

Nome: HORTENCIA ELOI DE OLIVEIRA

Nº registro: 157454

Dt. Nasc.: 09/10/97 - 19 ano (s)

Sexo: Feminino

Mãe: MARIA ROSINEIDE DE ARAUJO

Fone: 81986146218

Endereço: AV BARRETO DE MENEZES, nº 404, MARCOS FREIRE, JABOATAO DOS GUARARAPES - PE

Data/hora: 30/09/2017 - 05:18

Nº pág.: 1/1

RESUMO DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

SENHA: N016

30/09/2017 - KECIANNY BATISTA

Classificação de Risco: URGÊNCIA - AMARELO

Especialidade: CLÍNICA MÉDICA

Encaminhado Para: CONSULTÓRIO - CLÍNICA MÉDICA

ANAMNESE

- ACIDENTE DE TRÂNSITO

ALERGIA: NEGA

QUEIXA PRINCIPAL:

- Dor MMSS - TCE - Sangramento - Trauma

- PCTE VITIMA DE ATROPELAMENTO (MOTO) AS 5H, REFERE DORM EM OMBRO ESQUERDO E TRAUMA COM LESAO EM SUPERCILIO ESQUERDO.

NEGA VOMITO E/OU SINCOPE

EXAME FÍSICO:

PA: 110 x 60 mmHg

Temperatura: °

HGT: mg/dL Sat O2: %

FC: Bpm

Peso:

Altura:

OBSERVAÇÕES:

ACOMPANHADO DO AMIGO CLECIO ANTONIO.

PCTE SEM DOCUMENTO.

Evasão:



Este documento foi assinado digitalmente, conforme Medida Provisória Nº 2.200-2 de 24/08/2001.

Nome do profissional: KECIANNY BATISTA DE FIGUEREDO. Data e Hora: 30/09/2017 06:43:03.

Rua Vale do Itajai, s/n, Ibura CEP: 51320-180 - Recife/PE

Contato: (81) 3184-4594



Nome: HORTENCIA ELOI DE OLIVEIRA

Nº registro: 157454

Dt. Nasc.: 09/10/97 - 19 ano (s)

Sexo: Feminino

Mãe: MARIA ROSINEIDE DE ARAUJO

Fone: 81986146218

Endereço: AV BARRETO DE MENEZES, nº 404, MARCOS FREIRE. JABOATÃO DOS GUARARAPES - PE

Data/hora: 30/09/2017 - 05:25

Nº pág.: 1/1

CONSULTA MÉDICA

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:

ATROPELAMENTO

Anamnese Médica / Evolução Clínica:

06:28 DRA. JULIANE PONTES

PACIENTE REFERE QUE FOI ATROPELADA POR UMA MOTO, EM BAIXA VELOCIDADE, POR VOLTA DAS 5H DA MANHÃ. CAIU APENAS PARA O LADO ESQUERDO. NEGA PERDA DO NÍVEL DE CONSCIÊNCIA, NÁUSEAS OU VÔMITOS. REFERE DOR EM OMBRO ESQUERDO.

Exame Físico:

EGB, CONSCIENTE, ORIENTADA, EUPNÉICA, HIDRATADA ECG=15 APRESENTA LESÃO CORTANTE EM REGIÃO LATERAL AO OLHO ESQUERDO. NÃO MOBILIZA BRAÇO ESQUERDO DEVIDO A DOR NO OMBRO ESQUERDO.

ACV: RCR EM 2T, BNF'S, S/S.

AR: MV+ EM AHT, S/RA.

ABDOME INDOLOR.

Resultados de Exames:

Conduta:

LIMPEZA, SUTURA E CURATIVO
À ORTOPEDIA

Óbito: Não -

Dr.ª JULIANE DE PONTES SILVA
CRM: 22387



Este documento foi assinado digitalmente, conforme Medida Provisória Nº 2.200-2 de 24/08/2001.
Nome do profissional: JULIANE DE PONTES SILVA. CRM: 22387. Data e Hora: 30/09/2017 06:33:20.

Rua Vale do Itajai, s/n, Ibura CEP: 51320-180 - Recife/PE
Contato: (81) 3184-4594



Nome:	HORTENCIA ELOI DE OLIVEIRA	Nº registro:	157454
Dt. Nasc.:	09/10/97 - 19 ano (s)	Sexo:	Feminino
Mãe:	MARIA ROSINEIDE DE ARAUJO	Fone:	81986146218
Endereço:	AV BARRETO DE MENEZES, nº 404, MARCOS FREIRE. JABOATAO DOS GUARARAPES - PE		
Data/hora:	30/09/2017 - 07:34	Nº pág.:	1/1

GUIA DE ENCAMINHAMENTO E TRANSFERÊNCIA

HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL:

TRAUMA CONTUSO NO OMBRO ESQ

AO EXAME: SINAIS DE LAC

RX COM LAC

CD: IMOBILIZACAO + TRANSFERENCIA

EXAME FÍSICO:

PA: x mmHg Temperatura: °

HGT: mg/dL Sat O2: % FC: Bpm Peso: Altura:

CONDUTA :

Exames Complementares/Resultados:

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA: S431 - Luxação da articulação acromioclavicular]

DADOS DA TRANSFERÊNCIA:

Transferência encaminhado para: HOSPITAL DOM HELDER CÂMARA

Motivo: Tratamento Cirúrgico

Senha: 5266897

Dr. LEONARDO FRANCISCO DE SOUSA SILVA
CRM:20583



Este documento foi assinado digitalmente, conforme Medida Provisória Nº 2.200-2 de 24/08/2001.
Nome do profissional: LEONARDO FRANCISCO DE SOUSA SILVA. CRM: 20583. Data e Hora: 30/09/2017 07:34:34.

Rua Vale do Itajai, s/n, Ibura CEP: 51320-180 - Recife/PE
Contato: (81) 3184-4594

TRANSFERÊNCIA DE PACIENTE

Nome do Paciente: HORTENCIA ELOI DE OLIVEIRA

Data de Nascimento: 09/10/1997

Data Atendimento: 02/10/2017

Prontuário: 0000486765

Cód. Atendimento: 01003535

Nome do Hospital: DOM HELDER CÂMARA

Senha: 526889

Transporte: ☐ Ambulância Básica

☐ Ambulância Avançada

☐ Próprio

☐ Acompanhamento Médico

Observação:

PCT REFERE TRAUMA CONTUSO EM REGIÃO CLAVICULAR ESQ.
APRESENTA DEFORMIDADE EM OMBRO E SINAL DA 'TECLA' EM CLAVÍCULA ESQ.
SENSITIVO-VASCULAR PRESERVADO
RX EVIDENCIANDO LUXAÇÃO ACRÔMIO-CLAVICULAR GRAU III (ROCKWOOD)
HD: S43
CD: IMOBILIZAÇÃO, ANALGESIA, TRANSFERÊNCIA VIA CENTRAL DE LEITOS (526889 HDHC)

Recife, 02 de Outubro de 2017

Médico: TERCIO HENRIQUE SOARES DE FARIAS
CRM: 18433



Atendimento: 397112

Data e Hora: 30/09/2017 09:58

Senha da Classificação:

0009

Paciente: 98297 HORTENCIA ELOI DE OLIVEIRA

Sexo: FEMININO

Data do Nascimento: 09/10/1997 Idade: 19 anos

Convenio: 2

SUS/SIA AMB/URG

Nome da Mãe: MARIA ROSINEIDE ELOI

Nome do Pai: ERONIDES DE OLIVEIRA GOMES

Estado Civil: SOLTEIRO

Nome do Médico: EDGLEY MACIEL LACERDA JUNIOR

CRM: 14583

Endereço: AVENIDA BARRETO DE MENE -- BLOCO 22

404

Bairro: MARCOS FREIRE

Cidade/UF: JABOATAO DOS GUARARAPE PE

RG (Identidade): 9118201

Usuário Atendimento: ANAKPC

CPF (Cadastro de Pessoa Física): 10901945447

SDS PE

Data de Emissão:

Fone:

Cartão SUS:

Data de Emissão CRN:

RESUMO DE TRATAMENTO

Peso: _____ Altura: _____ Temperatura: _____ Hora: _____

Queixa Principal

Recebeu vítima de trauma em
ombro e quadril direito e esquerdo
e lumbosacral.

Exame Físico

Dor e edema no ombro e
quadril direito.

Hipótese Diagnóstica

LAC

Conduta Terapêutica

Curativos

Prescrição Médica

Analgesia

ALTA

EXCELSIOR SEGUROS

05 JUN 2018

SEGURO PRIVAT

Dr. Lucio L. Cunha Jr.
Médico
Carimbo Médico

EM CASO DE INTERNAÇÃO FAVOR INFORMAR

UNIDADE:

LEITO DO PACIENTE:

HOSPITAL DOM HELDER CAMARA

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

PROTOCOLO CLASSIFICAÇÃO REDE IMIP

Data e hora retirada da senha: 30/09/2017 09:53

Nome Paciente: HORTENCIA ELOI DE OLIVEIRA
Cód. Paciente: 98297
Data de Nascimento: 09/10/1997
Sexo: Feminino
Idade: 19
Senha: 0009
Convênio: 2 - SUS/SIA AMB/URG
Atendimento: 397112
SAME:



Período: 30/09/2017 10:04 - 30/09/2017 10:05

IONEIDE CANDIDO DE ALENCAR - COREN: 398356 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - Classificação

Prioridade:

NAO URGENTE - VERDE

Cor:

VERDE

Queixa Principal:

PCT TRAZIDO DA UPA DO IBURA, SENHA: 5266897, COM QUEIXA DE DOR EM OMBRO ESQ. APOS QUEDA DE MOTO. (SIC).

Observação:

NEGA HAS, DM E ALERGIA MEDICAMENTOSA

Exatidão sintoma:

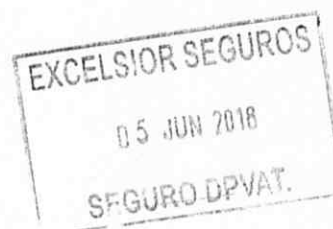
TRAUMA

Discriminador(es):

- DOR LEVE (1-3/10)
- EVENTO (TRAUMA) HÁ MAIS DE 6 H

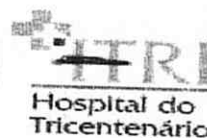
Especialidade:

ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA



Acolhido(a) por: IONEIDE CANDIDO DE ALENCAR - COREN: 398356 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 30/09/2017 10:05



Nome: HORTENCIA ELOI DE OLIVEIRA

Dt. Nasc.: 09/10/97 - 19 ano (s)

Mãe: MARIA ROSINEIDE DE ARAUJO

Endereço: AV BARRETO DE MENEZES, nº 404, MARCOS FREIRE. JABOATAO DOS GUARARAPES - PE

Data/hora: 30/09/2017 - 07:34

Nº registro: 157454

Sexo: Feminino

Fone: 81986146218

Nº pág.: 1/1

GUIA DE ENCAMINHAMENTO E TRANSFERÊNCIA

HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL:

TRAUMA CONTUSO NO OMBRO ESQ

O EXAME: SINAIS DE LAC

RX COM LAC

CD: IMOBILIZACAO + TRANSFERENCIA

EXAME FÍSICO:

PA: x mmHg Temperatura: °

HCT: mg/dl Sat O2: % FC: Bpm Peso: Aitura:

CONDUTA:

Exames Complementares/Resultados:

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA: S431 - Luxação da articulação acromioclavicular

DADOS DA TRANSFERÊNCIA:

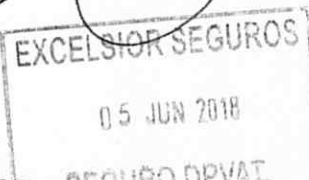
Transferência encaminhado para: HOSPITAL DOM HELDER CÂMARA

Motivo: Tratamento Cirúrgico

Senha: 5266897

Dr. LEONARDO FRANCISCO DE SOUSA SILVA
CRM:20583

Dr. Leonardo Silva
Ortopedia / Traumatologia
CRM-PE 20.583



Este documento foi assinado digitalmente, conforme Medida Provisória Nº 2.200-2 de 24/08/2001.
Nome do profissional: LEONARDO FRANCISCO DE SOUSA SILVA, CRM: 20583. Data e Hora: 30/09/2017 07:34:34.

Rua Vale do Itajai, s/n, Ibura CEP: 51320-180 - Recife/PE
Contato: (81) 3184-4594

FICHA DE INTERNAÇÃO DO PACIENTE

Atendimento do Paciente: 397425

Data e Hora do Atendimento: 02/10/2017 11:52

Usuário do Atendimento: JOCILENEOML

Convênio: SUS - INTERNACAO

Nome do Paciente: HORTENCIA ELOI DE OLIVEIRA

Prontuário: 98297

Nome da Mãe: MARIA ROSINEIDE ELOI

Nome do Pai: ERONIDES DE OLIVEIRA GOMES

Data do Nascimento: 09/10/1997

Idade: 19 anos Sexo: FEMININO

Estado Civil: SOLTEIRO

RG: 9118201

SDS PE Data Emissão:

CPF: 10901945447

Certidão de Nascimento:

Data Emissão:

Naturalidade: PESQUEIRA

Escolaridade: MEDIO (2º GRAU) COMPLETO

Carteira Nacional SUS:

Ocupação Habitual: DESEMPREGADO

Endereço: AVENIDA BARRETO DE MENEZES 404

MARCOS FREIRE

Idade: JABOATAO DOS GUARARAPES

PE

CEP: 54360160

Fone:

DADOS DO ATENDIMENTO

Origem: UPA IMBIRIBEIRA

Médico: IJACIEL SOARES DE OLIVEIRA

CRM: 17726

Especialidade: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Acomodação: SALA VERDE/AMARELA - TRAUMA

Leito: LEITO 07

9 OUT. 2017

TERMO DE RESPONSABILIDADE

Autorizo a internação do paciente acima mencionado no HOSPITAL DOM HELDER CAMARA, bem como os tratamentos clínicos e cirúrgicos (intervenção cirúrgica, anestésias, transfusões, exames de sangue, ou qualquer outro tipo de exame médico laboratorial) que se fizerem necessários para o diagnóstico, tratamento, cura e o bem estar do paciente.

Cabo de Santo Agostinho, 02/10/2017

Assinatura e R.G. do Responsável: _____

SUMÁRIO DE ALTA

Condições de Alta: _____

Diagnóstico: _____

Procedimento: _____

Alta em: 5 1 10 1 10:00

Médico e C.R.M.: _____

Responsável pela retirada do paciente - Nome: _____

Assinatura e R.G.: _____

EXCELSIOR SEGUROS

05 JUN 2018

SEGURO PRIVAT

Dr. Luciano H. Rocha Jr.
Médico
CRM-PE 25.609

Hospital Dom Helder Camara
11/10/17



Atendimento: 397375

Senha da Classificação:

0025

Data e Hora: 02/10/2017 11:41

Paciente: 98297 HORTENCIA ELOI DE OLIVEIRA

Sexo: FEMININO

Data do Nascimento: 09/10/1997 Idade: 19 anos

Convenio: 2 SUS/SIA AMB/URG

Nome da Mãe: MARIA ROSINEIDE ELOI

Nome do Pai: ERONIDES DE OLIVEIRA GOMES

Estado Civil: SOLTEIRO

Nome do Médico: REINALDO MENDES DE CARVALHO

CRM: 14861

Endereço: AVENIDA BARRETO DE MENE -- BLOCO 22

404

Bairro: MARCOS FREIRE

Cidade/UF: JABOATAO DOS GUARARAPE PE

Usuário Atendimento: JACIANEBO

RG (Identidade): 9118201

SDS PE

Data de Emissão:

CPF (Cadastro de Pessoa Física): 10901945447

Fone:

Cartão SUS:

06 OUT 2017

06 OUT 2017
H- Hospital Dom Helder Camara
Rafaela Paiva Ferreira
Faturamento e Contas
Data: 02/10/2017

Data de Emissão CRN:

RESUMO DE TRATAMENTO

Peso: _____ Altura: _____ Temperatura: _____ Hora: _____

Queixa Principal

*Foram latidos de grande (1 minuto) /
há 2 dias, opressão do e apertado em
ombros.*

Exame Físico

*Dr. apertado em ombros
respiração normal*

Teste Diagnóstico

LAL III

Conduta Terapeutica

internos

Prescrição Médica

Tramadol 40mg - 5

EXCELSIOR SEGUROS
05 JUN 2018
SEGURO DPVAT

Dr. Luciano L. Cunha Jn.
Médico

Carimbo/Médico

EM CASO DE INTERNAÇÃO FAVOR INFORMAR

UNIDADE:

LEITO DO PACIENTE:

Atendimento: 397112

Data e Hora: 30/09/2017 09:58

Senha da Classificação:

0009

Paciente: 98297 HORTENCIA ELOI DE OLIVEIRA

Data do Nascimento: 09/10/1997 Idade: 19 anos

Sexo: FEMININO

Nome da Mãe: MARIA ROSINEIDE ELOI

Convenio: 2 SUS/SIA AMB/URG

Estado Civil: SOLTEIRO

Nome do Pai: ERONIDES DE OLIVEIRA GOMES

Endereço: AVENIDA BARRETO DE MENE -- BLOCO 22

404

Bairro: MARCOS FREIRE

CRM: 14583

Cidade/UF: JABOATAO DOS GUARARAPE PE

RG (Identidade): 9118201

Usuário Atendimento: ANAKPC

CPF (Cadastro de Pessoa Física): 10901945447

SDS PE

Data de Emissão:

Fone:

Cartão SUS:

Data de Emissão CRN:

RESUMO DE TRATAMENTO

o: _____ Altura: _____ Temperatura: _____ Hora: _____

Queixa Principal

Paciente vítima de trauma em
ambos os membros superiores e inferiores
do membro superior direito.

Exame Físico

Do membro superior direito e
inferior direito.

Hipótese Diagnóstica

LAC

Conduta Terapêutica

Curativo

Prescrição Médica

Amoxiclavina 1000mg/625mg
3x1

ALTA

EXCELSIOR SEGUROS

05 JUN 2018

SEGURO PRIVAT.

Dr. Luciano L. Cunha Jr.
CRM: 10.008
Carimbo Médico

EM CASO DE INTERNAÇÃO FAVOR INFORMAR

UNIDADE:

LEITO DO PACIENTE:

HISTÓRIA CLÍNICA

Identificação

Nome: Hortense Registro: 8262 Nº Atendimento: _____
Idade: _____ Sexo: _____ Estado Civil: _____ Cor: _____ Acompanhante: () Sim - () Não
Clínica: _____ Enfermaria: _____ Leito: _____ Ocupação: _____

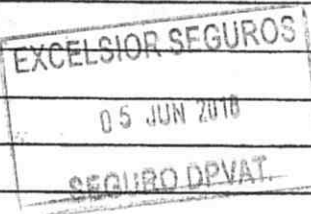
Queixa Principal e Duração:

Doença crônica

História da Doença Atual:

Doença crônica de longa duração
com sintomas de dor e desconforto

Interrogatório Sintomatológica:



Ficha de Cirurgia Descritiva

Aviso de Cirurgia : 33149

Paciente : 98297

Convênio Atend. : 1

Leito : 574

Dt. Início : 04/10/2017 10:00 Dt. Fim : 04/10/2017 11:00

Sala : 0002 SALA 02

HORTENCIA ELOI DE OLIVEIRA

SUS - INTERNACAO

LEITO 07

Atendimento : 397425

Carteira :

Idade : 19 Anos

Cid Pré-Operatório :

Cid Pós-Operatório :

Procedimentos

Procedimento: 0408010185

TRATAMENTO CIRURGICO DE LUXACAO / FRATURA-LUXACAO ACROMIO-CLAVICULAR (PRINCIPAL)

Convênio: 001

SUS - INTERNACAO

Anestesia: 29

BLOQ PLEXO BRAQUIAL

Equipe Médica

Ci. RGIAO
ANESTESISTA

13783 LEONARDO CAMAROTTI DE OLIVEIRA CANEJO
5083 GRACA MARIZA COUTO RIBEIRO PESSOA

Descrição

Descrição Cirúrgica :

DESCRIÇÃO CIRÚRGICA

1. PACIENTE EM POSICAO DE CADEIRA DE PRAIA
2. ANTISSEPSE E APOSIÇÃO DOS CAMPOS CIRÚRGICOS
3. INCISÃO EM FACE SUPERIOR DO OMBRO, 1,5CM MEDIAL A ART ACROMIOCLAVICULAR, LONGITUDINALMENTE AS LINHAS DE FORÇA
4. ABORDAGEM POR PLANOS COM INCISAO TRANSVERSA DA FASCIA CLAVIPEITORAL
5. LIMPEZA DA ARTICULAÇÃO AC
6. REDUÇÃO DA LUXAÇÃO AC
7. FIXAÇÃO TRANS ARTICULAR AC COM DOIS FIOS DE KIRSCHNER 2,0
8. COLOCADO 2 ANCORAS N 5 NO PROC. CORACOIDE E AMARRILHA COM ETHIBOND 5 NA CLAVICULA
9. AMARRAÇÃO DOS FIOS DE ETHIBOND SOBRE A ART AC
10. LAVAGEM DA FERIDA E REALIZADO HEMOSTASIA DOS VASOS SANGRANTES COM ELETROCAUTERIO
11. SUTURA POR PLANOS + CURATIVO + HEMIJOJA.

achados Cirúrgicos:

Descrição Complementar

IMOBILIZAÇÃO	
Local: <u>MSE</u>	<u>MJ</u>
Data: <u>04/10/17</u>	Hora: <u>14:35</u>
Assinatura: <u>[assinatura]</u>	

Dr. Leonardo Canêjo
Ortopedia - Traumatologia
CRM: 13783 - FÉDT 111E
DR(A): LEONARDO CAMAROTTI DE OLIVEIRA CANEJO
CRM: 13783

EXCELSIOR SEGUROS

05 JUN 2018

SEGURO DPVAT

09 JUN 2017



HOSPITAL
DOM HELDER CÂMARA



GESTÃO
IMIP
HOSPITALAR

FICHA DE ANESTESIA

Reg 98294

Data Acomodação

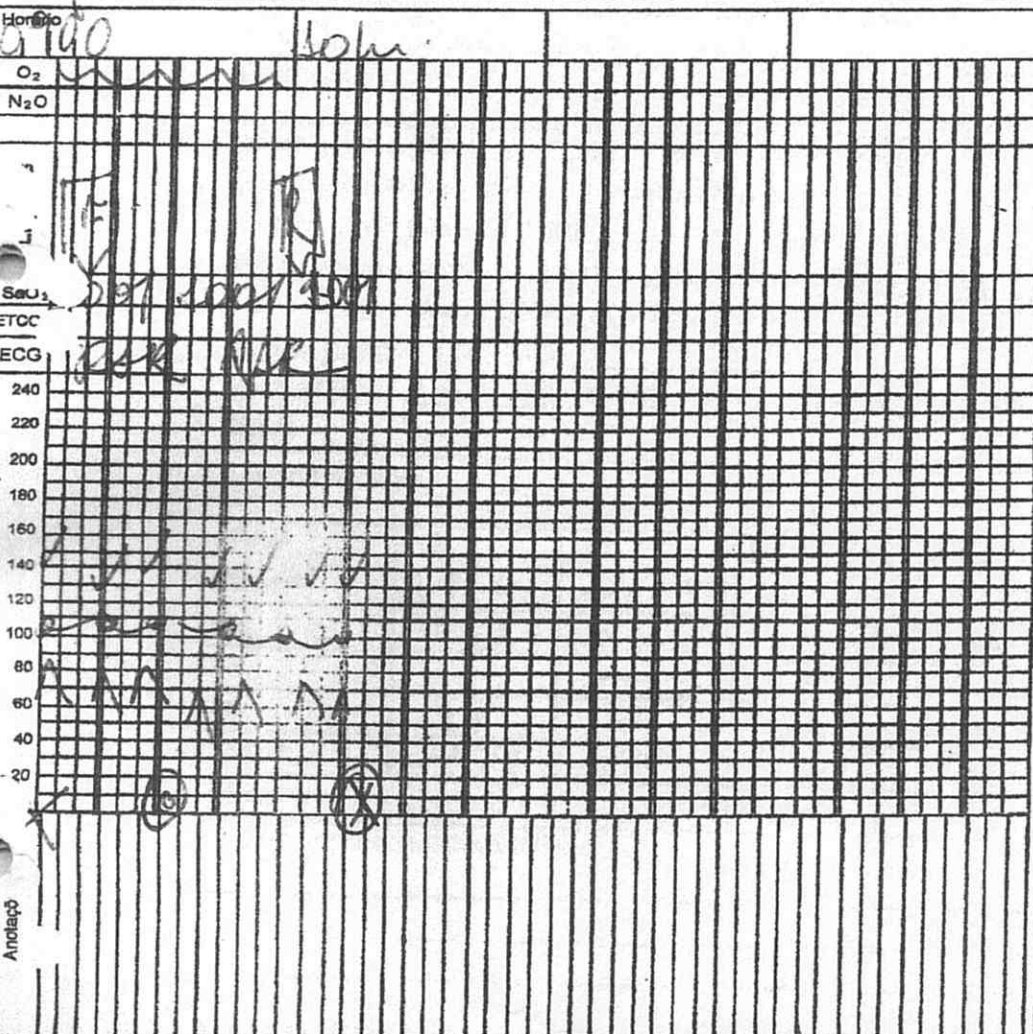
04/10/14

Paciente MARTINHA G491 DIE OLIVEIRA Sexo F Cor Preta Idade 19 Risco F

CRM 5083 Nome do Anestesiologista GRACIA COELHO Nome do Cirurgião LEONARDO CAVALHO

Medicação Pré-anestésica _____ Urgência ☐ Não ☐ Sim

Cirurgia Trat. cirurgico de fratura luxada proximal da ulna esquerda.



Drogas Usadas	Quantidade
propofol 1%	200ml
propofol 1%	200ml
propofol 1%	200ml
propofol 1%	200ml
propofol 1%	200ml
propofol 1%	200ml
propofol 1%	200ml
propofol 1%	200ml
propofol 1%	200ml
propofol 1%	200ml

Técnica Anestésica

Bloqueio do plexo braquial via plexo braquial e plexo braquial esq.

Sedação.

- Monitorização
- ☒ Cardioscópio
 - ☒ Oxímetro
 - ☒ PNI
 - ☐ Sonda Vesical
 - ☐ Capnógrafo
 - ☐ Elet. Pré-Cardial
 - ☐ Outros
- ☐ BIS
- ☐ Temperatura
- ☐ Swan-Ganz
- ☐ Analisador Gases
- ☐ PVC
- ☐ E. Torvo

- Encaminhado
- ☒ Acordado
 - ☐ Sonolento
 - ☐ Intubado
- Destino
- ☒ SRPA
 - ☐ Apart/Enf.
 - ☐ UTI
 - ☐ Externo

Intercorrência: ☒ NÃO ☐ SIM

Descrever:

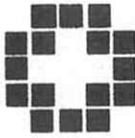
Observações

EXCELSIOR SEGUROS

05 JUN 2018

SEGURO PRIVAT

Assinatura Dr. Gracia Coelho
Anestesiologista
CRM: 5083



HOSPITAL
DOM HELDER CÂMARA



GESTÃO
IMIP
HOSPITALAR

1. Identificação

Leito da SRPA: 01

Nome: Antônia Telai data: 04/10/17 Hora: 09:25 Registro: 98.997
Leito de origem: 404-02

2. Procedimento cirúrgico

Cirurgia: Tr. Pir. Front. Clavícula esquerda
Tipo de anestesia: Bloqueio de Plexo
Equipe: Dr. Leonardo Canesio Anestesista: Dr. Graca

3. Admissão

Estado geral: () Bom (X) Regular () Torporoso () Grave^o
Respiração: (X) Espontânea () Assistida não invasiva () Entubado () Traqueostomizado
Sonda: () SVD () SNG () SNE
Acesso Venoso Periférico: () Não (X) Sim Onde: MSD
Acesso Venoso Central: (X) Não () Sim Onde: _____
Drenos: (X) não () sim Onde: _____
Sinais vitais: PA: 127x70 mmHg FR: _____ p/min FC: 91 p/min SaPO2: 97%
Glasgow: _____

4. Monitorização

SSVV/ Horário	15'	30'	60'	1:30 h	2:00 h	3:00 h
PA	<u>10:40</u>	<u>10:55</u>	<u>11:25</u>	<u>11:55</u>	<u>12:25</u>	
PA	<u>115x64</u>	<u>113x64</u>	<u>114x71</u>	<u>121x75</u>	<u>120x71</u>	
FR						
FC	<u>77</u>	<u>76</u>	<u>83</u>	<u>87</u>	<u>90</u>	
SaPO2	<u>95%</u>	<u>95%</u>	<u>97%</u>	<u>97%</u>	<u>97%</u>	
Glasgow						

5. Intercorrências/observações:

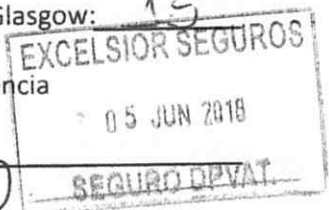
6. Alta da SRPA

Sinais vitais: PA: 122x57 FC: 71 FR: _____ SaPO2: 91% Glasgow: 15

Destino: () Enfermaria () UTI () Emergência () Ambulatório () Residência

Data: 04/10/17 Horário: 13:00 Responsável pelo encaminhamento: _____

Alta da SRPA pelo médico: _____



7812

COD. 38398



Nome: HORTENCIA ELOI DE OLIVEIRA

Nº registro: 157454

Dt. Nasc.: 09/10/97 - 19 ano (s)

Sexo: Feminino

Mãe: MARIA ROSINEIDE DE ARAUJO

Fone: 81986146218

Endereço: AV BARRETO DE MENEZES, nº 404, MARCOS FREIRE. JABOATÃO DOS GUARARAPES - PE

Data/hora: 30/09/2017 - 05:25

Nº pág.: 1/1

CONSULTA MÉDICA

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:

ATROPELAMENTO

Anamnese Médica / Evolução Clínica:

06:28 DRA. JULIANE PONTES

PACIENTE REFERE QUE FOI ATROPELADA POR UMA MOTO, EM BAIXA VELOCIDADE, POR VOLTA DAS 5H DA MANHÃ. CAIU APENAS PARA O LADO ESQUERDO. NEGA PERDA DO NÍVEL DE CONSCIÊNCIA, NÁUSEAS OU VÔMITOS. REFERE DOR EM OMBRO ESQUERDO.

Exame Físico:

EGB, CONSCIENTE, ORIENTADA, EUPNÉICA, HIDRATADA ECG=15 APRESENTA LESÃO CORTANTE EM REGIÃO LATERAL AO OLHO ESQUERDO. NÃO MOBILIZA BRAÇO ESQUERDO DEVIDO A DOR NO OMBRO ESQUERDO.

ACV: RCR EM 2T, BNF'S, S/S.

AR: MV+ EM AHT, S/RA.

ABDOME INDOLOR.

Resultados de Exames:

Conduta:

LIMPEZA, SUTURA E CURATIVO
À ORTOPEDIA

Óbito: Não -

Dr.ª JULIANE DE PONTES SILVA
CRM: 22387



Este documento foi assinado digitalmente, conforme Medida Provisória Nº 2.200-2 de 24/08/2001.
Nome do profissional: JULIANE DE PONTES SILVA. CRM: 22387. Data e Hora: 30/09/2017 06:33:20.

Rua Vale do Itajaí, s/n, Ibura CEP: 51320-180 - Recife/PE
Contato: (81) 3184-4594



CNPJ 09.769.035/0001-64
INSC. EST. Nº 18.1.001.0014398-2

ATENDIMENTO: ESTRADA DA BATALHA - NUM. - 04232 - PRAZERES JA
BOATÃO DOS GUARARAPES PE 54315-010

DADOS DO CLIENTE			
ERONIDES DE OLIVEIRA GOMES		MATRÍCULA: 55921512 Feb/2018	
AV BARRETO DE MENEZES, BL. 22 - APT-404 - MARCOS FREIRE JABOAT AO DOS GUARARAPES PE 54360-160			
INSCRIÇÃO: 788.570.380.0180.232 GRUPO: 2 DEB. AUTOMÁTICO: 055921512			
SITUAÇÃO ÁGUA LIGADO	SITUAÇÃO ESGOTO LIGADO	RESIDENCIAL I	QUANTIDADE DE ECONOMIAS COMERCIAL INDUSTRIAL PÚBLICA
HIDRÔMETRO A175047560	DATA LEIT. ANTERIOR 24/01/2018	DATA LEIT. ATUAL 23/02/2018	TIPO DE CONSUMO (A/E) REAL / N MEDIDO
ÁGUA: LEIT ANT: 57 LEIT ATU: 65 LEIT FAT: 65		ESGOTO: LEIT ANT: VOLUME: 8 LEIT ATU: LEIT FAT:	
HISTÓRICO DE CONSUMO			
REFERÊNCIA CONSUMO			
		PARÂMETROS	
		NÚMERO DE AMOSTRAS	
		EXIG. PORT. ANALISES ATENDEM	
		MS 2.914/11 REALIZ. A LEGIS	
01/2018	10 /10	TURBIDEZ	32 32 32
12/2017	08 /08	COR APARENTE	32 32 12
11/2017	10 /10	CLORO RESIDUAL	32 32 32
10/2017	08 /08	COLIF. TOTAIS	32 32 32
09/2017	10 /10	E. COLI	32 32 32
08/2017	10 /10		
MÉDIA: 09 /09		Qualidade de Água: www.compesa.com.br	
OBS.: (1) COLIFORMES TOTAIS AUSÊNCIA 95% DAS AMOSTRAS EXAMINADAS (2) OS PARÂMETROS COLIFORMES TOTAIS, ESCHERICHIA COLI E CLORO RESIDUAL SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES SANITÁRIAS DA ÁGUA (3) OS PARÂMETROS COR E TURBIDEZ SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES ASSOCIADAS AO ASPECTO VISUAL DA ÁGUA			
DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS		CONSUMO	TOTAL (R\$)
ÁGUA			
RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)			
CONSUMO DE ÁGUA		8 M3	40,18
ESGOTO 50,00 % DO VALOR DE ÁGUA			
RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)			
CONSUMO DE ESGOTO		8 M3	20,09
MULTA P/IMPONTUALIDADE 01/2018			1,24
JUROS DE MORA 11/2017			0,65
CONSUMO RATEIO (m3): 0			
Tributos			
BASE DE CÁLCULO			
PERCENTUAL (%)			
VALOR DO IMPOSTO			
PIS	60,27	1,65	0,99
COFINS	60,27	7,60	4,58

VENCIMENTO: 05/03/2018

TOTAL A PAGAR: 62,16

MENSAGEM:

EXCELSIOR SEGUROS

05 JUN 2018

SF

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 PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:

Casos com vítima entre 0 a 15 anos – O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

Casos com vítima entre 16 e 17 anos – Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima interditada com curador – Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima

Horlência Elai de Oliveira

CPF da Vítima

109.019.454-47

Data do Acidente

30/09/2017

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante legal

Email

Telefone (DDD)

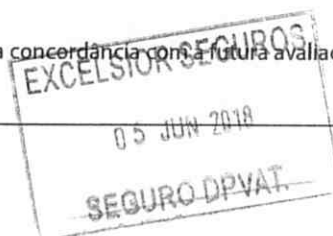
Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

Assinalar uma das opções abaixo:

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

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.



Horlência Elai de Oliveira 29 de maio de 2018

Local e Data

Horlência Elai de Oliveira

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DEPATRI - DELEGACIA DE POLÍCIA DE ROUBOS E FURTOS DE VEÍCULOS - DPRFV

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **18E0315000279**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **23/05/2018** às **12:54**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumados) que aconteceu no dia **30/9/2017** às **04:40**

Fato ocorrido no endereço: **RUA LUIS BARBALHO, 1** - Bairro: **MARCOS FREIRE - JABOATÃO DOS GUARARAPES/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PÚBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

SUSPEITO (AUTOR \ AGENTE)
HORTÊNCIA ELOI DE OLIVEIRA (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

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

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

HORTÊNCIA ELOI DE OLIVEIRA (presente ao plantão) - Sexo: **Feminino** Mãe: **MARIA ROSINEIDE DE ARAUJO** Pai: **ERONIDES DE OLIVEIRA GOMES** Data de Nascimento: **9/10/1997** Naturalidade: **JABOATÃO DOS GUARARAPES / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **9118201/SDS/PE (RG)** Profissão: **ESTUDANTE**
Endereço Residencial: **AVENIDA BARRETO DE MENEZES, 1, BL 22, APT 404 - CEP: 0 - Bairro: GUARARAPES - JABOATÃO DOS GUARARAPES/PERNAMBUCO/BRASIL**

SUSPEITO (não presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

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

VEÍCULO 1 (VEÍCULO) de propriedade do(a) Sr(a): **SUSPEITO**, que estava em posse do(a) Sr(a): **SUSPEITO**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/DESCONHECIDO/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**
Quantidade: **1 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Complemento / Observação

INFORMA A VÍTIMA QUE FOI ATROPELADA POR UMA MOTO DE MARCA E PLACA NÃO IDENTIFICADAS, FATO OCORRIDO NO ENDEREÇO SUPRA CITADO, QUE O SEU CONDUTOR SE EVADIU DO LOCAL, QUE EM SEGUIDA FOI SOCORRIDA POR UM TRANSEUNTE PARA A UPA DO IBURA E POSTERIORMENTE FOI TRANSFERIDA PARA O HOSPITAL DOM HELDER CÂMARA ONDE PASSOU POR TRATAMENTO CIRÚRGICO.

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


HORTÊNCIA ELOI DE OLIVEIRA
(VITIMA)

B.O. registrado por: **REGINALDO MAURICIO CAVALCANTI** - Matrícula: **159170-3**



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 PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL**, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL** e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2 - "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL	CPF da Vítima 109.019.454-47	Nome completo da vítima Antônia Elói de Oliveira
---------------------------	---------------------------------	-----------------------------------------------------

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo Antônia Elói de Oliveira	CPF titular da conta 109.019.454-47	Profissão Estudante
Endereço Av. Barreto de Menezes 8252	Número APT 404	Complemento
Bairro Marechal Siqueira	Cidade Jaboatão	Estado PE
Email	CEP 54360-160	Telefone (DDD) (81) 98103-9851

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

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

<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) <input type="checkbox"/> BRADESCO (237) <input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001) <input type="checkbox"/> ITAÚ (341) <input checked="" type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)		<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (todos os bancos)	
AGÊNCIA NRO. 1580 D/V (Informar dígito se existir)	CONTA NRO. 196327 D/V 5 (Informar dígito se existir)	BANCO Nome _____ NRO. _____	AGÊNCIA NRO. _____ D/V _____ (Informar dígito se existir)
		CONTA NRO. _____ D/V _____ (Informar dígito se existir)	AGÊNCIA NRO. _____ D/V _____ (Informar dígito se existir)

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

Jaboatão 29 de maio de 2018
Local e Data

Antônia Elói de Oliveira
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

Rio de Janeiro, 06 de Junho de 2018

Aos Cuidados de: **HORTENCIA ELOI DE OLIVEIRA**

Nº Sinistro: **3180256294**

Vitima: **HORTENCIA ELOI DE OLIVEIRA**

Data do Acidente: **30/09/2017**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180256294**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

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

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 12919401



Rio de Janeiro, 21 de Junho de 2018

Carta nº: 12991001

A/C: HORTENCIA ELOI DE OLIVEIRA

Nº Sinistro: 3180256294
Vítima: HORTENCIA ELOI DE OLIVEIRA
Data do Acidente: 30/09/2017
Cobertura: INVALIDEZ

Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO, COM MEMÓRIA DE CÁLCULO DE INVALIDEZ

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que estamos disponibilizando o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT cujo o valor e os dados disponibilizamos a seguir:

Creditado: HORTENCIA ELOI DE OLIVEIRA

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000001580

Conta: 00000146327-5

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

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

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

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 =	R\$	1.687,50
-----------------------------------------	-----	----------

NOTA: O percentual indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, sendo este aplicável sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



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: 15/06/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: HORTENCIA ELOI DE OLIVEIRA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01580

CONTA: 000000146327-5

Nr. da Autenticação B8E8EEAB57D73AAE

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3180256294 **Cidade:** Jaboatão dos Guararapes **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: HORTENCIA ELOI DE OLIVEIRA **Data do acidente:** 30/09/2017 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 13/06/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TCE E FRATURA DE OMBRO ESQUERDO

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO, EVOLUI COM SEQUELA

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL
OMBRO ESQUERDO

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: INVALIDEZ PARCIAL/OMBRO ESQUERDO: 50% DE 25% = 12,5%

Documentos complementares:

Observações:

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PRESTADOR

VISÃO MÉDICA LTDA

Nome do médico: REGINALDO WANIS

CRM do médico: 52.43685-6

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA

Potência da Celoi de Oliveira

DATA DO ACIDENTE

30-09-12 CPF DA VÍTIMA 109.019.455-92

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO

QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR () VÍTIMA () REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COM

A VÍTIMA É

ENDEREÇO DO PORTADOR

Nº COMPLEMENTO

BAIRRO

CIDADE

UF

CEP

E-MAIL

TELEFONE ()

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

() REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)

(X) CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

(X) CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

(X) LAUDO DO 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

(X) 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 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 (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS

() NOTAS FISCAIS (ORIGINAIS 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 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

IDENTIDADE

ASSINATURA

DATA

NOME

ASSINATURA

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

04-06-18

Reichert

EXCELSIOR SEGUROS
05 JUN 2018
SEGURO DPVAT

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE PERNAMBUCO

SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL

INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO TAVARES BARIL



POLEGAR DIREITO



Hortência Eloi de Oliveira

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL

9.118.201

DATA DE EXPEDIÇÃO 04/11/2010

Nome << HORTÊNCIA ELOI DE OLIVEIRA >>

Filiação << ERICIDES DE OLIVEIRA GOMES >>

<< MARIA ROSINEIDE DE ARAUJO >>

NATURALIDADE PESQUEIRA - PE

DATA DE NASCIMENTO 09/10/1997

DOL. ORIGEM << CN 32111 L 28-A F 152 CART. SEDE PESQUEIRA-PE 05.01.1998 >>

CPF

ASSINATURA DO DETENTOR

LEI Nº 7.716 DE 20/08/83

F 41 76 185 4122

EXCELSIOR SEGUROS

05 JUN 2018

SEGURO DPVAT.

BRASIL

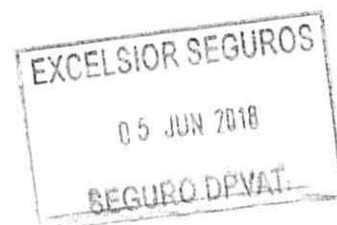
Serviços Barra GovBr

(HTTP://BRASIL.GOV.BR)



Ministério da Fazenda
Secretaria da Receita Federal do Brasil

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: **109.019.454-47**Nome: **HORTENCIA ELOI DE OLIVEIRA**Data de Nascimento: **09/10/1997**Situação Cadastral: **REGULAR**Data da Inscrição: **04/11/2010**Digito Verificador: **00**Comprovante emitido às: **10:34:26** do dia **23/03/2018** (hora e data de Brasília).Código de controle do comprovante: **8183.6373.80CD.FF82**

Este documento não substitui o "Comprovante de Inscrição no CPF"
(/Aplicacoes/SSL/ATCTA/CPF/ImpressaoComprovante/ConsultaImpressao.asp).

(Modelo aprovado pela IN/RFB nº 1.548, de 13/02/2015.)