	CAT	05/09/2019	252,00	08/10/2019	311,00	33	1,00000	
								CONSUMO (kWh)
								59,00

**COMPOSIÇÃO DO CONSUMO**

24 16,02 31,87%

Scanned by CamScanner

**DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO**  
**CIRCULAR SUSEP 445/12**

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

**INFORMAÇÕES IMPORTANTES:**

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

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP<sup>1</sup> 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 COAF**<sup>2</sup>.

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

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

Pelo exposto, eu ADRIANA MARIA M. DE A. FERNANDES inscrito (a) no CPF 945.234.444 / 04,  
na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário MARIA VALDILENE DA SILVA inscrito  
(a) no CPF sob o Nº 094.692.354 / 01, do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima  
MARIA VALDILENE DA SILVA, inscrito (a) no CPF sob o Nº 094.692.354 / 01, 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 Lider-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

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

Endereço <u>RUA ROSEMIRO ALVES DA ROCHA</u>		Número <u>03</u>	Complemento <u>CASA</u>
Bairro <u>CENTRO</u>	Cidade <u>SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE</u>	Estado <u>PE</u>	CEP
Email <u>_____</u>	Telefone comercial(DDD) <u>81</u>		Telefone celular (DDD)

SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE, 06 de DEZEMBRO de 2019  
Local e Data

Adriana M. M. de A. Fernandes  
Assinatura do Declarante