

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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Número do Sinistro: 3190344189

Nome do(a) Examinado(a): MARIA HELENA DO CARMO

Endereço do(a) Examinado(a): R VICENTE FERREIRA, 5 - BELO
JARDIM/PE - CEP 55154-165

Identificação - Orgão Emissor/UF/Número : 2287053 - SSP PE

Data e Local do Acidente : 17/09/2018

Data e Local do Exame : 07/06/2019 CLINICA AVANCE - RUA NOSSA
SENHORA DE FATIMA, 350 - CARUARU/PE - CEP 55012-600

Resultado da Avaliação Médica

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

Fratura de arcos costas à direita, hemopneumotórax a direita e abscesso
pulmonar direito. Traumatismo crânio encefálico leve.

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

tratamento conservador do TCE e drenagem do hemopneumotórax

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

Ao exame: vítima queixa de dor torácica, anosmia, náuseas e tontura. Ao
exame: tontura. Provável neuralgia intercostal.

**IV. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente
trânsito e comprovadas na documentação apresentada? [X] Sim [] Não**

**V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a
qualquer medida terapêutica)? [X] Sim [] Não**

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

Dano estruturas torácicas e neurológico.

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

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

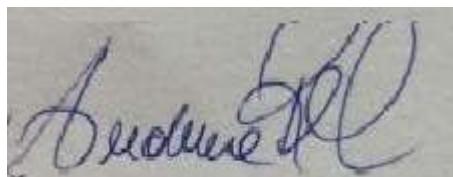
- Vide motivo do impedimento no campo das observações
- “Vítima em tratamento” Esta avaliação médica deve ser repetida em _____ dias
- “Sem sequela permanente” (Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)

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

- | | |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Região Corporal | Região Corporal |
| dano neurológico | dano neurológico |
| % do Dano (<input checked="" type="checkbox"/>) 10% residual (<input type="checkbox"/>) 25% leve | % do Dano (<input checked="" type="checkbox"/>) 10% residual (<input type="checkbox"/>) 25% leve |
| (<input type="checkbox"/>) 50% médio (<input type="checkbox"/>) 75% intensa (<input type="checkbox"/>) 100% completo | (<input type="checkbox"/>) 50% médio (<input type="checkbox"/>) 75% intensa (<input type="checkbox"/>) 100% completo |
| Região Corporal | Região Corporal |
| estruturas torácicas | estruturas torácicas |
| % do Dano (<input checked="" type="checkbox"/>) 10% residual (<input type="checkbox"/>) 25% leve | % do Dano (<input checked="" type="checkbox"/>) 10% residual (<input type="checkbox"/>) 25% leve |
| (<input type="checkbox"/>) 50% médio (<input type="checkbox"/>) 75% intensa (<input type="checkbox"/>) 100% completo | (<input type="checkbox"/>) 50% médio (<input type="checkbox"/>) 75% intensa (<input type="checkbox"/>) 100% completo |

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

Dano estruturas torácicas neuralgia intercostal após fratura 10% e neurológico anosmia devida a lesão do nervo olfatório procedente do TCE que promoveu avulsão de fibras deste 10%.



ANDREA RODRIGUES MADEIRA CRM : 19953 / UF :PE



IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA MARIA HELENA DO CARMO

DATA DO ACIDENTE 17/09/2018 CPF DA VÍTIMA 377.338.854-34

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO CARLA MARIA FIRMINO MELO

QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR VÍTIMA REPRESENTANTE LEGAL, COMO PARANTE/ESPOSO COM A VÍTIMA E PROCURADOR/A

ENDERECO DO PORTADOR RUA NUMERIANO ALVES BEZERRA

Nº 37 COMPLEMENTO GARAGEM BAIRRO CENTRO

CIDADE BELO JARDIM UF PE CEP 55150-020

E-MAIL carafirminomeio@hotmail.com TELEFONE (81) 991686771

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- REGISTRO DE Ocorrência expedido pela autoridade policial (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE Nascimento OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- LAUDO DO IMÓVEL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- NA IMPossibilidade de apresentar o laudo do imóvel: DECLARAÇÃO DE AuséNcia DE LAUDO DO IMÓVEL (ORIGINAL) assinada pela VÍTIMA e RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), que comprove a EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, com a DATA DA ALTA DEFINITIVA
- BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, Tais COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

- CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE Nascimento OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 - CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 - COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- OBS: REPRESENTANTE LEGAL É quem representa a VÍTIMA MÉNOR, DE 0 A 15 ANOS, PODÉ SER PAI OU MÃE

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

- REGISTRO DE Ocorrência expedido pela autoridade policial (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE Nascimento OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SOFRIDAS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- COMPROVANTES (ORIGINALS E LEGÍVENS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES (QUITADAS)
- NOTAS FISCAIS (ORIGINALS E LEGÍVENS) DE FARMACIA ADMINISTRADAS DO RESPECTIVO RECEITÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, Tais COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

- CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE Nascimento OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 - CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 - COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- OBS: REPRESENTANTE LEGAL É quem representa a VÍTIMA MÉNOR, DE 0 A 15 ANOS, PODÉ SER PAI OU MÃE

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- VALORES DE INDENIZAÇÃO
- MORTE + R\$ 13.100,00
 - INVALIDEZ PERMANENTE + ATÉ R\$ 13.100,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/74.
 - DESPESAS MÉDICAS (DAMS) + REIMBOSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REIMBOSO) ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.
- O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA
- COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULARIO
- PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSE WWW.DPVATSEGURADOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA 08/09/2019
IDENTIDADE 7129.608.505-PE
ASSINATURA

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA _____
NOME ARUANA SEGURADORA
ASSINATURA

ARUANA SEGURADORA

08 ABR 2019



IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA MARIA HELENA DO CARMO

DATA DO ACIDENTE 17/09/2018 CPF DA VÍTIMA 377.338.854-34

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO CARLA MARIA FIRMINO MELO

QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR () VÍTIMA (X) REPRESENTANTE LEGAL, COMO PARANTE/ESPOSO COM A VÍTIMA E PROCURADOR/A

ENDERECO DO PORTADOR RUA NUMERIANO ALVES BEZERRA

Nº 37 COMPLEMENTO GARAGEM BAIRRO CENTRO

CIDADE BELO JARDIM UF PE CEP 55150-020

E-MAIL carafirminomeio@hotmail.com TELEFONE (81) 991686771

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- (X) REGISTRO DE Ocorrência expedido pela autoridade policial (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- (X) CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- (X) CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- (X) LAUDO DO IMÓVEL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- (X) NA IMPSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IMÓVEL, DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IMÓVEL (ORIGINAL) ASSINADA PELA VÍTIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE CONFIRME A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA
- (X) BOLETO DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- (X) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- (X) AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TALIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

- (X) CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 - (X) CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 - (X) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MÉDIO, DE 0 A 15 ANOS, PODER SER PAI OU MÃE

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

- () REGISTRO DE Ocorrência expedido pela autoridade policial (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- () CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SOFRIDAS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () COMPROVANTES (ORIGINALS E LEGÍVENS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES (QUITADAS)
- () NOTAS FISCAIS (ORIGINALS E LEGÍVENS) DE FARMACIA ADMINISTRADAS DO RESPECTIVO RECEITÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- () AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TALIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

- () CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 - () CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 - () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MÉDIO, DE 0 A 15 ANOS, PODER SER PAI OU MÃE

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- VALORES DE INDENIZAÇÃO
- MORTE + R\$ 13.100,00
 - INVALIDEZ PERMANENTE + ATÉ R\$ 13.100,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/74.
 - DESPESAS MÉDICAS (DAMS) + REIMBOSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REIMBOSO) ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.
- O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA
- COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULARIO
- PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSE WWW.DPVATSEGURADOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA 08/09/2019
IDENTIDADE 7129.608.505-PE
ASSINATURA

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA _____
NOME ARUANA SEGURADORA
ASSINATURA

ARUANA SEGURADORA

08 ABR 2019

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190344189 **Cidade:** Belo Jardim **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARIA HELENA DO CARMO **Data do acidente:** 17/09/2018 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: Fratura de arcos costas à direita, hemopneumotórax a direita e abscesso pulmonar direito. Traumatismo crânio encefálico leve.

Descrição do exame físico: Ao exame: vítima queixa de dor torácica, anosmia, náuseas e tontura. Ao exame: tontura. Provável neuralgia intercostal. Dano estruturas torácicas neuralgia intercostal após fratura 10% e neurológico anosmia devida a lesão do nervo olfatório procedente do TCE que promoveu avulsão de fibras deste 10%.

Resultados terapêuticos: Submetido a tratamento conservador do traumatismo crânio encefálico. Realizou drenagem do hemopneumotórax. Sem menção a fisioterapia. Recebeu alta médica.

Sequelas permanentes: Limitação funcional neurológica residual. Limitação funcional residual da estrutura torácica.

Sequelas: Com sequelas

Data do exame físico: 07/06/2019

Conduta mantida:

Observações: Vítima após término do tratamento, com quadro de restrição sequelar neurológica. Vítima após término do tratamento, com quadro de restrição sequelar da estrutura torácica.

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
Lesões neurológicas que cursem com comprometimento de função vital ou autonômica	100 %	Em grau residual - 10 %	10%	R\$ 1.350,00
Lesões de órgãos e estruturas torácicas, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	100 %	Em grau residual - 10 %	10%	R\$ 1.350,00
Total			20 %	R\$ 2.700,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190344189 **Cidade:** Belo Jardim **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARIA HELENA DO CARMO **Data do acidente:** 17/09/2018 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: Fratura de arcos costas à direita, hemopneumotórax a direita e abscesso pulmonar direito. Traumatismo crânio encefálico leve.

Descrição do exame físico: Ao exame: vítima queixa de dor torácica, anosmia, náuseas e tontura. Ao exame: tontura. Provável neuralgia intercostal.

Dano estruturas torácicas neuralgia intercostal após fratura 10% e neurológico anosmia devida a lesão do nervo olfatório procedente do TCE que promoveu avulsão de fibras deste 10%.

Resultados terapêuticos: Submetido a tratamento conservador do traumatismo crânio encefálico. Realizou drenagem do hemopneumotórax. Sem menção a fisioterapia. Recebeu alta médica.

Sequelas permanentes: Limitação funcional neurológica residual. Limitação funcional residual da estrutura torácica.

Sequelas: Com sequelas

Data do exame físico: 07/06/2019

Conduta mantida:

Observações: Vítima após término do tratamento, com quadro de restrição sequelar neurológica. Vítima após término do tratamento, com quadro de restrição sequelar da estrutura torácica.

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
Lesões neurológicas que cursem com comprometimento de função vital ou autonômica	100 %	Em grau residual - 10 %	10%	R\$ 1.350,00
Lesões de órgãos e estruturas torácicas, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	100 %	Em grau residual - 10 %	10%	R\$ 1.350,00
Total			20 %	R\$ 2.700,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190344189 **Cidade:** Belo Jardim **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARIA HELENA DO CARMO **Data do acidente:** 17/09/2018 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 04/06/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: TRAUMATISMO CRANIO ENCEFÁLICO LEVE.
FRATURA DE ARCOS COSTAIS A DIREITA.
TRAUMA CONTUSO DE TÓRAX COM HEMOTÓRAX A DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA. (P.8)

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: @ (P.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
Lesões neurológicas que cursem com dano cognitivo-comportamental alienante	100 %	Em grau residual - 10 %	10%	R\$ 1.350,00
Total			10 %	R\$ 1.350,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190344189 **Cidade:** Belo Jardim **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARIA HELENA DO CARMO **Data do acidente:** 17/09/2018 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 04/06/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: TRAUMATISMO CRANIO ENCEFÁLICO LEVE.
FRATURA DE ARCOS COSTAIS A DIREITA.
TRAUMA CONTUSO DE TÓRAX COM HEMOTÓRAX A DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA. (P.8)

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: (P.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
Lesões neurológicas que cursem com dano cognitivo-comportamental alienante	100 %	Em grau residual - 10 %	10%	R\$ 1.350,00
Total			10 %	R\$ 1.350,00

PROCURAÇÃO

Outorgante: Maria Helena do Carmo, brasileiro(a), estado civil casada, profissão Recepcionista, residente e domiciliado à R. São Vicente, 169, Centro, n° 51/N, bairro Santo Antônio, Município de Belo Jardim, Estado PE, CEP: 55150-000, portador(a) do RG nº 228.70.53, SSP/PE e CPF nº 377.338.854-34

Outorgado: CARLA MARIA FIRMINO MELO, brasileiro(a), estado civil **SOLTEIRA**, profissão **RECUSOU**, residente e domiciliado(a) à Rua **NUMERIANO ALVES BEZERRA**..., n° **37**, bairro : **CENTRO**. Município de **BELO JARDIM**., Estado de (o).**PERNAMBUCO** Cep: **55150-020**, portador (a) do RG nº **9 179 608**. SDS/ .PE. e CPF nº **076.723.044-29**.

Por este instrumento particular de procuração, o (a) outorgante nomeia e constitui o(a) outorgado(a) seu bastante procurador(a), para o fim especial de requerer junto à qualquer seguradora integrante do Consórcio Seguro DPVAT, o pagamento do sinistro, que vitimou em acidente de trânsito o(a) Sr.(a) Maria Helena do Carmo, ocorrido em 17.1.09.118, conforme registrado pelo B.O anexo ao processo. invalido

Podendo dito(a) procurador(a), representar o(a) outorgante como se o(a) próprio(a) fosse, podendo requerer, assinar recibos, assinar Declarações de endereço, assinar Autorização de Pagamento/Crédito de Indenização de Sinistro DPVAT, para o pagamento de quitação da Indenização de Sinistro DPVAT, enfim requerer e assinar todos os papéis e documentos que forem precisos e praticar todos os demais atos necessários para o mais amplo e fiel cumprimento do presente mandato.

Caruaru 14 JAN 2019, de de 2019.


Outorgante
CPF Nº 377.338.854-34

Obs.: Reconhecer firma em cartório por autenticidade ou verdadeira



ARUANA RECIBADORA

08 ABR 2019

PROCURAÇÃO

Outorgante: Maria Helena do Carmo, brasileiro(a), estado civil casada, profissão Recepcionista, residente e domiciliado à R. São Vicente, 169, Centro, n° 51/N, bairro Santo Antônio, Município de Belo Jardim, Estado PE, CEP: 55150-000, portador(a) do RG nº 228.70.53, SSP/PE e CPF nº 377.338.854-34

Outorgado: CARLA MARIA FIRMINO MELO, brasileiro(a), estado civil **SOLTEIRA**, profissão **RECUSOU**, residente e domiciliado(a) à Rua **NUMERIANO ALVES BEZERRA**..., n° **37**, bairro : **CENTRO**. Município de **BELO JARDIM**., Estado de (o).**PERNAMBUCO** Cep: **55150-020**, portador (a) do RG nº **9 179 608**. SDS/ .PE. e CPF nº **076.723.044-29**.

Por este instrumento particular de procuração, o (a) outorgante nomeia e constitui o(a) outorgado(a) seu bastante procurador(a), para o fim especial de requerer junto à qualquer seguradora integrante do Consórcio Seguro DPVAT, o pagamento do sinistro, que vitimou em acidente de trânsito o(a) Sr.(a) Maria Helena do Carmo, ocorrido em 17.1.09.118, conforme registrado pelo B.O anexo ao processo. invalido

Podendo dito(a) procurador(a), representar o(a) outorgante como se o(a) próprio(a) fosse, podendo requerer, assinar recibos, assinar Declarações de endereço, assinar Autorização de Pagamento/Crédito de Indenização de Sinistro DPVAT, para o pagamento de quitação da Indenização de Sinistro DPVAT, enfim requerer e assinar todos os papéis e documentos que forem precisos e praticar todos os demais atos necessários para o mais amplo e fiel cumprimento do presente mandato.

Caruaru 14 JAN 2019, de de 2019.

 Maria Helena do Carmo
Outorgante
CPF Nº 377.338.854-34

Obs.: Reconhecer firma em cartório por autenticidade ou verdadeira

3º SERVICO NOTARIAL E DE PROTESTO
R. dos Expedicionários, 112 - Nossa Senhora das Dores - Caruaru/PE - CEP: 55002-440 Fone: (81) 3752-4733 - Fax: (81) 3752-2118
Reconheço por autenticidade a firma de MARIA HELENA DO CARMO; dou fé.
Selo: 0073718.YQK01201901.00325
Caruaru/PE, 14/01/2019 11:50:45. Em testemunha da verdade.
CYNTHIA MORGANA LIMA SABINO - Escrivente
Emol. R\$ R\$ 3,59 - TSNR R\$ 0,80 - Total R\$ 4,79 Op.: 31
Consulte Autenticidade em: www.3snr.jus.br/autenticidade



ARUANA RECIBIDORA

08 ABR 2019

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0121473/19

Vítima: MARIA HELENA DO CARMO

CPF: 377.338.854-34

CPF de: Próprio

Data do acidente: 17/09/2018

Titular do CPF: MARIA HELENA DO CARMO

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
Outros

CARLA MARIA FIRMINO MELO : 076.723.044-29

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

MARIA HELENA DO CARMO : 377.338.854-34

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: 09/04/2019
Nome: CARLA MARIA FIRMINO MELO
CPF: 076.723.044-29

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 09/04/2019
Nome: NATHALIA GABRIELA FERREIRA DE SOUZA
CPF: 109.530.024-54

CARLA MARIA FIRMINO MELO

NATHALIA GABRIELA FERREIRA DE SOUZA

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0176445/19

Vítima: MARIA HELENA DO CARMO

CPF: 377.338.854-34

CPF de: Próprio

Data do acidente: 17/09/2018

Titular do CPF: MARIA HELENA DO CARMO

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
Outros

CARLA MARIA FIRMINO MELO : 076.723.044-29

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

MARIA HELENA DO CARMO : 377.338.854-34

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: 24/05/2019
Nome: CARLA MARIA FIRMINO MELO
CPF: 076.723.044-29

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 24/05/2019
Nome: NATHALIA GABRIELA FERREIRA DE SOUZA
CPF: 109.530.024-54

CARLA MARIA FIRMINO MELO

NATHALIA GABRIELA FERREIRA DE SOUZA

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

Rio de Janeiro, 27 de Maio de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190344189 **Vítima: MARIA HELENA DO CARMO**

Data do Acidente: 17/09/2018 **Cobertura: INVALIDEZ**

Procurador: CARLA MARIA FIRMINO MELO

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), MARIA HELENA DO CARMO

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

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

Rio de Janeiro, 04 de Junho de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190344189 **Vítima: MARIA HELENA DO CARMO**

Data do Acidente: 17/09/2018 **Cobertura: INVALIDEZ**

Procurador: CARLA MARIA FIRMINO MELO

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Comunicamos que o pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado e está em análise e o prazo regulamentar de 30 dias foi interrompido para apuração de dados e informações adicionais. Assim que todas as informações forem finalizadas, o prazo voltará a seguir normalmente.

Por favor, aguarde contato e continue acompanhando o seu pedido de indenização através dos canais oficiais da Seguradora Líder DPVAT.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

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

Rio de Janeiro, 26 de Junho de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190344189 **Vítima: MARIA HELENA DO CARMO**

Data do Acidente: 17/09/2018 **Cobertura: INVALIDEZ**

Procurador: CARLA MARIA FIRMINO MELO

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), MARIA HELENA DO CARMO

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\$ 2.700,00

Dano Pessoal: Lesões neurológicas que cursem com comprometimento de função vital ou autonômica 100%

Graduação: Em grau residual 10%

% Invalidez Permanente DPVAT: (10% de 100%) 10,00%

Valor a indenizar: 10,00% x 13.500,00 = R\$ 1.350,00

Dano Pessoal: Lesões de órgãos e estruturas torácicas, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital 100%

Graduação: Em grau residual 10%

% Invalidez Permanente DPVAT: (10% de 100%) 10,00%

Valor a indenizar: 10,00% x 13.500,00 = R\$ 1.350,00

Recebedor: MARIA HELENA DO CARMO

Valor: R\$ 2.700,00

Banco: 104

Agência: 000002778

Conta: 0000046406-4

Tipo: CONTA POUPANÇA

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

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



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:

Nome completo da vítima:

37733885434 Maria Helena do Carmo

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

Nome completo:

Maria Helena do Carmo

CPF:

377.338.854-34

Profissão:

Revisor

Endereço:

Rua São Vicente J. Ferreira

Número:

2010

Bairro:

Santo do Vento

Cidade:

Belo Jardim

Estado:

CEP:

55150-000

E-mail:

Tel.(DDD):

(81) 3569-0261

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

DADOS CADASTRAIS

RENDIMENTO 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)

AGÊNCIA: 0778

CONTA: 46406

CONTA CORRENTE (Todos os bancos):

Nome do BANCO: _____

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: _____

CONTA: _____

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

Vítima teve filhos? Sim Não Se tinha filhos, informar quantos: Vivos: Falecidos: Vítima deixou nascituro (vai nascer)? Sim Não Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

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

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data: Belo Jardim 16/02/19
Nome: Maria Helena do Carmo
CPF: 377.338.854-34

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

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

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

CAIXA ECONOMICA
CAIXA AQUI

COMPROVANTE DE DEPOSITO

01/02/2019 HORA 10:27:49
DATA EFETIVACAO 01/02
CONVENIO 000606073
OPERADOR barbosa

DISQUE CAIXA - 0800 726
0101 OUVIDO
RIA - 0800 725 7474

DEPOSITO REALIZADO COM SUCESSO. A
AO DO CREDITO NA CONTA E DE ATE 30 M
OS

SAC CAIXA 0800 726 0101 (informações,
reclamações, sugestões e elogios)

Para pessoas com deficiência auditiva ou
de fala: 0800 726 2492

Quedan 0800 725 7474

caix - now br

ARUANA SEGUINORA

68 ABR 2019

11

CAIXA ECONOMICA FEDERAL
CAIXA AQUI

COMPROVANTE DE DEPOSITO

01/02/2019 HORA 10:27:49
DATA EFETIVACAO 01/02
CONVENIO 000606073
OPERADOR barbosa

AGENCIA	2778
CONTA	013 00046406-4
NOME	MARIA HELENA DO CARMO
VALOR	<u>12</u>
COD. OPERACAO	474638937

DISQUE CAIXA - 0800 726
0101 OUVIDO
RIA - 0800 725 7474

DEPOSITO REALIZADO COM SUCESSO A
AO DO CREDITO NA CONTA E DE ATE 30 M
OS

SAC CAIXA 0800 726 0101 (informações, reclamações, sugestões e elogios)

Para pessoas com deficiência auditiva ou
de fala: 0800 726 2492

Ouidonia 0800 725 7474

caixa.gov.br

ARUANA SEGURADORA
08 ABR 2019

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:

Nome completo da vítima:

37733885434 Maria Helena do Carmo

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

Nome completo:

Maria Helena do Carmo

CPF:

377.338.854-34

Profissão:

Revisor

Endereço:

Rua São Vicente J. Ferreira

Número:

Complemento:

Bairro:

Santo do Vento

Cidade:

Belo Jardim

Estado:

CEP:

55150-000

E-mail:

Tel.(DDD):

(81) 3569-0261

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

DADOS CADASTRAIS

RENDIMENTO MENSAL:

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

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

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

- | | |
|------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Bradesco (237) | <input type="checkbox"/> Itaú (341) |
| <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) | <input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104) |

AGÊNCIA: 0778

CONTA: 46406

CONTA CORRENTE (Todos os bancos):

Nome do BANCO: _____

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: _____

CONTA: _____

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

Vítima teve filhos? Sim Não Se tinha filhos, informar quantos: Vivos: Falecidos: Vítima deixou nascituro (vai nascer)? Sim Não Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

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

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data: Belo Jardim 16/02/19
Nome: Maria Helena do Carmo
CPF: 377.338.854-34

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

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

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

CAIXA ECONOMICA
CAIXA AQUI

COMPROVANTE DE DEPOSITO

01/02/2019 HORA 10:27:49
DATA EFETIVACAO 01/02
CONVENIO 000606073
OPERADOR barbosa

DISQUE CAIXA - 0800 726
0101 OUVIDO
RIA - 0800 725 7474

DEPOSITO REALIZADO COM SUCESSO A
AO DO CREDITO NA CONTA E DE ATE 30 M
OS

SAC CAIXA 0800 726 0101 (informações, reclamações, sugestões e elogios)

Para pessoas com deficiência auditiva ou
de fala: 0800 726 2492

Quedan 0800 725 7474

caix - now br

ARUANA SEGUINORA

6 - 9 ABR 2019

10

CAIXA ECONOMICA FEDERAL
CAIXA AQUI

COMPROVANTE DE DEPOSITO

01/02/2019 HORA 10:27:49
DATA EFETIVACAO 01/02
CONVENIO 000606073
OPERADOR barbosa

AGENCIA 2778
CONTA 013 00046406-4
NOME MARIA HELENA DO CARMO
VALOR ~~12~~
COD OPERACAO 474638937

DISQUE CAIXA - 0800 726
0101 OUVIDO
RIA - 0800 725 7474

DEPOSITO REALIZADO COM SUCESSO A
AO DO CREDITO NA CONTA E DE ATE 30 D
OS

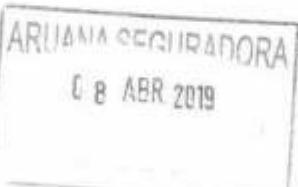
SAC CAIXA 0800 726 0101 (informações,
reclamações, sugestões e elogios)

Para pessoas com deficiência auditiva ou
de fala: 0800 726 2492

Ouvidoria: 0800 725 7474

caixa.gov.br

ARUANA SÉGURANDORA
08 ABR 2019
1



**GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLICIA DA 104ª CIRCUNSCRICAO - BELO JARDIM -
DP104 CIRC DINTER1/15 DESEC**

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N.º 19E0194000011

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **03/01/2019** às **09:37**

ATROPELAMENTO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado) que aconteceu no dia 17/9/2018 no período da Tarde

Fato ocorrido no endereço: **MUNICÍPIO DE BELO JARDIM, 1 - Bairro: CENTRO - BELO JARDIM/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PÚBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

**DESCONHECIDO (AUTOR \ AGENTE)
MARIA HELENA DO CARMO (VÍTIMA)**

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

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

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

**MARIA HELENA DO CARMO (não presente ao plantão) - Sexo: Fem InicioMae: HELENA
MARIA DA CONCEIÇÃO Pai: ND Data da Nascimento: 12/3/1932 Natureza: BELO JARDIM / PERNAMBUCO / BRASIL**

DESCONHECIDO - Ramo de Atividade: NAO INFORMADO

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

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

**MOTO (VEÍCULO) de propriedade do(s) Sr(a): DESCONHECIDO, que estava em posse do(a)
Sr(a): DESCONHECIDO
Categoria/Marca/Modelo: MOTOCICLETA/DESCONHECIDO/NAO INFORMADO Objeto apreendido: Não
Quantidade: (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Complemento / Observação

A VITIMA ESTAVA NA VIA QUANDO UMA MOTO DESCONHECIDA A ATROPELOU E SE EVADIU. FOI LEVADA AO HOSPITAL LOCAL POR SEU FILHO MANOEL CAETANO FILHO. RECEBEU ATENDIMENTO E FOI DADO ALTA. AO CHEGAR EM CASA SENTIU-SE MAL E VOLTOU AO HOSPITAL. O HOSPITAL ESTAVA COM O RAID-X QUEBRADO, E ELA FOI MANDADA NOVAMENTE PARA CASA. SUA FILHA DE CARUARU MARGARIDA MARIA DE OLIVEIRA A LEVOU PARA UPAE CARUARU. QUE ELA ESTAVA COM AS COSTELAS QUEBRADAS, EDEMA NAS COSTAS, EMATOMA NA CABEÇA, ABSCESSO NO PULMÃO.

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

B.O. registrado por: JOÃO PAULO PEREIRA DE SOUZA - Matrícula: 297086-4



ARLINDA SECURADORA
6/8 ABR 2019

CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE BELO JARDIM - PE
Titular: BERTOLDO VIRGINIO DIAS DOS SANTOS
Telefone: (81) 3726-2588

Certifico que a presente cópia é reprodução fiel do
original que me foi apresentado. Dou fé. Belo Jardim/PE,
27/02/2019. Emol.: R\$ 3,07; TSNR: 0,68 ; FERC: 0,34;
Total: 4,09

Ewerton Gabriel de Melo
ESCREVENTE AUTORIZADO

Selo: 0131425.GLE02201903.01095 27/02/2019 11:10:00
Consulte autenticidade em www.tjpe.jus.br/selodigital



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 104ª CIRCUINSCRIÇÃO - BELO JARDIM -
DP104°CIRC DINTER1/15°DESEC

ANTONIA SEGURO
6 8 ABR 2019

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 19E0194000011

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 03/01/2019 às
09:37

**ATROPELAMENTO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Cidoso (Consumo de álcool que
aconteceu no dia 17/9/2018 no período da Tarde**

Fato ocorrido no endereço: MUNICÍPIO DE BELO JARDIM, 1 Bairro:
CENTRO - BELO JARDIM/PERNAMBUCO/BRASIL
Local do Fato: VIA PÚBLICA



Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOP. AGENTE)
MARIA HELENA DO CARMO (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEÍCULO (Usado na geração da ocorrência) que estava em posse do(s)
Sra(s). DESCONHECIDO

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

MARIA HELENA DO CARMO (não presente ao plantão) - Sra. Feminino Mdc
HELENA MARIA DA CONCEIÇÃO P. N. Dm da Conceição, 12/3/1932 Naturalidade: BELO
JARDIM / PERNAMBUCO / BRASIL

DESCONHECIDO Nome de Atividade: NÃO INFORMADO

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

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

MOTO (VEÍCULO) de propriedade do(s) Sra(s): DESCONHECIDO que estava em posse
do(s) Sra(s): DESCONHECIDO

Categoria/Marca/Modelo: MOTOCICLETA/DESCONHECIDO/NÃO INFORMADO Objeto
apresentado: Nenhum

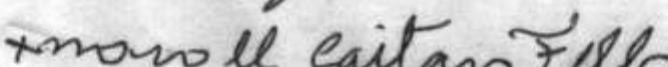
Guardado: (UNIDADE NÃO INFORMADA)

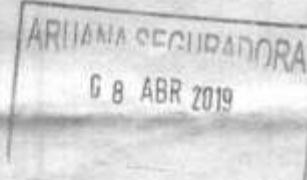
Complemento / Observação

A VITIMA ESTAVA NA VIA QUANDO UMA MOTO DESCONHECIDA A ATROPELOU E SE EVADIU. FOI LEVADA AO HOSPITAL LOCAL POR SEU FILHO MANOEL GRETANO FILHO. RECEBEU ATENDIMENTO E FOI DADO ALTA. AO CHEGAR EM CASA SENTIU-SE MAL E VOLTOU AO HOSPITAL. O HOSPITAL ESTAVA COM O RIO-X QUEBRADO, E ELA FOI MANDADA NOVAMENTE PARA CASA. SUA FILHA DE GARUARU MARGARIDA MARIA DE OLIVEIRA A LEVOU PARA UPAE GARUARU QUE ELA ESTAVA COM AS COSTELAS QUEBRADAS, EDEMA NAS COSTAS, EMATOMA NA CABEÇA, ABCESSO NO PULMAO.

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


B.C. registrado por ~~WILSON PAULO FERREIRA DE SOUZA~~ Matrícula 297826-4

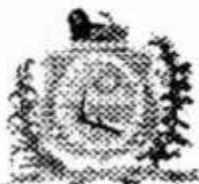
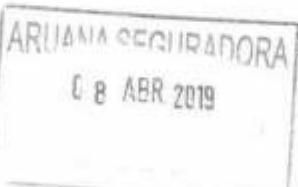

monica caitano Filho



CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE BELO JARDIM - PE
Titular: SERTOLDO VIRGINIO DIAS DOS SANTOS
Telefone: (81) 3726-2588

Certifico que a presente cópia é reprodução fiel do original que me foi apresentado. Dou fé. Belo Jardim/PE,
27/02/2019. Emol.: R\$ 3,07; TANR: 0,68; FERC: 0,34;
Total: 4,09
Ewerton Gabriel de Melo
ESCREVENTE AUTORIZADO

Selo: 0131425.SWR02201903.01096 27/02/2019 11:10:00
Consulte autenticidade em www.tjpe.jus.br/selodigital



**GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLICIA DA 104ª CIRCUNSCRICAO - BELO JARDIM -
DP104 CIRC DINTER1/15 DESEC**

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N.º 19E0194000011

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **03/01/2019** às **09:37**

ATROPELAMENTO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado) que aconteceu no dia 17/9/2018 no período da Tarde

Fato ocorrido no endereço: **MUNICÍPIO DE BELO JARDIM, 1 - Bairro: CENTRO - BELO JARDIM/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PÚBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

**DESCONHECIDO (AUTOR \ AGENTE)
MARIA HELENA DO CARMO (VÍTIMA)**

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

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

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

**MARIA HELENA DO CARMO (não presente ao plantão) - Sexo: Fem Início Mês: HELENA
MARIA DA CONCEIÇÃO Pai: ND Data da Nascimento: 12/3/1932 Natureza: BELO JARDIM / PERNAMBUCO / BRASIL**

DESCONHECIDO - Ramo de Atividade: NAO INFORMADO

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

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

**MOTO (VEÍCULO) de propriedade do(s) Sr(a): DESCONHECIDO, que estava em posse do(a)
Sr(a): DESCONHECIDO
Categoria/Marca/Modelo: MOTOCICLETA/DESCONHECIDO/NAO INFORMADO Objeto apreendido: Não
Quantidade: (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Complemento / Observação

A VITIMA ESTAVA NA VIA QUANDO UMA MOTO DESCONHECIDA A ATROPELOU E SE EVADIU. FOI LEVADA AO HOSPITAL LOCAL POR SEU FILHO MANOEL CAETANO FILHO. RECEBEU ATENDIMENTO E FOI DADO ALTA. AO CHEGAR EM CASA SENTIU-SE MAL E VOLTOU AO HOSPITAL. O HOSPITAL ESTAVA COM O RAID-X QUEBRADO, E ELA FOI MANDADA NOVAMENTE PARA CASA. SUA FILHA DE CARUARU MARGARIDA MARIA DE OLIVEIRA A LEVOU PARA UPAE CARUARU. QUE ELA ESTAVA COM AS COSTELAS QUEBRADAS, EDEMA NAS COSTAS, EMATOMA NA CABEÇA, ABSCESSO NO PULMÃO.

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

B.O. registrado por: JOÃO PAULO PEREIRA DE SOUZA - Matrícula: 297086-4



ARLINDA SECURADORA
6 8 ABR 2019

CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE BELO JARDIM - PE
Titular: BERTOLDO VIRGINIO DIAS DOS SANTOS
Telefone: (81) 3726-2588

Certifico que a presente cópia é reprodução fiel do
original que me foi apresentado. Dou fé. Belo Jardim/PE,
27/02/2019. Emol.: R\$ 3,07; TSNR: 0,68 ; FERC: 0,34;
Total: 4,09

Ewerton Gabriel de Melo
ESCREVENTE AUTORIZADO

Selo: 0131425.GLE02201903.01095 27/02/2019 11:10:00
Consulte autenticidade em www.tjpe.jus.br/selodigital



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 104ª CIRCUINSCRIÇÃO - BELO JARDIM -
DP104°CIRC DINTER1/15°DESEC

ANTONIA SEGURO
6 8 ABR 2019

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 19E0194000011

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 03/01/2019 às
09:37

**ATROPELAMENTO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Cidoso (Consumo de álcool) que
aconteceu no dia 17/09/2018 no período da Tarde**

Fato ocorrido no endereço: MUNICÍPIO DE BELO JARDIM, 1 Bairro:
CENTRO - BELO JARDIM/PERNAMBUCO/BRASIL
Local do Fato: VIA PÚBLICA



Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOP. AGENTE)
MARIA HELENA DO CARMO (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEÍCULO (Usado na geração da ocorrência) que estava em posse do(s)
Sra(s). DESCONHECIDO

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

MARIA HELENA DO CARMO (não presente ao plantão) - Sra. Feminino Mdc
HELENA MARIA DA CONCEIÇÃO P. N. Dm da Conceição, 12/3/1932 Naturalidade: BELO
JARDIM / PERNAMBUCO / BRASIL

DESCONHECIDO Nome de Atividades: NÃO INFORMADO

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

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

MOTO (VEÍCULO) de propriedade do(s) Sra(s): DESCONHECIDO que estava em posse
do(s) Sra(s): DESCONHECIDO

Categoria/Marca/Modelo: MOTOCICLETA/DESCONHECIDO/NÃO INFORMADO Objeto
apresentado: Nenhum

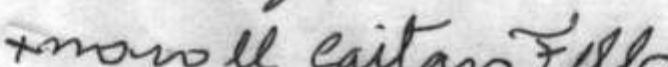
Guardado: (UNIDADE NÃO INFORMADA)

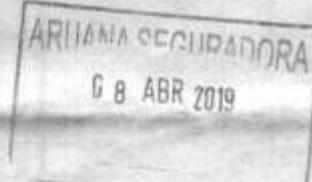
Complemento / Observação

A VITIMA ESTAVA NA VIA QUANDO UMA MOTO DESCONHECIDA A ATROPELOU E SE EVADIU. FOI LEVADA AO HOSPITAL LOCAL POR SEU FILHO MANOEL GRETANO FILHO. RECEBEU ATENDIMENTO E FOI DADO ALTA. AO CHEGAR EM CASA SENTIU-SE MAL E VOLTOU AO HOSPITAL. O HOSPITAL ESTAVA COM O RIO-X QUEBRADO, E ELA FOI MANDADA NOVAMENTE PARA CASA. SUA FILHA DE GARUARU MARGARIDA MARIA DE OLIVEIRA A LEVOU PARA UPAE GARUARU QUE ELA ESTAVA COM AS COSTELAS QUEBRADAS, EDEMA NAS COSTAS, EMATOMA NA CABEÇA, ABCESSO NO PULMAO.

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


B.C. registrado por ~~WILSON PAULO FERREIRA DE SOUZA~~ Matrícula 297826-4


monica caitano Filho



CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE BELO JARDIM - PE
Titular: SERTOLDO VIRGINIO DIAS DOS SANTOS
Telefone: (81) 3726-2588

Certifico que a presente cópia é reprodução fiel do original que me foi apresentado. Dou fé. Belo Jardim/PE,
27/02/2019. Emol.: R\$ 3,07; TANR: 0,68; FERC: 0,34;
Total: 4,09
Ewerton Gabriel de Melo
ESCREVENTE AUTORIZADO

Selo: 0131425.SWR02201903.01096 27/02/2019 11:10:00
Consulte autenticidade em www.tjpe.jus.br/selodigital

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:

Nome completo da vítima:
377.338.854-34 Maria Helena do Carmo

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

Nome completo:

Maria Helena do Carmo

CPF:

377.338.854-34

Profissão:

Recepcionista

Endereço:

Rua São Vicente Ferreira

Número:

2040

Bairro:

Guarapuava

Cidade:

Belo Jardim

Estado:

**CEP:
56150-000
(191) 9569-0261**

E-mail:

DADOS CADASTRAIS

RENDIMENTO MENSAL:

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

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

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

- | | |
|------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Bradesco (237) | <input type="checkbox"/> Itaú (341) |
| <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) | <input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104) |

AGÊNCIA: **2778**

CONTA: **46406**

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos):

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____

CONTA: _____

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

Vítima teve filhos? Sim Não Se tinha filhos, informar quantos: Vivos: Falecidos: Vítima deixou nascituro (vai nascer)? Sim Não Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

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

Impressão
digital da
vítima/ben
eficiário
não alfabetizado

Local e Data: **Belo Jardim 16/02/19**
 Nome: **Maria Helena do Carmo**
 CPF: **377.338.854-34**

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

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

Nome completo da vítima:
377.338.854-34 Maria Helena do Carmo

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

Nome completo:

Maria Helena do Carmo

CPF:

377.338.854-34

Profissão:

Recepcionista

Endereço:

Rua São Vicente Ferreira

Número:

2040

Bairro:

Guarapuava

Cidade:

Belo Jardim

Estado:

**CEP:
59150-000**

E-mail:

Tel.(DDD):

(191) 9569-0261

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

DADOS CADASTRAIS

RENDIMENTO 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)

AGÊNCIA: **2778**

CONTA: **46406**

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos):

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____

CONTA: _____

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

Vítima teve filhos? Sim Não Se tinha filhos, informar quantos:
 Vivos: _____ Falecidos: _____

Vítima deixou nascituro (vai nascer)? Sim Não

Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

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

Impressão
digital da
vítima/ben
eficiário
não alfabetizado

Local e Data: **Belo Jardim 16/02/19**
 Nome: **Maria Helena do Carmo**
 CPF: **377.338.854-34**

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

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

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

Unidade de Saúde: **HOSPITAL JÚLIO ALVES DE LIRA**

PACIENTE	NÚMERO DO CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)	DOCUMENTO/IDENTIDADE / CPF:
	Nome: <i>Maria Helena do Carmo</i>	Idade: 86a
	Data de Nascimento: <i>19/03/32</i>	Sexo: F Cor: <i>Feminina</i> Estado Civil: <i>Viúva</i>
	Naturalidade: <i>Brasília</i>	Profissão: <i>Fusiorrista</i>
	Endereço: <i>R. Alto Sui Ciente, S/Nº Serra do Canto</i>	Telefone: _____
	Procedência: _____	_____
RESPONSÁVEL	Responsável: <i>A meomu</i>	Parentesco: _____
	Endereço: <i>O meomu</i>	Fone: _____
	Trazido por: <i>Maximiliano culto seu filho</i>	Endereço: _____
OCORRÊNCIA	Local do Acidente: _____	Data: / / Hora: / /
	NATUREZA DO ACIDENTE <input type="checkbox"/> Casual <input type="checkbox"/> Acid. do Trânsito <input type="checkbox"/> Tentativa de Suicídio <input type="checkbox"/> Queda <input type="checkbox"/> Intoxicação <input type="checkbox"/> Outras Causas <input type="checkbox"/> Acid. do Trabalho <input type="checkbox"/> Agressão	_____
ATENÇÃO MÉDICA	Atendimento: <input type="checkbox"/> Clínico <input type="checkbox"/> Cirúrgico História da Doença Atual: <i>Yolanda do Magalhães</i> <div style="text-align: right; border: 1px solid black; padding: 2px;"> ARIANA SECURADORA 08 ABR 2019 </div>	
EXAME - FÍSICO		
Pressão Arterial: <i>110x50</i>	P脉: _____	Temperatura: _____
<i>Urgência</i>		Peso: _____
<i>HGT - 188 mg/dL</i>		_____
<i>22:50</i>		<i>Mega Heroina</i>
<i>PA: 120x55 mmHg</i>		_____
Diagnóstico Provisório: _____		

CONDICÕES DE ALTA

MOTIVO DE ALTA

- | | |
|-------------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Curado | <input type="checkbox"/> Óbito |
| <input type="checkbox"/> Melhorado | |
| <input type="checkbox"/> Inalterado | <input type="checkbox"/> + 48 horas |
| <input type="checkbox"/> Piorado | <input type="checkbox"/> - 48 horas |

Em: 1 1

Horas: _____

- Decisão Médica
 - Alta Pedida
 - Transferência
 - Indisciplina

Transferido para: _____

Diagnóstico Definitivo: _____

Observação: São opas mulher, linas. Omitam o d. São

Data: 18, 09, 18

~~P. Massei bonifica
NAPOLICO
CRM~~

Unidade de Saúde: **HOSPITAL JÚLIO ALVES DE LIRA**

PACIENTE	NÚMERO DO CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)	DOCUMENTO/IDENTIDADE / CPF:
	Nome: <i>Maria Helena do Carmo</i>	Idade: 86a
	Data de Nascimento: <i>19/03/32</i>	Sexo: F Cor: <i>Feminina</i> Estado Civil: <i>Viúva</i>
	Naturalidade: <i>Brasília</i>	Profissão: <i>Fusiorrista</i>
	Endereço: <i>R. Alto Sui Ciente, S/Nº Serra do Canto</i>	Telefone: _____
	Procedência: _____	_____
RESPONSÁVEL	Responsável: <i>A meomu</i>	Parentesco: _____
	Endereço: <i>O meomu</i>	Fone: _____
	Trazido por: <i>Maximiliano culto seu filho</i>	(-mae)
	Endereço: _____	Fone: _____
OCORRÊNCIA	Local do Acidente: _____	Data: / / Hora: / /
	NATUREZA DO ACIDENTE <input type="checkbox"/> Casual <input type="checkbox"/> Acid. do Trânsito <input type="checkbox"/> Tentativa de Suicídio <input type="checkbox"/> Queda <input type="checkbox"/> Intoxicação <input type="checkbox"/> Outras Causas <input type="checkbox"/> Acid. do Trabalho <input type="checkbox"/> Agressão	
ATENÇÃO MÉDICA	Atendimento: <input type="checkbox"/> Clínico <input type="checkbox"/> Cirúrgico História da Doença Atual: <i>Yolanda do Magalhães</i> <div style="text-align: right; border: 1px solid black; padding: 2px;"> ARIANA SECURADORA 08 ABR 2019 </div> EXAME - FÍSICO Pressão Arterial: <i>110x50</i> Pulso: _____ Temperatura: _____ Peso: _____ <i>Urgência</i> <i>HGT - 188 mg/dL</i> <i>22:50</i> <i>PA: 120x55 mmHg</i> <i>Mega Hergua</i> Diagnóstico Provisório: _____ <i>Primo...</i>	

CONDICÕES DE ALTA

MOTIVO DE ALTA

- | | |
|-------------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Curado | <input type="checkbox"/> Óbito |
| <input type="checkbox"/> Melhorado | |
| <input type="checkbox"/> Inalterado | <input type="checkbox"/> + 48 horas |
| <input type="checkbox"/> Piorado | <input type="checkbox"/> - 48 horas |

Em:

Horas: _____

- Decisão Médica
 - Alta Pedida
 - Transferência
 - Indisciplina

Transferido para: _____

Diagnóstico Definitivo: _____

Observação: Não-ops. mulher, linas. Orientar à clínica

Data: 18, 09, 18

~~P. Massei bonifica
NAPOLICO
CRM~~

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 18/06/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.700,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: MARIA HELENA DO CARMO

BANCO: 104

AGÊNCIA: 02778

CONTA: 000000046406-4

Nr. da Autenticação FB0BCBDBE52AFBB1



AVENIDA CRUZ CABUGA - NUM. 1387 - SANTO AMARO RECIFE PE
CEP: 50040-000. Fone: (081) 0800 081 0195
Inscrição Estadual: 18.1.001.0014390-2
CNPJ: 09.769.835/0001-64
Qualidade da Água: www.compresa.com.br

Nº Documento: 20181237206970 Escritório: SERRA DO VENTO

FATURA MENSAL DE ÁGUA E ESGOTO

DADOS DO CLIENTE

MARIA HELENA DO CARMO
R. S VICENTE FERRER, N. 0GS/N - SERRA DO VENTO BELO JARDIM PE 55150-000
INSCRIÇÃO: 228.810.101.0260.000

MATRÍCULA: 03720697.0 12/2018-5

GRUPO: 6

OPÇÃO DÉB. AUTOMÁTICO: 03720697.0

RESPONSÁVEL

ENDERECO PARA ENTREGA

ESTIMATIVA ÁGUA LIGADO	ESTIMATIVA ESGOTO POTENCIAL	POSSUIDORAS 1	QUANTIDADE DE CONSUMO(S) COMERCIAL	RESIDENCIAL	INDUSTRIAL
RESIDENCIAL A028563623	DATA LEIT. ANTIGA: 28/11/2018	DATA LEIT. ATUAL: 28/12/2018			TIPO DE CONSUMO(S): REAL /
ÁGUA		ESGOTO			
LEIT. ANT.: 227	CONSUMO: 2	LEIT. ANT.:			VOLUME: 0
LEIT. ATUAL: 229		LEIT. ATUAL:			
LEIT. FAT.: 229		LEIT. FAT.:			
HISTÓRICO DE CONSUMO REFERÊNCIA/CONSUMO		PARÂMETROS	EXIG. PELA PORT. MS 2.914/11	NÚMEROS DE AMOSTRAS ANÁLISES REALIZADAS	ATENDEM A LEGISLAÇÃO
11/2018 5/	A	TURBIDEZ	10	10	10
10/2018 5/	E	COR APARENTE	10	10	9
09/2018 5/	A	CLORO RESIDUAL	10	10	10
08/2018 5/	E	COLIFORMES TOTAIS	10	10	10
07/2018 5/	A	E.Coli	10	10	10
06/2018 5/	E				
MÉDIA 5/ 0	E				
OBSERVAÇÕES: (1) COLIFORMES TOTAIS: ABSÉNCIA EM 95% DAS AMOSTRAS EXAMINADAS. (2) OS PARÂMETROS COLIFORMES TOTAIS, ESCHERICHIA COLI E CLORO RESIDUAL SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES SANITÁRIAS DA ÁGUA. (3) OS PARÂMETROS COR E TURBIDEZ SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES ASSOCIADAS AO ASPECTO VISUAL DA ÁGUA.					

DESCRIPÇÃO DOS SERVIÇOS E TARIFAS

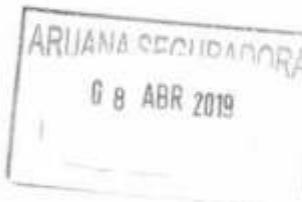
ÁGUA
RESIDENCIAL 001 UNIDADE
CONSUMO DE ÁGUA

CONSUMO POR FAIXA

VALOR R\$

2 M3

41,30



TIPO DE CONSUMO	VALOR R\$	VALOR R\$	VALOR R\$
PIS	41,30	1,65	0,68
COFINS	41,30	7,90	3,14

VENCIMENTO: 15/01/2019

TOTAL A PAGAR:

41,30

5 IDENTIFICAMOS A EXISTENCIA DE 1 FATURA(S) PENDENTES, NO TOTAL DE R\$ 5,62. REGULARIZE SEU DEBITO E EVITE A NEGA- TIVACAO E SUSPENSAO DO FORNECIMENTO DE ÁGUA.

Emitido por: INTERNET

Recebido em: 08/01/2019



ATENDIMENTO: 0800-0810195
VAZAMENTOS: 0800-0810185

VENCIMENTO: 15/01/2019

TOTAL A PAGAR:

41,30

CÓDIGO DE BARRAS

VIA COMPESA

82810000000-3 41300018228-9 03720697001-2 12201850003-7



AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

Arpe Agência de Regulação
de Pernambuco

0800-2813844

MATRÍCULA: 03720697.0 12/2018-5

TOTAL A PAGAR:

41,30

NOTA FISCAL | FATURA | CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA 2a VIA

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



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

DADOS DO CLIENTE CARLA MARIA FIRMINO MELO CPF: 076.723.044-29	DATA DE VENCIMENTO 21/01/2019	DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL 14/01/2019	CONTA CONTRATO 007009352010
ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA RUA NUMERIANO A BEZERRA 37. GARAGEM BOA VISTA/BELO JARDIM 55150-020 BELO JARDIM PE	TOTAL A PAGAR (R\$) 0,00	DATA DA APRESENTAÇÃO 14/01/2019	Nº DO CLIENTE 2010366892
RESERVADO AO FISCO 725C.FA5D.66E3.3D27.B5F5.3F68.9AF2.895B			

As condições gerais de fornecimento (Resolução ANEEL 414/2010), tarifas, produtos, serviços prestados e tributos se encontram à disposição, para consulta em nossas unidades de atendimento e no site www.celpe.com.br

CLASSIFICAÇÃO B3 COMERCIAL - COMERCIAL Monofásico

DESCRÍÇÃO DA NOTA FISCAL

DESCRÍÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)
Consumo Ativo(kWh)	30,00	0,71979022	21,59
Contrib. Ilum. Pública Municipal			3,31
ICMS Subvenção-CDE-NF 038888718-13/11/18			0,17
Doação APAE - 0800 722-2723			7,00
Doação LBV - 0800 055 2099			25,00
TOTAL DA FATURA			57,07

Tarifas Aplicadas Consumo Ativo(kWh) 0,52156000	HISTÓRICO DO CONSUMO kWh
JAN 19	30
DEZ 18	30
NOV 18	30
OUT 18	30
SET 18	30
AGO 18	30
JUL 18	30
JUN 18	30
MAI 18	30
ABR 18	30
MAR 18	30
FEV 18	30
JAN 18	30

ARIANIA RECIPIENDÁRIA
6 ABR 2019

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS

ICMS	PIS		COFINS					
BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
21,59	25,00	5,39	21,59	0,45	0,09	21,59	2,09	0,45

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL							
NUMERO DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR DATA	ATUAL LEITURA	Nº DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO kWh
000000000001026839	CAT	15/12/2018 8.036,00	14/01/2019 8.036,00	30	1.00000	0,00	0,00
DATA PREVISTA PARA A PRÓXIMA LEITURA: 12/02/2019							

DESCRÍÇÃO	CONJUNTO	VALOR APURADO	META MENSAL	META TRIM.	META ANUAL
DIC-No de horas sem Energia	BELO JARDIM	0,00	5,67	11,34	22,68
FIC-No de vezes sem Energia		0,00	3,36	6,72	13,45
DMC-Duração máxima de interrupção contínua		0,00	3,29	0,00	0,00
DICRI-Duração de interrupção em dia crítico					Límite DICRI: 13,22
EUUSD-Valor do Encargo de Uso = R\$ 8,25					
Todo Consumidor pode solicitar a aprimoramento das Indicadores DIC, FIC, DMC e DICRI a qualquer tempo.					

INFORMAÇÕES IMPORTANTES							
Pague no ponto mais perto de você! ag correios bento fernandes: praca dom luiz sao pedro / farmacia caxias: rua pedro firmo sao pedro. lista completa em www.celpe.com.br . Na data da leitura a bandeira em vigor é a Verde. Mais informações em www.aneel.gov.br . O cliente é compensado quando há violação na continuidade individual ou no nível de tensão de fornecimento. Pagto. em atraso gera multa 2% (Res414/ANEEL), Juros 1% a.m (Lei 10.438/02) e atualização monetária no próx. mês. O Cliente é compensado quando há descumprimento do prazo definido para os padrões de atendimento comercial. O consumidor pode cancelar a cobrança de serviços de terceiros na fatura a qualquer tempo - Art 7º REN 581/13.							

NÍVEIS DE TENSÃO			
TENSÃO NOMINAL(V)	LIMITE DE VARIAÇÃO(V)		
	MINÍMO	MÁXIMO	
220	202	231	
AUTENTICAÇÃO MECÂNICA			

DESTAQUE AQUI	CONTA CONTRATO 007009352010	MÊS/ANO 01/2019	TOTAL A PAGAR(R\$) 0,00	VENCIMENTO 21/01/2019	TALÃO DE PAGAMENTO Evite dobrar, perfurar ou rasurar. Este canhoto será usado em leitora ótica.
----------------------	---------------------------------------	---------------------------	-----------------------------------	---------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Pagamento através de Débito Automático em Conta Corrente.
Banco 104-0 Agência 0773

O Débito Automático em Conta Corrente é confortável, muito seguro e você pode suspender o débito até três dias úteis antes do vencimento.
Para maiores informações ligue 116

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA



AVENIDA CRUZ CABUGA - NUM. 1387 - SANTO AMARO RECIFE PE
CEP: 50040-000. Fone: (81) 0800 081 0195
Inscrição Estadual: 18.1.001.0014390-2
CNPJ: 09.769.835/0001-64
Qualidade da Água: www.compresa.com.br

Nº Documento: 20181237206970 Escritório: SERRA DO VENTO

FATURA MENSAL DE ÁGUA E ESGOTO

DADOS DO CLIENTE

MARIA HELENA DO CARMO
R. S VICENTE FERRER, N. 0GS/N - SERRA DO VENTO BELO JARDIM PE 55150-000
INSCRIÇÃO: 228.810.101.0260.000

MATRÍCULA: 03720697.0 DATA: 12/2018-5

GRUPO: 6

OPÇÃO DÉB. AUTOMÁTICO: 03720697.0

RESPONSÁVEL

ENDERECO PARA ENTREGA

ESTIMATIVA ÁGUA LIGADO	ESTIMATIVA ESGOTO POTENCIAL	POSSUIDORAS 1	QUANTIDADE DE CONSUMOS COMERCIAL	RESIDENCIAL	INDUSTRIAL
RESIDENCIAL A028563623	DATA LEIT. ANTIGA: 28/11/2018	DATA LEIT. ATUAL: 28/12/2018			TIPO DE CONSUMO (A/I) REAL /
ÁGUA		ESGOTO			
LEIT. ANT.: 227	CONSUMO: 2	LEIT. ANT.:			VOLUME: 0
LEIT. ATUAL: 229		LEIT. ATUAL:			
LEIT. FAT.: 229		LEIT. FAT.:			
HISTÓRICO DE CONSUMO REFERÊNCIA/CONSUMO		PARÂMETROS	EXIG. PELA PORT. MS 2.914/11	ANÁLISES REALIZADAS	ATENDEM A LEGISLAÇÃO
11/2018 5/	A	TURBIDEZ	10	10	10
10/2018 5/	E	COR APARENTE	10	10	9
09/2018 5/	A	CLORO RESIDUAL	10	10	10
08/2018 5/	E	COLIFORMES TOTAIS	10	10	10
07/2018 5/	A	E.Coli	10	10	10
06/2018 5/	E				
MÉDIA 5/ 0	E				
OBSERVAÇÕES: (1) COLIFORMES TOTAIS AUSÊNCIA EM 95% DAS AMOSTRAS EXAMINADAS. (2) OS PARÂMETROS COLIFORMES TOTAIS, ESCHERICHIA COLI E CLORO RESIDUAL SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES SANITÁRIAS DA ÁGUA. (3) OS PARÂMETROS COR E TURBIDEZ SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES ASSOCIADAS AO ASPECTO VISUAL DA ÁGUA.					

DESCRIPÇÃO DOS SERVIÇOS E TARIFAS

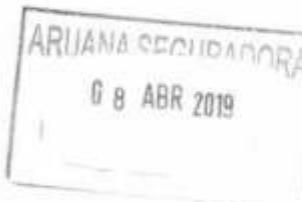
ÁGUA
RESIDENCIAL 001 UNIDADE
CONSUMO DE ÁGUA

CONSUMO POR FAIXA

VALOR R\$

2 M3

41,30



TIPO DE CONSUMO	VALOR R\$	VALOR R\$	VALOR R\$
PIS	41,30	1,65	0,68
COFINS	41,30	7,90	3,14

VENCIMENTO: 15/01/2019

TOTAL A PAGAR:

41,30

5 IDENTIFICAMOS A EXISTENCIA DE 1 FATURA(S) PENDENTES, NO TOTAL DE R\$ 5,62. REGULARIZE SEU DEBITO E EVITE A NEGA- TIVACAO E SUSPENSAO DO FORNECIMENTO DE ÁGUA.

Emitido por: INTERNET

Recebido em: 08/01/2019



ATENDIMENTO: 0800-0810195
VAZAMENTOS: 0800-0810185

VENCIMENTO: 15/01/2019

MATRÍCULA: 03720697.0 DATA: 12/2018-5

CÓDIGO DE BARRAS

TOTAL A PAGAR: 41,30

VIA COMPESA

82810000000-3 41300018228-9 03720697001-2 12201850003-7



AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

NOTA FISCAL | FATURA | CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA 2a VIA

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



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

DADOS DO CLIENTE CARLA MARIA FIRMINO MELO CPF: 076.723.044-29	DATA DE VENCIMENTO 21/01/2019	DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL 14/01/2019 DATA DA APRESENTAÇÃO 14/01/2019 NÚMERO DA NOTA FISCAL 046509332	CONTA CONTRATO 007009352010 Nº DO CLIENTE 2010366692 Nº DA INSTALAÇÃO 0000294362
ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA RUA NUMERIANO A BEZERRA 37 . GARAGEM BOA VISTA/BELO JARDIM 55150-020 BELO JARDIM PE	TOTAL A PAGAR (R\$) 0,00	CLASSIFICAÇÃO B3 COMERCIAL - COMERCIAL Monofásico	RESERVADO AO FISCO 725C.FA5D.66E3.3D27.B5F5.3F68.9AF2.895B
As condições gerais de fornecimento (Resolução ANEEL 414/2010), tarifas, produtos, serviços prestados e tributos se encontram à disposição, para consulta em nossas unidades de atendimento e no site www.celpe.com.br			

DESCRICAO DA NOTA FISCAL

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL									
NÚMERO DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR		ATUAL		Nº DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO MW/H
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA				
0000000000001026398	CAT	15/12/2018	8.036,00	14/01/2019	8.036,00	30	1.00000	0,00	0,00

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES					
DESCRIÇÃO	CONJUNTO	VALOR APURADO	META MENSAL	META TRIM.	META ANUAL
Nov/2018					
DIC-No. de horas sem Energia	BELO JARDIM	9,00	5,67	11,34	22,68
FIC-No. de vezes sem Energia		0,00	3,36	6,72	13,45
DMC-Duração máxima de interrupção contínua		0,00	3,29	0,00	0,00
DICRI-Duração de interrupção em dia crítico			Limite DICRI: 12,32		
EUSD-Valor do Encargo de Uso = R\$ 8,25					

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Pague no ponto mais perto de voce! ag correios bento fernandes: praca dom luiz sao pedro / farmacia caxias: rua pedro firmilho sao pedro.Lista completa em www.celpe.com.br.

Na data da leitura a bandeira em vigor é a Verde. Mais informações em www.aneel.gov.br.

O cliente é compensado quando há violação na continuidade individual ou do nível de tensão de fornecimento.

Pagto. em atraso gera multa 2% (Res414/ANEEL), Juros 1% a.m (Lei 10.438/02) e atualização monetária no prx. mês.

O Cliente é compensado quando há descumprimento do prazo definido para os padrões de atendimento comercial.

O consumidor pode cancelar a cobrança de serviços de terceiros na fatura a qualquer tempo - Art 7º REN 581/13.

NÍVEIS DE TENSÃO		
TENSÃO NOMINAL(V)	LIMITE DE VARIAÇÃO(V)	
	MÍNIMO	MÁXIMO
220	202	231
AUTENTICAÇÃO MECÂNICA		

卷之三

DETALHAMENTO DA Fatura				
CONTA CONTRATO	MÊS/ANO	TOTAL A PAGAR(R\$)	VENCIMENTO	TALÃO DE PAGAMENTO
007009352010	01/2019	0,00	21/01/2019	<p>Evite dobrar, perfurar ou rasurar. Este canhoto será usado em leitora ótica.</p>

Pagamento através de Débito Automático em Conta Corrente.
Banco 104-0 Agência 0773

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

O Débito Automático em Conta Corrente é confortável, muito seguro e você pode suspender o débito até três dias úteis antes do vencimento. Para maiores informações ligue 116.

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

For more information, contact the Office of the Vice President for Research and the Office of the Vice President for Student Affairs.

O Débito Automático em Conta Corrente é confortável, muito seguro e você pode suspender o débito até três dias úteis antes do vencimento. Para maiores informações ligue 116.

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

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o **SAC DPVAT** 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

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

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

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

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

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

Pelo exposto, eu CARLA MARIA FIRMINO MELO inscrito (a) no CPF/CNPJ 076.723.044-29 / _____, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário MARIA HELENA DO CARMO inscrito (a) no CPF sob o N° 377.338.854-34 / _____, do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima MARIA HELENA DO CARMO, inscrito (a) no CPF sob o N° 377.338.854-34 / _____, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

Recuso informar

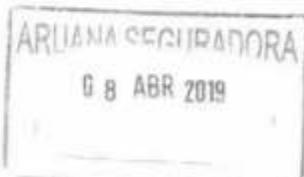
Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Lider-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

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

Endereço RUA NUMERIANO ALVES BEZERRA		Número 37	Complemento GARAGEM
Bairro BOA VISTA	Cidade BELO JARDIM	Estado PE	CEP 55150-020
Email carlafirminomelo@hotmail.com	Telefone comercial (DDD) (81) 9.9569-0261	Telefone celular (DDD) (81) 9.9168-6771	

BELO JARDIM, 15 de FEVEREIRO de 2019
Local e Data

Carla Maria Firmino Melo
Assinatura do Declarante



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

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o **SAC DPVAT** 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

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

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

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

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

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

Pelo exposto, eu CARLA MARIA FIRMINO MELO inscrito (a) no CPF/CNPJ 076.723.044-29 / _____, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário MARIA HELENA DO CARMO inscrito (a) no CPF sob o N° 377.338.854-34 / _____, do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima MARIA HELENA DO CARMO, inscrito (a) no CPF sob o N° 377.338.854-34 / _____, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

Recuso informar

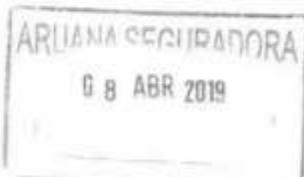
Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Lider-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

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

Endereço RUA NUMERIANO ALVES BEZERRA		Número 37	Complemento GARAGEM
Bairro BOA VISTA	Cidade BELO JARDIM	Estado PE	CEP 55150-020
Email carlafirminomelo@hotmail.com	Telefone comercial (DDD) (81) 9.9569-0261	Telefone celular (DDD) (81) 9.9168-6771	

BELO JARDIM, 15 de FEVEREIRO de 2019
Local e Data

Carla Maria Firmino Melo
Assinatura do Declarante





Prefeitura de
Belo Jardim
A mudança começa com trabalho

HOSPITAL REGIONAL DE BELO JARDIM

CNPJ: 10.260.222/0001-05

Rua Dr. Henrique Nascimento, s/nº

Belo Jardim - PE - CEP: 55.150-000

Fone: (0**81) 3726.2233

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins que Maria Helena
do Carmo residente Altô Soá
Brasília S/N - Serra do Mato esteve internado
nesta Hospital no periodo de 27.09.18 à
17:00 horas com diagnóstico de CID:
Vomito Cefalico prontuário nº Emergência
Tontura

OBS: O original se encontra disponível ao INSS para averiguação neste arquivo.

OBS: Por motivo de danificação dos prontuários os mesmos estão sendo refeitos.

Belo Jardim 36,10,18

ARIANA SECURADORA

6.8 ABR 2019

Responsável

Unidade de Saúde: **HOSPITAL JÚLIO ALVES DE LIRA**

PACIENTE	NÚMERO DO CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)	DOCUMENTO/IDENTIDADE / CPF:
	Nome: <i>Maria Helena do Carmo</i>	Idade: 86a
	Data de Nascimento: <i>19/03/32</i>	Sexo: F Cor: <i>Feminina</i> Estado Civil: <i>Viúva</i>
	Naturalidade: <i>Brasília</i>	Profissão: <i>Fusiorrista</i>
	Endereço: <i>R. Alto Sui Ciente, S/Nº Serra do Canto</i>	Telefone: _____
	Procedência: _____	_____
RESPONSÁVEL	Responsável: <i>A meomu</i>	Parentesco: _____
	Endereço: <i>O meomu</i>	Fone: _____
	Trazido por: <i>Maximiliano culto seu filho</i>	(-mae)
	Endereço: _____	Fone: _____
OCORRÊNCIA	Local do Acidente: _____	Data: / / Hora: / /
	NATUREZA DO ACIDENTE <input type="checkbox"/> Casual <input type="checkbox"/> Acid. do Trânsito <input type="checkbox"/> Tentativa de Suicídio <input type="checkbox"/> Queda <input type="checkbox"/> Intoxicação <input type="checkbox"/> Outras Causas <input type="checkbox"/> Acid. do Trabalho <input type="checkbox"/> Agressão	
ATENÇÃO MÉDICA	Atendimento: <input type="checkbox"/> Clínico <input type="checkbox"/> Cirúrgico História da Doença Atual: <i>Yolanda do Magalhães</i> <div style="text-align: right; border: 1px solid black; padding: 2px;"> ARIANA SECURADORA 08 ABR 2019 </div> EXAME - FÍSICO Pressão Arterial: <i>110x50</i> Pulso: _____ Temperatura: _____ Peso: _____ <i>Urgência</i> <i>HGT - 188 mg/dL</i> <i>22:50</i> <i>PA: 120x55 mmHg</i> <i>Mega Hergua</i> Diagnóstico Provisório: _____ <i>Primo...</i>	

CONDICÕES DE ALTA

MOTIVO DE ALTA

- | | |
|-------------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Curado | <input type="checkbox"/> Óbito |
| <input type="checkbox"/> Melhorado | |
| <input type="checkbox"/> Inalterado | <input type="checkbox"/> + 48 horas |
| <input type="checkbox"/> Piorado | <input type="checkbox"/> - 48 horas |

Em: 1 1

Horas: _____

- Decisão Médica
 - Alta Pedida
 - Transferência
 - Indisciplina

Transferido para: _____

Diagnóstico Definitivo: _____

Observação: São opas mulher, linas. Omitam o d. São

Data: 18, 09, 18

~~C. MASES BONALD
NITÓICO
CRM 26-760~~



FICHA DE ESCLARECIMENTO

NOME: MARIA HELENA DO CARMO	PRONTUÁRIO: 1649131	ATENDIMENTO: 01030154
DATA DE NASCIMENTO: 12/03/1932	FOI ATENDIDO EM: As	DATA DA ALTA: 26/09/2018 AS 11:16

Diagnóstico Provável:

1. TRAUMA TORACICO FECHADO (ATROPELAMENTO)
2. HAS (NAO SABE MEDICACOES QUE FAZ USO)

Tratamento Realizado:

1. (22/09 - 26/09) DTFD SEC
2. CORTICOTERAPIA + NEBULIZAÇÃO ATROVENT/BEROTEC

Observação:

ARIANA SEGUINANDRA
6.8 ABR 2019

Encaminhado para:

NO MOMENTO DA ALTA AGENDAR RETORNO AO AMBULATÓRIO DE DR. JOÃO PAULO RIBEIRO NO DIA 11/10/2018 AS 07H.

Jul
ICARO TORRES LAGE - CRM: N°.25002

Recife, 26, SETEMBRO ,2018

ATENÇÃO:

Este documento destina-se a comprovação de atendimento hospitalar ou ambulatorial para INSS, Empresas, Escolas, Ministério do Trabalho, Continuidade do Tratamento Ambulatorial, segundo a recomendação N° 04/2002 do Ministério Público do Estado de Pernambuco.



RESUMO DE ALTA

Nome: Mrs. Helena do Carmo

Registro:

Enfermaria:

Leito:

ADMISSÃO: 01/12/18 ALTA: 08/12/18

1 - DIAGNÓSTICOS

Abcesso em parocele tóxico (D)

2 - RESUMO DA HISTÓRIA CLÍNICA, EVOLUÇÃO E TRATAMENTO

Pet. admitida com história de dor no abdômen, diarreia, realizou ATB cf. tozocin, evoluiu com melhora

3 - PROGRAMAÇÃO APÓS ALTA

1) Acompanhar no UBS

ARUANA SECURADORA

6.8 ABR 2019

4 - EXAMES REALIZADOS OU OUTRAS INFORMAÇÕES RELEVANTES:

5 - PRESCRIÇÃO PARA CONTINUAÇÃO DO TRATAMENTO EM DOMICÍLIO

ARUANA SECURADORA
6 8 ABR 2019

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO RESPONSÁVEL

Data: _____

6 - SAÍDA HOSPITALAR

Data: _____ Hora: _____

RESPONSÁVEL (EQUIPE DE ENFERMAGEM)

Matrícula: _____

RESPONSÁVEL (PORTARIA)

Matrícula: _____

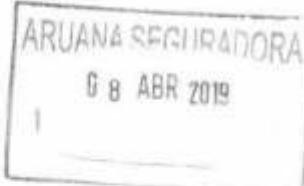


FICHA DE ESCLARECIMENTO

ATENDIMENTO: 1029941/2018.

NOME: MARIA HELENA DO CARMO.

Foi atendido às 21h46 do dia 21.09.2018.



Diagnóstico provável: Prostatacax com Hiperplasia
benigna. Enemas em 10, 11, 12 e CASTELOS
+ Domiciliar + Enemas em Hiperplasia estimada
TCE leve.
(ATM REGISTRO)

Tratamento realizado: TAL DE TOILETTE - PROSTROCOLAX
EM H.T.D
DISMENORRÓGIA DOMINANTE FOLHADA A DIREITA
VS C6 FAST - Numb
PROSTROCOLAX CI DIA 10 e DIREITA FOLHADA
CLAXANA - EXAMES LABORATORIAIS
TCE DE ORÁVIO - SÍNCRONAS

Obs.

ALTA EM 26-09-2018

As informações contidas neste documento foram transcritas, na íntegra, do Prontuário Médico, não do Médico Assistente e sim do serviço Arquivo Médico e Estatístico.

Cópia de Prontuário Médico em 07/11/2018

HES - Hospital da Restauração
Dr. Gilberto Wonderley Lima
Garante Médico do SAME
CRM-4532

1053)

Atenção: Este documento destina-se a comprovação de atendimento hospitalar ou ambulatorial para: INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO, CONTINUIDADE DO TRATAMENTO AMBULATORIAL.

Av. Agamenon Magalhães, S/N – Derby – Recife – PE CEP 52.010-040
Fones: 31815451/31815572

Alergologia - Análises Clínicas - Angiologia - Audiometria - Biópsia - Cardiologia - Clínica Geral - Cirurgia Geral
Citologia e Colposcopia - Colonoscopia - Dermatologia - Ecocardiografia - Eletrocardiograma - Eletroencefalograma
Eletroneuromiografia - Endocrinologia - Endoscopia Digestiva - Estudo Urodinâmico - Fisioterapia - Fonoaudiologia
Gastroenterologia - Gastroenterologia Infantil - Geriatria - Ginecologia - Holter - Implantes Dentários - Laboratório
MAPA - Mastologia - Neurologia - Neurologia Infantil - Nutrição - Odontologia - Oftalmologia - Otorrinolaringologia
Ortodontia - Ortopedia - Pediatria - Peniscopia - Pneumologia - Psicologia - Raio X Digital em Geral - Reumatologia
Testes Alérgicos - Teste Ergométrico - Ultra-som - Urologia - e outras especialidades.

Centro Médico
MariaGertrudes

NOME: MARIA HELENA DO CARMO.

D. NASCIMENTO: 12.03.1932

Nº DO REGISTRO: 9929

EXAME: RX DIGITAL DO TÓRAX PA+P

SOLICITANTE: DR.º RODRIGO A. DE OLIVEIRA.

CONVÊNIO: MARIA GERTRUDES

LAUDO

Acentuada hipotransparência pulmonar nos campos médio e inferior à direita.

Sinais de hiperaeração pulmonar à esquerda. (DPOC)

Apagamento da cúpula diafragmática e do seio costofrênico à direita.

Aumento da área cardíaca.

Alongamento da aorta torácica com ectasia.

ARUANA SÉGURADORA

08 ABR 2019

Caruaru 21 de Novembro de 2018

André Pinto da Silveira
Dr. André Pinto da Silveira
CRM - 11456

ESTE LAUDO APRESENTA A IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA ATRAVÉS DA INTERPRETAÇÃO RADIOLÓGICA DOS ACHADOS. O RELATÓRIO NÃO DEVE SER CONSIDERADO ABSOLUTO E DEFINITIVO, JÁ QUE AS DOENÇAS SÃO EVOLUTIVAS E PODEM MODIFICAR-SE DE ACORDO COM A HISTÓRIA NATURAL DA PATOLOGIA OU INVESTIGAÇÃO MAIS PROFUNDA, HAVENDO DISCORDANCIA DO EXAME EM RELAÇÃO COM A CLÍNICA DO PACIENTE, ENTRAR IMEDIATAMENTE EM CONTATO COM CMMG, EM CASO DE NECESSIDADE DE RADIOGRAFIA(S) COMPLEMENTAR(ES), FAVOR ENVIAR ESTE EXAME PARA MELHOR COMPARAÇÃO E DEFINIÇÃO RADIODIAGNÓSTICA. SUGERIMOS QUE ESTAS IMAGENS SEJAM PRESERVADAS PERIODICAMENTE.

UNIDADE I

Rua Santa Maria da Boa Vista, 85 - Boa Vista II - Caruaru/PE

UNIDADE II

Av. João Salvador, 23 - Bairro Riachão - Caruaru/PE

Nome: **MARIA HELENA DO CARMO**
Idade: **71** Sexo: **F**
Médico: **MEDICO-PLANTONISTA - EMER HR**
Procedência: **SUS - AMBULATORIO**

Pedido: **490763**
Data do Pedido: **22/09/2018 10:00:00**
Data do Laudo:
Atendimento: **1029941**

ULTRASSONOGRAFIA DO ABDOME (FAST)

HISTÓRIA / INDICAÇÃO: trauma abdominal

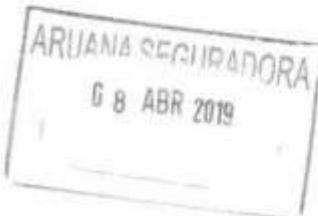
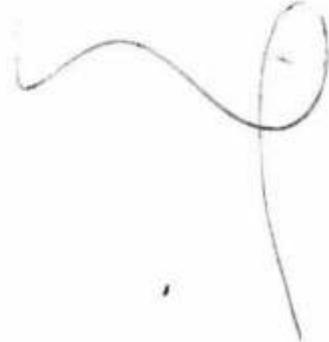
TÉCNICA: estudo ecográfico realizado com transdutores multifrequenciais.

ACHADOS:

Importante interposição de gás não permitiu avaliação do andar superior do abdome. Se houver forte suspeita de órgãos abdominais, sugere-se prosseguir com tomografia computadorizada.

Bexiga normodistendida.

Ausência de líquido livre na escavação pélvica.





Prefácio da Carta

Av. Vera Cruz - 854, São Francisco - CEP: 66008-000
Fone: 61-3701-1400 - CNPJ: 11.371.082/0001-05

Fax: 81-3701-1900 - CNPJ: 11.271.062/0001-00



UNIDADE DE SAÚDE

JOSÉ CARLOS
OLIVEIRA II

Cliente:

1) *Elephant*

DECLARO SOU DEUS F. S, 260, P. FAVARETO MAIS
MILITAR E CAVO, 40 ANOS, DANI CILINDROS
POIS PROVOCANTE PO MOTOCLISTA, NO ANIVERSARIO
OCASIONAL FRUTOS EM PREÇOS COBERTOS EM
HONORARIO DIREITO, SEM A PAGAMENTO DE
RESTO VSF E POR ESPECIE.

Caruaru, 19/02/19
AO VOLTAR AO MÉDICO, TRAZER ESTA RECEITA

Dr. Antonio Wyller
CRM - E - 22438

Midico

ARUANA SEGURODORA
6 8 ABR 2019

CONTROLE DA FARMÁCIA



CARUARU

Centro de Imagens Municipal - CIM

NOME DO PACIENTE: MARIA HELENA DO CARMO
DATA DE NASCIMENTO: 12/03/1932
IDADE DO PACIENTE: 86 ANOS
DATA DA REALIZAÇÃO: 14/01/2019
REG: 35

RX DO TÓRAX

Acentuação da trama pulmonar.
Redução volumétrica do pulmão direito.
Imagem sugestiva de pequeno derrame cissural à direita.
Seio costo-frênico direito velado.
Espessamento peribroncovascular peri-hilar bilateral.
Sombras hilares proeminentes.
Área-cardíaca aumentada.
Aorta alongada.
Arcabouço costal íntegro.

ARIANA SOCIOPANDORA
08 ABR 2019

Caruaru, 14 de janeiro de 2019.

Dr. Robson Vieira de Miranda
CRM 10403



Pernambuco
SECRETARIA DE SAÚDE
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO

SOLICITAÇÃO DO SAME

- FICHA DE ESCLARECIMENTO**
 OUTROS

Fone: 3181 - 5451

Atendimento:
Segunda a Sexta
08:00 ao 12:00

OBS: Informamos que a solicitação de cópia de prontuário só deverá ser liberada quando solicitada por juiz, pelo ministério público ou pelo próprio paciente com a solicitação médica. Para os demais órgãos (EX: SEGURADORAS) será emitida Ficha de Esclarecimento Médico.

Justificativas: _____

PACIENTE: _____

IDENTIDADE: _____

ADM: _____

ALTA/ÓBITO: _____

REGISTRO: _____ **CÓDIGO:** 16149931

RESIDÊNCIA: _____

ARUANA SEGURADORA

08 ABR 2019

FILIAÇÃO: _____

ATENDIMENTO NA EMERGÊNCIA: _____

INTERNADO NO HR: _____

SOLICITANTE: _____

GRAU DE PARENTESCO: _____

IDENTIDADE: _____

Recife _____ de _____ 2018

ASSINATURA



Maria Heloisa no exame -

vítimas a fogo produzente por moto cicleta
no dia 17-04-04, exame pneumologico em
Hematoxilina e Dicróto, frotagem em 10-11 e 12
leishman, parasita, fece levo.

Foram feitos exames de urinário
no exame feito.

A mesma paciente sofreu um acidente
desenvolvendo com suspeita de parásito
urinário, desinfecção para remoção das
bactérias com fármacos e fez uso de
poco soro fisiológico. Deve ser feito
exames.

Obs: 1/2º Foco em sequelas / 0007
Mai 165561.

Ciente -

Dr. Júlio Serraiu
MEDICO

CRM: 22339-BE

22-05-04

clinicadiagclin @clinicadiagclin
 (81) 3726-2338 (81) 98624-6795

Rua Floriano Peixoto, 58 - Centro
Belo Jardim - Pernambuco



Prefeitura de
Belo Jardim
A mudança começa com trabalho

HOSPITAL REGIONAL DE BELO JARDIM

CNPJ: 10.260.222/0001-05

Rua Dr. Henrique Nascimento, s/nº

Belo Jardim - PE - CEP: 55.150-000

Fone: (0**81) 3726.2233

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins que Maria Helena
do Carmo residente Altô Soá
Brasília S/N - Serra do Mato esteve internado
nesta Hospital no periodo de 27.09.18 à
17:00 horas com diagnóstico de CID:
Vomito Cefálico prontuário nº Emergência
Tontura

OBS: O original se encontra disponível ao INSS para averiguação neste arquivo.

OBS: Por motivo de danificação dos prontuários os mesmos estão sendo refeitos.

Belo Jardim 36,10,18

ARIANA SECURADORA

6.8 ABR 2019

Responsável

Unidade de Saúde: **HOSPITAL JÚLIO ALVES DE LIRA**

PACIENTE	NÚMERO DO CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)	DOCUMENTO/IDENTIDADE / CPF:
	Nome: <i>Maria Helena do Carmo</i>	Idade: 86a
	Data de Nascimento: <i>19/03/32</i>	Sexo: F Cor: <i>Feminina</i> Estado Civil: <i>Viúva</i>
	Naturalidade: <i>Brasília</i>	Profissão: <i>Fusiorrista</i>
	Endereço: <i>R. Alto Sui Ciente, S/Nº Serra do Canto</i>	Telefone: _____
	Procedência: _____	_____
RESPONSÁVEL	Responsável: <i>A meomu</i>	Parentesco: _____
	Endereço: <i>O meomu</i>	Fone: _____
	Trazido por: <i>Maximiliano culto seu filho</i>	(-mae)
	Endereço: _____	Fone: _____
OCORRÊNCIA	Local do Acidente: _____	Data: / / Hora: / /
	NATUREZA DO ACIDENTE <input type="checkbox"/> Casual <input type="checkbox"/> Acid. do Trânsito <input type="checkbox"/> Tentativa de Suicídio <input type="checkbox"/> Queda <input type="checkbox"/> Intoxicação <input type="checkbox"/> Outras Causas <input type="checkbox"/> Acid. do Trabalho <input type="checkbox"/> Agressão	
ATENÇÃO MÉDICA	Atendimento: <input type="checkbox"/> Clínico <input type="checkbox"/> Cirúrgico História da Doença Atual: <i>Yolanda do Magalhães</i> <div style="text-align: right; border: 1px solid black; padding: 2px;"> ARIANA SECURADORA 08 ABR 2019 </div> EXAME - FÍSICO Pressão Arterial: <i>110x50</i> Pulso: _____ Temperatura: _____ Peso: _____ <i>Urgência</i> <i>HGT - 188 mg/dL</i> <i>22:50</i> <i>PA: 120x55 mmHg</i> <i>Mega Heroina</i> Diagnóstico Provisório: _____ <i>Primo...</i>	

CONDICÕES DE ALTA

MOTIVO DE ALTA

- | | |
|-------------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Curado | <input type="checkbox"/> Óbito |
| <input type="checkbox"/> Melhorado | |
| <input type="checkbox"/> Inalterado | <input type="checkbox"/> + 48 horas |
| <input type="checkbox"/> Piorado | <input type="checkbox"/> - 48 horas |

Em:

Horas: _____

- Decisão Médica
 - Alta Pedida
 - Transferência
 - Indisciplina

Transferido para: _____

Diagnóstico Definitivo: _____

Observação: Não-ops. mulher, linas. Orientar à clínica

Data: 18, 09, 18

~~P. Massei bonifica
NAPOLICO
CRM~~



FICHA DE ESCLARECIMENTO

NOME: MARIA HELENA DO CARMO	PRONTUÁRIO: 1649131	ATENDIMENTO: 01030154
DATA DE NASCIMENTO: 12/03/1932	FOI ATENDIDO EM: As	DATA DA ALTA: 26/09/2018 AS 11:16

Diagnóstico Provável:

1. TRAUMA TORACICO FECHADO (ATROPELAMENTO)
2. HAS (NAO SABE MEDICACOES QUE FAZ USO)

Tratamento Realizado:

1. (22/09 - 26/09) DTFD SEC
2. CORTICOTERAPIA + NEBULIZAÇÃO ATROVENT/BEROTEC

Observação:

ARIANA SEGUINANDRA
6.8 ABR 2019

Encaminhado para:

NO MOMENTO DA ALTA AGENDAR RETORNO AO AMBULATÓRIO DE DR. JOÃO PAULO RIBEIRO NO DIA 11/10/2018 AS 07H.

Jul
ICARO TORRES LAGE - CRM: N°.25002

Recife, 26, SETEMBRO ,2018

ATENÇÃO:

Este documento destina-se a comprovação de atendimento hospitalar ou ambulatorial para INSS, Empresas, Escolas, Ministério do Trabalho, Continuidade do Tratamento Ambulatorial, segundo a recomendação N° 04/2002 do Ministério Público do Estado de Pernambuco.



RESUMO DE ALTA

Nome: Mrs. Helena do Carmo

Registro:

Enfermaria:

Leito:

ADMISSÃO: 01/12/18 ALTA: 08/12/18

1 - DIAGNÓSTICOS

Abcesso em parocele tóxico (D)

2 - RESUMO DA HISTÓRIA CLÍNICA, EVOLUÇÃO E TRATAMENTO

Pet. admitida com história de dor no abdômen, diarreia, realizou ATB cf. tozocin, evoluiu com melhora

3 - PROGRAMAÇÃO APÓS ALTA

1) Acompanhar no UBS

ARUANA SECURADORA

6.8 ABR 2019

4 - EXAMES REALIZADOS OU OUTRAS INFORMAÇÕES RELEVANTES:

5 - PRESCRIÇÃO PARA CONTINUAÇÃO DO TRATAMENTO EM DOMICÍLIO

ARUANA SECURADORA
6 8 ABR 2019

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO RESPONSÁVEL

Data: _____

6 - SAÍDA HOSPITALAR

Data: _____ Hora: _____

RESPONSÁVEL (EQUIPE DE ENFERMAGEM)

Matrícula: _____

RESPONSÁVEL (PORTARIA)

Matrícula: _____

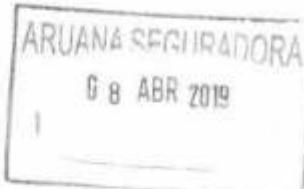


FICHA DE ESCLARECIMENTO

ATENDIMENTO: 1029941/2018.

NOME: MARIA HELENA DO CARMO.

Foi atendido às 21h46 do dia 21.09.2018.



Diagnóstico provável: Prostatacax com Hiperplasia
benigna. Enemas em 10, 11, 12 e CASTELOS
+ Domiciliar + Enemas em Hiperplasia estimada
TCE leve.
(ATM REGISTRO)

Tratamento realizado: TAL DE TOILET - PROSTACAX
EM H.T.D
DISMENORRÓGIA DOMINICA FESTEADA N DIAZATOL
VS C6 FAST - NORMA
PROSTACAX CI DIAZOL + DEXA + DEXA + DEXA
CLORATOL - EXAMES LABORATORIAIS
TCE DE ORÁVIO - SÍNCRONOS

Obs.

ALTA EM 26-09-2018

As informações contidas neste documento foram transcritas, na íntegra, do Prontuário Médico, não do Médico Assistente e sim do serviço Arquivo Médico e Estatístico.

Cópia de Prontuário Médico em 07/11/2018

HES - Hospital da Restauração
Dr. Gilberto Wonderley Lima
Garante Médico do SAME
CRM 4532

1053)

Atenção: Este documento destina-se a comprovação de atendimento hospitalar ou ambulatorial para: INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO, CONTINUIDADE DO TRATAMENTO AMBULATORIAL.

Av. Agamenon Magalhães, S/N – Derby – Recife – PE CEP 52.010-040
Fones: 31815451/31815572

Alergologia - Análises Clínicas - Angiologia - Audiometria - Biópsia - Cardiologia - Clínica Geral - Cirurgia Geral
Citologia e Colposcopia - Colonoscopia - Dermatologia - Ecocardiografia - Eletrocardiograma - Eletroencefalograma
Eletroneuromiografia - Endocrinologia - Endoscopia Digestiva - Estudo Urodinâmico - Fisioterapia - Fonoaudiologia
Gastroenterologia - Gastroenterologia Infantil - Geriatria - Ginecologia - Holter - Implantes Dentários - Laboratório
MAPA - Mastologia - Neurologia - Neurologia Infantil - Nutrição - Odontologia - Oftalmologia - Otorrinolaringologia
Ortodontia - Ortopedia - Pediatria - Peniscopia - Pneumologia - Psicologia - Raio X Digital em Geral - Reumatologia
Testes Alérgicos - Teste Ergométrico - Ultra-som - Urologia - e outras especialidades.

Centro Médico
MariaGertrudes

NOME: MARIA HELENA DO CARMO.

D. NASCIMENTO: 12.03.1932

Nº DO REGISTRO: 9929

EXAME: RX DIGITAL DO TÓRAX PA+P

SOLICITANTE: DR.º RODRIGO A. DE OLIVEIRA.

CONVÊNIO: MARIA GERTRUDES

LAUDO

Acentuada hipotransparência pulmonar nos campos médio e inferior à direita.

Sinais de hiperaeração pulmonar à esquerda. (DPOC)

Apagamento da cúpula diafragmática e do seio costofrênico à direita.

Aumento da área cardíaca.

Alongamento da aorta torácica com ectasia.

ARUANA SÉGURADORA

08 ABR 2019

Caruaru 21 de Novembro de 2018

André Pinto da Silveira
Dr. André Pinto da Silveira
CRM - 11456

ESTE LAUDO APRESENTA A IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA ATRAVÉS DA INTERPRETAÇÃO RADIOLÓGICA DOS ACHADOS. O RELATÓRIO NÃO DEVE SER CONSIDERADO ABSOLUTO E DEFINITIVO, JÁ QUE AS DOENÇAS SÃO EVOLUTIVAS E PODEM MODIFICAR-SE DE ACORDO COM A HISTÓRIA NATURAL DA PATOLOGIA OU INVESTIGAÇÃO MAIS PROFUNDA, HAVENDO DISCORDANCIA DO EXAME EM RELAÇÃO COM A CLÍNICA DO PACIENTE, ENTRAR IMEDIATAMENTE EM CONTATO COM CMMG, EM CASO DE NECESSIDADE DE RADIOGRAFIA(S) COMPLEMENTAR(ES), FAVOR ENVIAR ESTE EXAME PARA MELHOR COMPARAÇÃO E DEFINIÇÃO RADIODIAGNÓSTICA. SUGERIMOS QUE ESTAS IMAGENS SEJAM PRESERVADAS PERIODICAMENTE.

UNIDADE I

Rua Santa Maria da Boa Vista, 85 - Boa Vista II - Caruaru/PE

UNIDADE II

Av. João Salvador, 23 - Bairro Riachão - Caruaru/PE

Nome: **MARIA HELENA DO CARMO**
Idade: **71** Sexo: **F**
Médico: **MEDICO-PLANTONISTA - EMER HR**
Procedência: **SUS - AMBULATORIO**

Pedido: **490763**
Data do Pedido: **22/09/2018 10:00:00**
Data do Laudo:
Atendimento: **1029941**

ULTRASSONOGRAFIA DO ABDOME (FAST)

HISTÓRIA / INDICAÇÃO: trauma abdominal

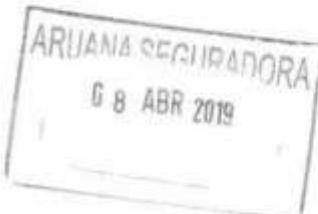
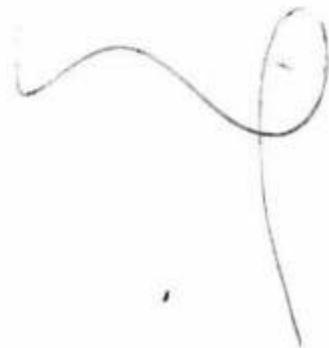
TÉCNICA: estudo ecográfico realizado com transdutores multifrequenciais.

ACHADOS:

Importante interposição de gás não permitiu avaliação do andar superior do abdome. Se houver forte suspeita de órgãos abdominais, sugere-se prosseguir com tomografia computadorizada.

Bexiga normodistendida.

Ausência de líquido livre na escavação pélvica.





Prefeitura de Caruaru

Av. Vera Cruz - 854, São Francisco - CEP: 65006-000
Fone: 81-3701-1400 - CNPJ: 11.371.082/0001-06

Fone: 81-3701-1400 - CNPJ: 11.371.082/0001-06



UNIDADE DE SAÚDE

JOSÉ CARLOS
OLIVEIRA II

Cliente:

→ Delays

DECLARO SOU DEUS F. S, 260, P. FAVRETE MAIS
MELHOR E CORRO, SOU 26 ANOS, DANI CILINDROS
PPS APROVADAS POR MOTOCICLISTA, NO ANEXO,
OCASIONARIO FRUTOS EM PREÇOS COSTUMBEIS
NUNCA PEGUEI DINHEIRO, SOU O PESSOALMENTE
ESTOU USF E SOU ESPECIALISTA.

Caruaru, 19/02/19
AO VOLTAR AO MÉDICO, TRAZER ESTA RECEITA

Dr. Antonio Wyller
CRM - E - 22438

Midco

ARUANA SEGURODORA
6 8 ABR 2019

CONTROLE DA FARMÁCIA



CARUARU

Centro de Imagens Municipal - CIM

NOME DO PACIENTE: MARIA HELENA DO CARMO
DATA DE NASCIMENTO: 12/03/1932
IDADE DO PACIENTE: 86 ANOS
DATA DA REALIZAÇÃO: 14/01/2019
REG: 35

RX DO TÓRAX

Acentuação da trama pulmonar.
Redução volumétrica do pulmão direito.
Imagem sugestiva de pequeno derrame cissural à direita.
Seio costo-frênico direito velado.
Espessamento peribroncovascular peri-hilar bilateral.
Sombras hilares proeminentes.
Área-cardíaca aumentada.
Aorta alongada.
Arcabouço costal íntegro.

ARIANA SOCIOPANDORA
08 ABR 2019

Caruaru, 14 de janeiro de 2019.

Dr. Robson Vieira de Miranda
CRM 10403



Pernambuco
SECRETARIA DE SAÚDE
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO

SOLICITAÇÃO DO SAME

- FICHA DE ESCLARECIMENTO**
 OUTROS

Fone: 3181 - 5451

Atendimento:
Segunda a Sexta
08:00 ao 12:00

OBS: Informamos que a solicitação de cópia de prontuário só deverá ser liberada quando solicitada por juiz, pelo ministério público ou pelo próprio paciente com a solicitação médica. Para os demais órgãos (EX: SEGURADORAS) será emitida Ficha de Esclarecimento Médico.

Justificativas: _____

PACIENTE: _____

IDENTIDADE: _____

ADM: _____

ALTA/ÓBITO: _____

REGISTRO: _____ **CÓDIGO:** 16149931

RESIDÊNCIA: _____

ARUANA SEGURADORA

08 ABR 2019

FILIAÇÃO: _____

ATENDIMENTO NA EMERGÊNCIA: _____

INTERNADO NO HR: _____

SOLICITANTE: _____

GRAU DE PARENTESCO: _____

IDENTIDADE: _____

Recife _____ de _____ 2018

ASSINATURA

