

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190499508      **Cidade:** Santa Terezinha      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** MARIA JACIELMA DOS SANTOS      **Data do acidente:** 16/09/2018      **Seguradora:** SUHAI SEGURADORA S.A.

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

**Data da análise:** 03/09/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DA DIÁFISE DO FÉMUR DIREITO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO (P.7)  
ALTA.

**Sequelas permanentes:** DIMINUIÇÃO DOS ARCOS DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

**Sequelas:** Com sequela

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento faltante:**

**Apontamento do Laudo do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

**Documentos complementares:**

**Observações:**

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

## DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
<b>Total</b>			<b>17,5 %</b>	<b>R\$ 2.362,50</b>

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190499508      **Cidade:** Santa Terezinha      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** MARIA JACIELMA DOS SANTOS      **Data do acidente:** 16/09/2018      **Seguradora:** SUHAI SEGURADORA S.A.

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

**Data da análise:** 02/09/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DA DIÁFISE DO FÉMUR DIREITO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO (P.7)  
ALTA.

**Sequelas permanentes:** DIMINUIÇÃO DOS ARCOS DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

**Sequelas:** Com sequela

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento faltante:**

**Apontamento do Laudo do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

**Documentos complementares:**

**Observações:**

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

## DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
<b>Total</b>			<b>17,5 %</b>	<b>R\$ 2.362,50</b>

# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do SISSEG ou ASL: **3190499508** 3 - CPF da vítima: **332.916.354-00** 4 - Nome completo da vítima: **MARIA JACELMA DOS SANTOS**

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

5 - Nome completo: **MARIA JACELMA DOS SANTOS** 6 - CPF: **332.916.354-00**  
 7 - Profissão: **Recluso** 8 - Endereço: **Sítio Vídeo** 9 - Número: **263** 10 - Complemento: **Casa**  
 11 - Bairro: **ÁREA RURAL** 12 - Cidade: **BREJINHO** 13 - Estado: **PE** 14 - CEP: **56740-000**  
 15 - E-mail: **joaoevandro.pvnt@gmail.com** 16 - Tel.(DDD): **(83) 99131-7273**

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal: **19 - Profissão do Representante Legal:**

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

RECLUSO INFORMAR  R\$1.00 A R\$1.000,00  R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00  
 SEM RENDA  R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00  ACIMA DE R\$5.000,00

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

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

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

AGÊNCIA: **3296** CONTA: **986213-099** DÍGITO: **5**

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: \_\_\_\_\_

AGÊNCIA: \_\_\_\_\_ CONTA: \_\_\_\_\_

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

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

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

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

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

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

23 - Estado civil da vítima:  Solteiro  Casado (no Civil)  Divorciado  Separado Judicialmente  Vívito 24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a):  Sim  Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima  Sim  Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou  Sim  Não 31 - Vítima  Sim  Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou  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, estendo ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigatoriedade de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34 - Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado 35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

37 - (\*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1<sup>a</sup> Nome: \_\_\_\_\_  
 CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

39 - 2<sup>a</sup> Nome: \_\_\_\_\_  
 CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: **SANTA TEREZA-PE, 17/10/2019**

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

17 SET 2019

FPS.001 V002/2019

17 SET 2019

## PROCURAÇÃO PARTICULAR

**OUTORGANTE:** MARIA JACIELMA DOS SANTOS, CPF 132.916.354-000 e RG 10236508, Órgão emissor SDS-PE, Est. Civil REUNDO, profissão REUNDO, Endereço SITIO VIDEÓ, 263 bairro ÁREA RURAL, cidade de BREZINHO - PE, CEP nº 56240-000.

**OUTORGADO:** JOSÉ OTACILIO BATISTA DE LIMA, brasileiro, casado, autônomo, portador do RG 7092913 SDS/PE e CPF nº 081.886.574-17, Endereço Rua Antônio Barreto, 41, Bairro Monte Castelo, cidade de Patos-PB. CEP 58707-180, contato (83)9.9131-7273/9.9142-2322.

**PODERES:** Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, Nomeio e constituo meu bastante procurador o outorgado acima qualificado, a quem confio poderes específicos para representar-me perante a **SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT** e suas respectivas consorciadas a fim de encaminhar e solicitar o pedido de indenização referente ao Seguro Obrigatório- DPVAT, concedendo ao outorgado poderes para enviar e/ou requerer quaisquer documentos necessários junto às seguradoras consorciadas, incluindo receber informações sobre perícia médica e solicitar reagendamento, podendo substabelecer e praticar, enfim, todos os atos de direito permitidos para o fie e perfeito cumprimento deste mandato, afim de requerer a indenização do Seguro DPVAT referente à:

**VÍTIMA:** MARIA JACIELMA DOS SANTOS  
CPF: 132.916.354-000, data acidente 16/09/2018,  
cobertura solicitada:  Invalidez Permanente  DAMS  Morte

Local e data: Santa Terezinha, 17/07/2019

Maria Jacielma dos Santos  
\* 1007 avogado do cidadão

SERVENTIA REGISTRAL E NOTARIAL DE SANTA TEREZINHA  
TÍCULAR: HUGO ARAÚJO MONTEIRO  
Telefone: (87) 3859-1395

RECONHEÇO POR AUTENTICIDADE A FIRMA DE MARIA JACIELMA DOS SANTOS. O REFERIDO É VERDADE E DOU FÉ. SANTA TEREZINHA/PE, 17/07/2019. EMOLUMENTOS: R\$ 3,39 TSNR R\$ 0,80 FERMI R\$ 0,04 FUNSEG R\$ 0,08 FERC R\$ 0,40 ISS R\$ 0,20 TOTAL R\$ 4,91. 0159897.ZQY07201902.00051

Consulte autenticidade em [www.tjpe.jus.br/seledigital](http://www.tjpe.jus.br/seledigital)



Cartório Registral e Notarial  
de Santa Terezinha - PE  
Dr. Hugo Araújo Monteiro  
Tabelião e Registrador  
Rua Prefeito Afonso Ferreira Neto, nº 112, Centro  
Santa Terezinha - PE - CEP: 58.758-000

26 AGO. 2019

# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0293793/19

**Vítima:** MARIA JACIELMA DOS SANTOS

**CPF:** 132.916.354-00

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 16/09/2018

**Titular do CPF:** MARIA JACIELMA DOS SANTOS

**Seguradora:** SUHAI SEGURADORA S.A.

## DOCUMENTOS ENTREGUES

### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Comprovação de registro de acidente declarado  
Declaração de Inexistência de IML  
Declaração do Proprietário do Veículo  
Documentação médico-hospitalar  
Documentos de identificação  
DUT  
Outros

### JOSE OTACILIO BATISTA DE LIMA : 081.886.574-17

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

### MARIA JACIELMA DOS SANTOS : 132.916.354-00

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](http://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: 26/08/2019  
Nome: MARIA JACIELMA DOS SANTOS  
CPF: 132.916.354-00

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 26/08/2019  
Nome: MANOEL COELHO NETO  
CPF: 413.653.806-53

MARIA JACIELMA DOS SANTOS

MANOEL COELHO NETO

# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0293793/19

**Número do Sinistro:** 3190499508

**Vítima:** MARIA JACIELMA DOS SANTOS

**CPF:** 132.916.354-00

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 16/09/2018

**Titular do CPF:** MARIA JACIELMA DOS SANTOS

**Seguradora:** SUHAI SEGURADORA S.A.

## DOCUMENTOS ENTREGUES

### Sinistro

Documentos de identificação

## 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](http://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: 28/08/2019  
Nome: JOSE OTACILIO BATISTA DE LIMA  
CPF: 081.886.574-17

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 28/08/2019  
Nome: MANOEL COELHO NETO  
CPF: 413.653.806-53

JOSE OTACILIO BATISTA DE LIMA

MANOEL COELHO NETO

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

---

Rio de Janeiro, 27 de Agosto de 2019

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190499508**

**Vítima: MARIA JACIELMA DOS SANTOS**

**Data do Acidente: 16/09/2018**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: JOSE OTACILIO BATISTA DE LIMA**

**Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS**

**Senhor(a), MARIA JACIELMA DOS SANTOS**

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

<b>Documentos de identificação</b>	Apresentar a cópia simples da carteira de identidade (RG) da vítima ou, se não possuir, da certidão de nascimento, da certidão de casamento atualizada, da Carteira de Trabalho e Previdência Social - CTPS ou da Carteira Nacional de Habilitação - CNH, pois a entregue não permite a leitura das informações.
------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

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

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

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

---

**Rio de Janeiro, 26 de Setembro de 2019**

**Nº do Pedido do  
Seguro DPVAT: 3190499508**

**Vítima: MARIA JACIELMA DOS SANTOS**

**Data do Acidente: 16/09/2018**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: JOSE OTACILIO BATISTA DE LIMA**

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a), MARIA JACIELMA DOS SANTOS**

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\$ 2.362,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros inferiores 70%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 = R\$ 2.362,50

**Recebedor: MARIA JACIELMA DOS SANTOS**

**Valor: R\$ 2.362,50**

**Banco: 104**

**Agência: 000001296**

**Conta: 000986217093-5**

**Tipo: CONTA POUPANÇA**

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

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

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



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

---

Rio de Janeiro, 27 de Agosto de 2019

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190499508**

**Vítima: MARIA JACIELMA DOS SANTOS**

**Data do Acidente: 16/09/2018**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: JOSE OTACILIO BATISTA DE LIMA**

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

**Senhor(a), MARIA JACIELMA DOS SANTOS**

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



# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 32916354-00 4 - Nome completo da vítima: MARIA JAGUIMA DOS SANTOS

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

5 - Nome completo: MARIA JAGUIMA DOS SANTOS	6 - CPF: 32916354-00		
7 - Profissão: FENIX	8 - Endereço: SITIO VIEGO	9 - Número: 263	10 - Complemento: (n/a)
11 - Bairro: AREA RURAL	12 - Cidade: BREJINHO	13 - Estado: PE	14 - CEP: 56740-000
15 - E-mail: jotaaguiar.dpvat@6milio.com	16 - Tel.(DDD): (83) 9131-7273		

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00

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

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

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

AGÊNCIA: 5296

CONTA: 986217 097 5

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: \_\_\_\_\_

AGÊNCIA: \_\_\_\_\_

CONTA: \_\_\_\_\_

(Informar o dígito se existir)

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT 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

23 - Estado civil da vítima: <input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (no Civil) <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado Judicialmente <input type="checkbox"/> Viúvo	24 - Data do óbito da vítima:			
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:			
28 - Vítima <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não teve filhos? 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:	30 - Vítima deixou <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Nasceu/valnascer?	31 - Vítima <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não teve irmãos?	32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:	33 - Vítima deixou <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não pais/avôs vivos?

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

34  
 Iniciante  
 Iniciado  
 Avançado  
 Proficiente  
 Muito Proficiente

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

37 - (\*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1º | Nome: \_\_\_\_\_  
 CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: \_\_\_\_\_  
 CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, SANTA Terezinha-PE, 31/07/2019  
 João Evangelista dos Santos Maria Faculma dos Santos  
 41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

26 AGO. 2019

TESTEMUNHAS



POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO  
DELEGACIA DE POLICIA DE SANTA TEREZINHA  
172ª CIRCUNSCRIÇÃO

GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO  
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 172ª CIRCUNSCRIÇÃO - SANTA TEREZINHA  
- DP172ªCIRC DINTER2/20ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N.º 19E0262000361

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 21/08/2019 às 18:03

**ACIDENTE DE TRANSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo**

**(Consumado)** que aconteceu no dia 16/9/2018 às 13:00

Natureza Jurídica: REGISTRO PARA SEGURO DPVAT

Fato ocorrido no endereço: MUNICIPIO DE SANTA TEREZINHA, 01, SITIO

LAGOA DE MISAELE - Bairro: CENTRO - SANTA

TEREZINHA/PERNAMBUCO/BRASIL

Local do Fato: VIA PUBLICA

**Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:**

DESCONHECIDO ( AUTOR \ AGENTE )

GENEILSON SOUZA SILVA ( OUTRO )

**MARIA JACIELMA DOS SANTOS ( VITIMA )**

**Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:**

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

MARIA JACIELMA DOS SANTOS

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

MARIA JACIELMA DOS SANTOS (presente ao plantão) - Sexo: FemininoMãe: ANGELITA ALVES DE SOUZA SILVA Pai: GENECI NUNES DA SILVA Data de Nascimento: 9/7/2002 Naturalidade: SANTA TEREZINHA / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 10216508/SDS/PE (RG), 13291635400 (CPF) Estado Civil: AMASIA DO(A) Escolaridade: 2º. GRAU INCOMPLETO Profissão:

AGRICULTOR(A) Telefones Celulares:

- 12997128992

Endereço Residencial: MUNICIPIO DE BREJINHO, 01, SITIO VIDEO - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - BREJINHO/PERNAMBUCO/BRASIL

DESCONHECIDO (não presente ao plantão) - Sexo: DesconhecidoNaturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

Endereço Residencial: MUNICIPIO DE SANTA TEREZINHA, 01 - CEP: 567500000 - Bairro: CENTRO - SANTA TEREZINHA/PERNAMBUCO/BRASIL

GENEILSON SOUZA SILVA (não presente ao plantão) - Sexo: MasculinoMãe: ANGELITA ALVES DE SOUZA SILVA Pai: GENECI NUNES DA SILVA Data de Nascimento: 15/10/1996 Naturalidade: IMACULADA / PARAIBA / BRASIL Endereço Residencial: MUNICIPIO DE BREJINHO, 01 - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - BREJINHO/PERNAMBUCO/BRASIL

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

MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): GENEILSON SOUZA SILVA, que estava em posse do(a) Sr(a): MARIA JACIELMA DOS SANTOS Categoria/Marca/Modelo: MOTOCICLETA/HONDA/CG 150 TITAN MIX Objeto apreendido: Não Cor: VERMELHA - Quantidade: (UNIDADE NÃO INFORMADA) Placa: NXV9800 (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Renavam: 228848644 Chassi: 9C2KC1610AR050822 Ano Fabricação/Modelo: 2010/2010 Combustível: ALCO/GASOL

Complemento / Observação

QUE COMPARCEU A ESTA DELEGACIA DE POLICIA CIVIL A SENHORA MARIA JACIELMA DOS SANTOS PARA NOTICIAR QUE FOI VITIMA DE ACIDENTE DE TRANSITO NA CIDADE DE SANTA TEREZINHA-PE NO DIA 16/09/2018. QUE IA CONDUZINDO UMA MOTOCICLETA HONDA CG150, VERMELHA, PLACA NXV9800, NO SENTIDO SANTA TEREZINHA PARA BREJINHO, NO SITIO LAGOA DE MISAE, ONDE PERDEU O EQUILIBRIO CAINDO AO CHÃO. QUE POPULARES SOCORRERAM-NA E A LEVARAM PARA O HOSPITAL CLOTILDES DE FONTE RANGEL, NA CIDADE DE BREJINHO, APRESENTANDO SEGUNDO DECLARAÇÃO DESTE HOPITAL FRATURA EM MEMRBO INFERIOR DIREITO, LOGO EM SEGUIDA SENDO CONDIZIDA PARA O HOSPITAL REGIONAL HEMILIA CAMARA DE AFOGADOS DA INGAZEIRA, CONFIRMADA A FRATURA FOI CONDUZIDA PARA O HOSPITAL SÃO VICENTE NA CIDADE DE SERRA TALHADA PARA FAZER O PROCEDIMENTO CIRURGICO.

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

*João Evangelista dos Santos*  
*Maria Jacielma dos Santos*  
MARIA JACIELMA DOS SANTOS  
(VITIMA)

B.O. registrado por: LUAN ALVES VIEIRA - Matrícula: 3875431



# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 32916354-00 4 - Nome completo da vítima: MARIA JANEUZA DOS SANTOS

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

5 - Nome completo: MARIA JANEUZA DOS SANTOS	6 - CPF: 32916354-00		
7 - Profissão: FENIX	8 - Endereço: SITIO VIEGO	9 - Número: 263	10 - Complemento: (n/a)
11 - Bairro: AREA RURAL	12 - Cidade: BREJINHO	13 - Estado: PE	14 - CEP: 56740-000
15 - E-mail: jotaenio_dpvt@6milio.com	16 - Tel.(DDD): (83) 9131-7273		

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00

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

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

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

AGÊNCIA: 5296 CONTA: 986217 097 5  
 (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: \_\_\_\_\_

AGÊNCIA: \_\_\_\_\_ CONTA: \_\_\_\_\_  
 (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT 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

23 - Estado civil da vítima: <input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (no Civil) <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado Judicialmente <input type="checkbox"/> Viúvo	24 - Data do óbito da vítima:	
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:	
28 - Vítima <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não teve filhos? 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:	30 - Vítima deixou <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não nascituro (valéscer)? 31 - Vítima <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não teve irmãos? 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:	33 - Vítima deixou <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não pais/avôs vivos?

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

34  
 INFORMAÇÕES  
 digitais  
 sobre  
 beneficiários  
 beneficiários  
 declarante

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

37 - (\*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1º | Nome: \_\_\_\_\_  
 CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: \_\_\_\_\_  
 CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019

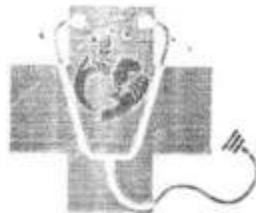
40 - Local e Data, SANTA Terezinha-PE, 31/07/2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

26 AGO. 2019

TESTEMUNHAS



## DECLARAÇÃO

Eu, Mauricio Cristian Santos leite, brasileiro, natural de Brejinho – PE, portador do RG.: 8258144 **DECLARO**, para os devidos fins de direito, que a senhora Maria Jacielma dos Santos deu entrada nesta unidade hospitalar – Hospital Clotilde de Fonte Rangel – às 13h40min do dia 16/09/2018, vítima de acidente motociclistico, e apresentava, à época, fratura em membro inferior direito. Depois de avaliada na unidade, a mesma foi encaminhada ao hospital regional Emilia Câmara, em Afogados da Ingazeira - PE.

Por ser verdade, firmo o presente para que surte seus efeitos legais.

Brejinho, 02 de julho de 2019.

Mauricio Cristian Santos Leite  
Diretor Administrativo  
CPF: 099.042.034-58

Assinatura do Responsável

26 AGO. 2019

# BOLETIM DE EMERGÊNCIA

SUS	Unidade: H.R.E.C/HIRI SUS 898004040499737					Data: 16.09.18
PACIENTE	Nome: Maria Jaci Ilma dos Santos					Nº da Ocorrência: 67
	Residência: Sítio Videl - Brumado - PE					Telefone: 991027487
RESPONSÁVEL	Nome: Maria Irene de Jesus Santos (mãe)					RESPOSTA DE CONHECIMENTO: <b>NOTIFICADO</b>
CONDIÇÃO		PROFISSÃO	SEXO	NASCIMENTO	NACIONALIDADE	DOCUMENTO DE IDENTIDADE
SEGURADO	ESPOSA	Estudante	<input checked="" type="checkbox"/> MASC. <input type="checkbox"/> FEM.	09/07/2002	<input checked="" type="checkbox"/> BRASILEIRO <input type="checkbox"/> ESTRANGEIRO <input checked="" type="checkbox"/> PE UF	NÚMERO: 10216508 ÓRGÃO EMISSOR: S0S1PE
PACIENTE CHEGOU		AMBULÂNCIA / HORA	PACIENTE / HORA		ATENDIMENTO	
ANDANDO	DE AUTO	SAÍDA	CHEGADA 15:25		H MIN	<input type="checkbox"/> ACIDENTE DE TRABALHO
AMBULÂNCIA	OUTROS	CHEGADA	SAÍDA			<input type="checkbox"/> CASO POLICIAL
PRESSÃO ARTERIAL		PULSO	TEMPERATURA		Exames Complementares	
MÁX.:	MIN.:		AXILAR:	RENAL	<p>Rx do topo D.</p> <p>Conferir Complementares</p> <p>- Tols corso - protocolo D</p> <p>- SF 0,9% - 1000ml 16:20</p> <p>- Flufenox - 100mg IV.</p> <p>- Glicotil 100g</p> <p>1280000 PE</p>	
Causa Provável da Lesão - Queixa Principal - Exame Físico - Sinais - Sintomas						
<p>Paciente sofreu quebra no topo D, na coxa, dor, edema e deformidade de 100%.</p>						
Destino Dado ao Paciente			Impressão Diagnóstica			
<input checked="" type="checkbox"/> Residência	<input type="checkbox"/> Internado	Fratura do aliforte ao fêmur D.				
Encaminhado						
Removido						
Óbito às _____ H _____ Min. do _____						
Dia _____						
Licença Concedida _____						
<p>Assinatura - Carimbo - CRM / CRO</p> <p>Dr. Francisco E. Melo Jr. Ortopedia e Traumatologia CRM PE 115340 CROT 11.923</p>						
Encaminhado ao IML ( )						

Unidade de Origem: *Neonatal Regord Eliz Gomes*

Paciente: *Mais Jocelmo da Fonseca, 16 anos*

Registro:

Dados Clínicos: *Paciente sofria dor no topo do crânio, dor, edema e supuridade.*

Exames Complementares / Resultados:

*Rx da coxa D.*

Hipótese Diagnóstica: *Fratura deslocada do fêmur D.*

Conduta Adotada: *Transferência para cirurgia*

Justificativa do Encaminhamento: *Não disponibilidade de cirurgia*

Encaminhamento Para: *Pronto Socorro*

*Moçambique, 16/09/18*

Data

Nome CRM

*Dr. Francisco E. Melo Jr  
CRM PE 18.360 CRM T 1.429*

Unidade de Especialista:

Exames Clínicos:

Exames Complementares:

Parecer do Especialista:

Tratamento Proposto:

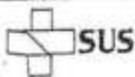
Local:  Na Unidade de Origem  
 Na Unidade de Referência  
 Outro Serviço



Nome CRM

Data

Lagiflúca (87) 9917-1862 / 9635-7820



Sistema  
Único de  
Saúde  
Ministério  
da  
Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO  
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

Hospital São Vicente

2 - CNES

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

Hospital São Vicente

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

Maria Isacelma dos Santos

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8980040410499737

8 - DATA DE NASCIMENTO

09/07/2002

9 - SEXO

Masc. 1

10 - RACA/COR

Fam. K 3

11 - NOME DA MÃE

Maria Irene De Jesus Santos

12 - FONE DE CONTATO

Nº DO FONE

DDD

81

9992080073

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

Sítio Vides, 214

14 - FONE DE CONTATO

Nº DO FONE

15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

Brejinho

17 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO

18 - UF

19 - CEP

06516740000

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

Possui Receptores M1D, def, exidose Seco e excesso Cera ?, mobilidade de Necessaria e Reposteira excessiva M1D

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Necessidade social deixa

22 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

Ms. Rota D. APe Releif  
Seco excesso fundo S-123

25 - CID 10 SECUNDÁRIO

26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Exossecreto

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

04080150519

29 - CLÍNICA

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

31 - DOCUMENTO

( ) CNS

32 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

( ) CPF

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

Antônio Roberto de Freitas

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO

35 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

40 - Nº DO BILHETE

41 - SÉRIE

36 - ( ) ACIDENTE DE TRÂNSITO

42 - CNPJ DA SEGURADORA

40 - Nº DO BILHETE

37 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

43 - CNAE DA EMPRESA

41 - SÉRIE

38 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

44 - CBOR

45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

( ) EMPREGADO

45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

( ) EMPREGADOR

( ) AUTÔNOMO

( ) DESEMPREGADO

( ) DESEMPREGADO

( ) APOSENTADO

( ) APOSENTADO

( ) NÃO SEGURO

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - CÓD. ÓRGÃO EMISSOR

52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

48 - DOCUMENTO

49 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

( ) CNS

( ) CPF

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

51 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

261310504038-6

12

02

26 AGO. 2019

10/09/2019 CRM: 8603

CPF: 153.270.214-15

Médico Autorizado

18/09/2019 21/09/12

Imprimir Segunda Via de Conta

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

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



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

DADOS DO CLIENTE  
MARIA IRENE DE JESUS SANTOS  
CPF: 052.303.394-03

DATA DE VENCIMENTO

14/08/2019

TOTAL A PAGAR (R\$)

26,11

DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL

07/08/2019

DATA DA APRESENTAÇÃO

07/08/2019

NÚMERO DA NOTA FISCAL

072405193

CONTA CONTRATO

007000012488

Nº DO CLIENTE

2010021091

Nº DA INSTALAÇÃO

0000455291

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

SI VIDEO 263  
PO ORURALJAMBO  
56740-000 BREJINHO 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](http://www.celpe.com.br)

CLASSIFICAÇÃO

B2 RURAL - AGROPECUÁRIA RURAL  
Monofásico

RESERVADO AO FISCO

986E.9468.F57B.CE6A.315A.3136.2CE1.10B5

## DESCRÍÇÃO DA NOTA FISCAL

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)
Consumo Ativo(kWh)	59,00	0,43561143	25,70
Acréscimo Bandeira AMARELA			0,69
Acréscimo Bandeira VERMELHA			0,57
Multa por atraso-NF 088719898 - 08/07/19			0,61
Juros por atraso-NF 088719898 - 08/07/19			0,04
Atualização IGPM-NF 088719898 - 08/07/19			0,04
PRÓ-CRIANÇA-(081)3412-8960 0800 031 8989			0,98
Compensação DIC Trimestral 02/19			0,01-
Compensação DMIC 06/19			2,51-
<b>TOTAL DA FATURA</b>			<b>26,11</b>

## INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS

ICMS	PIS	COFINS					
BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOR	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOR		
0,00	0,00	26,96	0,74	0,19	26,96	3,42	0,92

Tarifas Aplicadas		HISTÓRICO DO CONSUMO	
Consumo Ativo(kWh)	0,41749908	AGO 19	59
		JUL 19	52
		JUN 19	57
		MAI 19	55
		ABR 19	46
		MAR 19	61
		FEV 19	56
		JAN 19	51
		DEZ 18	62
		NOV 18	62
		OUT 18	75
		SET 18	56
		AGO 18	58

## DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

NÚMERO DO MÉDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR		ATUAL		Nº DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO kWh
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA				
MG24460	CAT	08/07/2019	11.453,00	07/08/2019	11.512,00	30	1.00000	0,00	59,00

DATA PREVISTA PARA A PRÓXIMA LEITURA: 04/09/2019

## DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES

DESCRIÇÃO	CONJUNTO	VALOR APURADO	META MENSAL	META TRIM.	META ANUAL		
Jun/2019							
DIC-No. de horas sem Energia	SÃO JOSE DO EGITO	15,53	11,18	22,32	44,65		
FIC-No. de vezes sem Energia		1,00	7,67	15,34	30,68		
DMIC-Duração máxima de Interrupção contínua		15,53	6,08	0,00	0,00		
DICRI-Duração de Interrupção em dia critico				Límite DICRI: 16,60			
EU00-Valor do Encargo de Uso = R\$ 13,37							
Fato Consumidor pode solicitar a verificação das indicações DIC, FIC, DMIC e DICRI a qualquer tempo.							

## INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Pague no ponto mais perto de você! farmacia boa saude: r. jose gomes centro / maria aparecida maciel marques: rua joao nunes 157  
Na data da leitura a bandeira em vigor é a Vermelha. Mais informações em [www.aneel.gov.br](http://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  
Isenção do ICMS conforme Art.9, XLVIII, d, do RICMS-PE.  
Desconto Incondicional pela Aplicação da Tarifa B2 RURAL = R\$ 8,11 .  
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 561/13.

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
007000012488	08/2019	26,11	14/08/2019	Evite dobrar, perfurar ou rasurar, Este canhoto será usado em leitora ótica.

838900000005 261100110074 000012488100 140958050738



AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

26 AGO. 2019

# BOLETO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.  
Documento não é segunda-via de conta.  
Boleto para simples pagamento da nota fiscal/conta da energia elétrica - N° 027.243.372



ENERGISA PARAÍBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A  
Br 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-680  
CNPJ 09.095.183 / 0001-40 - Insc Est. 16.015.823-0

## DADOS DO CLIENTE

VANESSA SAMARA FERREIRA LEANDRO  
RUA ANTONIO BARRETO 41  
PATOS

## CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

**5/451385-9**

REFERÊNCIA	APRESENTAÇÃO	CONSUMO	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
<b>JUN/2019</b>	<b>28/06/2019</b>	<b>44</b>	<b>05/07/2019</b>	<b>R\$ 36,54</b>

Acesse: [www.energisa.com.br](http://www.energisa.com.br)

BANCO DO BRASIL PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL				
<b>CONTA PAGA - Data de Pagamento: 04/07/2019</b>				
Pagador: VANESSA SAMARA FERREIRA LEANDRO CNPJ/CPF: 081.736.954-66 RUA ANTONIO BARRETO 41 - MONTE CASTELO - PATOS / PB - CEP 00000-000				
Nosso-Número 26249120003286585	Nr Documento 000451385201906	Data Vencimento 05/07/2019	Valor do Documento R\$ 36,54	Valor Pago
BENEFICIÁRIO: ENERGISA PARAÍBA DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A BR230 KM 25, S N - - CRISTO REDENTOR - JOÃO PESSOA / PB - CEP 58071-680 Agência / Código do Beneficiário: 3064-3/2447-3				09.095.183/0001-40

**26 AGO. 2019**

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

Para mais esclarecimentos, acesse o site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br) ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)

Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

### INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

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

A Circular SUSEP<sup>1</sup> nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF<sup>2</sup>.

<sup>1</sup>SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. <sup>2</sup> CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILCÍTAS PREVISTAS NA LEI Nº9.613/98.

Pelo exposto, eu José Otacílio Batista de Lima  
inscrito (a) no CPF/CNPJ 083886574 / 37, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário  
Manoela Sacelma dos Santos inscrito (a) no CPF sob o Nº 132916354 / 00,  
do sinistro de DPVAT cobertura 31/12/2017 da Vítima Manoela Sacelma dos Santos,  
inscrito (a) no CPF sob o Nº 132916354 / 00, 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 Antônio Batista</u>	Número:	<u>41</u>	Complemento:	<u>Cr. 50.</u>
Bairro:	<u>Monte Castelo</u>	Cidade:	<u>Patos</u>	Estado:	<u>PB</u>
E-mail:	<u>josenuisdpvat@gmail.com</u>				Tel.(DDD): <u>(83) 991317273</u>

Local e Data: Patos-PB, 31 de Julho de 2019.

José Otacílio Batista de Lima  
Assinatura do Declarante

## DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

Para mais esclarecimentos, acesse o site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br) ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)

Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

Eu, GENEILSON SOUSA SILVA,

RG nº 9 472 070, data de expedição 30/04/2012

Órgão SDS-PE, portador do CPF nº 336.756.544-41,

com domicílio na cidade de BREJINHO, no Estado de

PERNAMBUCO, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)

Sítio Vídeo, nº 5N,

complemento CASA, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima

MARIA JACIELMA DOS SANTOS, cujo o condutor era

MARIA JACIELMA DOS SANTOS.

Veículo: MOTOCICLETA Modelo: HONDA CG 150 TITAN MAX Ano: 2010

Placa: NUV 9800 Chassi: 9C2KC1610AR050822

Data do Acidente: 16/09/2018.

Local e Data:

Santa Terezinha, 17/07/2019

GENEILSON SOUSA SILVA

Assinatura do Declarante

Assinatura do Condutor  
(caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)

SERVENTIA REGISTRAL E NOTARIAL DE SANTA TEREZINHA  
Titular: HUGO ARAÚJO MONTEIRO  
Telefone: (87) 3859-1395

RECONHEÇO POR AUTENTICIDADE A FIRMA DE GENEILSON SOUSA SILVA. O REFERIDO É VERDADE E DOU FÉ. SANTA TEREZINHA/PE, 17/07/2019. ENOLUMENTOS: R\$ 3,39 TSNR R\$ 0,80 FERM R\$ 0,04 FUNSEG R\$ 0,08 FERC R\$ 0,40 ISS R\$ 0,20 TOTAL R\$ 4,911,0159897.UPE07201902.00050

Consulte autenticidade em [www.tjpe.jus.br/selodigital](http://tjpe.jus.br/selodigital)

Cartório Registral e Notarial  
de Santa Terezinha - PE  
Dr. Hugo Araújo Monteiro  
Tabelião e Registrador  
Rua Prefeito Afonso Ferreira Neto, nº 112, Centro  
Santa Terezinha - PE - CEP: 56.750-000

26 AGO. 2019



## DECLARAÇÃO

Eu, Mauricio Cristian Santos leite, brasileiro, natural de Brejinho – PE, portador do RG.: 8258144 **DECLARO**, para os devidos fins de direito, que a senhora Maria Jacielma dos Santos deu entrada nesta unidade hospitalar – Hospital Clotilde de Fonte Rangel – às 13h40min do dia 16/09/2018, vítima de acidente motociclistico, e apresentava, à época, fratura em membro inferior direito. Depois de avaliada na unidade, a mesma foi encaminhada ao hospital regional Emilia Câmara, em Afogados da Ingazeira - PE.

Por ser verdade, firmo o presente para que surte seus efeitos legais.

Brejinho, 02 de julho de 2019.

Mauricio Cristian Santos Leite  
Diretor Administrativo  
CPF: 099.042.034-58

Assinatura do Responsável

26 AGO. 2019

# BOLETIM DE EMERGÊNCIA

SUS	Unidade: H.R.E.C/HIRI SUS 898004040499737					Data: 16.09.18
PACIENTE	Nome: Maria Jaci Ilma dos Santos					Nº da Ocorrência: 67
	Residência: Sítio Videl - Brumado - PE					Telefone: 991027487
RESPONSÁVEL	Nome: Maria Irene de Jesus Santos (mãe)					RESPOSTA DE CONHECIMENTO: <b>NOTIFICADO</b>
CONDIÇÃO		PROFISSÃO	SEXO	NASCIMENTO	NACIONALIDADE	DOCUMENTO DE IDENTIDADE
SEGURADO	ESPOSA	Estudante	<input checked="" type="checkbox"/> MASC. <input type="checkbox"/> FEM.	09/07/2002	<input checked="" type="checkbox"/> BRASILEIRO <input type="checkbox"/> ESTRANGEIRO <input checked="" type="checkbox"/> PE UF	NÚMERO: 10216508 ÓRGÃO EMISSOR: S0S1PE
PACIENTE CHEGOU		AMBULÂNCIA / HORA	PACIENTE / HORA		ATENDIMENTO	
ANDANDO	DE AUTO	SAÍDA	CHEGADA 15:25		H MIN	<input type="checkbox"/> ACIDENTE DE TRABALHO
AMBULÂNCIA	OUTROS	CHEGADA	SAÍDA			<input type="checkbox"/> CASO POLICIAL
PRESSÃO ARTERIAL		PULSO	TEMPERATURA		Exames Complementares	
MÁX.:	MIN.:		AXILAR:	RENAL	<p>Rx do topo D.</p> <p>Conferir Complementares</p> <p>- Tols coroa - gipsolito D</p> <p>- SF 0,9% - 1000ml 16:20</p> <p>- Flufenox - 100g IV.</p> <p>- Glicotil 100g</p> <p>1280000 PE</p>	
Causa Provável da Lesão - Queixa Principal - Exame Físico - Sinais - Sintomas						
<p>Paciente sofreu quebra no topo D, na coxa, dor, edema e deformidade de 100%.</p>						
Destino Dado ao Paciente			Impressão Diagnóstica			
<input checked="" type="checkbox"/> Residência	<input type="checkbox"/> Internado	<p>Fratura da diáfise do fêmur D.</p> <p>Dr. Francisco E. Melo Jr. Ortopedia e Traumatologia Sítio PE 16500 SOT 11.923</p>				
Encaminhado						
Removido						
Óbito às _____ H _____ Min. do			Licença Concedida _____			
Dia _____						
Encaminhado ao IML ( )			Assinatura - Carimbo - CRM / CRO			

Unidade de Origem: *Neonatal Regord Eliz Gomes*

Paciente: *Paulo Henrique da Fonseca, 16 anos*

Registro:

Dados Clínicos: *Paciente sofria dor no topo do crânio, dor, edema e supuridade.*

Exames Complementares / Resultados:

*Rx da coxa D.*

Hipótese Diagnóstica: *Fratura deslocada do fêmur D.*

Conduta Adotada: *Transferência para cirurgia*

Justificativa do Encaminhamento: *Não disponibilidade de cirurgia*

Encaminhamento Para: *Pronto Socorro*

*Até 03/09/18*

Data

*Dr. Francisco E. Melo Jr  
CRM PE 18.360 CRMT 11.429*

*Nome CRM*

Unidade de Especialista:

Exames Clínicos:

Exames Complementares:

Parecer do Especialista:

Tratamento Proposto:

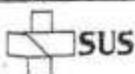
Local:  Na Unidade de Origem  
 Na Unidade de Referência  
 Outro Serviço



*Nome CRM*

Data

*Lagiflúca (87) 9917-1862 / 9635-7820*



Sistema Único de Saúde  
Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO  
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

Hospital São Vicente

2 - CNES

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

Hospital São Vicente

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

Maria Isacelma dos Santos

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8980040410499737

8 - DATA DE NASCIMENTO

09/07/2002

9 - SEXO

Male. 1

10 - RACA/COR

Fam. K 3

11 - NOME DA MÃE

Maria Irene De Jesus Santos

12 - FONE DE CONTATO

81 9992080072

Nº DO FONE

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

Sítio Vides, 214

14 - FONE DE CONTATO

81 9992080072

Nº DO FONE

15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

Brejinho

17 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO

18 - UF

19 - CEP

PI 65167140000

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

Possui Receptores M1D, def, exidose Seco e excesso Cera ?, mobilidade de Necessaria e Reposteras fuscose M1D

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Necessidade social deixa

22 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

Ms. Rota D. APe Rele

Secretoas fases fund 5-23

24 - CID 10 PRINCIPAL

25 - CID 10 SECUNDÁRIO

26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

04080150519

Intoxicante

29 - CLÍNICA

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

31 - DOCUMENTO

32 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

( ) CNS ( ) CPF

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO

35 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

Antônio Roberto de Freitas

/ /

/ /

/ /

36 - Nº DO BILHETE

41 - SÉRIE

36 - ( ) ACIDENTE DE TRÂNSITO

40 - N.º DO BILHETE

42 - CNPJ DA SEGURADORA

43 - CNAE DA EMPRESA

37 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

44 - CBOR

45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

38 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

46 - CNPJ EMPRESA

47 - CÓD. ÓRGÃO EMISSOR

48 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

49 - DOCUMENTO

50 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

51 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

53 - CRM

54 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

261810504038-6

26 AGO. 2019

12/02

51 - CRM

52 - CRM

18/09/2019

53 - CRM

21/09/2019

54 - CRM

21/09/2019

55 - CRM

21/09/2019

56 - CRM

21/09/2019

57 - CRM

21/09/2019



## GUIA DE TRANSFERÊNCIA

### Identificação do Estabelecimento

— NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE: HOSPITAL REGIONAL EMILIA CAMARA - AFOGADOS DA INGAZEIRA

DATA DA SOLICITAÇÃO:  
17/09/18 07:48

— MÉDICO SOLICITANTE: FRANCISCO ERLANDIO DE MELO JUNIOR

Nº SOLICITAÇÃO:  
489193

### Identificação do Paciente

NOME DO PACIENTE: MARIA JACIELMA DOS SANTOS

Nº DO PRONTUÁRIO:

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS): 898004040499737

DATA DE NASCIMENTO:  
09/07/2002

SEXO:  
FEMININO

NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL: MARIA IRENE DE JESUS SANTOS

TELEFONE DE CONTATO:  
8797128992

ENDEREÇO (RUA, N°, BAIRRO): SITIO VIDEL, ZONA RURAL

MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA:  
PENJINHO

CÓD. IBGE MUNICÍPIO:  
2401800,00

UF:  
PE

CEP:

### Dados sobre o Transporte

MÉDIO DE TRANSPORTE:  
AMBULÂNCIA

DATA DE EMISSÃO:  
18/09/18 13:53

OBSEVAÇÃO:

OBSEVAÇÃO EXECUTANTE:

### Regulador

MÉDICO REGULADOR:  
ADRIANO CAVALCANTE SAMPAIO

ESPECIALIDADE:  
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

### Executante

ESTABELECIMENTO:  
CASA DE SAÚDE SÃO VICENTE - SERRA TALHADA

DATA DE AUTORIZAÇÃO:  
18/09/18 12:55

MÉDICO AUTORIZADOR:

Maria Jaciela dos Santos,  
COREN: 35316.

Unidade de Origem: Hospital Regional de Caxias do Sul.

Paciente: ~~Paulo Henrique da Cunha, 16 anos~~

Registro:

Dados Clínicos: Paciente sofria dor aguda no cotovelo D, com dor, edema e deformidade.

Exames Complementares / Resultados:

Rx da coxa D.

Hipótese Diagnóstica: Fratura aberta do fêmur D.

Conduta Adotada: Transfere para cirurgia

Justificativa do Encaminhamento: Não disponibilidade de enfermeiros.

Encaminhamento Para: Hospital Regional

Até dia 3, 16/09/18

Data

Dr. Francisco E. Melo Jr.  
CRM PE 15.966  
Ortopedia e Traumatologia  
SEOT 11.923

Nome CRM

Unidade de Especialista:

Exames Clínicos:

Exames Complementares:

Parecer do Especialista:

Tratamento Proposto:

Local: Na Unidade de Origem  
Na Unidade de Referência  
Outro Serviço


Nome CRM

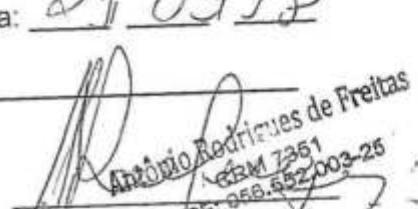
Data

# Hospital São Vicente

Data Atend: 18/09/2018	Atendimeto: 0000594	Quarto/leito: 305 / B
<b>Paciente: 00005339 - MARIA JACIELMA DOS SANTOS</b>		
Cirugia Realizado:	N. do Procedimento:	
<i>Osteosíntese Femur ①</i>	<i>0408050519</i>	
Data: 19/09/18	Inicio:	Término
Cirurgião: <i>Pepe A.</i>		
1º Auxiliar: <i>Pepe B</i>		
2º Auxiliar:		
Anestesista:		
<b>DESCRIÇÃO CIRURGICA:</b>		
<i>① Fete em ODM ② Asperg / Sutura ③ Passos corpos errados ④ Incisão lateral cost ① ⑤ Abertura por planos ⑥ Retação parcial ⑦ Fracção clavos PCL 4,5 ⑧ IAB e frouxo. ⑨ Furos + curativo</i>		
		Assinatura do Cirurgião



# Hospital São Vicente

Data Atend: 18/09/2018		Atendimeto: 0000594	Quarto/leito: 305 / 2
Paciente: 00005339 - MARIA JACIELMA DOS SANTOS			
Data Nasc: 09/07/2002	Idade: 16 Anos	Sexo: Feminino	Estado Civil: Solteiro
Profissão:	Naturalidade: SERRA TALHADA		Nacionalidade: BRASILEIRO
Nome Pai:	Nome Mãe: MARIA IRENE DE JESUS SANTOS		
Endereço: SI VIDEO, 214	- ZONA RURAL - BREJINHO - PE		
Telefones: (87) 9990.8007 / (87) 9999.99999 / ( ) .			
Elementos da Ocorrência:			
Acidente de Transito ( )	Acidente de Trabalho ( )	Outros Acidentes ( )	Agressão ( )
Crícidio ( )	Casual ( )	Outros ( )	
Nome Acompanhante:		Telefone de Contato: ( ) .	
Endereço Acompanhante:			
Local da Ocorrencia:			
ANAMNESE E EXAME FISICO: <i>Posicoes de conforto M/D, debo- xidas e necessidade de oxigênio, náuseas e dor de estômago e suspeita de frequencia M/D</i>			
Diagnóstico Inicial: <i>Fracasso de feto feto feto</i>			
SADT:			
Diagnóstico Final:			
Condição de Alta	Motivo de Alta		
Melhorada ( )	Descrição Médica ( )	Data do Internamento: <u>18/09/18</u>	
Inalterado ( )	Alta a Pedido ( )	Data da Alta: <u>21/09/18</u>	
Piorando ( )	Transferência ( )	Local: _____	
Obito + 48h ( )	Evasão ( )		
Obito - 48h ( )	Indisciplina ( )		
Obito em _____ / _____ / _____			
Hora: _____			
 Antônio Rodrigues de Freitas CRM 7351 RG 552.003-25 Medico Responsável			

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

10.216.508 DATA DE EXPEDIÇÃO 09/07/2015

<< MARIA JACIELMA DOS SANTOS >>

<< JOÃO EVANGELISTA DOS SANTOS >>

<< MARIA IRENE DE JESUS SANTOS >>

DATA DE NASCIMENTO  
BREJINHO - PE 09/07/2002

<< CN.203942702-F.210V-CART-  
BREJINHO-PE 15.07.2002 >>

02.216.354-00

LEI N.º 16 DE 29/08/83

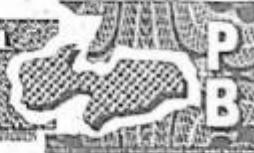
41007400104541.6482.176 F-67 66.022 - 3113

REF. NÚMERO: 02R14

CARTEIRA DE IDENTIDADE



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



NOME  
JOSE OTACILIO BATISTA DE LIMA



DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR UF  
7092913 SDS PE

CPF  
081.886.574-17 DATA NASCIMENTO  
06/02/1989

FILIAÇÃO  
JOSE VALERIANO DE LIMA  
MARIA LUZINETE BATISTA  
DE LIMA

PERMISSÃO  
ACC CAT.HAB.  
AB

Nº REGISTRO  
04295047969

VALIDADE  
09/02/2023

1ª HABILITAÇÃO  
15/02/2008

OBSERVAÇÕES

*Jose Otacilio Batista de Lima.*

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL  
PATOS, PB

DATA EMISSÃO  
05/03/2018

*Assessoria Vicente da Silva*  
ASSINATURA DO EMISSOR

41615542015  
PB036270164

PARAÍBA

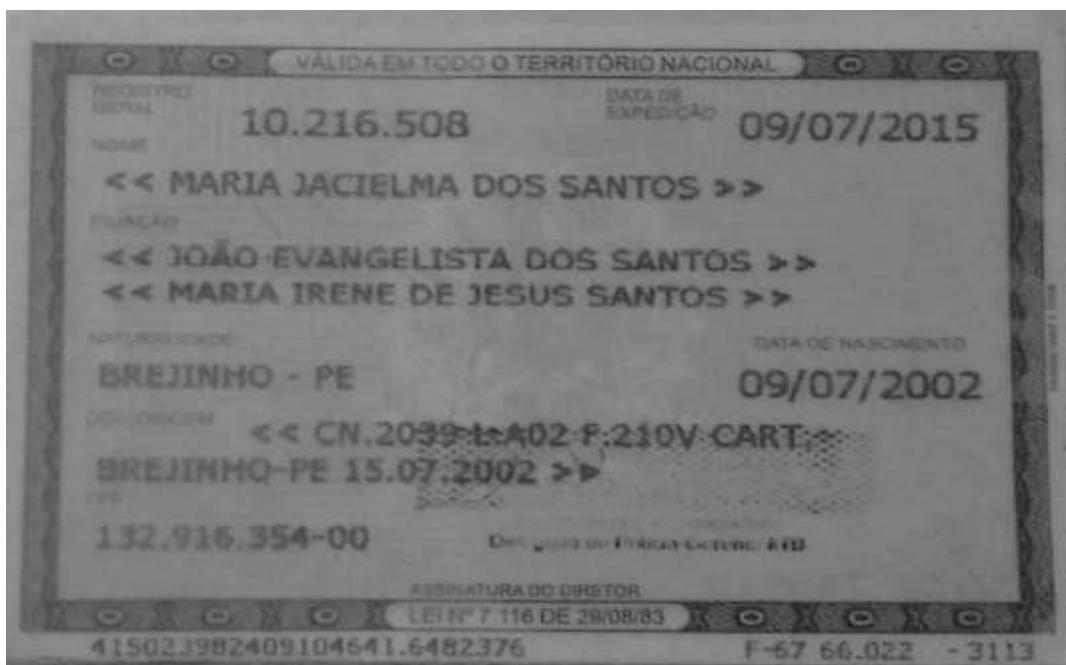
1638550962

VÁLIDA EM TODO  
O TERRITÓRIO NACIONAL

PROIBIDO PLASTIFICAR

1638550962

26 AGO. 2019



28 AGO. 2019



**REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL**  
**MINISTÉRIO DAS CIDADES**

Nº 014800713940

**DETAN - PE**  
**CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO**

VIA: 100- REINAVAM R.N.T.R.C. - EXERCÍCIO:  
 228848644 NOME: GENEILSON SOUZA SILVA 2019

**BRASÍLIA-DF** PLACA: 1KXV9800

116.756.544-11 CHASSI: 7G2KC1610ABD50822

PLACA ANT./UF: \* \* \* \* \* /DF COMBUSTÍVEL:  
 \* \* \* \* \* /DF ALCO/CASO

ESPECIE TIPO: PAS / MOTOCICLETA ANO FAB.: 2010

MARCA / MODELO: BONDA/CG150 TITAN MIX KS ANO MOD.: 2010

CAP/EST/CL: 2P/149CL CATEGORIA: PARTIC COR PREDOMINANTE:  
 VERNIZ/BLA

COTA UNICA: VENC. COTA UNICA: 1º \* \* \* \* \*

IPVA: 2019 QUITADO PARCELAGEM / COTAS: 2º \* \* \* \* \*

FAIXA IPVA: 1 VENC / COTAS: 3º \* \* \* \* \*

PREMIO TARIFARIO (R\$) 80.11 IOF (R\$) 0.32 PREMIO TOTAL (R\$) 80.43 DATA DE PAGAMENTO: 19/02/19

**SEM RESERVA**  
**DESEMBARQUE DE PORTO OBRIGATÓRIO**  
**NÃO VÁLIDO PARA TRANSFERÊNCIA**

LOCAL: BREJINHO DA BARREIRA  
 Roberio Carlos Moreira Fontes / 100  
 DIRETOR PRESIDENTE DETRAN/PE

DATA: 20/02/19

**CONTRAN**

