

(CÉDULA DE IDENTIDADE)



POLEGAR DIREITO

8/7

Maria Helena do Carmo

ASSINATURA DO PORTADOR

(VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL)

(REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL)

ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO

REGISTRO GERAL 2287053

NOME **Maria Helena do Carmo.**

FILIAÇÃO **Helena Maria da Conceição**

Belo Jardim-Pe. 12/03/1932.

NATURALIDADE DATA DO NASCIMENTO

RECIFE-PE 02/08/1980.

DIRETOR DO INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO

(VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL)

MINISTÉRIO DA FAZENDA
Secretaria da Receita Federal

CPF

Cadastro de Pessoas Físicas

Número de Inscrição

377.338.854-34

Nome

MARIA HELENA DO CARMO

Nascimento

12/03/1932

ARUANA SEGUROADORA

08 ABR 2019

**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 às regiões corporais acometidas.

Região Corporal
dano neurológico

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

Região Corporal
dano neurológico

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

Região Corporal
estruturas torácicas

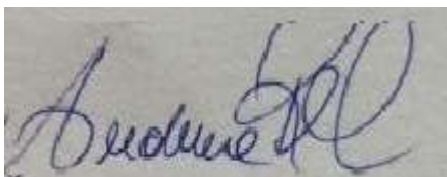
% do Dano (X) 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal
estruturas torácicas

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

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

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 (X) REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COM A VÍTIMA É **PROCURADORA**
 ENDEREÇO DO PORTADOR **RUA NUMERIANO ALVES BEZERRA**
 Nº **37** COMPLEMENTO **GARAGEM** BAIRRO **CENTRO**
 CIDADE **BELO JARDIM** UF **PE** CEP **55150-020**
 E-MAIL **carlafirminomelo@hotmail.com** TELEFONE (B1) **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)
 () CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 () LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
 (X) NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML, DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML (ORIGINAL) ASSINADA PELA VÍTIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA
 () BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 (X) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
 (X) AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE 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 DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
 OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

- () REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
 () 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 LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS
 () NOTAS FISCAIS (ORIGINALS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITUÁRIO 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 MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

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

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

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

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA **08/09/2019**
 IDENTIDADE **3179608505-PE**
 ASSINATURA **Carla**

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA **08/09/2019**
 NOME **ARIANA SEGURADORA**
 ASSINATURA **Natália F. Souza**

ARIANA 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, CUJO PARANTESCO COM A VÍTIMA É **PROCURADORA**
 ENDEREÇO DO PORTADOR **RUA NUMERIANO ALVES BEZERRA**
 Nº **37** COMPLEMENTO **GARAGEM** BAIRRO **CENTRO**
 CIDADE **BELO JARDIM** UF **PE** CEP **55150-020**
 E-MAIL **carlafirminomelo@hotmail.com** TELEFONE (B1) **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)
 () CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 () LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
 (X) NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML, DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML (ORIGINAL) ASSINADA PELA VÍTIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA
 () BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 (X) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
 (X) AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE 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 DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
 OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

- () REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
 () 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 LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS
 () NOTAS FISCAIS (ORIGINALS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITUÁRIO 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 MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- VALORES DE INDENIZAÇÃO
- MORTE = R\$ 13.500,00
 - INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R\$ 13.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/74.
 - DESPESAS MÉDICAS (DAMS) = REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO). ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.
- O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA
 • COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO
 • PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSSE WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA **08/09/2019**
 IDENTIDADE **3179608505-PE**
 ASSINATURA **Carla**

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA **08/09/2019**
 NOME **ARIANA SEGURADORA**
 ASSINATURA **Natália F. Souza**

ARIANA 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 sequela

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 sequela

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 viúta, profissão Recusou, residente e domiciliado à R. São Vicente Ferreira, nº 514, bairro Serra do Vento, Município de Belo Jardim, Estado PE, CEP: 55150-000, portador(a) do RG nº 228.7053, 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**, nº **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. Invalida

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

3º SERVIÇO NOTARIAL E DE PROTESTO
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 test. da verdade.
CYNTHIA MORGANA LIMA SABINO - Escrevente
Emol. R\$ 3,59 - TSNR R\$ 0,80 - Total R\$ 4,39 Op.: 3º
Cartório de Notas - Caruaru - PE

ARJANA SEGURADORA
08 ABR 2019

PROCURAÇÃO

Outorgante: Maria Helena do Carmo, brasileiro(a), estado civil viúta, profissão Recusou, residente e domiciliado à R. São Vicente Ferreira, nº 514, bairro Serra do Vento, Município de Belo Jardim, Estado PE, CEP: 55150-000, portador(a) do RG nº 228.7053, 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**, nº **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 17.1.2019, conforme registrado pelo B.O. anexo ao processo. Invalida

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

3º SERVIÇO NOTARIAL E DE PROTESTO
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 test. da verdade.
CYNTHIA MORGANA LIMA SABINO - Escrevente
Emol. R\$ 3,59 - TSNR R\$ 0,80 - Total R\$ 4,39 Op.: 3º
Cartório de Notas - Caruaru - PE

ARJANA SEGURADORA
08 ABR 2019

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0121473/19

Vítima: MARIA HELENA DO CARMO

CPF: 377.338.854-34

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

Data do acidente: 17/09/2018

Titular do CPF: MARIA HELENA DO CARMO

CPF de: Próprio

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

CARLA MARIA FIRMINO MELO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

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

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

Data do acidente: 17/09/2018

Titular do CPF: MARIA HELENA DO CARMO

CPF de: Próprio

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

CARLA MARIA FIRMINO MELO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

NATHALIA GABRIELA FERREIRA DE SOUZA

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

Pag. 00157/00158 - carta_02 - INVALIDEZ



Carta nº 14403133

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, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.



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: 377.338.854-34 Nome completo da vítima: 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: Rececionista Endereço: Rua São Vicente Ferrer, 100 Número: _____ Complemento: 2070
Bairro: Parque do Verde Cidade: Belo Jardim Estado: _____ CEP: 55150-000
E-mail: _____ Tel. (DDD): (81) 9569-0261

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

RENDA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

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

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 0778 CONTA: 46406 4
(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: _____ 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.

Local e Data: Belo Jardim 15/04/2019
Nome: Maria Helena do Carmo
CPF: 377.338.854-34

(*) Assinatura de quem assina A ROGO
Maria Helena do Carmo
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____
CPF: _____
Assinatura: _____
2ª | Nome: _____
CPF: _____
Assinatura: _____

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

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

CAIXA ECONOMICA
CAIXA AQUI

COMPROVANTE DE DEPOSITO

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

AGENCIA 2778
CONTA 013 00046400-4
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 M
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 REGIANORA
08 ABR 2019
1

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 

COD OPERACAO 474638937

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

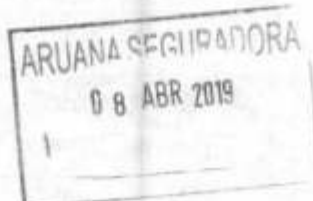
DEPOSITO REALIZADO COM SUCESSO A
AO DO CREDITO NA CONTA E DE ATE 30 M
OS

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

Para pessoas com deficiência auditiva ou
de fala 0800 726 2492

Ouvidoria 0800 725 7474

caixa.gov.br



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: 377.338.854-34 Nome completo da vítima: 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: Rececionista Endereço: Rua São Vicente Ferrer, 100 Número: _____ Complemento: 2070
Bairro: Souza do Vento Cidade: Belo Jardim Estado: _____ CEP: 55150-000
E-mail: _____ Tel. (DDD): (81) 9569-0261

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

RENDA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

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

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 0778 CONTA: 46406 4
(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: _____ 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.

Local e Data: Belo Jardim 15/02/19
Nome: Maria Helena do Carmo
CPF: 377.338.854-34

(*) Assinatura de quem assina A ROGO
Maria Helena do Carmo
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____
CPF: _____
Assinatura: _____
2ª | Nome: _____
CPF: _____
Assinatura: _____

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

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

CAIXA ECONOMICA
CAIXA AQUI

COMPROVANTE DE DEPOSITO

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

AGENCIA 2778
CONTA 013 00046400-4
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 M
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 REGIANORA
08 ABR 2019
1

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 

COD OPERACAO 474638937

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

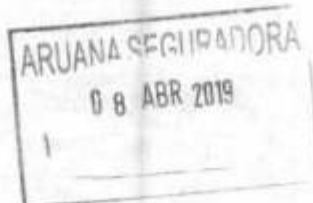
DEPOSITO REALIZADO COM SUCESSO A
AO DO CREDITO NA CONTA E DE ATÉ 30 M
OS

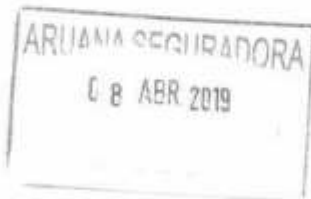
SAC CAIXA 0800 726 0101 (informações,
reclamações, sugestões e elogios)

Para pessoas com deficiência auditiva ou
de fala 0800 726 2492

Ouvidoria 0800 725 7474

caixa.gov.br





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 104ª CIRCUNSCRIÇÃO - BELO JARDIM -
DP104ªCIRC DINTER1/15ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **19E0194000011**

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

ATROPELAMENTO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (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 Inimãe: HELENA MARIA DA CONCEIÇÃO Pai: ND Data de Nascimento: 12/3/1932 Naturalidade: 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(a) Sr(a): DESCONHECIDO, que estava em posse do(a) Sr(a): DESCONHECIDO
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/DESCONHECIDO/NÃO 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 RAIO-X QUEBRADO, E ELA FOI MANDADA NOVAMENTE PARA CASA. SUA FILHA DE CARUARU MARGARIDA MARIA DE OLIVEIRA A LEVOU PARA UPAC CARUARU. QUE ELA ESTAVA COM AS COSTELAS QUEBRADAS, EDEMA NAS COSTAS, EMATOMA NA CABECA, ABCESSO NO PULMAO.

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

.....

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

.....



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; TSMR: 0,68; PERC: 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 CIRCUNSCRIÇÃO - BELO JARDIM -
DP104ªCIRC DINTER1/15ªDESEC

ARQUIVADA SEGURADORA
08 ABR 2019

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 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: MUNICIPIO DE BELO JARDIM, 1 Bairro:
CENTRO - BELO JARDIM/PERNAMBUCO/BRASIL
Local do Fato: VIA PUBLICA

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR/AGENTE)
MARIA HELENA DO CARMO (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

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



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

MARIA HELENA DO CARMO (não presente na plantão) - Sexo: Feminino Mãe
HELENA MARIA DA CONCEIÇÃO Pai. Nº Cartão de Identidade: 12/3.1932 Naturalidade: BELO
JARDIM / PERNAMBUCO / BRASIL

DESCONHECIDO Ramo de Atividade: NÃO INFORMADO

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

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

MOTO (VEICULO) de propriedade do(s) Sr(a): DESCONHECIDO que estava em posse
do(s) Sr(a) DESCONHECIDO

Categoria/Marca/Modelo: MOTOCICLETA/DESCONHECIDO/NÃO INFORMADO Objeto
apreendido: NÃO

Quantidade: (UNIDADE NÃO INFORMADA)

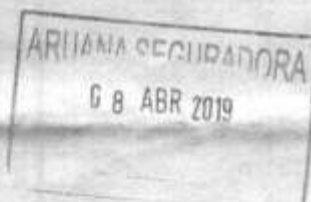
Complimento / Observação

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 RAIO-X QUEBRADO, E ELA FOI MANDADA NOVAMENTE PARA CASA. SUA FILHA DE CARUARU MARGARIDA MARIA DE OLIVEIRA A LEVOU PARA UPAR CARUARU QUE ELA ESTAVA COM AS COSTELAS QUEBRADAS, EDEMA NAS COSTAS, EMATOMA NA CABEÇA, ACESSO NO PULMAO.

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

S.O. registrado por:  JOÃO PAULO FERREIRA DE SOUZA Matrícula 297826-4

Manoel Caetano Filho




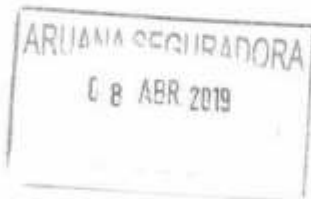
CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE BELO JARDIM - PE
Titular: BERTOLDO VIRGINIO DIAS DOS SANTOS
Telefone: (81) 3726-2588

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; TSMR: 0,68 PERC: 0,34; Total: 4,09

Ewerton Gabriel de Melo
ESCREVENTE AUTORIZADO

Selo: 0131425.SNR02201903.01096 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 POLÍCIA DA 104ª CIRCUNSCRIÇÃO - BELO JARDIM -
DP104ªCIRC DINTER1/15ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **19E0194000011**

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

ATROPELAMENTO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (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 PUBLICA**

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 Inimã: HELENA MARIA DA CONCEIÇÃO Pai: ND Data de Nascimento: 12/3/1932 Naturalidade: 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(a) Sr(a): DESCONHECIDO, que estava em posse do(a) Sr(a): DESCONHECIDO
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/DESCONHECIDO/NÃO 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 RAIO-X QUEBRADO, E ELA FOI MANDADA NOVAMENTE PARA CASA. SUA FILHA DE CARUARU MARGARIDA MARIA DE OLIVEIRA A LEVOU PARA UPAC CARUARU. QUE ELA ESTAVA COM AS COSTELAS QUEBRADAS, EDEMA NAS COSTAS, EMATOMA NA CABEÇA, ABCESSO NO PULMAO.

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

.....

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

.....



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; TSMR: 0,68; PERC: 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 CIRCUNSCRIÇÃO - BELO JARDIM -
DP104ªCIRC DINTER1/15ªDESEC

ARQUIVADA SEGURADORA
08 ABR 2019

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 19E0194000011

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

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

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

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR / AGENTE)
MARIA HELENA DO CARMO (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

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



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

MARIA HELENA DO CARMO (não presente na plantão) - Sexo: Feminino Mãe
HELENA MARIA DA CONCEIÇÃO Pai: Nô Costa da Conceição, 12/3/1932 Naturalidade: BELO
JARDIM / PERNAMBUCO / BRASIL

DESCONHECIDO Ramo de Atividade: NÃO INFORMADO

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

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

MOTO (VEICULO) de propriedade do(s) Sr(a): DESCONHECIDO que estava em posse
do(s) Sr(a) DESCONHECIDO

Categoria/Marca/Modelo: MOTOCICLETA/DESCONHECIDO/NÃO INFORMADO Objeto
apreendido: N/A

Quantidade: (UNIDADE NÃO INFORMADA)

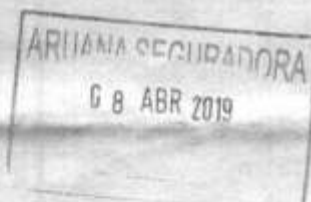
Complimento / Observação

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 RAIO-X QUEBRADO, E ELA FOI MANDADA NOVAMENTE PARA CASA. SUA FILHA DE CARUARU MARGARIDA MARIA DE OLIVEIRA A LEVOU PARA UPAR CARUARU QUE ELA ESTAVA COM AS COSTELAS QUEBRADAS, EDEMA NAS COSTAS, EMATOMA NA CABEÇA, ACESSO NO PULMAO.

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

S.O. registrado por:  JOÃO PAULO FERREIRA DE SOUZA Matrícula 297826-4

Manoel Caetano Filho




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; TSMR: 0,68 PERC: 0,34; Total: 4,09

Ewerton Gabriel de Melo
ESCREVENTE AUTORIZADO

Selo: 0131425.SNR02201903.01096 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: 377.338.854-34 Nome completo da vítima: 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: Rececionista Endereço: Rua São Vicente Ferrer Número: _____ Complemento: 207A
Bairro: Guacema Cidade: Belo Jardim Estado: _____ CEP: 55150-000
E-mail: _____ Tel.(DDD): (81) 9969-0261

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

RENDA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

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

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 0778 CONTA: 46406 4
(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: _____ 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
destal da
vítima ou
beneficiário
não alfabetizado

Local e Data: Belo Jardim 16/04/2019
Nome: Maria Helena do Carmo
CPF: 377.338.854-34

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Maria Helena do Carmo

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

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

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

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: 377.338.854-34 Nome completo da vítima: 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: Rececionista Endereço: Rua São Vicente Ferrreira Número: _____ Complemento: 207A
Bairro: Souza do Vento Cidade: Belo Jardim Estado: _____ CEP: 55150-000
E-mail: _____ Tel.(DDD): (81) 9969-0261

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

RENDA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

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

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 0778 CONTA: 46406 4
(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: _____ 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
destal da
vítima ou
beneficiário
não alfabetizado

Local e Data: Belo Jardim 15/04/2019
Nome: Maria Helena do Carmo
CPF: 377.338.854-34

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Maria Helena do Carmo
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

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

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

Verde

Amarelo



Prefeitura de
Belo Jardim
A mudança começa com trabalho

SECRETARIA DE SAÚDE

SECRETARIA DE SAÚDE DO MUNICÍPIO
HOSPITAL JÚLIO ALVES DE LIRA

FOLHA DE INTERNAÇÃO E ALTA HOSPITALAR

Registro Nº:

Data: 14.09.18

Hora: 14:00h

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

PACIENTE	NÚMERO DO CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)		DOCUMENTO / IDENTIDADE / CPF: 22870512 DUA PE			
	Nome: <u>M^{re} Helena do Carmo</u>		Idade: <u>86a</u>			
	Data de Nascimento: <u>12.03.32</u> Sexo: <u>F</u> Cor: <u>Pauca</u> Estado Civil: <u>Viúva</u>					
	Naturalidade: <u>Exatim</u> Profissão: <u>Pensionista</u>					
RESPONSÁVEL	Endereço: <u>R. Alta Sui Viçosa, S/Nº Serrado</u>					
	Procedência: <u>Uerto</u> Telefone: _____					
	Responsável: <u>O mesmo</u> Parentesco: _____					
	Endereço: <u>O mesmo</u> Fone: _____					
OCORRÊNCIA	Trazido por: <u>Maximiliano Augusto Filho</u> (mãe)					
	Endereço: _____ Fone: _____					
	Local do Acidente: _____ Data: ____/____/____ Hora: _____					
	NATUREZA DO ACIDENTE					
ATENÇÃO MÉDICA	<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			
	Atendimento: <input type="checkbox"/> Clínico <input type="checkbox"/> Cirúrgico					
	História da Doença Atual: <u>Último de Hospitalização</u>					
EXAME - FÍSICO						
Pressão Arterial: <u>110x50</u> Pulso: _____ Temperatura: _____ Peso: _____						
<u>Alergia (-)</u>						
<u>HGT - 188 mg/dl</u>						
<u>22:50</u>						
<u>PA: 120x55 mmHg</u>						
<u>Mega Alergia</u>						
Diagnóstico Provisório: _____						
<u>Trin...</u>						

CONDIÇÕES DE ALTA		MOTIVO DE ALTA
<input type="checkbox"/> Curado	<input type="checkbox"/> Óbito	<input checked="" type="checkbox"/> Decisão Médica
<input type="checkbox"/> Melhorado		<input type="checkbox"/> Alta Pedida
<input type="checkbox"/> Inalterado	<input type="checkbox"/> + 48 horas	<input type="checkbox"/> Transferência
<input type="checkbox"/> Piorado	<input type="checkbox"/> - 48 horas	<input type="checkbox"/> Indisciplina
Transferido para: _____		
Diagnóstico Definitivo: _____		
Observação: <i>Alto - op. mulher, linco. Quirino - de R. R. R.</i>		
Data: <i>18/09/18</i>		

Verde

Amarelo



Prefeitura de
Belo Jardim
A mudança começa com trabalho

SECRETARIA DE SAÚDE

SECRETARIA DE SAÚDE DO MUNICÍPIO
HOSPITAL JÚLIO ALVES DE LIRA

FOLHA DE INTERNAÇÃO E ALTA HOSPITALAR

Registro Nº:

Data: 14.09.18

Hora: 17:00h

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

PACIENTE	NÚMERO DO CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)		DOCUMENTO / IDENTIDADE / CPF: 22870512 DUA PE	
	Nome: <u>Mrs Helena do Carmo</u>		Idade: <u>86a</u>	
	Data de Nascimento: <u>12.03.32</u> Sexo: <u>F</u> Cor: <u>Pauca</u> Estado Civil: <u>Viúva</u>			
	Naturalidade: <u>Exatim</u> Profissão: <u>Pensionista</u>			
RESPONSÁVEL	Endereço: <u>R. Alta Sui Viçosa, S/Nº Serra do</u>			
	Procedência: <u>Uerto</u> Telefone: _____			
	Responsável: <u>O mesmo</u> Parentesco: _____			
	Endereço: <u>O mesmo</u> Fone: _____			
OCORRÊNCIA	Trazido por: <u>Maximiliano Augusto Filho</u> (mãe)			
	Endereço: _____ Fone: _____			
	Local do Acidente: _____ Data: ____/____/____ Hora: _____			
	NATUREZA DO ACIDENTE			
ATENÇÃO MÉDICA	<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		
	Atendimento: <input type="checkbox"/> Clínico <input type="checkbox"/> Cirúrgico			
	História da Doença Atual: <u>Último de Hospitalização</u>			
EXAME - FÍSICO				
Pressão Arterial: <u>110x50</u> Pulso: _____ Temperatura: _____ Peso: _____				
<u>Alergia (-)</u>				
<u>HGT - 188 mg/dl</u>				
<u>22:50</u>				
<u>PA: 120x55 mmHg</u>				
<u>Mega Alergia</u>				
Diagnóstico Provisório: _____				
<u>Trin...</u>				

CONDIÇÕES DE ALTA		MOTIVO DE ALTA
<input type="checkbox"/> Curado	<input type="checkbox"/> Óbito	<input checked="" type="checkbox"/> Decisão Médica
<input type="checkbox"/> Melhorado		<input type="checkbox"/> Alta Pedida
<input type="checkbox"/> Inalterado	<input type="checkbox"/> + 48 horas	<input type="checkbox"/> Transferência
<input type="checkbox"/> Piorado	<input type="checkbox"/> - 48 horas	<input type="checkbox"/> Indisciplina
Transferido para: _____		
Diagnóstico Definitivo: _____		
Observação: <i>Alto - op. mulher, linco. Quirino - de R. R. R.</i>		
Data: <i>18/09/18</i>		

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: 18.1.001.0014398-2
CNPJ: 09.769.035/0001-64
Qualidade da Água: www.compesa.com.br

Nº Documento: 20181237206970

Escritório: SERRA DO VENTO

FATURA MENSAL DE ÁGUA E ESGOTO

UNIDADE DO CLIENTE

MARIA HELENA DO CARMO

R-S VICENTE FERRER, N. 06S/N - SERRA DO VENTO BELO JARDIM PE 55150-000

INSCRIÇÃO: 228.810.101.0260.000

GRUPO: 6

MATRÍCULA:

03720697.0

12/2018-5

OPÇÃO DÉB. AUTOMÁTICO: 03720697.0

RESPONSÁVEL

ENDEREÇO PARA ENTREGA

SITUAÇÃO LIGA	SITUAÇÃO RESUMO	RESIDUÁRIA	QUANTIDADE DE CONDIÇÕES	COMERCIAL	INDUSTRIAL	DOMICILIO
LIGADO	POTENCIAL	1				
RIDONÓRIO A028563623	DATA LEIT. ANTERIOR 28/11/2018	DATA LEIT. ATUAL 28/12/2018	TIPO DE CONDIÇÃO (S)			
			REAL /			

ÁGUA
LEIT. ANT.: 227
LEIT. ATUAL: 229
LEIT. FAT.: 229
CONSUMO: 2

ESGOTO
LEIT. ANT.:
LEIT. ATUAL:
LEIT. FAT.:
VOLUME: 0

HISTÓRICO DE CONSUMO
REFERÊNCIA/CONSUMO

11/2018	5/	A	E
10/2018	5/	A	E
09/2018	5/	A	E
08/2018	5/	A	E
07/2018	5/	A	E
06/2018	5/	A	E
MÉDIA	5/ 0	A	E

PARÂMETROS

PARÂMETROS	NÚMEROS DE AMOSTRAS		
	EXIG. PELA PORT. MS 2.914/11	ANÁLISES REALIZADAS	ATENDEM A LEGISLAÇÃO
TURBIDEZ	10	10	10
COR APARENTE	10	10	9
CLORO RESIDUAL	10	10	10
COLIFORMES TOTAIS	10	10	10
E.Coli	10	10	10

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 COM E TURBIDEZ SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES ASSOCIADAS AO ASPECTO VISUAL DA ÁGUA.

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS E TARIFAS

ÁGUA
RESIDENCIAL 001 UNIDADE
CONSUMO DE ÁGUA

CONSUMO POR FAIXA

VALOR R\$

2 M3

41,30

ARIANA RODRIGUES
08 ABR 2019

DESCRIÇÃO	BASE DE CÁLCULO	VALOR UNITÁRIO (R\$)	VALOR DO SERVIÇO
FIX	41,30	1,65	0,68
COFINS	41,30	7,60	3,14

VENCIMENTO: 15/01/2019

TOTAL A PAGAR: 41,30

5 IDENTIFICAMOS A EXISTÊNCIA DE 1 FATURA(S) PENDENTES, NO TOTAL DE R\$ 5,62. REGULARIZE SEU DÉBITO E EVITE A NEGA-TIVACÃO E SUSPENSÃO DO FORNECIMENTO DE ÁGUA.

Emitido por: INTERNET

Emitido em: 08/01/2019



ATENDIMENTO: 0800-0810195
VAZAMENTOS: 0800-0810185

Arpe Agência de Regulação
de Pernambuco

0800-2813844

MATRÍCULA:

03720697.0

12/2018-5

VENCIMENTO: 15/01/2019

TOTAL A PAGAR: 41,30

CÓDIGO DE BARRAS

VIA COMPESA

8281000000-3 41300018228-9 03720697001-2 12201850003-7



AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

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

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



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

DADOS DO CLIENTE

CARLA MARIA FIRMINO MELO

CPF: 076.723.044-29

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

RUA NUMERIANO A BEZERRA 37,
GARAGEM

BOA VISTA/BELO JARDIM
55150-020 BELO JARDIM PE

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

DATA DE VENCIMENTO

21/01/2019

TOTAL A PAGAR (R\$)

0,00

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

CLASSIFICAÇÃO

B3 COMERCIAL - COMERCIAL
Monofásico

RESERVADO AO FISCO

725C.FA5D.66E3.3D27.B5F5.3F68.9AF2.895B

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)
Consumo Ativo(kWh)	30,00	0,71979022	21,59
Contrib. Ilum. Pública Municipal			3,31
ICMS Subvenção-CDE-NF 038988718-13/11/18			0,17
Doação APAE - 0800 722 7223			7,00
Doação LBV - 0800 055 5999			25,00
TOTAL DA FATURA			57,07

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

<p>ARIANA RECIPIENTORA</p> <p>08 ABR 2019</p>																													
Tarifas Aplicadas	HISTÓRICO DO CONSUMO																												
Consumo Ativo(kWh) 0,32156800	<table> <tr><th></th><th>kWh</th></tr> <tr><td>JAN 19</td><td>30</td></tr> <tr><td>DEZ 18</td><td>30</td></tr> <tr><td>NOV 18</td><td>30</td></tr> <tr><td>OUT 18</td><td>30</td></tr> <tr><td>SET 18</td><td>30</td></tr> <tr><td>AGO 18</td><td>30</td></tr> <tr><td>JUL 18</td><td>30</td></tr> <tr><td>JUN 18</td><td>30</td></tr> <tr><td>MAI 18</td><td>30</td></tr> <tr><td>ABR 18</td><td>30</td></tr> <tr><td>MAR 18</td><td>30</td></tr> <tr><td>FEV 18</td><td>30</td></tr> <tr><td>JAN 18</td><td>30</td></tr> </table>		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
	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																												
<p>Faturado pelo mínimo da fase - Custo de Disponibilidade, Artigo 98, Resolução ANEEL 414/2010.</p>																													

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

NÚMERO DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR	ATUAL	Nº DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO kWh
00000000081026938	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

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES

DESCRIÇÃO	CONJUNTO	VALOR APURADO	METAS MENSAL	METAS TRIM.	METAS ANUAL
nov/2018					
DIC-No.de horas sem Energia	BELO JARDIM	0,00	5,67	11,34	22,69
FIC-No.de vezes sem Energia		0,00	3,36	6,72	13,45
DMIC-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					
Todo Consumidor pode solicitar a apuração dos indicadores DIC, FIC, DMIC e DICRI a qualquer tempo.					

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Pague no ponto mais perto de você! ag correios bento fernandes; praça dom luiz sao pedro / farmacia caxias; rua pedro firmino sao pedroLista 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 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)	
	MÍNIMO	MÁXIMO
220	202	231

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

DESTAQUE AQUI

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

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



AVENIDA CRUZ CABUGA - NUM. 1387 - SANTO AMARO RECIFE PE
CEP: 50040-000. Fone: (081) 0800 081 0195
Inscrição Estadual: 18.1.001.0014398-2
CNPJ: 09.769.035/0001-64
Qualidade da Água: www.compesa.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. 06S/N - SERRA DO VENTO BELO JARDIM PE 55150-000

INSCRIÇÃO: 228.810.101.0260.000

GRUPO: 6

MATRÍCULA:

03720697.0

12/2018-5

OPÇÃO DÉS. AUTOMÁTICO: 03720697.0

RESPONSÁVEL

ENDEREÇO PARA ENTREGA

SITUAÇÃO LIGA	SITUAÇÃO ESGOTO	RESIDUÁRIA	QUANTIDADE DE CONDIÇÕES	COMERCIAL	INDUSTRIAL	PÚBLICA
LIGADO	POTENCIAL	1				
RIDONÓVIO A028563623	DATA LEIT. ANTERIOR 28/11/2018	DATA LEIT. ATUAL 28/12/2018	TIPO DE CONDIÇÃO: REAL /			

ÁGUA
LEIT. ANT.: 227 CONSUMO: 2
LEIT. ATUAL: 229
LEIT. FAT.: 229

ESGOTO
LEIT. ANT.:
LEIT. ATUAL:
LEIT. FAT.: VOLUME: 0

HISTÓRICO DE CONSUMO

REFERÊNCIA/CONSUMO	ÁGUA	ESGOTO
11/2018 5/	Á	Á
10/2018 5/	Á	Á
09/2018 5/	Á	Á
08/2018 5/	Á	Á
07/2018 5/	Á	Á
06/2018 5/	Á	Á
MÉDIA 5/ 0	Á	Á

PARÂMETROS

	NÚMEROS DE AMOSTRAS		
	EXIG. PELA PORT. MS 2.914/11	ANÁLISES REALIZADAS	ATENDEM A LEGISLAÇÃO
TURBIDEZ	10	10	10
COR APARENTE	10	10	9
CLORO RESIDUAL	10	10	10
COLIFORMES TOTAIS	10	10	10
E.Coli	10	10	10

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 COM E TURBIDEZ SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES ASSOCIADAS AO ASPECTO VISUAL DA ÁGUA.

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS E TARIFAS

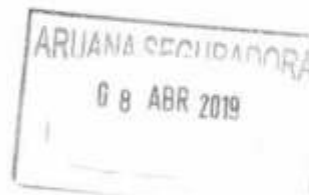
ÁGUA
RESIDENCIAL 001 UNIDADE
CONSUMO DE ÁGUA

CONSUMO POR FAIXA

VALOR R\$

2 M3

41,30



DESCRIÇÃO	BASE DE CÁLCULO	VALOR UNITÁRIO (R\$)	VALOR DO SERVIÇO
PIS	41,30	1,65	0,68
COFINS	41,30	7,60	3,14

VENCIMENTO: 15/01/2019

TOTAL A PAGAR: 41,30

5 IDENTIFICAMOS A EXISTÊNCIA DE 1 FATURA(S) PENDENTES, NO TOTAL DE R\$ 5,62. REGULARIZE SEU DÉBITO E EVITE A NEGA-TIVACÃO E SUSPENSÃO DO FORNECIMENTO DE ÁGUA.

Emitido por: INTERNET

Emitido em: 08/01/2019



ATENDIMENTO: 0800-0810195
VAZAMENTOS: 0800-0810185

Arpe Agência de Regulação
de Pernambuco

0800-2813844

MATRÍCULA:

03720697.0

12/2018-5

VENCIMENTO: 15/01/2019

TOTAL A PAGAR: 41,30

CÓDIGO DE BARRAS

VIA COMPESA

8281000000-3 41300018228-9 03720697001-2 12201850003-7



AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

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

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



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

DADOS DO CLIENTE

CARLA MARIA FIRMINO MELO

CPF: 076.723.044-29

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

RUA NUMERIANO A BEZERRA 37,
GARAGEM

BOA VISTA/BELO JARDIM
55150-020 BELO JARDIM PE

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

DATA DE VENCIMENTO

21/01/2019

TOTAL A PAGAR (R\$)

0,00

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

CLASSIFICAÇÃO

B3 COMERCIAL - COMERCIAL
Monofásico

RESERVADO AO FISCO

725C.FA5D.66E3.3D27.B5F5.3F68.9AF2.895B

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)
Consumo Ativo(kWh)	30,00	0,71979022	21,59
Contrib. Ilum. Pública Municipal			3,31
ICMS Subvenção-CDE-NF 038988718-13/11/18			0,17
Doação APAE - 0800 722 7223			7,00
Doação LBV - 0800 055 5999			25,00
TOTAL DA FATURA			57,07

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

Tarifas Aplicadas		HISTÓRICO DO CONSUMO	
Consumo Ativo(kWh)	0,32156800		kWh
Faturado pelo mínimo da fase - Custo de Disponibilidade, Artigo 98, Resolução ANEEL 414/2010.		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

ARITIANA BECIBADORA
08 ABR 2019

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

NÚMERO DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR	ATUAL	Nº DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO kWh
00000000081026938	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

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES

DESCRIÇÃO	CONJUNTO	VALOR APURADO	METAS MENSAL	METAS TRIM.	METAS ANUAL
nov/2018					
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
DMIC-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					

Tudo Consumidor pode solicitar a apuração dos indicadores DIC, FIC, DMIC e DICRI a qualquer tempo.

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Pague no ponto mais perto de você! ag correios bento fernandes; praça dom luiz sao pedro / farmacia caxias; rua pedro firmino sao pedroLista 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 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)	
	MÍNIMO	MÁXIMO
220	202	231

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

DESTAQUE AQUI

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

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

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 COAF**².

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 Nº 377.338.854-34 / _____, do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima MARIA HELENA DO CARMO, inscrito (a) no CPF sob o Nº 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 Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

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

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

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 Altio São
Tricanti S/N - Serra do Vento esteve internado
neste Hospital no período de 27.09.18 à
17:00 hrs com diagnóstico de CID:
Vômito Cefálico prontuário nº Emergência
Tortura

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 26/10/18

ARLIANA SECUNDINHA
08 ABR 2019

Responsável

Verde

Amarelo



Prefeitura de
Belo Jardim
A mudança começa com trabalho

SECRETARIA DE SAÚDE

SECRETARIA DE SAÚDE DO MUNICÍPIO
HOSPITAL JÚLIO ALVES DE LIRA

FOLHA DE INTERNAÇÃO E ALTA HOSPITALAR

Registro Nº:

Data: 14.09.18

Hora: 17:00h

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

PACIENTE	NÚMERO DO CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)		DOCUMENTO / IDENTIDADE / CPF: 22870512 DUA PE	
	Nome: <u>M^{re} Helena do Carmo</u>		Idade: <u>86a</u>	
	Data de Nascimento: <u>12.03.32</u> Sexo: <u>F</u> Cor: <u>Pauca</u> Estado Civil: <u>Viúva</u>			
	Naturalidade: <u>Exatim</u> Profissão: <u>Pensionista</u>			
RESPONSÁVEL	Endereço: <u>R. Alta Sui Niente, 514 - Serra do</u>			
	Procedência: <u>Uerto</u> Telefone: _____			
	Responsável: <u>O mesmo</u> Parentesco: _____			
	Endereço: <u>O mesmo</u> Fone: _____			
OCORRÊNCIA	Trazido por: <u>Maximiliano Augusto Filho</u> (mãe)			
	Endereço: _____ Fone: _____			
	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: <u>Último de Hipertensão</u>			
EXAME - FÍSICO				
Pressão Arterial: <u>110x50</u> Pulso: _____ Temperatura: _____ Peso: _____				
<u>Alergia (-)</u>				
<u>HGT - 188 mg/dl</u>				
<u>22:50</u>				
<u>PA: 120x55 mmHg</u>				
<u>Mega Alergia</u>				
Diagnóstico Provisório: _____				

CONDIÇÕES DE ALTA		MOTIVO DE ALTA
<input type="checkbox"/> Curado	<input type="checkbox"/> Óbito	<input checked="" type="checkbox"/> Decisão Médica
<input type="checkbox"/> Melhorado		<input type="checkbox"/> Alta Pedida
<input type="checkbox"/> Inalterado	<input type="checkbox"/> + 48 horas	<input type="checkbox"/> Transferência
<input type="checkbox"/> Piorado	<input type="checkbox"/> - 48 horas	<input type="checkbox"/> Indisciplina
Transferido para: _____		
Diagnóstico Definitivo: _____		
Observação: <i>Alto - op. mulher, linco. Quirino - de R. R. R.</i>		
Data: <i>18/09/18</i>		

FICHA DE ESCLARECIMENTO

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



Encaminhado para:

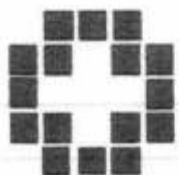
NO MOMENTO DA ALTA AGENDAR RETORNO AO AMBULATÓRIO DE DR. JOÃO PAULO RIBEIRO NO DIA 11/10/2018 ÀS 07H.


ICARO TORRES LAGE - CRM: Nº.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 Nº 04/2002 do Ministério Público do Estado de Pernambuco.



RESUMO DE ALTA

Nome: <u>Mrs. Helena do Carmo</u>		
Registro:	Enfermaria:	Leito:

ADMISSÃO: 01 12 18 ALTA: 08 12 18

1 - DIAGNÓSTICOS

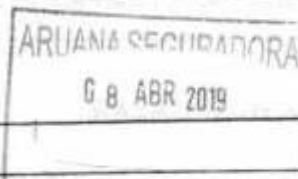
Abcesso em parede torácica (D)

2 - RESUMO DA HISTÓRIA CLÍNICA, EVOLUÇÃO E TRATAMENTO

Paciente admitida com história de dor, drenado
realizou ATB cl. Toxocin, evoluiu com melhora

3 - PROGRAMAÇÃO APÓS ALTA

1) Acompanhar no UBS-



[Handwritten signature]

Medico
C.R.A. 17333

Data: _____ Hora: _____

ASSINATURA E CARIMBO DO MEDICO

4 - EXAMES REALIZADOS OU OUTRAS INFORMAÇÕES RELEVANTES:

5 - PRESCRIÇÃO PARA CONTINUAÇÃO DO TRATAMENTO EM DOMICÍLIO

ARUANA SEGURADORA
08 ABR 2019

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO RESPONSÁVEL

Data: _____

6 - SAÍDA HOSPITALAR

Data: _____ Hora: _____

RESPONSÁVEL (EQUIPE DE ENFERMAGEM)

Matrícula: _____

RESPONSÁVEL (PORTARIA)

Matrícula: _____



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO

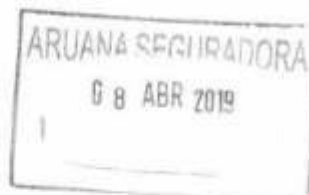
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO

FICHA DE ESCLARECIMENTO

ATENDIMENTO: 1029941/2018.

NOME: MARIA HELENA DO CARMO.

Foi atendido às 21h46 do dia 21.09.2018.



Diagnóstico provável: PERICOTAX COM HEMATOMA NA
DIREITA. FRATURAS EM 10, 11, 12ª COSTELAS
A DIREITA, + FRATURAS EM HEMITRAX ESQUERDA
TCE LEVE.
(ATENDIMENTO)

Tratamento realizado: TALDETOX, PNEUMOTAX
EM H.T.O.
DRENAGEM TORÁCICA FEITA NA DIREITA.
USG FAST - NUL.
ANESTESIA G. PARA A DIREITA PNEUMOTAX.
CLAXAM. EXPLORAÇÃO LAPAROSCÓPICA DE
TAC DA CAVIDADE - S/LAIS VCN.

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

JES - Hospital da Restauração
Dr. Gilberto Wanderley Lima
Garante Médico do SAME
CRM 4533

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



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.



Caruaru 21 de Novembro de 2018


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 PODER MODIFICAR-SE DE ACORDO COM A HISTÓRIA NATURAL DA PATOLOGIA OU INVESTIGAÇÃO MAIS PROFUNDA. HAVENDO DISCORDÂNCIA DO EXAME EM RELAÇÃO COM A CLÍNICA DO PACIENTE, ENTRAR IMEDIATAMENTE EM CONTATO COM CMVG. EM CASO DE NECESSIDADE DE RADIOGRAFIA(S) COMPLEMENTAR(ES), FAVOR ENVIAR ESTE EXAME PARA MELHOR COMPARAÇÃO E DEFINIÇÃO RADIOGRÁFICA. SUGERIMOS QUE ESTAS IMAGENS SEJAM PRESERVADAS PERIODICAMENTE.

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**

ULTRASSONOGRRAFIA DO ABDOME (FAST)

HISTÓRIA / INDICAÇÃO: trauma abdominal

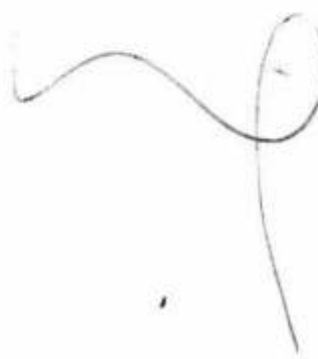
TÉCNICA: estudo ecográfico realizado com transdutores multifrequenciais.

ACHADOS:

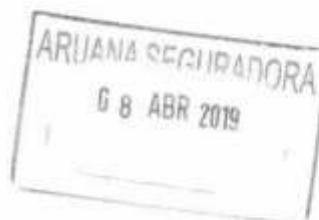
Importante interposição de gás não permitiu avaliação do andar superior do abdome. Se houver forte suspeita de órgãos abdominais, sugere-se prosseguir com tomografia computadorizada.

Bexiga normodistendida.

Ausência de líquido livre na escavação pélvica.



JULIANA DE OLIVEIRA BURIL
17395





Prefeitura de Caruaru

Av. Vers Cruz - 854, São Francisco - CEP: 55006-000
Fone: 81-3701-1400 - CNPJ: 11.371.062/0001-06

**Secretaria
de Saúde**



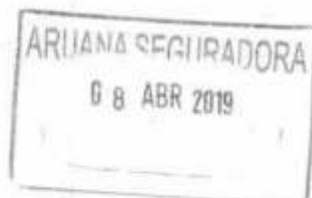
UNIDADE DE SAÚDE

F. JOSÉ CARLOS
OLIVEIRA II

Cliente:

DELLAN

*Declara por devida F.V.S, 2v. a paciente Maria
Helena + cons, 46 anos, domiciliada
p/pt. Atracelomato por motocicleta, no outono,
ocasionando fraturas em vários costais em
p/nt. para direito, sem a presença de
resto v.f. e por especialista.*



Caruaru, 14 02 / 19
AO VOLTAR AO MÉDICO, TRAZER ESTA RECEITA

Dr. Antonio Wyller
Jica
CRM-FE - 22438

Médico

CONTROLE DA FARMÁCIA



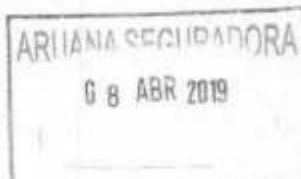
CARUARU

Centro de Imagens Municipal - CIM

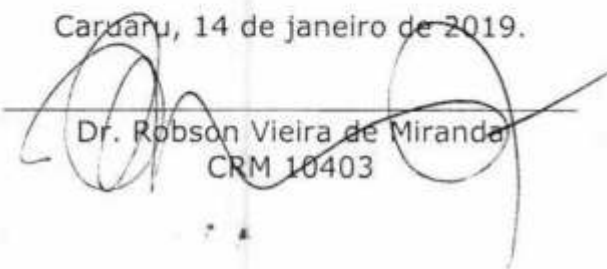
NOME DO PACIENTE: MARIA HELENA DO CARMO
DATA DE NASCIMENTO: 12/03/1932
IDADE DO PACIENTE: 86 ANOS
DATA DA REALIZAÇÃO: 14/01/2019
REG: 35

RX DO TÓRAX

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



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: _____

RESIDÊNCIA: _____

FILIAÇÃO: _____

ATENDIMENTO NA EMERGÊNCIA: _____

INTERNADO NO HR: _____

SOLICITANTE: _____

GRAU DE PARENTESCO: _____

IDENTIDADE: _____

ARUANA SEGURADORA

08 ABR 2019

Recife _____ de _____ 2018

ASSINATURA



MARIA HELENA DA CARVALHO

vítima atropelamento por motocicleta
no dia 17-04. 17; lesão pneumotórax em
hemitórax direito, fratura em 10-11 e 12
costela direita, fce leve.

Fce fte: drenagem torácica e conservadora
do ar e costela.

A mesma costela se trata com costal /
drenagem por aspiração por punção
mieloclavicular. Drenagem por punção
torácica com cateterização e uso de
placa 500/30 cm. Ouse de punção
torácica.

Obs: 1/2 Fce com sequelas leves
na lesão.

C-14

Dr. Jairo Siqueira
MÉDICO

CRM 22338-PE

22-05-09

f clinicadiagclin @clinicadiagclin
☎ (81) 3726-2338 📞 (81) 98624-6735

📍 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 Altio São
Tricanti S/N - Serra do Vento esteve internado
neste Hospital no período de 27.09.18 à
17:00 hrs com diagnóstico de CID:
Vômito Cefálico prontuário nº Emergência
Tortura

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 26/10/18

ARLIANA SECUNDINHA
08 ABR 2019

Responsável

Verde

Amarelo



Prefeitura de
Belo Jardim
A mudança começa com trabalho

SECRETARIA DE SAÚDE

SECRETARIA DE SAÚDE DO MUNICÍPIO
HOSPITAL JÚLIO ALVES DE LIRA

FOLHA DE INTERNAÇÃO E ALTA HOSPITALAR

Registro Nº:

Data: 14.09.18

Hora: 14:00h

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

PACIENTE	NÚMERO DO CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)		DOCUMENTO / IDENTIDADE / CPF: 22870512 DUA PE			
	Nome: <u>M^{re} Helena do Carmo</u>		Idade: <u>86a</u>			
	Data de Nascimento: <u>12.03.32</u> Sexo: <u>F</u> Cor: <u>Pauca</u> Estado Civil: <u>Viúva</u>					
	Naturalidade: <u>Exatim</u> Profissão: <u>Pensionista</u>					
RESPONSÁVEL	Endereço: <u>R. Alta Sui Viçosa, S/Nº Serrado</u>					
	Procedência: <u>Uerto</u> Telefone: _____					
	Responsável: <u>O mesmo</u> Parentesco: _____					
	Endereço: <u>O mesmo</u> Fone: _____					
OCORRÊNCIA	Trazido por: <u>Maximiliano Augusto Filho</u> (mãe)					
	Endereço: _____ Fone: _____					
	Local do Acidente: _____ Data: ____/____/____ Hora: _____					
	NATUREZA DO ACIDENTE					
ATENÇÃO MÉDICA	<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			
	Atendimento: <input type="checkbox"/> Clínico <input type="checkbox"/> Cirúrgico					
	História da Doença Atual: <u>Último de Hospitalização</u>					
EXAME - FÍSICO						
Pressão Arterial: <u>110x50</u> Pulso: _____ Temperatura: _____ Peso: _____						
<u>Alergia (-)</u>						
<u>HGT - 188 mg/dl</u>						
<u>22:50</u>						
<u>PA: 120x55 mmHg</u>						
<u>Mega Alergia</u>						
Diagnóstico Provisório: _____						
<u>Trinca</u>						

CONDIÇÕES DE ALTA		MOTIVO DE ALTA
<input type="checkbox"/> Curado	<input type="checkbox"/> Óbito	<input checked="" type="checkbox"/> Decisão Médica
<input type="checkbox"/> Melhorado		<input type="checkbox"/> Alta Pedida
<input type="checkbox"/> Inalterado	<input type="checkbox"/> + 48 horas	<input type="checkbox"/> Transferência
<input type="checkbox"/> Piorado	<input type="checkbox"/> - 48 horas	<input type="checkbox"/> Indisciplina
Transferido para: _____		
Diagnóstico Definitivo: _____		
Observação: <i>Alto - op. mulher, linco. Quirino - de R. R. R.</i>		
Data: <i>18/09/18</i>		

FICHA DE ESCLARECIMENTO

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



Encaminhado para:

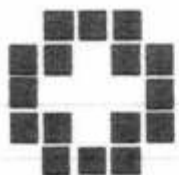
NO MOMENTO DA ALTA AGENDAR RETORNO AO AMBULATÓRIO DE DR. JOÃO PAULO RIBEIRO NO DIA 11/10/2018 ÀS 07H.


ICARO TORRES LAGE - CRM: Nº.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 Nº 04/2002 do Ministério Público do Estado de Pernambuco.



RESUMO DE ALTA

Nome: <u>Mrs. Helena do Carmo</u>		
Registro:	Enfermaria:	Leito:

ADMISSÃO: 01 12 18 ALTA: 08 12 18

1 - DIAGNÓSTICOS

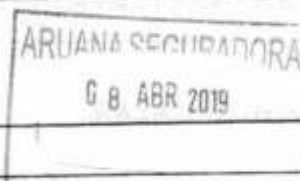
Abcesso em parede torácica (D)

2 - RESUMO DA HISTÓRIA CLÍNICA, EVOLUÇÃO E TRATAMENTO

Paciente admitida com história de dor, drenado
realizou ATB cl. Toxocina, evoluiu com melhora

3 - PROGRAMAÇÃO APÓS ALTA

1) Acompanhar no UBS



[Handwritten signature]

Medico
C.R.A. 17333

Data: _____ Hora: _____

ASSINATURA E CARIMBO DO MEDICO

4 - EXAMES REALIZADOS OU OUTRAS INFORMAÇÕES RELEVANTES:

5 - PRESCRIÇÃO PARA CONTINUAÇÃO DO TRATAMENTO EM DOMICÍLIO

ARUANA SEGURADORA
08 ABR 2019

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO RESPONSÁVEL

Data: _____

6 - SAÍDA HOSPITALAR

Data: _____ Hora: _____

RESPONSÁVEL (EQUIPE DE ENFERMAGEM)

Matrícula: _____

RESPONSÁVEL (PORTARIA)

Matrícula: _____



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO

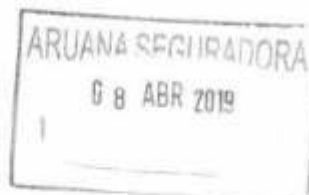
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO

FICHA DE ESCLARECIMENTO

ATENDIMENTO: 1029941/2018.

NOME: MARIA HELENA DO CARMO.

Foi atendido às 21h46 do dia 21.09.2018.



Diagnóstico provável: PERICOTAX COM HEMATOMA NA
DIREITA. FRATURAS EM 10, 11, 12ª COSTELAS
A DIREITA, + FRATURAS EM HEMITRAX ESQUERDA
TCE LEVE.

(ATENDIMENTO)

Tratamento realizado: TALDETOX, PNEUMOTOMIA
EM H.T.D.
DRENAGEM TORÁCICA FEITA NA DIREITA.
USG FAST - NUL.
ANESTESIA G. PARA A DIREITA PNEUMOTOMIA.
CLAXAM. EXPLORAÇÃO LAPAROSCÓPICA DE
TAC DA CAVIDADE - S/LAIS VCN.

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

JES - Hospital da Restauração
Dr. Gilberto Wanderley Lima
Garante Médico do SAME
CRM 4533

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



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.



Caruaru 21 de Novembro de 2018


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 PODER MODIFICAR-SE DE ACORDO COM A HISTÓRIA, NATURAL DA PATOLOGIA OU INVESTIGAÇÃO MAIS PROFUNDA. HAVENDO DISCORDÂNCIA DO EXAME EM RELAÇÃO COM A CLÍNICA DO PACIENTE, ENTRAR IMEDIATAMENTE EM CONTATO COM CMVG. EM CASO DE NECESSIDADE DE RADIOGRAFIA(S) COMPLEMENTAR(ES), FAVOR ENVIAR ESTE EXAME PARA MELHOR COMPARAÇÃO E DEFINIÇÃO RADIOGRÁFICA. SUGERIMOS QUE ESTAS IMAGENS SEJAM PRESERVADAS PERIODICAMENTE.

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**

ULTRASSONOGRRAFIA DO ABDOME (FAST)

HISTÓRIA / INDICAÇÃO: trauma abdominal

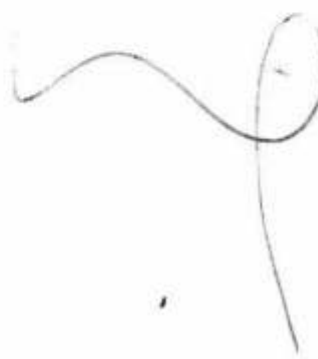
TÉCNICA: estudo ecográfico realizado com transdutores multifrequenciais.

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.



JULIANA DE OLIVEIRA BURIL
17395





Prefeitura de Caruaru

Av. Vers Cruz - 854, São Francisco - CEP: 55006-000
Fone: 81-3701-1400 - CNPJ: 11.371.062/0001-06

**Secretaria
de Saúde**



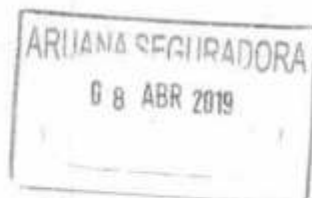
UNIDADE DE SAÚDE

F. JOSÉ CARLOS
OLIVEIRA II

Cliente:

DELLANO

*Declara por deito F.V.S, 2v. a paciente Maria
Helena + cons, 46 anos, domiciliada
p/pt. Atracelomato por motocicleta, no outono,
ocasionando fraturas em ambos costais em
porção direita, sem a presença de
esta vof e por especialista.*



Caruaru, 14 02 / 19
AO VOLTAR AO MÉDICO, TRAZER ESTA RECEITA

Dr. Antonio Wyller
Jica
CRM-FE - 22438

Médico

CONTROLE DA FARMÁCIA



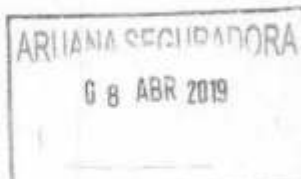
CARUARU

Centro de Imagens Municipal - CIM

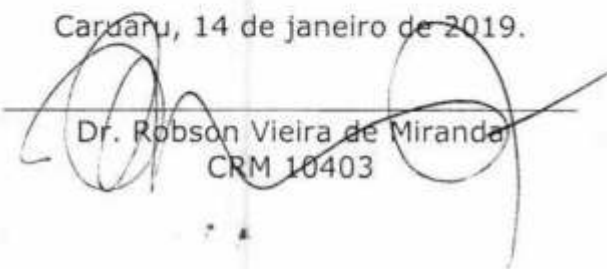
NOME DO PACIENTE: MARIA HELENA DO CARMO
DATA DE NASCIMENTO: 12/03/1932
IDADE DO PACIENTE: 86 ANOS
DATA DA REALIZAÇÃO: 14/01/2019
REG: 35

RX DO TÓRAX

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



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: Paula da Silva

IDENTIDADE: 1.234.567.8

ADM: 22.09.18

ALTA/ÓBITO: 09.18

REGISTRO: 1079441 CÓDIGO: 1649131

RESIDÊNCIA: Rua da Restauração, 123 - Recife

FILIAÇÃO: Maria da Silva

ATENDIMENTO NA EMERGÊNCIA: _____

INTERNADO NO HR: 6

SOLICITANTE: Paula da Silva

GRAU DE PARENTESCO: Mãe

IDENTIDADE: 1.234.567.8

Recife 11 de setembro 2018

Paula da Silva
ASSINATURA

(CÉDULA DE IDENTIDADE)



POLEGAR DIREITO

8/7

Maria Helena do Carmo

ASSINATURA DO PORTADOR

(VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL)

(REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL)

ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO

REGISTRO GERAL 2287053

NOME **Maria Helena do Carmo.**

FILIAÇÃO **Helena Maria da Conceição**

Belo Jardim-Pe. 12/03/1932.

NATURALIDADE DATA DO NASCIMENTO

RECIFE-PE 02/08/1980.

DIRETOR DO INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO

(VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL)

MINISTÉRIO DA FAZENDA
Secretaria da Receita Federal

CPF

Cadastro de Pessoas Físicas

Número de Inscrição

377.338.854-34

Nome

MARIA HELENA DO CARMO

Nascimento

12/03/1932

ARUANA SEGURADORA

08 ABR 2019