

Toritama, 15 de Abril de 2019.

Hospital Municipal Nossa Senhora de Fátima

Declaração de Atendimento Hospitalar

DECLARAÇÃO nº 086/2019

Do: Hospital Municipal Nossa Senhora de Fátima

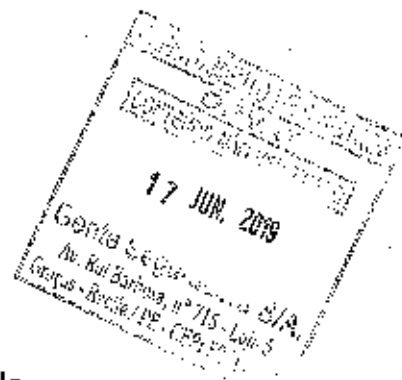
Para: **MARIA DAS DORES DOS SANTOS ARRUDA**

Venho através desta, informa que o (a) Senhor(a) **MARIA DAS DORES DOS SANTOS ARRUDA** deu entrada nesta unidade como consta na ficha de emergência sob o registro nº 000,000 no dia 05/02/2019, foi atendido e em seguida sendo TRANSFERIDO.

Sem mais para o momento.

Atenciosamente,

Mateus Tavares
Portaria 387 - SMS
Coordenador de Unidade de Saúde



Registro:	Hora:	Nome do Paciente:	Sexo:	Data de Entrada:	Estado Civil:
Idade:	RG:	Orgão Emissor:	CPE:		
Data de Nascimento:	Naturalidade:	Número:	Complemento:	UF:	CEP:
Endereço:	Cidade:	Bairro:			
SUS:	Profissão:	Nome do Pai:			
Nome da Mãe:	Telefone:				
Nome do Responsável:					

Dados da Classificação (Enfermeiro) Horário:		PESO:	T (°C):
PA:	PULSO:	FR:	HGT:
SpO ₂ ambiente:	SpO ₂ com O ₂ :	L/min:	
CLASSIFICAÇÃO: <input type="radio"/> VERMELHO <input type="radio"/> AMARELO <input type="radio"/> VERDE <input type="radio"/> AZUL			

Enfermeiro(a)
Assinatura/carimbo

HDA:

Hipertensão: () sim () não // Diabetes: () sim () não // APP:

EXAME GERAL:

NEUROLÓGICO:

ACV:

AR:

ABDOME:

MEMBROS:

Diagnóstico Provisório:

Alergias: () Sim:

Conduta:

CLÍNICO GERAL

**HOSPITAL MUNICIPAL
NOSSA SENHORA DE FÁTIMA**

**FICHA DE
ENCAMINHAMENTO**

2ª VIA - AO PACIENTE

Por não constituir caso para tratamento nesta unidade, estamos encaminhando o paciente:
NOME DO PACIENTE *Maria das Dores S. de* REGISTRO Nº:

IDADE: *47a* RESIDENTE: *Toritama*

PARA O HOSPITAL: *Regional do Agente (ortose)* SENHA: *5613546*

ESCLARECE SE O MESMO É PORTADO DE:

*Paciente vítima de capotamento
automobilístico.
Relatando dor intensa em tibia
(E) e ombro (E).*

*Glaz com.
Abd. e org. motorio
TA = 120 x 80 mm Hg*

FE = 74 BPM

AGV = RUP, 2+, 0/1, 0/20.

AR = UN+, 0/1, RA

148: Politrauma

*CP: encaminhado para
Urológico e corrente*

DE ACORDO COM O MÉDICO

LOCAL:

TORITAMA

DATA *17 JUN 2019*

ASSINATURA DO MÉDICO:

OBS: - Em caso de paciente menor de idade, anotar a filiação

NOME DO PAI:

NOME DA MÃE:

*Médico
Dr. João Arnor de Oliveira
CRM-PE 19557*

17 JUN 2019
Cartão de Registro Profissional
do Conselho Regional de Medicina
do Estado de Pernambuco
C.R.M. - REC - 17

Av. João Manoel da Silva - Centro - Toritama - Pernambuco
Telefone: 3741-1192 - E-mail - admhospitaltoritama@gmail.com



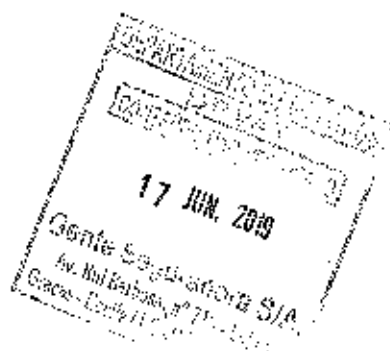
SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE DR. WALDEMIRO FERREIRA
SERVIÇO DE ARQUIVO MÉDICO E ESTATÍSTICA – SAME

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins que o paciente , **Maria das Dores dos Santos** ,com Registro Hospitalar: **333242** esteve interno nesta Unidade de saúde no dia ,**05/02/2019** a **08/02/2019** . OBS: Vítima de Acidente de Trânsito.

Caruaru 28 de março 2019

~~109.794.975/0269-27~~
FUSAM - Hospital Regional do Agreste
BR 232, Km 130
Indianópolis - CEP 55000-000
Caruaru - PE



EVOLUÇÃO CLÍNICA

HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE

1974-10-10-11-12-13-14-15-16-17-18-19-20-21-22-23-24-25-26-27-28-29-30-31-32-33-34-35-36-37-38-39-40-41-42-43-44-45-46-47-48-49-50-51-52-53-54-55-56-57-58-59-60-61-62-63-64-65-66-67-68-69-70-71-72-73-74-75-76-77-78-79-80-81-82-83-84-85-86-87-88-89-90-91-92-93-94-95-96-97-98-99-100-101-102-103-104-105-106-107-108-109-110-111-112-113-114-115-116-117-118-119-120-121-122-123-124-125-126-127-128-129-130-131-132-133-134-135-136-137-138-139-140-141-142-143-144-145-146-147-148-149-150-151-152-153-154-155-156-157-158-159-160-161-162-163-164-165-166-167-168-169-170-171-172-173-174-175-176-177-178-179-180-181-182-183-184-185-186-187-188-189-190-191-192-193-194-195-196-197-198-199-200-201-202-203-204-205-206-207-208-209-210-211-212-213-214-215-216-217-218-219-220-221-222-223-224-225-226-227-228-229-230-231-232-233-234-235-236-237-238-239-240-241-242-243-244-245-246-247-248-249-250-251-252-253-254-255-256-257-258-259-260-261-262-263-264-265-266-267-268-269-270-271-272-273-274-275-276-277-278-279-280-281-282-283-284-285-286-287-288-289-290-291-292-293-294-295-296-297-298-299-300-301-302-303-304-305-306-307-308-309-310-311-312-313-314-315-316-317-318-319-320-321-322-323-324-325-326-327-328-329-330-331-332-333-334-335-336-337-338-339-340-341-342-343-344-345-346-347-348-349-350-351-352-353-354-355-356-357-358-359-360-361-362-363-364-365-366-367-368-369-370-371-372-373-374-375-376-377-378-379-380-381-382-383-384-385-386-387-388-389-390-391-392-393-394-395-396-397-398-399-400-401-402-403-404-405-406-407-408-409-410-411-412-413-414-415-416-417-418-419-420-421-422-423-424-425-426-427-428-429-430-431-432-433-434-435-436-437-438-439-440-441-442-443-444-445-446-447-448-449-450-451-452-453-454-455-456-457-458-459-460-461-462-463-464-465-466-467-468-469-470-471-472-473-474-475-476-477-478-479-480-481-482-483-484-485-486-487-488-489-490-491-492-493-494-495-496-497-498-499-500-501-502-503-504-505-506-507-508-509-510-511-512-513-514-515-516-517-518-519-520-521-522-523-524-525-526-527-528-529-530-531-532-533-534-535-536-537-538-539-540-541-542-543-544-545-546-547-548-549-550-551-552-553-554-555-556-557-558-559-560-561-562-563-564-565-566-567-568-569-570-571-572-573-574-575-576-577-578-579-580-581-582-583-584-585-586-587-588-589-590-591-592-593-594-595-596-597-598-599-600-601-602-603-604-605-606-607-608-609-610-611-612-613-614-615-616-617-618-619-620-621-622-623-624-625-626-627-628-629-630-631-632-633-634-635-636-637-638-639-640-641-642-643-644-645-646-647-648-649-650-651-652-653-654-655-656-657-658-659-660-661-662-663-664-665-666-667-668-669-670-671-672-673-674-675-676-677-678-679-680-681-682-683-684-685-686-687-688-689-690-691-692-693-694-695-696-697-698-699-700-701-702-703-704-705-706-707-708-709-710-711-712-713-714-715-716-717-718-719-720-721-722-723-724-725-726-727-728-729-730-731-732-733-734-735-736-737-738-739-740-741-742-743-744-745-746-747-748-749-750-751-752-753-754-755-756-757-758-759-760-761-762-763-764-765-766-767-768-769-770-771-772-773-774-775-776-777-778-779-780-781-782-783-784-785-786-787-788-789-790-791-792-793-794-795-796-797-798-799-800-801-802-803-804-805-806-807-808-809-810-811-812-813-814-815-816-817-818-819-820-821-822-823-824-825-826-827-828-829-830-831-832-833-834-835-836-837-838-839-840-841-842-843-844-845-846-847-848-849-850-851-852-853-854-855-856-857-858-859-860-861-862-863-864-865-866-867-868-869-870-871-872-873-874-875-876-877-878-879-880-881-882-883-884-885-886-887-888-889-890-891-892-893-894-895-896-897-898-899-900-901-902-903-904-905-906-907-908-909-910-911-912-913-914-915-916-917-918-919-920-921-922-923-924-925-926-927-928-929-930-931-932-933-934-935-936-937-938-939-940-941-942-943-944-945-946-947-948-949-950-951-952-953-954-955-956-957-958-959-960-961-962-963-964-965-966-967-968-969-970-971-972-973-974-975-976-977-978-979-980-981-982-983-984-985-986-987-988-989-990-991-992-993-994-995-996-997-998-999-1000-1001-1002-1003-1004-1005-1006-1007-1008-1009-1010-1011-1012-1013-1014-1015-1016-1017-1018-1019-1020-1021-1022-1023-1024-1025-1026-1027-1028-1029-1030-1031-1032-1033-1034-1035-1036-1037-1038-1039-1040-1041-1042-1

CHRONA

Leite Nº:

DATA

HORA

EVOLUÇÃO

0219
15445

HERNAN

4/14/1947 Class/Comm ①, 10th Term

Paciente bom em anamnese de caso
com comprometimento, atestado

Prima di fatto (E) e caso (E).

August Macerius in 1890

no structure to form it

AL47-N TSMAL (E) E DUBNO (E).

Q3: Plot pattern tiller E

~~FAST~~ CMOB PRO, MAR 20

for up 20445 7460

10/10/20

06/03/10

More than 5000

S/2-K-1026262

c. Always 100%

PLATO ΠΙΣΙΑ

25-50

John W. Brown

13 June 1953

Dr. Leonardo A. Pina
Ortopedista Traumatología
CRM: 23458

97 FEB. 1979

0205067/19

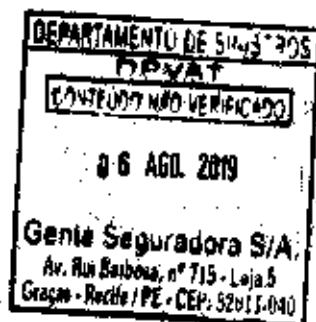


PREFEITURA MUNICIPAL DE FREI MIGUELINHO
SECRETARIA DE SAÚDE
TRANSLUCINDO O PRESENTE, CONSOLIDANDO O FUTURO

RECEITUÁRIO

Monica Dos Anjos dos Santos
Amada

Declaro para os devidos fins
que a paciente Monica dos Anjos dos
Santos Amada RG: 6092406
foi vítima de acidente automobilístico
em Fevereiro de 2019 apresentando
vários traumas evoluindo com
aquela melhora em membros
inferiores expostos que impede a
deambulação. CID10: S82.2.



Frei Miguelinho, 30 de Junho de 2019

Dra. Thais Rosa Ferreira
Médica
CRM 326209

0205067/19



NOME: Mary us Deus us Santa Cruz

LAUDO MÉDICO

O paciente supracitado foi vítima de trauma, tendo apresentado o diagnóstico de fratura com deslocamento CID-10: S82.1, foi submetido à tratamento cirúrgico nesta unidade hospitalar no dia

12/02/19. Atualmente se encontra em acompanhamento ambulatorial.

Do operatório postar conduta
de acordo com o plano de tratamento. O tratamento a ser
ADH. Juntos para o tratamento. Visto na
Bezerros, 31/12/19

João Marilton V. Costa
Traumato-Ortopedista
CRM-PE 5986





LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - Nome do Estabelecimento Solicitante HOSPITAL JESUS PEQUENINO	2 - CNES 2344254
3 - Nome do Estabelecimento Executante HOSPITAL JESUS PEQUENINO	4 - CNES 2344254

Identificação do Paciente

5 - Nome do Paciente MARIA DAS DORES DOS SANTOS ARRUDA	6 - Número do Prontuário 123744			
7 - Cartão Nacional de Saúde (CNS) 701205044086410	8 - Data Nascimento 10/09/1971	9 - Sexo FEMININO	10 - Raça/Cor 3	10.1 - Etnia
11 - Nome da Mãe MARIA EMILIA DA SILVA	12 - Telefone de Contato 81.89248680			
13 - Nome Responsável	14 - Telefone de Contato			
15 - Endereço (Logradouro, nº, complemento, bairro) SITIO LAGOA DO MILHO, () - ZONA RURAL	17 - Cod. IBGE município 2605806	18 - UF PE	19 - CEP	
16 - Município de residência FREI MIGUELINHO				

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - Principais sinais e sintomas clínicos Paciente vítima de acidente com dor MLE.
21 - Condições que justificam a internação Q C + EP
22 - Principais resultados de provas diagnósticas (Resultados de exames realizados) Fratura plavista esquerda + Fratura Unimaleolar



23 AGO 2019

Agente Seguradora SIA
Av. Rui Barbosa, 715 Loja 5
Graciosa - Recife/PE CEP: 52011-040

Original Bezerras PE 130811
Hospital Jesus Pequeno
Ana Amorim
Assistente Social
CRESS/PE Nº 4.471

23 - Diagnóstico inicial Fratura plavista esquerda + Fratura Unimaleolar	24 - CID 10 Principais S82.1	25 - CID 10 Sec.	26 - CID 10 Causas associadas 8408060140
---	---------------------------------	------------------	---

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - Descrição do Procedimento Solicitado Internamento	28 - Código do procedimento 04080203-3 / 04080604-1		
29 - Clínica Ortopedia	30 - Caráter de Internação	31 - Documento () CNS () CPF	32 - Nr. Doc. (CNS/CPF) do Profissional solicitante 089.142.254-30
33 - Nome do Profissional Solicitante Cintia Valéria	34 - Data da solicitação 08/02/19	35 - Assinatura e carimbo (nr. do registro do conselho)	

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES E DOENÇAS)

36 - () Acidente de Trânsito	39 - CNPJ da Seguradora	40 - Nr. do Boleto Bancário (nº 0381)
37 - () Acidente de Trabalho típico	42 - CNPJ da Empresa	43 - CNA da Empresa
38 - () Acidente de Trabalho trajeto		44 - CBOR
45 - Vínculo com a Previdência () Empregado () Empregador () Autônomo () Desempregado () Aposentado () Não segurado		

AUTORIZAÇÃO

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	Prefeitura Municipal de Bezerros Secretaria de Saúde NUMERAÇÃO DE AIH NORMAL 261910545075-3
50 - Data da Autorização	51 - Assinatura e Carimbo (N.º do Registro do Conselho)	

Prefeitura Municipal de Bezerros
Secretaria Municipal de Saúde
Dr. Maurício Cabral da Silva
CRM Nº 23.403
Médico Autorizador

HOSPITAL JESUS PEQUENINO

FICHA DE ATENDIMENTO DE INTERNAÇÃO

Atendimento: 532234 Data: 08/02/2019 Hora: 15:11
Convenio: SES - ORTOPEDIA
Responsável:
Médico: DRA. CINTIA VALERIA DA SILVA

Recepc.: SIMONE VITORIA DE SANTANA
Matricula: 701205044086410
Identidade:
Cartão SUS: 701205044086410

Paciente: 123744 MARIA DAS DORES DOS SANTOS ARRUDA
Nascimento: 10/09/1971 - 47 Anos e 4 Meses
Endereço: SÍTIO LAGOA DO MILHO,
Bairro: ZONA RURAL
IBGE/Cidade: 2605806 FREI MIGUELINHO
Pai: SATIRO FERREIRA DOS SANTOS
Mãe: MARIA EMILIA DA SILVA
Nacionalidade: BRASIL

Sexo: FEMININO Cor:
Est. Civil:
C.P.F.
Identidade: 6092406 SSP PE
Telefone: 81.89248680
G.Instrução:
Ocupação:
Naturalidade: VERTENTES

Obs.: SENHA ORT. 537174

Queixa do Paciente:

Última de acidente, com dor em
M.L.G. Frat. de Umero E

H.D.A.

Exame Físico:

B60

Conferido Com Documento
Original Bezerros PE
Hospital Jesus Pequeno
Ana Amador
Assistente Social
CRESS/PE N° 4.471

H.D.:

Fratura platôsea tibial (E)
Fratura Umero (E)

Tratamento:

Procedimento cirúrgico



Bezerros, 08 de fevereiro de 2019

Cintia Valéria
Médica
CRM/PE 26881
Assinatura e Carimbo do Médico

HOSPITAL JESUS PEQUENINO

FICHA DE ATENDIMENTO DE INTERNAÇÃO (Complemento)

Acomodação: ENFER_02 - LEITO-01
Enfermaria: ENFERMARIA ORTOPEDICA

Atendimento: 532234 Data: 08/02/2019 Hora: 15:11
Convênio: SES - ORTOPEDIA
Responsável:
Médico: DRA. CINTIA VALERIA DA SILVA

Recepc.: SIMONE VITORIA DE SANTANA
Matrícula: 701205044086410
Identidade:
Cartão SUS: 701205044086410

Paciente: 123744 MARIA DAS DORES DOS SANTOS ARRUDA
Nascimento: 10/09/1971 - 47 Anos e 4 Meses
Endereço: SITIO LAGOA DO MILHO,
Bairro: ZONA RURAL CEP: UF PE
IBGE/Cidade: 2605806 FREI MIGUELINHO
Pai: SATIRO FERREIRA DOS SANTOS
Mãe: MARIA EMILIA DA SILVA
Nacionalidade: BRASIL

Sexo: FEMININO Cor:
Est. Civil:
C.P.F.
Identidade: 6092406 SSP PE
Telefone: 81.89248680
G.Instrução:
Ocupação:
Naturalidade: VERTENTES

Recepcionista:

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

Alta Hospitalar

Data: 19/04/19

Médico:

Assinatura / CRM

João Marilton V. Costa
Traumato-Ortopedia
CRM-5980

Observação

12/02/19

- Fratura inter
4 pontos - fratura
- Fratura inter
João Marilton V. Costa
Traumato-Ortopedia
CRM-5980

Diagnósticos

Diagnóstico Provisório: Fratura inter

Condus TELA
João Marilton V. Costa
Traumato-Ortopedia
CRM-5980

Diagnóstico Definitivo: 2 mm

João Marilton V. Costa
Traumato-Ortopedia
CRM-5980

Diagnóstico Secundário:

Conferido Com Documento
Origem: PE
Hospital: Jesus Pequeno
Assinatura Social
CRM/PE N. 4.471

Transferência Hospitalar

Data: / /

Médico:

Assinatura / CRM

Óbito

Data: / /

Médico:

Assinatura / CRM

EVOLUÇÃO MEDICA

MARIA DAS DORES DOS SANTOS ARRUDA

08/02/2019—PACIENTE ENCAMINHADO DO HOSPITAL REGIONAL DE CARUARU. INTERNADO PARA TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DE PLATO TIBIAL ESQUERDO E FRATURA PROXIMAL DE UMIERO ESQUERDO . ESTADO GERAL SATISFATORIO. CONSCIENTE. AFEBRIL. SOLICITADO EXAMES PRE-OPERATORIO.

João Marilton
Ortopedista
CRM 5980

09/02/2019 - VISTO EXAMES PRE-OPERATORIO. SEM ANOMALIDADES. APTO AO PROCEDIMENTO CIRURGICO.

João Marilton
Ortopedista
CRM 5980

10/02/2019 - VISTO EXAMES PRE-OPERATORIO. SEM ANOMALIDADES. APTO AO PROCEDIMENTO CIRURGICO.

João Marilton
Ortopedista
CRM 5980

11/02/2019 - VISTO EXAMES PRE-OPERATORIO. SEM ANOMALIDADES. APTO AO PROCEDIMENTO CIRURGICO.

João Marilton
Ortopedista
CRM 5980

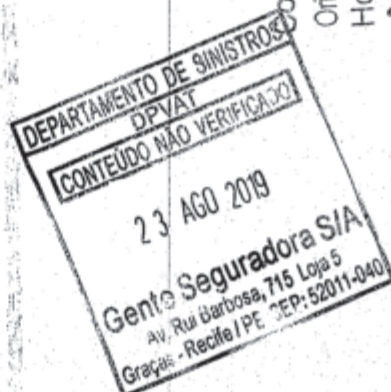
12/02/2019 - ATO CIRÚRGICO TRANSCORREU SEM ANORMALIDADES. MEDICADO E ENCAMINHADO À ENFERMARIA.

João Marilton
Ortopedista
CRM 5980

13/02/2019 - PACIENTE NO 1º DIA POS-OPERATORIO COM BOA EVOLUÇÃO, AFEBRIL, LÚCIDO. RETIRADO O DRENO E TROCADO OS CURATIVOS.

14/02/2019 - PACIENTE NO 2º DIA POS-OPERATORIO COM BOA EVOLUÇÃO, AFEBRIL, LÚCIDO. RETIRADO O DRENO E TROCADO OS CURATIVOS. FISIOTERAPIA E MEDICADO PARA CASA. ALTA HOSPITALAR.

João Marilton
Ortopedista
CRM 5980




Conferido Com Documento
Original Bezerros PE 130819
Hospital Jesus Pequeno

Ana Carolina
Assistente Social
CRESS/PE Nº 4.471

RELATÓRIO CIRÚRGICO	
NOME DO PACIENTE MARIA DAS DORES DOS SANTOS ARRUDA	NÚMERO DO REGISTRO
CLÍNICA ORTOPÉDICA	
CIRURGIÃO JOÃO MARILTON VIEIRA COSTA	
ANESTESIA BLOQUEIO EM PLEXOBRAQUIAL	DR. ROBERTO TAVARES
DATA DA OPERAÇÃO 12/02/2019	
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO FRATURA EM ÚMERO PROXIMAL A ESQUERDA	
DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO O MESMO	
OPERAÇÃO PROPOST TRATAMENTO COM FIXAÇÃO	
OPERAÇÃO REALIZADA A MESMA	
DESCRIÇÃO DO ATO OPERATÓRIO	
CAMPO CIRURGICO COM POLVIDINE. INCISAO E FIXAÇÃO COM 02 FIOS DE KIRSHNNER INTRAOSSEOS. LAVAGEM DE FERIDA OPERATÓRIA CURATIVO E TALA GESSADA	




João Marilton
Ortopedista
CRM: 5980

Conferido Com Documentos
Original Bezerras PE 2018/15
Hospital Jesus Pequeno
19/02/18
Amil
Assicuradora Social
CRESS/PE Nº 4.471

RELATÓRIO CIRÚRGICO	
NOME DO PACIENTE MARIA DAS DORES DOS SANTOS ARRUDA CLÍNICA ORTOPÉDICA	NÚMERO DO REGISTRO
CIRURGIÃO JOÃO MARILTON VIEIRA COSTA	
ANESTESIA BLOQUEIO EM PLEXOBRAQUIAL	DR. ROBERTO TAVARES
DATA DA OPERAÇÃO 12/02/2019	
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO FRATURA DE PLATO TIBIAL ESQUERDO + OSTEOTOMIA + NEUROLISE	
DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO O MESMO	
OPERAÇÃO PROPOSTA TRATAMENTO CIRÚRGICO COM FIXAÇÃO + OSTEOTOMIA + ++ NEUROLISE	
OPERAÇÃO REALIZADA A MESMA	
DESCRIÇÃO DO ATO OPERATÓRIO	
CAMPO CIRURGICO COM POLVIDINE. REALIZAMOS MANIPULAÇÃO NA FRATURA E FIXAÇÃO COM 01 PLACA EM T 2.5 COM 02 PARAFISOS ESPONJOSOS DEN. 60 E 65 E 04 PARAFUSOS DE CORTICAL 4.5 + NEUROLISE + OSTEOTOMIA LAVAGEM DE FERIDA OPERATÓRIA CURATIVO E APARELHO GESSADO AXILOPALMAR	

João Marilton
Ortopedista
CRM 6980

Conferido Com Documento
Original Bezerros PE 12/02/19
Hospital Jesus Pequeno
Ana Amorim
Assistente Social
CRESS/PE Nº 4.471

NB

PERDA SANGUÍNEA:

João Marilton V. Costa
Traumato - Ortop
CRM - 5981



JESUS PEQUENO

TEST
TIPO 5/ ISO 11140-1
LOTE CL051820
05-JUN-2020

Referência:
Aceitável se a cor do querendo for igual ou
mais escura que a cor de teste.

CATEGORIA: e-439987

MEDICAMENTOS - MATERIAIS E TAXAS USADAS

Paciente: Maria das dores dos Santos aranda Registro Nº: 123744
Aptº: _____ Enfermaria: _____ Data: 12/02/2019
Cirurgia: Trat. Frat Plateal Tibial E + ^{part de membro E} Cirurgião: Dr. Joao marilton
Anestesia: Raque + venosa Anestesista: Dr. Roberto
Início: _____ Término: _____

Especificação	Quant.	Valor Unit.	Valor Total	Especificação	Quant.	Valor Unit.	Valor Total
Atropina				Manitol			
Adrenalina				Nalorfin			
Aminofilina				Narcan			
Água Destilada	<u>01 Amp</u>			Nipride			
Alloferine				Novamin			
Bicarbonato de Sódio				Plasil	<u>01 Amp</u>		
Cloreto de Potássio				Prostigmine			
Cloreto de Sódio				Quemeticina			
Cedilanide				Quelicin			
Decadron	<u>01 Amp</u>			Rifocina 150			
Dormonid				Rifocina 500			
Diazepan				Rocefin I. M.			
Dolantina				Rocefin I. V.			
Etrane				Revivan			
Efortil				Ringer c/ Lactato			
Fenergan				Sintocinon			
Flaxedil				Styptanon			
Fentanil 50ml	<u>01 Amp</u>			Solu-Cortef			
Fibrase				Sulfato Magnésio			
Fluimucil				Soro Glicosado			
Furacin Sol				Soro Fisiológico 500ml	<u>01 Amp</u>		
Furacin Pomada				Thionembatal			
Gluconato Cálcio				Xylocaina Pesada			
Glicose				Xylocaina 2% s/a			
Garamicina 80				Xylocaina 2% c/a			
Heparina 5.000				Xylocaina 1% s/a			
Halotano				Xylocaina Geléia			
Haemaccel				Xylocaina Spray			
Inoval				Eletródos	<u>05</u>		
Keflin	<u>01 grama</u>			deperana	<u>01</u>		
Ketalar				Diamor	<u>01</u>		
Lasix				Mauseobran	<u>02</u>		
Methergin				Soro fisiológico	<u>1000ml</u>		
Marcaína Pesada	<u>01 Amp</u>			propofol	<u>01 Amp</u>		
Marcaína s/a							
Marcaína c/a							

Conferido Com Dr. Joao marilton

Original Bezerros PE

Hospital Jesus Pequeno

Assistente Social

CRSS/PE Nº 4.471

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
OPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO
23 AGO 2019
Gente Seguradora S/A
Rua Barbosa, 215 Lupa 5
Bragança Paulista/SP

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE PERNAMBUCO 12M-01

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA

INSTITUTO LAVAPES BURIL

ANALFABETA

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

RG 6092406

DATA DE EMISSÃO 14.04.1998

NOME MARIA DAS DORES DOS SANTOS ARRUDA

RESIDÊNCIA Sítio Ferrelira dos Santos

Maria Emilia da Silva

NATURALIDADE Vertentes-PE

DATA DE NASCIMENTO 10.09.1971

DOC. PREVIOUS C.C. 510.L.B-01.F.154v. Cart. de Vertentes-PE

ASSINATURA DO TITULAR

ASSINATURA DO EMISOR

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

SECRETARIA DA RECEITA FEDERAL

CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS

CIC

Nº DE INSCRIÇÃO

NOME COMPLETO Maria das DORES dos Santos Arruda.

ASSINATURA

NASCIMENTO 10/09/1971

TERA VALIDADE, SOMENTE, COM A APRESENTAÇÃO DO DOCUMENTO DE IDENTIDADE

VALIDO EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

ESTE CARTÃO É O DOCUMENTO QUE ATESTARÁ A AFILIÇÃO NO CANTARIL DE PESSOAS FÍSICAS

DE USO OBRIGATORIO NOS CASOS LEGALMENTE DETERMINADOS

PARA QUALQUER ORIENTAÇÃO DE NATUREZA TRIBUTÁRIA, DIRIGIR-SE A UNIDADE LOCAL DO CANTARIL DA RECEITA FEDERAL

CAMPUS DO ALUNO, EMISSOR

BANCO DO BRASIL

PROTOCOLO 07 MAI 1992

ENTRADA

BURILIM - PE

Ass. Rosângela Pont de Carreira

17/04/98

NOME, MATRÍCULA E ASSINATURA DO FUNCIONÁRIO RESPONSÁVEL POR A EMISSÃO

APROVADO POR INSCRIÇÃO NUMERADA DO IAT

17 JUN 2010

Centro de Registro e S/A

Av. Rui Barbosa, nº 715 - Loja 5

Grupos - Nov. 1991 - CEP: 52011-000

WESTERN CITYALLES

THE BAKERS' UNION

29
19
13
12
10
9
8
7
6
5
4
3
2
1
0

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DIRETORIA
CONTENIDO NAO VERIFICADO
14-08-2010
Gente Seguradora S/A
Av. Rio Patitiba, 275, Lapa 5
Gravata - Recife/PE CEP: 52011-040

FREI MIGUELINHO - PE, 15 AGOSTO 2019.

À LIDER

CONVÊNIO DPVAT

ASSUNTO: REANÁLISE DO PROCESSO PELO VALOR RECEBIDO

VÍTIMA: MARIA DAS DORES DOS SANTOS ARRUDA
TIPO DE INDENIZAÇÃO: INVALIDEZ

SINISTRO n° 3190384003

Prezado Senhor(a),

Solicito de V.S^a, que meu processo de INVALIDEZ seja REANALISADO, uma vez que eu fui vítima de acidente de trânsito, fato ocorrido no dia 05/02/2019, FRATUREI MEU OMBRO EQUERDO E MINHA TIBIA ESQUERDA, fui submetida a cirurgia, fiz todo tratamento médico e mesmo assim ENCONTRO-ME ATUALMENTE COM SEQUELAS GRAVES. E mesmo diante de tudo isso liberaram para mim um valor muito inferior ao que tenho direito.

DIANTE DO EXPOSTO, solicito de V.S^a, que meu processo seja REANALISADO, para que seja marcada uma nova pericia ou para que seja liberado o valor que realmente me é de direito, uma vez que eu ainda estou com seqüelas.

Certo de vossa atenção

Fico no aguardo.

x Maria das Dores dos Santos Arruda
MARIA DAS DORES DOS SANTOS ARRUDA



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190384003 **Cidade:** Vertentes **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARIA DAS DORES DOS SANTOS **Data do acidente:** 05/02/2019 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A
ARRUDA

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DE TIBIA PROXIMAL A ESQUERDA E DE CLAVÍCULA ESQUERDA

Descrição do exame APRESENTA INCISÃO JA CICATRIZADA EM REGIÃO ANTEROLATERAL DA PERNA ESQUERDA, COM BLOQUEIO

físico: ARTICULAR DO JOELHO EM POSTURA DE EXTENSÃO DA PERNA
APRESENTA PERDA DISCRETA DE MOBILIDADE ARTICULAR EM OMBRO COM PREJUÍZO NA ROTAÇÃO INTERNA DO OMBRO ESQUERDO

Resultados terapêuticos: APRESENTA PERDA DE MOBILIDADE ARTICULAR DO JOELHO ESQUERDO
LIMITAÇÃO MODERADA DE MOBILIDADE DO OMBRO

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU INTENSO DO JOELHO ESQUERDO E LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU RESIDUAL DO OMBRO ESQUERDO

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 12/08/2019

Conduta mantida:

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 dos ombros	25 %	Em grau residual - 10 %	2,5%	R\$ 337,50
Perda completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau intenso - 75 %	18,75%	R\$ 2.531,25
Total			21,25 %	R\$ 2.868,75

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190384003 **Cidade:** Vertentes **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARIA DAS DORES DOS SANTOS **Data do acidente:** 05/02/2019 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A
ARRUDA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 30/08/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA PROXIMAL DO ÚMERO ESQUERDO
FRATURA DE TIBIA PROXIMAL A ESQUERDA

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO(P.6,7)- OSTEOSSÍNTESE - OMBRO ESQUERDO E JOELHO ESQUERDO
ALTA.

Sequelas permanentes: DIMINUIÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO OMBRO E 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 DA PERÍCIA MÉDICA DEBILIDADE FUNCIONAL LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU
INTENSO DO JOELHO ESQUERDO E LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU RESIDUAL DO OMBRO ESQUERDO

**Documentos
complementares:**

Observações: REANÁLISE CONCLUÍDA, VÍTIMA INDENIZADA NESTE SINISTRO APÓS PERÍCIA MÉDICA PRESENCIAL EM
12/08/2019, EVIDENCIAMOS QUE SEQUELA JÁ FOI INDENIZADA CONFORME TABELA PREVISTA EM 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: 3190384003 **Cidade:** Vertentes **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARIA DAS DORES DOS SANTOS **Data do acidente:** 05/02/2019 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A
ARRUDA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 08/08/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA PROXIMAL DO ÚMERO ESQUERDO(ANEXO P.5)
FRATURA DO PLATÔ TIBIAL ESQUERDO

Resultados terapêuticos: NÃO DEFINIDO

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

Observações: @ (1) SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

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 dos ombros	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Perda completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190384003 **Cidade:** Vertentes **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARIA DAS DORES DOS SANTOS **Data do acidente:** 05/02/2019 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A
ARRUDA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 30/08/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA PROXIMAL DO ÚMERO ESQUERDO
FRATURA DE TIBIA PROXIMAL A ESQUERDA

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO(P.6,7)- OSTEOSSÍNTESE - OMBRO ESQUERDO E JOELHO ESQUERDO
ALTA.

Sequelas permanentes: DIMINUIÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO OMBRO E 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 DA PERÍCIA MÉDICA DEBILIDADE FUNCIONAL LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU
INTENSO DO JOELHO ESQUERDO E LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU RESIDUAL DO OMBRO ESQUERDO

**Documentos
complementares:**

Observações: REANÁLISE CONCLUÍDA, VÍTIMA INDENIZADA NESTE SINISTRO APÓS PERÍCIA MÉDICA PRESENCIAL EM
12/08/2019, EVIDENCIAMOS QUE SEQUELA JÁ FOI INDENIZADA CONFORME TABELA PREVISTA EM 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: 3190384003 **Cidade:** Vertentes **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARIA DAS DORES DOS SANTOS **Data do acidente:** 05/02/2019 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A
ARRUDA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 22/07/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA PROXIMAL DO ÚMERO ESQUERDO
FRATURA DO PLATÔ TIBIAL ESQUERDO

Resultados terapêuticos: NÃO DEFINIDO

Sequelas permanentes:

Sequelas: Não definido

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: A FALTA DE APRESENTAÇÃO DA DOCUMENTAÇÃO HOSPITALAR DE INTERNAÇÃO/INTERNAMENTO INVIABILIZOU ESTABELECER A RELAÇÃO ENTRE O ACIDENTE OCORRIDO E AS SEQUELAS INFORMADAS NOS DOCUMENTOS MÉDICOS APRESENTADOS. PORTANTO, DEVE-SE APRESENTAR EM COMPLEMENTO, AS SEGUINTE ALTERNATIVAS DE DOCUMENTAÇÃO MÉDICA:

- RELATÓRIO MÉDICO DA INTERNAÇÃO/INTERNAMENTO COM DESCRIÇÃO DO TRATAMENTO REALIZADO OU EM CURSO;
- LAUDOS DE EXAMES DE IMAGEM, CASO REALIZADOS DURANTE A INTERNAÇÃO, TAIS COMO: RAIOS X, TOMOGRAFIA OU RESSONÂNCIA MAGNÉTICA E DE CONTROLE PÓS PROCEDIMENTO CIRÚRGICO OU TRATAMENTO CONSERVADOR, COM RESPECTIVA IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE SEGURADO E DATA DE REALIZAÇÃO;
- EM CASO DE CIRURGIA ENVIAR FOLHAS DO CENTRO CIRÚRGICO, DESCRREVENDO PROCEDIMENTO ADOTADO E MATERIAIS USADOS, FOLHA DE ANESTESIA, FOLHAS DE EVOLUÇÃO MÉDICA E SUMÁRIO DE ALTA.

TAIS DOCUMENTOS SÃO EMITIDOS, MEDIANTE SOLICITAÇÃO, SEM CUSTO E SÃO DE DIREITO DOS PACIENTES SUBMETIDOS AOS TRATAMENTOS NAS INSTITUIÇÕES HOSPITALARES PÚBLICAS OU PARTICULARES, SEJA EM CARÁTER DE INTERNAÇÃO OU AMBULATORIAL.

NÃO SÃO SUFICIENTES PARA ANÁLISE MÉDICA DOCUMENTAL, DOCUMENTOS, SOMENTE, EMITIDOS POR ENFERMAGEM OU OUTROS PROFISSIONAIS DA ÁREA DE SAÚDE QUE NÃO SEJAM EMITIDOS POR MÉDICOS.

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: 3190384003 **Cidade:** Vertentes **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARIA DAS DORES DOS SANTOS **Data do acidente:** 05/02/2019 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A
ARRUDA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 08/08/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA PROXIMAL DO ÚMERO ESQUERDO(ANEXO P.5)
FRATURA DO PLATÔ TIBIAL ESQUERDO

Resultados terapêuticos: NÃO DEFINIDO

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

Observações: @ (1) SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

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 dos ombros	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Perda completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: MARIA DAS DORES DOS SANTOS ARRUDA, portadora do RG 6.092.406 SSP/PE e CPF 920.672.554-87, brasileira, analfabeta, agricultora, domiciliada e residente no Si Lagoa do Meio, 1100, Chã do Carmo, Frei Miguelinho-PE. Pelo presente instrumento particular de procuração, nomeia e constitui sua bastante procuradora a Sr^a **ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES**, brasileira, alfabetizada, auxiliar administrativo, portadora do RG 4.810.389 SSP/PE e CPF 945.234.444-04, domiciliada e residente na Rua João Batista, 370, Centro, Surubim-PE. Por sua representante legal, a quem confere amplos e ilimitados poderes e com o fim especial para representar a(o) outorgante junto a quaisquer **SEGURADORA** do consórcio de seguro obrigatório e danos pessoais do ramo **DPVAT**, tratando de todos os seus interesses e direitos com relação ao recebimento da indenização deixada pela **INVALIDEZ** sofrida pela vítima **MARIA DAS DORES DOS SANTOS ARRUDA**, portador do CPF 920.672.554-87, o qual foi vítima de acidente de trânsito, fato ocorrido no dia **05/02/2019**, podendo o seu dito procurador **APRESENTAR, FIRMAR DOCUMENTOS, DECLARAÇÕES E ASSINAR O FORMULÁRIO DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT**, receber a devida indenização, através de cheque ou dinheiro, tanto da seguradora competente, como de qualquer agência bancária do estado de Pernambuco, podendo mais representar o(s) outorgante (s) junto a quaisquer repartições pública ou bancária, passar recibos, receber, desistir, fazer acordo, assinar e requerer qualquer documento que seja apresentado que se relacione com o recebimento da indenização e liquidação do sinistro, enfim, praticar todos os atos necessários ao bom e fiel desempenho do presente mandato, com os poderes irrevogáveis.

FREI MIGUELINHO- PE, 23 de ABRIL de 2019.

OUTORGANTE: à rogo x Zairinaldo do Sile
Impressão digital

RG nº 411.29586-4
CPF nº 085.858.104-32

TESTEMUNHAS: * Rabelo, Josely de Lima

RG nº 8.467.432
CPF nº 093.005.244-70

x Patrícia Alves de Lima
 RG nº 8.407.820
 CPF nº 091.757.064-23

SERVENÇA NOTARIAL
F. REGISTRAL
VERTENTES-PE

Non Pro. Usado para o Cartão 20 - Cartão Vertentes - PE
Forma 12/31/1995 - 12/31/2000 - 2000/01/01

Reconheço por autenticidade a firma de **JOSÉ NIVALDO DA SILVA**, Dou-
vertentes-PE, 20/04/2019.

Em test. da verdade: ***ALBSON SOARES BARBOSA***
Subscrito. Selo: 0102405.NNNNN/2019/01.3048.1. Semelh: 3 5/1.
TSNR: R\$ 0,00. FERC70.10. ISS: 0.001

Albson Soares Barbosa

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: MARIA DAS DORES DOS SANTOS ARRUDA, portadora do RG 6.092.406 SSP/PE e CPF 920.672.554-87, brasileira, analfabeta, agricultora, domiciliada e residente no Si Lagoa do Meio, 1100, Chã do Carmo, Frei Miguelinho-PE. Pelo presente instrumento particular de procuração, nomeia e constitui sua bastante procuradora a **Srª ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES**, brasileira, alfabetizada, auxiliar administrativo, portadora do RG 4.810.389 SSP/PE e CPF 945.234.444-04, domiciliada e residente na Rua João Batista, 370, Centro, Surubim-PE. Por sua representante legal, a quem confere amplos e ilimitados poderes e com o fim especial para representar a(o) outorgante junto a quaisquer **SEGURADORA** do consórcio de seguro obrigatório e danos pessoais do ramo **DPVAT**, tratando de todos os seus interesses e direitos com relação ao recebimento da indenização deixada pela **INVALIDEZ** sofrida pela vítima **MARIA DAS DORES DOS SANTOS ARRUDA**, portador do CPF 920.672.554-87, o qual foi vítima de acidente de trânsito, fato ocorrido no dia **05/02/2019**, podendo o seu dito procurador **APRESENTAR, FIRMAR DOCUMENTOS, DECLARAÇÕES E ASSINAR O FORMULÁRIO DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT**, receber a devida indenização, através de cheque ou dinheiro, tanto da seguradora competente, como de qualquer agência bancária do estado de Pernambuco, podendo mais representar o(s) outorgante (s) junto a quaisquer **repartições pública ou bancária**, passar recibos, receber, desistir, fazer acordo, **assinar e requerer qualquer documento que lhe for apresentado que se relacione com o recebimento da indenização e liquidação do sinistro**, enfim, praticar todos os atos necessários ao bom e fiel desempenho do presente mandato, com os poderes irrevogáveis.

FREI MIGUELINHO- PE, 23 de ABRIL de 2019.

OUTORGANTE:
Impressão digital

à rogo x *Zart vialdo do selo.*

RG nº 11129586-1
CPF nº 085.858.104-32



TESTEMUNHAS:

* Rabelo Seselo de Lima

RG n° 8.467.432
CPE n° 093.005.244-70

x Patrícia Alves de Lima

RG nº 8.407.820
CPF nº 091.757.064-23



30 TABEJ IONATI

Reconheço por SEMELHANÇA 1 firma(s) de: (1) Nelson Soares
Doufe, Silviano, apelido: Zezé, nascido em 07 de abril de 2019 -
Em Testamento () Co (x) verdade.
Elizabete Lima de Andrade Zaidueira - Substituta
Total: 4,75 VOTO(S) SORTEIO COM SELLO DE AUTENTICIDADE#
Selo(s): 0062824-2SO20201901-0156.

SERVENTIA NOTARIAL
E REGISTRAL
VERTENTES - PE

Reconheço por autenticidade a firma de JOSÉ NIVALDO DA SILVA. Dos
Vertentes PE 23/04/2019.

Em teste de verdade: "AELSON SOARES BARBOSA".
Substituto: Selo: 0162405 NNN64201901.00484. E-mail: R\$ 3,51.
TSNR: R\$ 0,80, FERC: 0,40, ISS: 0,08).



DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

17 JUL 2019

Gente Seguradora S/A.
Av. Rui Barbosa, 715 - Lj. 5
Recife - PE

2º TABELIONATO
TABELIONATO DE NOTAS E PROTESTOS DE SURUBIM-PE
Rua Sete de Setembro, 51 - Centro - Surubim-PE
Fone: (81) 3034-1813 - E-mail: tabelionato@tabelionatope.com.br
CNPJ: 06.904.120/0001-01

Reconheço por **AUTENTICIDADE** 1 firma(s) de: (1) PATRICIA ALVES DE LIMA
Dou fe. Surubim, segunda-feira, 29 de abril de 2019 - 09:11h
Em Testemunha da verdade,
Elizabeth L. de A. da Silva 2ª Substituta
Total: 4,79
Selo(s): 00732412004201901.01380-Rua Sete de Setembro, nº 10 - Centro - SURUBIM-PE
Consulte autenticidade em: www.gpe.pe.br/tabelionato



171296

2º TABELIONATO
TABELIONATO DE NOTAS E PROTESTOS DE SURUBIM-PE
Rua Sete de Setembro, 51 - Centro - Surubim-PE
Fone: (81) 3034-1813 - E-mail: tabelionato@tabelionatope.com.br
CNPJ: 06.904.120/0001-01

Reconheço por **AUTENTICIDADE** 1 firma(s) de: (1) RAFAELA JOSEFA DE LIMA
Dou fe. Surubim, segunda-feira, 29 de abril de 2019 - 09:09h
Em Testemunha da verdade,
Elizabeth L. de A. da Silva 2ª Substituta
Total: 4,79
Selo(s): 00732412004201901.01379-Rua Sete de Setembro, nº 10 - Centro - SURUBIM-PE
Consulte autenticidade em: www.gpe.pe.br/tabelionato



171295

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0205067/19

Número do Sinistro: 3190384003

Vítima: MARIA DAS DORES DOS SANTOS ARRUDA

CPF: 920.672.554-87

CPF de: Próprio

Data do acidente: 05/02/2019

Titular do CPF: MARIA DAS DORES DOS SANTOS ARRUDA

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Documentação médico-hospitalar

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- 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.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 06/08/2019

Nome: ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES

CPF: 945.234.444-04

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 06/08/2019

Nome: JULIANA BEZERRA DE LUNA

CPF: 114.202.964-69

ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES

JULIANA BEZERRA DE LUNA

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0205067/19

Número do Sinistro: 3190384003

Vítima: MARIA DAS DORES DOS SANTOS ARRUDA

CPF: 920.672.554-87

CPF de: Próprio

Data do acidente: 05/02/2019

Titular do CPF: MARIA DAS DORES DOS SANTOS ARRUDA

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Documentação médico-hospitalar

Outros

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- 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.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 23/08/2019

Nome: ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES

CPF: 945.234.444-04

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 23/08/2019

Nome: JULIANA BEZERRA DE LUNA

CPF: 114.202.964-69

ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES

JULIANA BEZERRA DE LUNA

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0205067/19

Vítima: MARIA DAS DORES DOS SANTOS ARRUDA

CPF: 920.672.554-87

CPF de: Próprio

Data do acidente: 05/02/2019

Titular do CPF: MARIA DAS DORES DOS SANTOS ARRUDA

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
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 DAS DORES DOS SANTOS ARRUDA : 920.672.554-87

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- 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.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 17/06/2019
Nome: ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES
CPF: 945.234.444-04

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 17/06/2019
Nome: Isabelly Antonia dos Santos Ursulino
CPF: 106.719.384-79

ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Isabelly Antonia dos Santos Ursulino

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0205067/19

Número do Sinistro: 3190384003

Vítima: MARIA DAS DORES DOS SANTOS ARRUDA

CPF: 920.672.554-87

CPF de: Próprio

Data do acidente: 05/02/2019

Titular do CPF: MARIA DAS DORES DOS SANTOS ARRUDA

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência

Comprovação de ato declaratório

Declaração de Inexistência de IML

ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES : 945.234.444-04

Procuração

MARIA DAS DORES DOS SANTOS ARRUDA : 920.672.554-87

Autorização de pagamento

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- 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.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 17/07/2019

Nome: ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES

CPF: 945.234.444-04

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 17/07/2019

Nome: Marta Marinho dos Santos

CPF: 492.294.514-87

ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Marta Marinho dos Santos

Rio de Janeiro, 18 de Junho de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190384003

Vítima: MARIA DAS DORES DOS SANTOS ARRUDA

Data do Acidente: 05/02/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), MARIA DAS DORES DOS SANTOS ARRUDA

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, 18 de Junho de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190384003

Vítima: MARIA DAS DORES DOS SANTOS ARRUDA

Data do Acidente: 05/02/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), MARIA DAS DORES DOS SANTOS ARRUDA

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

Autorização de pagamento incompleto(a), necessário apresentar o documento completo sem rasuras ou abreviações.

Boletim de ocorrência incorreto(a), necessário verificar as informações e apresentar o documento com os dados corretos.

Declaração de Inexistência de IML incompleto(a), necessário apresentar o documento completo sem rasuras ou abreviações.

Comprovação de ato declaratório incorreto(a), necessário verificar as informações e apresentar o documento com os dados corretos.

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 22 de Julho de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190384003

Vítima: MARIA DAS DORES DOS SANTOS ARRUDA

Data do Acidente: 05/02/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), MARIA DAS DORES DOS SANTOS ARRUDA

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

Documentação médico-hospitalar

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 09 de Agosto de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190384003

Vítima: MARIA DAS DORES DOS SANTOS ARRUDA

Data do Acidente: 05/02/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), MARIA DAS DORES DOS SANTOS ARRUDA

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, foi verificada a necessidade de realização de avaliação médica presencial para a identificação e/ou enquadramento da invalidez permanente de acordo com a tabela prevista na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do seu pedido fica interrompido e sua contagem será reiniciada após a emissão do laudo da avaliação médica.

O não comparecimento à avaliação médica agendada poderá gerar o cancelamento do pedido do Seguro DPVAT.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 18 de Agosto de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190384003

Vítima: MARIA DAS DORES DOS SANTOS ARRUDA

Data do Acidente: 05/02/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), MARIA DAS DORES DOS SANTOS ARRUDA

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 2.868,75

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos ombros
25%

Graduação: Em grau residual 10%

% Invalidez Permanente DPVAT: (10% de 25%) 2,50%

Valor a indenizar: 2,50% x 13.500,00 = R\$ 337,50

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

Graduação: Em grau intenso 75%

% Invalidez Permanente DPVAT: (75% de 25%) 18,75%

Valor a indenizar: 18,75% x 13.500,00 = R\$ 2.531,25

Recebedor: MARIA DAS DORES DOS SANTOS ARRUDA

Valor: R\$ 2.868,75

Banco: 237

Agência: 000000835-4

Conta: 0000021618-6

Tipo: CONTA CORRENTE

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.

Atenciosamente,



Rio de Janeiro, 30 de Agosto de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190384003

Vítima: MARIA DAS DORES DOS SANTOS ARRUDA

Data do Acidente: 05/02/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Assunto: REANÁLISE DO PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), MARIA DAS DORES DOS SANTOS ARRUDA

Após revisão da Análise Médica Documental ou perícia em 30/08/2019, 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



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:

☐ DANO (DESPEAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

☒ INVALIDEZ PERMANENTE

☐ MORTE

Nº do sinistro ou AS:

CPF da vítima:

Nome completo da vítima:

920.672.554-87 MARIA DAS DORES DOS SANTOS ARRUDA

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSP Nº 405/2012

Nome completo:

MARIA DAS DORES DOS SANTOS ARRUDA

Profissão:

RECINE

Endereço:

SILLAGOA DO MEIO

Cidade:

CHÃO CARMO

Estado:

PE

E-mail:

CPF:

920.672.554-87

Número:

1200

Complemento:

CASA

CEP:

55780-000

Tel.(DDD):

(81) 9700-1998

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

RENDIA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR

☐ ATÉ R\$1.000,00

☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00

☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00

☐ ACIMA DE R\$10.000,00

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

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

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☐ Caixa Econômica Federal (101)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: BRADESCO

AGÊNCIA:

(informar o dígito se existir)

CONTA:

(informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

0835

4

CONTA:

21618

6

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins da apuração da indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

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

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

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

Pelo motivo acima, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em não submeter à avaliação médica os custos da Seguradora Líder para verificação da existência e qualificação das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica e renúncia ao direito de contestá-la, caso discordo de seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICO BENEFICIÁRIO - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado Civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do CBto da vítima:

Gravidez da vítima: ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tenha filhos, informar quantos: ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso ocorra, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e comprovarem este caso, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, a fim de responsabilizar criminalmente a infração do artigo 299 do Código Penal.

Local e Data: FEEL MIGUELIMHO, PE, 12/06/19
Nome: JOSE NIVALDO DA SILVA
CPF: 085.858.104-32
Jose Nivaldo da Silva
(*) Assinatura de quem assinou o IML

TESTEMUNHAS
1ª Nome: RAFAELA JOSEFA DE LIMA
CPF: 093.005.344-70
Rafaela Josefa de Lima
Assinatura

2ª Nome: PAULINA ALVES DE LIMA
CPF: 091.757.064-23
Paulina Alves de Lima
Assinatura

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

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

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: _____ CPF da vítima: 920.672.554-87 Nome completo da vítima: MARIA DAS DORES DOS SANTOS ARRUDA

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

Nome completo: MARIA DAS DORES DOS SANTOS ARRUDA CPF: 920.672.554-87

Profissão: REC-INT Endereço: SI LAGOA DO MEIO Número: 1300 Complemento: CASA

Bairro: CHÃO CARMO Cidade: FREI MIGUELINHO Estado: PE CEP: 55780-000

E-mail: _____ Tel (DDD): (11) 9700-1998

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

RECEITA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

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

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: BRADESCO

AGÊNCIA: 0835 4 CONTA: 21618 6

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- ☒ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- ☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- ☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
17 JUL 2019
Gente Seguradora S/A
Av. Rui Barbosa, 715 - Lj.
Recife - PE

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Vivos: _____ Falecidos: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ 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.

Local e Data: FREI MIGUELINHO PE 12/06/19

Nome: JOSE NIVALDO DA SILVA

CPF: 085.858.104-32

Jose Nivaldo da Silva

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

TESTEMUNHAS

1ª Nome: RAFAELA JOSEFA DE LIMA

CPF: 093.005.244-70

Rafaela Josefa de Lima

Assinatura

2ª Nome: PATRICIA ALVES DE LIMA

CPF: 091.757.064-23

Patricia Alves de Lima

Assinatura

Assinatura da vítima/beneficiário (decl):

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

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

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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Número do Sinistro: 3190384003
Nome do(a) Examinado(a): Maria das Dores dos Santos Arruda
Endereço do(a) Examinado(a): Si Lagoa do Meio, 1100
Cha do Carmo Frei Miguelinho PE CEP: 55780-000
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SSP / PE] 6092406
Data local do acidente: [05/02/2019]
Data local do exame: [12/08/2019] Caruaru [PE]

Resultado da Avaliação Médica

- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:
FRATURA DE TIBIA PROXIMAL A ESQUERDA E DE CLAVÍCULA ESQUERDA
- II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.
**Tratamento: TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DE PLATO TIBIAL , PLACA
TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DE CLAVÍCULA ESQUERDA FIO DE KIRCHNER
Complicações: SEM COMPLICAÇÕES DO REFERIDO ACIDENTE
Data da Alta: 02/07/2019**
- III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado:
**APRESENTA INCISÃO JA CICATRIZADA EM REGIÃO ANTEROLATERAL DA PERNA ESQUERDA, COM BLOQUEIO ARTICULAR DO JOELHO EM POSTURA DE EXTENSÃO DA PERNA
APRESENTA PERDA DISCRETA DE MOBILIDADE ARTICULAR EM OMBRO COM PREJUÍZO NA ROTAÇÃO INTERNA DO OMBRO ESQUERDO**
- IV. Nexo de casualidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?
(X) Sim () Não
- V. Existe seqüela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)
(X) Sim () Não
- VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:
**PERDA DE MOBILIDADE ARTICULAR EM JOELHO ESQUERDO
LIMITAÇÃO DE ROTAÇÃO DO OMBRO 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 o 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 seqüela 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 parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.
- | | |
|--|---|
| Região Corporal (Sequela):
JOELHO - Lado Esquerdo
% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio (X) 75% intensa () 100% completo | Região Corporal (Sequela):
OMBRO - Lado Esquerdo
% do dano: (X) 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 à valoração do dano corporal.

Assinatura d(a)o Médico(a) Examinador(a)
Carimbo com Nome e CRM


Jackson José Florêncio Junior
Cirurgião / Traumatologista
CRM - PE 18.573
TEOT 13921



529160

0205067/19

**GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 131ª CIRCUNSCRIÇÃO - VERTENTES - DP131ªCIRC
DINTER1/17ªDESEC**

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 19E0221000256

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **23/04/2019** às **09:34**

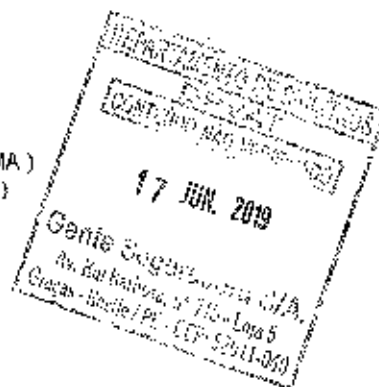
Complementa o BO Número: **19E0221000168**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia **5/2/2019** às **08:30**

Fato ocorrido no endereço: **RODOVIA PE 90, 1, SÍTIO SERRA SECA** - Bairro: **CENTRO** - **VERTENTES/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **RODOVIA ESTADUAL**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR/AGENTE)
JOSE NIVALDO DA SILVA (NOTICIANTE)
MANOEL ROGERIO BARBOSA DA SILVA (VITIMA)
MARIA JOSÉ DE SANTANA BARBOSA (VITIMA)
EDIVALDO JOÃO SANTANA (VITIMA)
JANICLEIDE MARIA DA SILVA (VITIMA)
MARIA DAS DORES DOS SANTOS (VITIMA)



Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): **MANOEL ROGERIO BARBOSA DA SILVA**

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

MANOEL ROGERIO BARBOSA DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **JOSEFA BARBOSA DA SILVA** Pai: **SEBASTIÃO JOÃO DA SILVA** Data de Nascimento: **1/8/1976** Nacionalidade: **BRUBIM / PERNAMBUCO / BRASIL**
Endereço Residencial: **MUNICÍPIO DE SANTA MARIA DO CAMBUCA, 1, SÍTIO PACARÉ, Nº 370, ZONA RURAL - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - SANTA MARIA DO CAMBUCA/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

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

MARIA JOSÉ DE SANTANA BARBOSA (não presente ao plantão) - Sexo: **Feminino** Mãe: **ANTONIA MARIA DE**

LIMA SANTANA Pai: **SEVERINO ANDRÉ SANTANA** Data de Nascimento: **2/12/1974** Naturalidade: **SURUBIM / PERNAMBUCO / BRASIL**
Endereço Residencial: **MUNICÍPIO DE CASINHAS, 1, SÍTIO VILA CHEUS, 130 - CEP: 0 - Bairros: ZONA RURAL - CASINHAS/PERNAMBUCO/BRASIL**

EDIVALDO JOÃO SANTANA (não presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **MARIA IZaura DE SANTANA**
Pai: **JOÃO JOAQUIM DE SANTANA** Data de Nascimento: **30/9/1984** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**
Endereço Residencial: **MUNICÍPIO DE SANTA MARIA DO CAMBUCA, 1, SÍTIO PINTOS, 970 - CEP: 55000-000 - Bairros: CENTRO - SANTA MARIA DO CAMBUCA/PERNAMBUCO/BRASIL**

JANICLEIDE MARIA DA SILVA (não presente ao plantão) - Sexo: **Feminino** Mãe: **SEVERINA MARIA DA SILVA**
Pai: **MANOEL ANTONIO DA SILVA** Data de Nascimento: **24/4/1981** Naturalidade: **LIMOEIRO / PERNAMBUCO / BRASIL**
Endereço Residencial: **MUNICÍPIO DE SURUBIM, 1, LOTEAMENTO NOVO, EM FRENTE AO DETRAN, SURUBIM PE - CEP: 55000-000 - Bairros: CENTRO - SURUBIM/PERNAMBUCO/BRASIL**

MARIA DAS DORES DOS SANTOS (não presente ao plantão) - Sexo: **Feminino** Mãe: **MARIA EMILIA DA SILVA**
Pai: **SATIRO FERREIRA DOS SANTOS** Data de Nascimento: **10/3/1971** Naturalidade: **VERTENTES / PERNAMBUCO / BRASIL**
Endereço Residencial: **MUNICÍPIO DE FREI MIGUELINHO, 1100, SÍTIO LAGOA DO MEIO OU CHA DO CARMO - CEP: 55000-000 - Bairros: CENTRO - FREI MIGUELINHO/PERNAMBUCO/BRASIL**

JOSE NIVALDO DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **RITA LEOPOLDINA DA SILVA** Data de Nascimento: **22/8/1976** Naturalidade: **FREI MIGUELINHO / PERNAMBUCO / BRASIL**
Endereço Residencial: **MUNICÍPIO DE FREI MIGUELINHO, 1100, SÍTIO LAGOA DO MEIO OU CHA DO CARMO - CEP: 55000-000 - Bairros: CENTRO - FREI MIGUELINHO/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

VEÍCULO AUTOMOTOR (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **MANOEL ROGERIO BARBOSA DA SILVA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **MANOEL ROGERIO BARBOSA DA SILVA**
Categoria/Marca/Modelo: **MICROONIBUS/NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **AZUL** - Quantidade: **0 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **JTG65584** (PERNAMBUCO/SANTA MARIA DO CAMBUCA) Renavam: **633607078** Classe: **08REJ005831004087**
Ano Fabricação/Modelo: **1995/1995**

Complemento / Observação

A VÍTIMA, SR MANOEL ROGERIO BARBOSA DA SILVA, COMPARECU A ESTA DELEGACIA INFORMANDO QUE NO DIA 05/02/2019, POR VOLTA DAS 08H30, CONDUZIA SEU VEICULO TOYOTA RANDEIRANTE, DE PLACA JTG 6684, TRAFEGANDO NA PE-00, SENTIDO TORITAMA-VERTENTES, QUANDO, AO PASSAR NAS PROXIMIDADES DO SÍTIO SERRA SECA, APÓS UMA FALHA MECÂNICA NA RODA DIANTEIRA DO LADO ESQUERDO, O MESMO PERDEU O CONTROLE DO REFERIDO VEÍCULO VINDO A CAOTAR POR VÁRIAS VEZES, CAUSANDO LESÕES GRAVES EM SUA PESSOA. ALÉM DO CONDUTOR, VIAJAVAM NO REFERIDO VEÍCULO AS VÍTIMAS QUALIFICADAS NESTE BOLETIM DE OCORRÊNCIA, TODAS SOFRERAM LESÕES, SENDO SOCORRIDAS AO HOSPITAL NOSSA SENHORA DE FÁTIMA, LOCALIZADO NA CIDADE DE TORITAMA. O SR. JOSÉ NIVALDO NESTA DATA 23/04/2019 VEIO A ESTA D.P. INFORMAR QUE SUA COMPANHEIRA (MARIA DAS DORES DOS SANTOS) ESTAVA NO ACIDENTE ACIMA CITADO, ONDE VIAJAVA COMO PASSEAGEIRA, E EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE ELA SOFREU VÁRIAS LESÕES CORPORAIS GRAVES E LOGO APÓS O ACIDENTE DEU ENTRADA NO HOSPITAL MUNICIPAL DE TORITAMA, MAS DEVIDO A GRAVIDADE DOS FERIMENTOS FOI TRANSFERIDA PARA O HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE NA CIDADE DE CARUARU E DE LÁ FOI TRANSFERIDA NOVAMENTE PARA O HOSPITAL JESUS PEQUENINO NA CIDADE DE BEZERRAS, ONDE FOI SUBMETIDA A TRATAMENTO CIRÚRGICO.

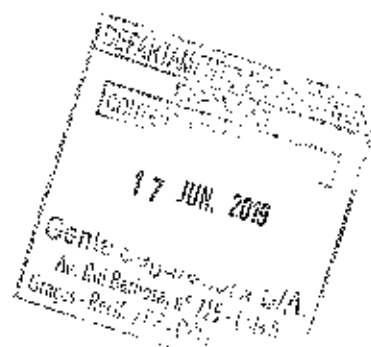
Assinatura da(s) pessoa(s) presente nesta unidade policial

MANOEL ROGERIO BARBOSA DA SILVA
(VÍTIMA)



Jose Nivaldo da Silva
JOSE NIVALDO DA SILVA
(NOTICIANTE)

B.O. registrado por: **ANDERSON EDGLEY PEREIRA DA COSTA** - Matrícula: **298784-7**





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 131ª CIRCUNSCRIÇÃO - VERTENTES - DP131ªCIRC
DINTER1/17ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 19E0221000168

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **13/03/2019** às **10:14**

Complementado pelo BO Número: **19E0221000256**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia **5/2/2019** às **08:30**

Fato ocorrido no endereço: **RODOVIA PE 90, 1, SÍTIO SERRA SECA** - Bairro: **CENTRO** -
VERTENTES/PERNAMBUCO/BRASIL
Local do Fato: **RODOVIA ESTADUAL**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR / AGENTE)
MANOEL ROGERIO BARBOSA DA SILVA (VITIMA)
MARIA JOSÉ DE SANTANA BARBOSA (VITIMA)
EDIVALDO JOÃO SANTANA (VITIMA)
JANICLEIDE MARIA DA SILVA (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

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

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

MANOEL ROGERIO BARBOSA DA SILVA (presente no plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **JOSEFA BARBOSA DA SILVA** Pai: **SEBASTIÃO JOÃO DA SILVA** Data de Nascimento: **1/6/1976** Naturalidade: **SURUBIM / PERNAMBUCO / BRASIL**

Endereço Residencial: **MUNICÍPIO DE SANTA MARIA DO CAMBUCA, 1, SÍTIO PACARÉ, Nº 370, ZONA RURAL - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - SANTA MARIA DO CAMBUCA/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

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

MARIA JOSÉ DE SANTANA BARBOSA (não presente ao plantão) - Sexo: **Feminino** Mãe: **ANTONIA MARIA DE LIMA SANTANA** Pai: **SEVERINO ANDRÉ SANTANA** Data de Nascimento: **8/12/1974** Naturalidade: **SURUBIM / PERNAMBUCO / BRASIL**



Endereço Residencial: **MUNICÍPIO DE CASINHAS, 1, SÍTIO VILA CHEUS, 136 - CEP: 0 - Bairros: ZONA RURAL - CASINHAS/PERNAMBUCO/BRASIL**

EDIVALDO JOÃO SANTANA (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: MARIA IZAURA DE SANTANA
 Pai: **JOÃO JOAQUIM DE SANTANA** Data de Nascimento: **30/9/1984** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

Endereço Residencial: **MUNICÍPIO DE SANTA MARIA DO CAMBUCA, 1, SÍTIO PINTOS, 970 - CEP: 55000-000 - Bairros: CENTRO - SANTA MARIA DO CAMBUCA/PERNAMBUCO/BRASIL**

JANICLEIDE MARIA DA SILVA (não presente ao plantão) - Sexo: Feminino Mãe: SEVERINA MARIA DA SILVA
 Pai: **MANOEL ANTONIO DA SILVA** Data de Nascimento: **24/4/1981** Naturalidade: **LIMOEIRO / PERNAMBUCO / BRASIL**

Endereço Residencial: **MUNICÍPIO DE SURUBIM, 1, LOTEAMENTO NOVO, EM FRENTE AO DETRAN, SURUBIM-PE - CEP: 55000-000 - Bairros: CENTRO - SURUBIM/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

VEÍCULO AUTOMOTOR (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **MANOEL ROGERIO BARBOSA DA SILVA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **MANOEL ROGERIO BARBOSA DA SILVA**

Categoria/Marca/Modelo: **MICROONIBUS/NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**
 Cor: **AZUL** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **JTG5584** (PERNAMBUCO/SANTA MARIA DO CAMBUCA) Renavam: **633607878** Chassi: **9BREJ005081004097**
 Ano Fabricação/Modelo: **1995/1995**

Complemento / Observação

A VÍTIMA, SR MANOEL ROGERIO BARBOSA DA SILVA, COMPARECEU A ESTA DELEGACIA INFORMANDO QUE NO DIA 05/02/2019, POR VOLTA DAS 08H30, CONDUZIA SEU VEÍCULO TOYOTA BANDEIRANTE, DE PLACA JTG 5584, TRAFEGANDO NA PE-90, SENTIDO TORITAMA-VERTENTES, QUANDO, AO PASSAR NAS PROXIMIDADES DO SÍTIO SERRA SECA, APÓS UMA FALHA MECÂNICA NA RODA DIANTEIRA DO LADO ESQUERDO, O MESMO PERDEU O CONTROLE DO REFERIDO VEÍCULO VINDO A CAOTAR POR VÁRIAS VEZES, CAUSANDO LESÕES GRAVES EM SUA PESSOA. ALÉM DO CONDUTOR, VIAJAVAM NO REFERIDO VEÍCULO AS VÍTIMAS QUALIFICADAS NESTE BOLETIM DE OCORRÊNCIA, TODAS SOFRERAM LESÕES, SENDO SOCORRIDAS AO HOSPITAL NOSSA SENHORA DE FÁTIMA, LOCALIZADO NA CIDADE DE TORITAMA.

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

MANOEL ROGERIO BARBOSA DA SILVA
(VITIMA)

B.O. registrado por: **Valeriano José Barbosa Neto** - Matrícula: **3869997**





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLICIA DA 131ª CIRCUNSCRIÇÃO - VERTENTES - DP131ªCIRC
DINTER1/17ªDESEC

BOLETIM DE Ocorrência Nº. 19E0221000456

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **08/07/2019** às **14:18**

Complementa o BO Número: **19E0221000256**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia **5/2/2019** às **08:30**

Fato ocorrido no endereço: **RODOVIA PE 90, 1, SÍTIO SERRA SECA** - Bairro: **CENTRO** -
VERTENTES/PERNAMBUCO/BRASIL
Local do Fato: **RODOVIA ESTADUAL**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR/AGENTE)
JOSE NIVALDO DA SILVA (NOTICIANTE)
MANOEL ROGERIO BARBOSA DA SILVA (VITIMA)
MARIA JOSÉ DE SANTANA BARBOSA (VITIMA)
EDIVALDO JOÃO SANTANA (VITIMA)
JANICLEIDE MARIA DA SILVA (VITIMA)
MARIA DAS DORES DOS SANTOS ARRUDA (VITIMA)



Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

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

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

MANOEL ROGERIO BARBOSA DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **JOSEFA BARBOSA DA SILVA** Pai: **SEBASTIÃO JOÃO DA SILVA** Data de Nascimento: **1/6/1976** Naturalidade: **SURUBIM / PERNAMBUCO / BRASIL**
Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE SANTA MARIA DO CAMBUCA, 1, SÍTIO PACARÉ, Nº 370, ZONA RURAL - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - SANTA MARIA DO CAMBUCA/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

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

MARIA JOSÉ DE SANTANA BARBOSA (não presente ao plantão) - Sexo: **Feminino** Mãe: **ANTONIA MARIA DE**

LIMA SANTANA Pai: **SEVERINO ANDRÉ SANTANA** Data de Nascimento: **8/12/1974** Naturalidade: **SURUBIM / PERNAMBUCO / BRASIL**

Endereço Residencial: **MUNICÍPIO DE CASINHAS, 1, SÍTIO VILA CHEUS, 136 - CEP: 0 - Bairros: ZONA RURAL - CASINHAS/PERNAMBUCO/BRASIL**

EDIVALDO JOÃO SANTANA (não presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **MARIA IZAURA DE SANTANA** Pai: **JOÃO JOAQUIM DE SANTANA** Data de Nascimento: **30/9/1984** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

Endereço Residencial: **MUNICÍPIO DE SANTA MARIA DO CAMBUCA, 1, SÍTIO PINTOS, 970 - CEP: 55000-000 - Bairros: CENTRO - SANTA MARIA DO CAMBUCA/PERNAMBUCO/BRASIL**

JANICLEIDE MARIA DA SILVA (não presente ao plantão) - Sexo: **Feminino** Mãe: **SEVERINA MARIA DA SILVA** Pai: **MANOEL ANTONIO DA SILVA** Data de Nascimento: **24/4/1981** Naturalidade: **LIMOEIRO / PERNAMBUCO / BRASIL**

Endereço Residencial: **MUNICÍPIO DE SURUBIM, 1, LOTEAMENTO NOVO, EM FRENTE AO DETRAN, SURUBIM-PE - CEP: 55000-000 - Bairros: CENTRO - SURUBIM/PERNAMBUCO/BRASIL**

MARIA DAS DORES DOS SANTOS ARRUDA (presente ao plantão) - Sexo: **Feminino** Mãe: **MARIA EMILIA DA SILVA** Pai: **SATIRO FERREIRA DOS SANTOS** Data de Nascimento: **10/9/1971** Naturalidade: **VERTENTES / PERNAMBUCO / BRASIL**

Endereço Residencial: **MUNICÍPIO DE FREI MIGUELINHO, 1100, SÍTIO LAGOA DO MEIO OU CHA DO CARMO - CEP: 55000-000 - Bairros: CENTRO - FREI MIGUELINHO/PERNAMBUCO/BRASIL**

JOSE NIVALDO DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **RITA LEOPOLDINA DA SILVA** Data de Nascimento: **22/8/1975** Naturalidade: **FREI MIGUELINHO / PERNAMBUCO / BRASIL**

Endereço Residencial: **MUNICÍPIO DE FREI MIGUELINHO, 1100, SÍTIO LAGOA DO MEIO OU CHA DO CARMO - CEP: 55000-000 - Bairros: CENTRO - FREI MIGUELINHO/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

VEÍCULO AUTOMOTOR (VEÍCULO) de propriedade do(a) Sr(a): **MANOEL ROGERIO BARBOSA DA SILVA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **MANOEL ROGERIO BARBOSA DA SILVA**

Categoria/Marca/Modelo: **MICROONIBUS/NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **AZUL** - Quantidade: **0 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **JTG5584** (PERNAMBUCO/SANTA MARIA DO CAMBUCA) Renavam: **633607878** Chassi: **9BREJ005081004097**
Ano Fabricação/Modelo: **1995/1995**

Complemento / Observação

A VÍTIMA, SR MANOEL ROGERIO BARBOSA DA SILVA, COMPARECEU A ESTA DELEGACIA INFORMANDO QUE NO DIA 05/02/2019, POR VOLTA DAS 08H30, CONDUZIA SEU VEÍCULO TOYOTA BANDEIRANTE, DE PLACA JTG 5584, TRAFEGANDO NA PE-90, SENTIDO TORITAMA-VERTENTES, QUANDO, AO PASSAR NAS PROXIMIDADES DO SÍTIO SERRA SECA, APÓS UMA FALHA MECÂNICA NA RODA DIANTEIRA DO LADO ESQUERDO, O MESMO PERDEU O CONTROLE DO REFERIDO VEÍCULO VINDO A CAPOTAR POR VÁRIAS VEZES, CAUSANDO LESÕES GRAVES EM SUA PESSOA. ALÉM DO CONDUTOR, VIAJAVAM NO REFERIDO VEÍCULO AS VÍTIMAS QUALIFICADAS NESTE BOLETIM DE OCORRÊNCIA, TODAS SOFRERAM LESÕES, SENDO SOCORRIDAS AO HOSPITAL NOSSA SENHORA DE FÁTIMA, LOCALIZADO NA CIDADE DE TORITAMA. O SR. JOSÉ NIVALDO NESTA DATA 23/04/2019 VEIO A ESTA D.P. INFORMAR QUE SUA COMPANHEIRA (MARIA DAS DORES DOS SANTOS) ESTAVA NO ACIDENTE ACIMA CITADO, ONDE VIAJAVA COMO PASSAGEIRA, E EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE ELA SOFREU VÁRIAS LESÕES CORPORAIS GRAVES E LOGO APÓS O ACIDENTE DEU ENTRADA NO HOSPITAL MUNICIPAL DE TORITAMA, MAS DEVIDO A GRAVIDADE DOS FERIMENTOS FOI TRANSFERIDA PARA O HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE NA CIDADE DE CARUARU E DE LÁ FOI TRANSFERIDA NOVAMENTE PARA O HOSPITAL JESUS PEQUENINO NA CIDADE DE BEZERROS, ONDE FOI SUBMETIDA A TRATAMENTO CIRÚRGICO. OBS: COMPARECEU NESTA DATA A VÍTIMA TENDO APRESENTADO SUA RG. DE NÚMERO 6092406 SSP/PE ONDE FICOU COMPROVADO QUE O SEU NOME CORRETO TRATA-SE DE MARIA DAS DORES DOS SANTOS ARRUDA.

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

MANOEL ROGERIO BARBOSA DA SILVA



(VITIMA)

MARIA DAS DORES DOS SANTOS ARRUDA
(VITIMA)

JOSE NIVALDO DA SILVA
(NOTICIANTE)

B.O. registrado por: **VINICIUS DE ALENCASTRO LERAL CORRÊA** - Matrícula: 272974-1



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:

☐ DANO (DESPEAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

☒ INVALIDEZ PERMANENTE

☐ MORTE

Nº do sinistro ou AS:

CPF da vítima:

Nome completo da vítima:

920.672.554-87 MARIA DAS DORES DOS SANTOS ARRUDA

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSP Nº 405/2012

Nome completo:

MARIA DAS DORES DOS SANTOS ARRUDA

Profissão:

RECINE

Endereço:

SILLAGOA DO MEIO

Cidade:

CHÃO CARMO

Estado:

PE

E-mail:

CPF:

920.672.554-87

Número:

1200

Complemento:

CASA

CEP:

55780-000

Tel.(DDD):

(81) 9700-1998

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

RENDA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR

☐ ATÉ R\$1.000,00

☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00

☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00

☐ ACIMA DE R\$10.000,00

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

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

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☐ Caixa Econômica Federal (101)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

BRADESCO

AGÊNCIA:

CONTA:

(informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

0835

4

CONTA:

21618

6

(informar o dígito se existir)

(informar o dígito se existir)

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins da apuração da indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

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

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

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

Pelo motivo acima, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em não submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e qualificação das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica e renúncia ao direito de contestá-la, caso discordo de seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICO BENEFICIÁRIO - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado Civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo

Data do CBto da vítima:

Gráu de Parentesco com a vítima:

Vítima deixou companheiro(a) ☐ Sim ☐ Não

Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

Vítima teve filhos?

☐ Sim ☐ Não

Se tenha filhos, informar quantos:

Vivos:

Falecidos:

Vítima deixou nascituro (vai nascer)?

☐ Sim ☐ Não

Vítima deixou pais/avós vivos?

☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso ocorra, a indenização do Seguro DPVAT por morte às únicas beneficiárias que se apresentarem e apresentar esta carta, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de restituir o valor recebido, a fim de responsabilização criminal, por infração do artigo 299 do Código Penal.

Assinatura da vítima/beneficiário (se não for, assinar o representante legal)

Local e Data: FREDMIGUELINHO/PE, 12/06/19

Nome: JOSE NIVALDO DA SILVA

CPF: 085.858.104-32

Jose Nivaldo da Silva

(*) Assinatura de quem assinou o CBTO

TESTEMUNHAS

1ª Nome: RAFAELA JOSEFA DE LIMA

CPF: 093.005.344-70

Rafaela Josefa de Lima

Assinatura

2ª Nome: PATRICIA ALVES DE LIMA

CPF: 091.757.064-23

Patricia Alves de Lima

Assinatura

Assinatura da vítima/beneficiário (declarando)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

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

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: _____ CPF da vítima: 920.672.554-87 Nome completo da vítima: MARIA DAS DORES DOS SANTOS ARRUDA

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

Nome completo: MARIA DAS DORES DOS SANTOS ARRUDA CPF: 920.672.554-87

Profissão: REC-INT Endereço: SI LAGOA DO MEIO Número: 1300 Complemento: CASA

Bairro: CHÃO CARMO Cidade: FREI MIGUELINHO Estado: PE CEP: 55780-000

E-mail: _____ Tel (DDD): (11) 9700-1998

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

RECEITA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

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

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: BRADESCO

AGÊNCIA: 0835 4 CONTA: 21618 6

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- ☒ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- ☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- ☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
17 JUL 2019
Gente Seguradora S/A
Av. Rui Barbosa, 715 - Lj.
Recife - PE

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Vivos: _____ Falecidos: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ 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.

Local e Data: FREI MIGUELINHO PE 12/06/19

Nome: JOSE NIVALDO DA SILVA

CPF: 085.858.104-32

Jose Nivaldo da Silva

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

TESTEMUNHAS

1ª Nome: RAFAELA JOSEFA DE LIMA

CPF: 093.005.244-70

Rafaela Josefa de Lima

Assinatura

2ª Nome: PATRICIA ALVES DE LIMA

CPF: 091.757.064-23

Patricia Alves de Lima

Assinatura

Assinatura da vítima/beneficiário (decl):

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(* A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

Toritama, 15 de Abril de 2019.

Hospital Municipal Nossa Senhora de Fátima

Declaração de Atendimento Hospitalar

DECLARAÇÃO nº 086/2019

Do: Hospital Municipal Nossa Senhora de Fátima

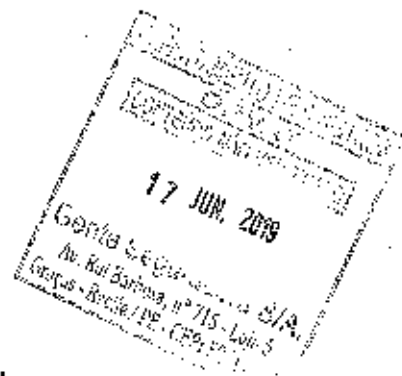
Para: **MARIA DAS DORES DOS SANTOS ARRUDA**

Venho através desta, informa que o (a) Senhor(a) **MARIA DAS DORES DOS SANTOS ARRUDA** deu entrada nesta unidade como consta na ficha de emergência sob o registro nº 000,000 no dia 05/02/2019, foi atendido e em seguida sendo TRANSFERIDO.

Sem mais para o momento.

Atenciosamente,

Mateus Tavares
Portaria 387 - SMS
Coordenador de Unidade de Saúde



**HOSPITAL MUNICIPAL
NOSSA SENHORA DE FÁTIMA**

**FICHA DE
ENCAMINHAMENTO**

2ª VIA - AO PACIENTE

Por não constituir caso para tratamento nesta unidade, estamos encaminhando o paciente:

NOME DO PACIENTE: *Maria das Dores S. de* REGISTRO Nº:

IDADE: *47a* RESIDENTE: *Toritama*

PARA O HOSPITAL: *Regional do Agreste (ortoped)* SENHA: *5613546*

ESCLARECE SE O MESMO É PORTADO DE:

*Paciente vítima de capotamento
automobilístico.*

relatando dor intensa em tibia

(E) e ombro (E).

G. dor con.

Abd. G. dor motora

TA = 120 x 80 mmHg

FC = 74 ABM

AGV = RLR, 2+, D1, R

AR = NW+, D1, RA

1/8 Politrãmica

*CP: encaminhado para
avaliação e consulta*



DE ACORDO COM O MÉDICO

LOCAL:

TORITAMA

DATA *06/08/19*

ASSINATURA DO MÉDICO:

*Médico
Dr. João Arnon de Oliveira
CREMEPE 19557*

OBS: - Em caso de paciente menor de idade, anotar a filiação

NOME DO PAI:

NOME DA MÃE:

Av. João Manoel da Silva • Centro - Toritama - Pernambuco •
Telefone: 3741- 1192 • E-mail - admhospitaltoritama@gmail.com

Registro:	Hora:	Nome do Paciente:	Sexo:	Data de Entrada:
47		Maria Das Dons S. D. Andra	F	05-07-2019
Idade:	RG:	Orgão Emissor:	CPE:	Estado Civil:
Data de Nascimento:	Naturalidade:			
Endereço:		Número:	Complemento:	
St. Lagoa De Jero				
Cidade:	Bairro:	UF:	CEP:	
Jeri Miguelinho	St			
SUS:	Profissão:			
Se				
Nome da Mãe:	Nome do Pai:			
Maria Emilia	Cláudio P. dos Srs			
Nome do Responsável:	Telefone:			
Repa (Sobrinha)	7100-8265			

Dados da Classificação : (Enfermeiro) Horário:				PESO:	T (°C):
PA: x	PULSO:	FR:	HGT:		
SpO ₂ ambiente:		SpO ₂ com O ₂ L/min:			
CLASSIFICAÇÃO: <input type="radio"/> VERMELHO <input type="radio"/> AMARELO <input type="radio"/> VERDE <input type="radio"/> AZUL					

PA = 120 x 80
PC = 74

Enfermeiro(a)
Assinatura/carimbo

HDA: fratura Tibia e
antebraço e
osteíte

Hipertensão: () sim () não // Diabetes: () sim () não // APP: _____

EXAME GERAL:
NEUROLÓGICO:
ACV:
AR:
ABDOMEN:
MEMBROS:

ortoped.

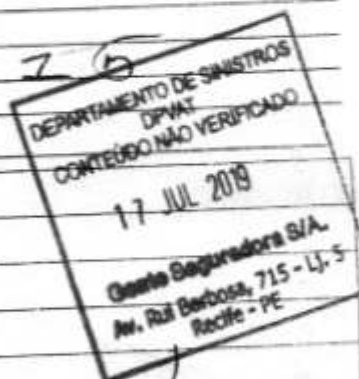
Diagnóstico Provisório: _____

> Alergias: () Sim _____

Conduta: _____

HR A (regional do Agcy-
Ta)

gacha: 5623546



Toritama, 15 de Abril de 2019.

Hospital Municipal Nossa Senhora de Fátima Declaração de Atendimento Hospitalar

DECLARAÇÃO nº 086/2019

Do: Hospital Municipal Nossa Senhora de Fátima

Para: **MARIA DAS DORES DOS SANTOS ARRUDA**

Venho através desta, informa que o (a) Senhor(a) **MARIA DAS DORES DOS SANTOS ARRUDA** deu entrada nesta unidade como consta na ficha de emergência sob o registro nº 000,000 no dia 05/02/2019, foi atendido e em seguida sendo TRANSFERIDO.

Sem mais para o momento.

Atenciosamente,



Mateus Tavares

Portaria 387 - SMS

~~Mateus Emanuel Tavares~~

Coordenador de Unidade de Saúde

BRADESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 15/08/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.868,75

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: MARIA DAS DORES DOS SANTOS ARRUDA

BANCO: 237

AGÊNCIA: 00835-4

CONTA: 000000021618-6

Nr. Autenticação

BRADESCO1508201905000000000023700835000000021618286875 PAGO



Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei nº 10.090, de 20/09/02
 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 | Insc. Est. 0005943-93 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE

MARIA DAS DORES DOS SANTOS ARRUDA

CPF: 920.672.554-87 NIS: 16377587342

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL
 BAIXA RENDA COM NIS

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

SILAGUA DO MEIO 1110

LAGOA DO MEIO/CHA DO LAFRANCO
 FREI MIGUELINHO PE
 55780-000

Nº DA NOTA FISCAL SÉRIE EMISSÃO

057188023 UNICA 08/04/2019
 APRESENTAÇÃO Nº DO CLIENTE Nº DA INSTALAÇÃO

08/04/2019 2018702026 1138510

CÓDIGO CONTRATO

MÊS/ANO

7031070125

04/2019

DATA DE VENCIMENTO

DATA PREVISTA PRÓXIMA LEITURA

15/04/2019

08/05/2019

TOTAL A PAGAR (R\$)

15,96

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo até 30 kWh	30,0000000	0,19071578	5,72
Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh	24,0000000	0,32894206	7,84
Contrib. Ilum. Pública Municipal			0,08
Compensação DMIC 02/18			0,08

TOTAL DA FATURA

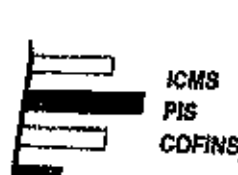
DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

15,96

Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR DATA	ANTERIOR LEITURA	ATUAL DATA	ATUAL LEITURA	Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (KWH)
00455688	CAT	11-03-2019	5.436,00	08-04-2019	5.480,00	28	1,00000		54,00

HISTÓRICO DE CONSUMO

Mês/ano kWh
 ABR 19 54
 MAR 19 76
 FEV 19 55
 JAN 19 31
 DEZ 18
 NOV 18
 OUT 18
 SET 18



INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS

BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
ICMS		
PIS	13,56	1,35
COFINS	13,56	0,21

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

	R\$	%
Geração de Energia	5,82	42,92%
Transmissão	0,86	6,34%
Distribuição (Celpe)	4,02	29,85%
Perdas de Energia	1,20	9,20%
Encargos Setoriais	0,55	4,25%
Tributos	1,01	7,45%

TARIFAS APLICÁVEIS

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

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 COAF**².

¹ Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados do 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 punas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 5.513/98.

Pelo exposto, eu ADRIANA M. MOURA DE A. FERNANDES inscrito (a) no CPF 945.234.444 / 04, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário MARIA DAS DORES DOS SANTOS ARAUJO inscrito (a) no CPF sob o Nº 920.632.554 / 87, do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima MARIA DAS DORES DOS SANTOS ARAUJO, inscrito (a) no CPF sob o Nº 920.632.554 / 87, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

☒ Recuso informar

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

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

Endereço <u>RUA JOÃO BATISTA</u>		Número <u>310</u>	Complemento <u>CASA</u>
Bairro <u>CENTRO</u>	Cidade <u>SURUBIM</u>	Estado <u>PE</u>	CPF <u>55750-000</u>
Email <u>AFSEGUROS4904@YAHOO.COM.BR</u>		Telefone comercial (DDD) <u>(81) 9100-1998</u>	Telefone celular (DDD) <u>(81) 9161-3907</u>

SURUBIM/PE, 12 de JUNHO de 2019
Local e Data

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

