



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 - 05:18

Nº registro: 157454
Sexo: Feminino
Fone: 81986146218
Nº pág.: 1/1

RESUMO DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO
30/09/2017 - KECIANNY BATISTA

SENHA: N016

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
HGT: mg/dL Sat O2: % FC: Bpm Peso: Temperatura: °
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.



UPA 24h
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO
IBURA



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 - 05:25 **Nº pág.:** 1/1

CONSULTA MÉDICA

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:

ATROPELAMENTO

Anamnese Médica / Evolução Clínica:

06:28 DRA. JUULIANE PONTES

PACIENTE REFERE QUE FOI ATROPELADA PR 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, BNFS, S/S.

AR: MV+ EM AHT, S/RA.

ABDOMÉ 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.



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
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.

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 MédicoObservação: 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 GUARARAPES PE

Usuário Atendimento: ANAKPC

RG (Identidade): 9118201

SDS PE

Data de Emissão:

CPF (Cadastro de Pessoa Física): 10901945447

Fone:

Cartão SUS:

Data de Emissão CRN:

RESUMO DE TRATAMENTO

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

Queixa Principal

*Paciente vítima de trauma em
onibus é queimado devido ao fogo
de óleo clandestino.*

Exame Físico

*Doce edema no couro folhoso
removendo preto*

Hipótese Diagnóstico

LAC

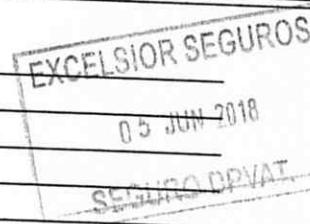
Conduta Terapêutica

Centro

Prescrição Médica

José Hora - T

Alta



*Dr. Luciano J. Cunha Jr.
CRM-PB 1008
Carimbo Médico*

EM CASO DE INTERNAÇÃO FAZER INFORMAR

UNIDADE: _____
LEITO DO PACIENTE: _____

HOSPITAL DOM HELDER CAMARA

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

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

PROTOCOLO CLASSIFICAÇÃO REDE IMIP

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:	

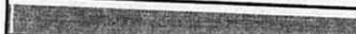
Período: 30/09/2017 10:04 - 30/09/2017 10:05

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

luxograma 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



UPA 24h
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO
IBURA



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: IMOBILIZAÇÃO + TRANSFERÊNCIA

EXAME FÍSICO:

P.A: 8 mmHg Temperatura: 9
HCT: mg/dL Sat O2: % FC: Bpm Peso: Altura:

CONDUTA:

Exames Complementares/Resultados:

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA: S431 - Luxação da articulação acromioclavicular]

DADOS DA TRANSFERÊNCIA:

Transferido 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.

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

Assinatura: _____
 Profissão: _____
 Especialidade: _____
 Ocupação: _____
 Endereço: _____
 CEP: _____
 Telefone: _____
 Data: 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, anestesias, 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: 5/10/18 Dr. Luciano Hora Jr. 10:00

Médico e C.R.M.: _____

Responsável pela retirada do paciente - Nome: _____

Assinatura e R.G.: _____

EXCELSIOR SEGUROS

05 JUN 2018

SEGURO DPVAT

Assinatura: _____
 Data: _____
 SAMI/Assinatura





Atendimento: 397375

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

Senha da Classificação:

0025

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 GUARARAPES PE

Usuário Atendimento: JACIANEBO

RG (Identidade): 9118201

SDS PE Data de Emissão:

CPF (Cadastro de Pessoa Física): 10901945447

Fone:

Cartão SUS:

RH - Hospital Dom Helder Câmara

Rafaela Patrícia Ferreira

Data:

06 OUT 2017

Rafaela Patrícia Ferreira

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

Nome da Mãe:: MARIA ROSINEIDE ELOI

Estado Civil: SOLTEIRO

Endereço: AVENIDA BARRETO DE MENE -- BLOCO 22

Cidade/UF: JABOATAO DOS GUARARAPES PE

RG (Identidade): 9118201

CPF (Cadastro de Pessoa Física): 10901945447

Cartão SUS:

Sexo: FEMININO

Convenio: 2 SUS/SIA AMB/URG

Nome do Pai: ERONIDES DE OLIVEIRA GOMES

CRM: 14583

Bairro: MARCOS FREIRE

Usuário Atendimento: ANAKPC

SDS PE

Data de Emissão:

Fone:

Data de Emissão CRN:

RESUMO DE TRATAMENTO

Peso: _____

Altura: _____

Temperatura: _____

Hora: _____

Queixa Principal

*Pereira Vítima de Trauma em
oncô e óssea aberto ondas e ferida
a elas clavadas.*

Exame Físico

*Dores edema em ondas e
membrana preta*

Hipótese Diagnóstico

LAC

Conduta Terapêutica

Comentário

Prescrição Médica

Tamboril Han-T

EXCELSIOR SEGUROS

05 JUN 2018

SEGURADO PRIVAT.

*Dr. Lucílio L. Cunha Jr.
CRM-PB 0008
Carimbo/Médico*

EM CASO DE INTERNAÇÃO FAVOR INFORMAR
UNIDADE: _____
LEITO DO PACIENTE: _____



HISTÓRIA CLÍNICA

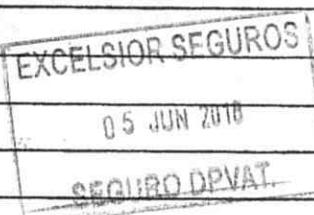
Identificação

Nome: Karen Registro: 2012 Nº Atendimento: _____
Idade: _____ Sexo: _____ Estado Civil: _____ Cor: _____ Acompanhante: () Sim - () Não
Clínica: _____ Enfermaria: _____ Leito: _____ Camação: _____

Queixa Principal e Duração: Dor ondulante

História da Doença Atual: Promovida por fatores de estresse
mais, após obstrução constante

Interrogatório Sintomatológico:



Ficha de Cirurgia Descritiva

Aviso de Cirurgia : 33149
Paciente : 98297

Convênio Atend. : 1
Leito : 574
Dt. Início : 04/10/2017 10:00

Sala : 0002 SALA 02
HORTENCIA ELOI DE OLIVEIRA
SUS - INTERNACAO
LEITO 07
Dt. Fim : 04/10/2017 11:00

Atendimento : 397425
Carteira :
Idade : 19 Anos

Cid Pré-Operatório :
Cid Pós-Operatório :

Procedimento: 0408010185

TRATAMENTO CIRURGICO DE LUXACAO / FRATURA-LUXACAO ACROMIO-CLAVICULAR
(PRINCIPAL)
SUS - INTERNACAO
BLOQ PLEXO BRAQUIAL

Procedimentos

Convênio: 001
Anestesia: 29

CIRURGIA
ANESTESISTA

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

Descrição

Descrição Cirúrgica :

DESCRICAÇÃO CIRÚRGICA

1. PACIENTE EM POSICAO DE CADEIRA DE PRAIA
2. ANTISSEPSIA 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. CORACOIDÉ 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 + HEMIJOTA.

Enchados Cirúrgicos:

Descrição Complementar

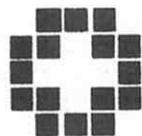
IMOBILIZAÇÃO

Local:	09 SE	MJ
Data:	04/10/17	Hora: 14:35
Assinatura:		

Dr. Leonardo Canéjo
Ortopedia Traumatologista
CRM: 13783 - TENT 1118
DR(A): LEONARDO CAMAROTTI DE OLIVEIRA CANEJO
CRM: 13783
EXCELSIOR SEGURUS

05 JUN 2018





1. Identificação

Leito da SRPA: 01

Nome: Shorteria Elisa data: 04/10/17 Hora: 09:25 Registro: 98.397
Leito de origem: 404-02

2. Procedimento cirúrgico

Cirurgia: Repar. Fist. Vascular Enquadrada
Tipo de anestesia: Bloqueio de Plexo
Equipe: Dra. Vicentudo Camelo Anestesista: Dra. Graciela

3. Admissão

Estado geral: () Bom () Regular () Torporoso () Grave^o
Respiração: () Espontânea () Assistida não invasiva () Entubado () Traqueostomizado
Sonda: () SVD () SNG () SNE
Acesso Venoso Periférico: () Não () Sim Onde: em SD
Acesso Venoso Central: () Não () Sim Onde: _____
Drenos: () não () sim Onde: _____
Sinais vitais: PA: 107x70 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
Horário	<u>10:40</u>	<u>10:55</u>	<u>11:05</u>	<u>11:55</u>	<u>12:05</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:

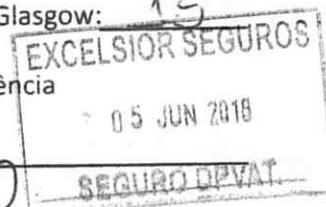
6. Alta da SRPA

Sinais vitais: PA: 122x99 FC: 71 FR: _____ SaPO2: 91% Glasgow: 15

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

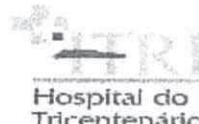
Data: 04/10/17 Horário: 12:00 Responsável pelo encaminhamento:

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. JABOATAO 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. JUULIANE PONTES

PACIENTE REFERE QUE FOI ATROPELADA PR 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, BNFS, S/S.

AR: MV+ EM AHT, S/RA.

ABDOMÉ INDOLOR.

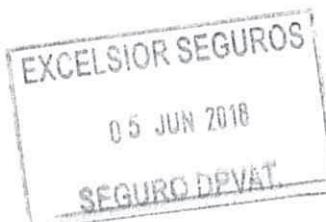
Resultados de Exames:

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.



CNPJ 09.769.035/0001-64
INSC.EST. N° 18.1.001.0014398-2

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

DADOS DO CLIENTE		MATRÍCULA: 55921512 Fev/2018		
ERONIDES DE OLIVEIRA GOMES 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	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				
01/2018	10 /10	PARÂMETROS	NÚMERO DE AMOSTRAS	
12/2017	08 /08	TURBIDEZ	EXIG. PORT. MS 2.914/11	ANALISES REALIZ.
11/2017	10 /10	COR APARENTE	32	32
10/2017	08 /08	CLORO RESIDUAL	32	32
09/2017	10 /10	COLIF. TOTAIS	32	32
08/2017	10 /10	E. COLI	32	32
MÉDIA:	09 /09	Qualidade de Água: www.compresa.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 COFINS 60,27 60,27		1,65 7,60	0,99 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

Hortência Elci 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)

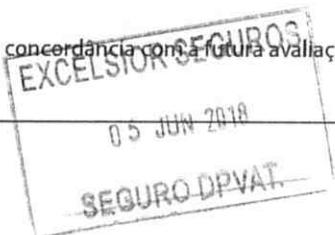
Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

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.



Jaboticabal, 29 de maio de 2018

Local e Data

Hortência Elci de Oliveira

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA 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 - Culposo (Consumado) que aconteceu no dia **30/9/2017** às **04:40**

Fato ocorrido no endereço: **RUA LUIS BARBALHO, 1** - Bairro: **MARCOS FREIRE - JABOATAO DOS GUARARAPES/PERNAMBUCO/BRASIL**

Local do Fato: **VIA PÚBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

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

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (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)

VEICULO 1 (VEICULO) 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 SEGUITA FOI SOCORRIDA POR UM TRANSEUNTE PARA A UPA DO IBURA E POSTERIORMENTE FOI TRANSFERIDA PARA O HOSPITAL DOM HELDER CÂMARA ONDE PASSOU POR TRATAMENTO SIRURGICO.

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

Hortêncio Góis de Oliveira
HORTÊNCIA ELOI DE OLIVEIRA
(VITIMA)



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



**AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO
DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12**

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

INFORMAÇÕES 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

Hortência Elói de Oliveira

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo Hortência Elói de Oliveira		CPF titular da conta 109.019.454-47	Profissão Estudante
Endereço Av. Barreto de Menezes 3252		Número APT 404	Complemento
Bairro morelos	Cidade Jelvorão	Estado PE	CEP 54360-160
Email		Telefone (DDD) (81) 98103-9851 986929702	

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 |

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

BRADESCO (237) BANCO DO BRASIL (001) ITAÚ (341)

CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA

NRO.

D/V

CONTA

NRO.

D/V

J580

196393

(Informar dígito se existir)

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO

Nome

NRO

AGÊNCIA

NRO.

CONTA

NRO.

D/V

(Informar dígito se existir)

D/V

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.

Jelvorão 29 de maio de 2018.

Local e Data

Hortência 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



Rio de Janeiro, 21 de Junho de 2018

Carta n°: 12991001

A/C: HORTENCIA ELOI DE OLIVEIRA

Nº Sinistro: 3180256294
Vitima: 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 sequelas

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:

019619119

ID

INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

VÍTIMA Hortência de Souza da Silva CPF DA VÍTIMA 109.019.434-91
 DATA DO ACIDENTE 30-09-17 CPF DA VÍTIMA 109.019.434-91

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO

A VÍTIMA É _____
 QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR VÍTIMA REPRESENTANTE LEGAL, CUIJO PARANTESCO COM
 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)
 CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)

NA IMPSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML, DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML (ORIGINAL) ASSINADA PELA VÍTIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA

BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, Tais como CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR DE 0 A 15 ANOS. PODE SER PAI OU MÃE.

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

- O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA
- COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULARIO
- PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSSE WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL), OU DECLARAÇÃO DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS. PODE SER PAI OU MÃE

EXCELSIOR SEGUROS

05 JUN 2018

SEGURO DPVAT

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

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE _____
 DATA _____
 IDENTIDADE _____

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA
 DATA 04-06-18

ASSINATURA Hortência Souza
 NOME Renata

ASSINATURA _____

CR. SEE VERDE



A rectangular stamp with a double-line border. The top line contains the text "EXCELSIOR SEGUROS". The bottom line contains the date "05 JUN 2018". Below the date, the text "SEGURO DPVAT." is written diagonally from bottom-left to top-right.

BRASIL

(HTTP://BRASIL.GOV.BR)

Serviços Barra GovBr



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.)