



Número: **0006445-02.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção B da 15ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **05/02/2020**

Valor da causa: **R\$ 11.812,50**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
MARIA DAS NEVES ARRUDA DE SOUZA (AUTOR)		Rodrigo Alves Dias (ADVOGADO)	
TOKIO MARINE BRASIL SEGURADORA S.A. (REU)			
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
63946576	29/06/2020 13:21	ANEXO 1	Outros (Documento)

Rio de Janeiro, 16 de Julho de 2018

Aos Cuidados de: **MARIA DAS NEVES ARRUDA DE SOUZA**

Nº Sinistro: **3180313211**

Vítima: **MARIA DAS NEVES ARRUDA DE SOUZA**

Data do Acidente: **26/01/2018**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **ROGERIO FERREIRA DA SILVA**

Assunto: **AVISO DE SINISTRO**

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180313211**.

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 13094987

Pag. 00141/00142 - carta_01 - INVALIDEZ

00020071



Rio de Janeiro, 16 de Julho de 2018

Aos Cuidados de: **MARIA DAS NEVES ARRUDA DE SOUZA**
Nº Sinistro: **3180313211**
Vítima: **MARIA DAS NEVES ARRUDA DE SOUZA**
Data do Acidente: **26/01/2018**
Cobertura: **INVALIDEZ**
Procurador: **ROGERIO FERREIRA DA SILVA**

Assunto: **EXIGÊNCIA DOCUMENTAL**

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o número **3180313211**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Documentação médico-hospitalar não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **GENTE SEGURADORA S/A**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

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

Pag. 0157901580 - carta_03 - INVALIDEZ

00040790



Carta nº 13097364



Rio de Janeiro, 23 de Julho de 2018

Aos Cuidados de: **MARIA DAS NEVES ARRUDA DE SOUZA**
Nº Sinistro: **3180313211**
Vítima: **MARIA DAS NEVES ARRUDA DE SOUZA**
Data do Acidente: **26/01/2018**
Cobertura: **INVALIDEZ**
Procurador: **ROGERIO FERREIRA DA SILVA**

Assunto: **EXIGÊNCIA DOCUMENTAL**

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o número **3180313211**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Documentação médico-hospitalar não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **GENTE SEGURADORA S/A**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

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

Pag. 0022100222 - carta_03 - INVALIDEZ

00060111



Carta nº 13136773



Rio de Janeiro, 09 de Agosto de 2018

Aos Cuidados de: **MARIA DAS NEVES ARRUDA DE SOUZA**
Nº Sinistro: **3180313211**
Vítima: **MARIA DAS NEVES ARRUDA DE SOUZA**
Data do Acidente: **26/01/2018**
Cobertura: **INVALIDEZ**
Procurador: **ROGERIO FERREIRA DA SILVA**

Assunto: **EXIGÊNCIA DOCUMENTAL**

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o número **3180313211**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Documentação médico-hospitalar não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **GENTE SEGURADORA S/A**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

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

Pag. 0060100602 - carta_03 - INVALIDEZ

00050301



Carta nº 13211456



Rio de Janeiro, 06 de Setembro de 2018

Aos Cuidados de: **MARIA DAS NEVES ARRUDA DE SOUZA**
Nº Sinistro: **3180313211**
Vítima: **MARIA DAS NEVES ARRUDA DE SOUZA**
Data do Acidente: **26/01/2018**
Cobertura: **INVALIDEZ**
Procurador: **ROGERIO FERREIRA DA SILVA**

Assunto: **EXIGÊNCIA DOCUMENTAL**

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o número **3180313211**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Documentação médico-hospitalar não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **GENTE SEGURADORA S/A**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

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

Pag. 0156301564 - carta_03 - INVALIDEZ

00040782



Carta nº 13336788



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 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

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
029.024.574-56

Nome completo da vítima
MARIA DAS NEVES ARRUDA DE SOUZA

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo MARIA DAS NEVES ARRUDA DE SOUZA		CPF titular da conta 029.024.574-56	Profissão DO LAR
Endereço RUA CEARA		Número 370 B	Complemento CS
Bairro ALBERTO MAIA	Cidade CAMARAGIBE	Estado PE	CEP 54 774-050
Email		Telefone (DDD)	

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

☐ RECUSO INFORMAR	☒ SEM RENDA	☐ ATÉ R\$ 1.000,00	☐ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00	
☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ BRADESCO (237) ☐ BANCO DO BRASIL (001) ☐ ITAU (341) ☒ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)		☐ CONTA CORRENTE (todos os bancos)	
AGÊNCIA NRO. 3017 D/V ☐ (Informar dígito se existir)	CONTA NRO. 00038087 D/V 6 (Informar dígito se existir)	BANCO Nome NRO. AGÊNCIA NRO. D/V ☐ (Informar dígito se existir)	CONTA 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.

RECIFE 20 de MARÇO de 2018
Local e Data

09 JUL 2018

Maria das Neves Arruda de Souza
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

FAPPF.001 V001/2017



e 2



05/07/2018 06:15

Invalidez - 455940
ASL: 0248640/18
Dams: 455941
ASL: 0248661/18

GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 037ª CIRCUNSCRIÇÃO - CAMARAGIBE
DP37ªCIRC DIM/9ªDESEC

POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DE CAMARAGIBE

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 18E0127004075

37ª CIRCUNSCRIÇÃO

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 05/07/2018 às 09:14

ATROPELAMENTO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia 28/01/2018 no período da Manhã

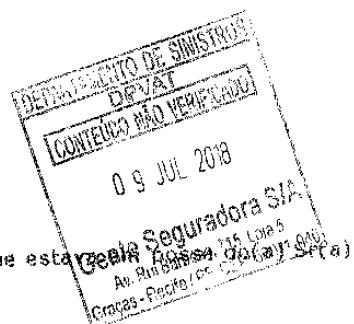
Fato ocorrido no município de CAMARAGIBE - PERNAMBUCO
Bairro: TIMBÉ - CAMARAGIBE/PERNAMBUCO/BRASIL
Local do Fato: VIA PUBLICA

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDOS (AUTOR/AGENTE)
MARIA DAS NEVES ARRUDA DE SOUZA (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse de: DESCONHECIDOS



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

MARIA DAS NEVES ARRUDA DE SOUZA (presente no plantão) - Sexo: Feminino
Mãe: JURACI JOSEFA ARRUDA DE SOUZA Data de Nascimento: 22/11/1979
Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL
Endereço Residencial: RUA CEARA, 366, CASA B - CEP: 55000-000 - Bairro: ALBERTO MAIA - CAMARAGIBE/PERNAMBUCO/BRASIL

DESCONHECIDOS (não presente no plantão) - Sexo: Masculino Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

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

VEICULO (VEICULO), que estava em posse do(a) Sr(a): DESCONHECIDOS
Categoria/Marca/Modelo: AUTOMOVEL/NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO Objeto apreendido: Não
Quantidade: (UNIDADE NÃO INFORMADA)

Complemento / Observação

INFORMA QUE ESTAVA ATRAVESSANDO A VIA QUANDO FOI ATROPELADA POR UM



05/07/2018 08:55

de 2

Relatório de Ocorrência

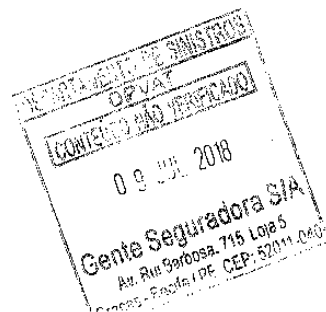
file:///C:/Users/Polícia Civil/infopol/xml/BOEPreview.html

VEICULO DE PLACA E MARCA NÃO IDENTIFICADA, SENDO SOCORRIDA PELO SAMU AO
HGV CONFORME ROLETIM DA EMERGENCIA 1975286 DATADO DE 26/01/2018, PELO
EXPOSTO COMUNICA O FATO. DOCUMENTOS DE ESCLARECIMENTOS MÉDICOS
ANEXO.

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

Maria das Neves A. de Souza
MARIA DAS NEVES ARRUDA DE SOUZA
(VITIMA)

B.O. registrado por: EDVALDO JOSE PEREIRA DE SOUZA - Matrícula: 3811085



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 interdita 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

MARIA DAS NEVES ARRUDA DE SOUZA

CPF da Vítima

029.024.574-56

Data do Acidente

26/01/2018

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.

RECIFE, 20 de MARÇO

Local e Data

Maria das Neves A. de Souza

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

DALI.001 V001/2017





Secretaria de saúde

Serviço de atendimento móvel de urgência

DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO

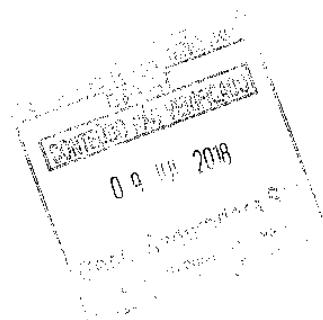
DA Nº 144.01.2018

EM: 05 /07/2018

Atendendo ao requerimento do paciente MARIA DAS NEVES DE SOUZA, portador da cédula de identidade RG nº **58112840050** MTE/PE e inscrito no CPF/MF sob o nº **029.024.574-56**, declaramos que consta em nossos arquivos ocorrência de nº **235441**, que no dia 26 de janeiro de 2018, foi atendido pelo nosso Serviço de Atendimento Móvel de Urgência- SAMU por volta das 09:00hs, vítima de atropelamento na av. belmino correia em frente ao terminal integrado de passageiro na Região metropolitana em seguida, encaminhado para Hospital Getulio vergas.

Recife, 06/07/2018

Dr. Sérgio Parente Costa
Gerente de Informação e Avaliação
SAMU Metropolitano do Recife
Sergio Parente Costa
Dr. Sérgio Parente Costa
Gerente de Informação e Avaliação
SAMU Metropolitano do Recife



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: 03/10/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: MARIA DAS NEVES ARRUDA DE SOUZA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03017

CONTA: 000000038087-6

Nr. da Autenticação 8F0A0592468BB045



celpe
Grupo Neoenegia
www.celpe.com.br

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 5598
 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
 157-Ligação Gratuita de telefones fixos e móveis

MARIA DAS NEVES ARRUDA DE SOUZA
CPF: 028.024.574-56 NIS: 12853021450

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
RUA CEARA 370 B

ALBERTO MAIA/CAMARAGIBE
54774-050 CAMARAGIBE PE

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

DATA DE VENCIMENTO
26/03/2018

TOTAL A PAGAR (R\$)
50,33

DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL
14/03/2018

DATA DA APRESENTAÇÃO
14/03/2018

NÚMERO DA NOTA FISCAL
009000062

CONTA CONTRATO
004004775606

Nº DO CLIENTE
2002373982

Nº DA INSTALAÇÃO
0001638582

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL - BAIXA RENDA COM NIS
Monofásica

RESERVADO AO FISCO

2FF6.5A17.4753.4D2D.68C1.374B.0690.AC21

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)
Consumo Ativo até 30 kWh	30,00	0,17230712	5,16
Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh	70,00	0,29538364	20,67
Consumo Ativo superior a 100 até 220 kWh	29,00	0,44307546	12,84
Contribuição Iluminação Pública			9,46
Multa por atraso-NF 005324848 - 14/02/18			1,19
Juras por atraso-NF 005324848 - 14/02/18			0,01
Atualização IGPM-NF 005324848 - 14/02/18			0,02
PRO-CRIANÇA-(081)3412-3950 0800 031 8989			0,98
TOTAL DA FATURA			50,33

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS

ICMS			PIS			COFINS		
BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
0,00		0,00	38,67	0,82	0,31	38,67	3,91	1,51

Tarifas Aplicadas

Consumo Ativo até 30 kWh	0,16415700
Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh	9,28141200
Consumo Ativo superior a 100 até 220 kWh	9,42211600

HISTÓRICO DO CONSUMO

MAR	16	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	1978
FEV	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	1979
JAN	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	1980	
DEZ	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	1981
NOV	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	1982
OUT	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	1983
SET	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	1984
AGO	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	1985
JUL	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	1986
JUN	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	1987
MAI	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	1988
ABR	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	1989
MAR	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	1990

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

	R\$	%
Geração de Energia	14,82	38,32
Transmissão	1,56	4,03
Distribuição (Celpe)	12,81	33,13
Encargos Setoriais	3,81	9,85
Tributos	1,82	4,71
TOTAL	34,82	100

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

NÚMERO DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR		ATUAL		Nº DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO kWh
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA				
0000000000060075530	CAT	14/02/2018	21.058,30	14/03/2018	21.187,00	28	1,00000	0,00	128,00

DATA PREVISTA PARA A PRÓXIMA LEITURA: 13/04/2018

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES

DESCRIÇÃO	CONJUNTO	VALOR APURADO	META MENSAL	META TRIM.	META ANUAL
jan/2018					
DIC-No.de horas sem Energia	TABATINGA	0,92	5,79	11,58	23,16
PIC-No.de vezes sem Energia		1,04	3,36	5,72	13,45
DIMC-Duração máxima de Interrupção contínua		0,92	3,37	0,00	0,00
DICR-Duração de Interrupção em dia crítico					
Limite DICR: 12,22					
EUSD-Valor do Encargo de Uso = R\$ 15,56					

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Na data da leitura a bandeira em vigor é a Verde. Mais informações em: www.aneel.gov.br.
O cliente é compensado quando há violação na continuidade individual ou do nível de tensão de fornecimento.
Pagto. em atraso gera multa 2% (Res414/ANEEL), juros 1% a.m (Lei 10.438/02) e atualização monetária no próx. mês.
Isenção do ICMS conforme art. 9, XLVIII, a, 2.2.2, do RICMS-PA e atualização monetária no próx. mês.
Desconto pela aplicação da Tarifa Social de Energia Elétrica criada pela Lei Nº 10.438 de 26/04/02 - R\$ 26,35.
O Cliente é compensado quando há descumprimento do prazo definido para os padrões de atendimento comercial.
O consumidor pode cancelar a cobrança de serviços de terceiros na fatura a qualquer tempo - Art 7º REN 581/13.
Combata o mosquito da dengue, zika e chikungunya. Ministério de Saúde, Governo Federal.

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
004004775605	03/2018	50,33	26/03/2018

TALÃO DE PAGAMENTO

Evite dobrar, perfurar ou rasurar.
Este canhoto será usado em leitora ótica.

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA





TELEMAR NORTE LESTE S/A
CNPJ: 33.000.118/0014-93 - INSC. ESTADUAL: 181.001.0018146-4
RUA JOAQUIM FELIPE, 188 - RECIFE - PE CEP: 50050-365
MATRIZ CNPJ: 33.000.118/0001-79

PAG.: 3/4

ROGERIO FERREIRA DA SILVA
RUA BR ANADIA, 44
JARDIM SAO PAULO
50790-150 RECIFE-PE

DATA DE EMISSAO 20/04/2018	TELEFONE/CONTRATO
CNPJ / CPF 00050192531468	
TIPO DE TERMINAL RESIDENCIAL	VALOR A PAGAR R\$
MOD. DEB. AUTOMATICO 001202593808	29,31
CODIGO CDD 81	
CODIGO MINHA OI 001202593808	VENCIMENTO
	08/05/2018

PLANO LOCAL:					HISTORICO DO CONSUMO DE MINUTOS:					08/05/2018							
CONTROLE					04/18:		03/18:		02/18:								
					01/18:		12/17:		11/17:								
PAG./LINHA		DATA		DESCRICAO		TEL. ORIGEM		TEL. CHAMADO		HORARIO		DURACAO		TARIFA		VALOR	

PRESTADORA TELEMAR NORTE LESTE S/A

TELEFONE 04946 3455-0016 0 1

NFST N. 00000208357/SERIE /SUB-SERIE

SERVICOS MENSIS

0001/01 20/04/2018 PA124 OI FIXO CONTROLE 200MIN 01 A 10/04/18
0001/02 20/04/2018 PA124 OI FIXO CONTROLE 200MIN 30 A 30/03/18

SUBTOTAL

26,10

DESCONTOS

0001/03 20/12/2017 CRED.P/INTERRUP.(N.DIAS X VLR.ASSINAT./30)
0001/04 28/12/2017 CRED.P/INTERRUP.(N.DIAS X VLR.ASSINAT./30)

SUBTOTAL

28,71

BASE DE CALCULO IDMS

23,83

ALICUOTA

30%

VALOR

7,08

TOTAL NOTA FISCAL SERVICOS

-2,54

-2,54

-5,08

25,63

ISS

RESERVADO AO FISCO

7676.957a.408e.31cd.7583.5853.56dd.2Fbb

FATURA N.: 1200110108735

TELEMAR NORTE LESTE S/A - RUA JOAQUIM FELIPE, 188 - RECIFE - PE CEP: 50050-365
CNPJ: 33.000.118/0014-93 - INSC. ESTADUAL: 181.001.0018146-4

OUTROS VALORES OI FIXO

TELEFONE 04946 3455-0016 0 1

0001/05 09/04/2018 PAGAMENTO SEM CONTA EM LOTERICA

0001/06 19/03/2018 JUROS DE MORA

0001/07 19/03/2018 MULTA POR ATRASO DE PAGAMENTO

CONTA 02/2018

CONTA 02/2018

3,42

0,75

1,51

5,68

TOTAL OUTROS VALORES

RESUMO GERAL

LOCAL TELEFONE CJ SU

04946 3455-0016 0 1

TOTAL

VALOR

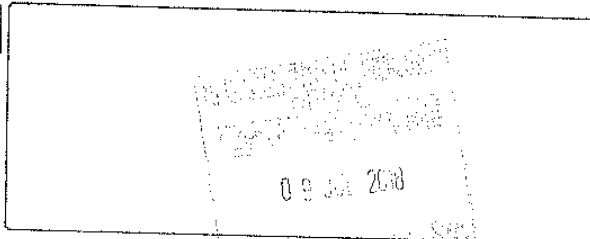
29,31

29,31

ESTA DECLARACAO SUBSTITUI A QUITACAO MENSAL DA SUA FATURA DA OI DE JAN A
DEZ 2017 E ANOS ANTERIORES, EXCETO SERVICOS PRESTADOS POR OUTRAS
EMPRESAS.

Fique atento. Evite os pagamentos em dia e evite:

- Cobrança de Multa de 2% + juros de 1% ao mês.
- Suspensão do serviço: Parcial, 15 dias após envio da 1ª notificação e, com mais 30 dias. Suspensão Total, durante o período de bloqueio Parcial, e assinatura de sua linha para cobrança normalmente de acordo com os valores contratados, pois ela continua apta a receber chamadas.
- Cancelamento e inclusão nos Órgãos de Proteção ao Crédito (SPC/Serasa), 30 dias após a Suspensão Total.



DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
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 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

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

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

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

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

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

Pelo exposto, eu ROGÉRIO FERREIRA DA SILVA inscrito (a) no CPF 501.925.314-68 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário MARIA DAS NEVES ARRUDA DE SOUZA inscrito (a) no CPF sob o Nº 029.024.574-56 do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima MARIA DAS NEVES ARRUDA DE SOUZA inscrito (a) no CPF sob o Nº 029.024.574-56, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

☐ Declaro Profissão: RECUSO Renda: RECUSO 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		Número	Complemento
<u>RUA BARÃO DE ANADIA</u>		<u>44</u>	<u>CS</u>
Bairro	Cidade	Estado	CEP
<u>JARDIM SÃO PAULO</u>	<u>RECIFE</u>	<u>PE</u>	<u>50 790-150</u>
Email	Telefone comercial (DDD)		Telefone celular (DDD)
			<u>81-98455 5390</u>

RECIFE 20 de MARÇO de 2018
Local e Data



Assinatura do Declarante

DLDR001 V001/2017



Histórico TTO Fisioterapia.

Paciente: Maria das Neves A. de Souza

Data de Nascimento: 22/11/1979.

Início do TRATAMENTO: 21/04/2018. Término do Tratamento

Constando em Prontuário na Clínica.

TTO: Tratamento de Fisioterapia Reabilitação Pós Operatório
Fratura de Tornozelo Esquerdo.

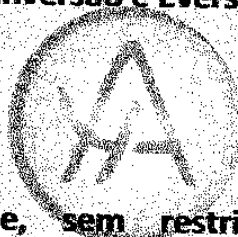
Realizou Fisioterapia, no tornozelo direito 16 (dezesesseis
sessões) de Fisioterapia em atendimento no consultório.

Evolução: Ganhou Amplitude de movimento fisiológica em
Flexão Plantar, Dorsiflexão, Inversão e Eversão.

Resumo da Alta.

Progrediu satisfatoriamente, sem restrição de bloqueio
mecânico, marcha fisiológica restaurada, Força muscular em
grau 5, NÃO SENDO NECESSÁRIO REALIZAR MAIS SESSÕES
TENDO ALTA NA 16 (Décima Sexta Sessão).

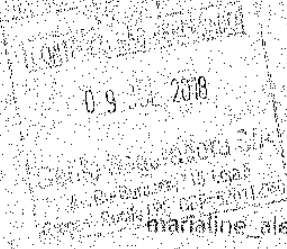
f i s i o t e r a p e u t a



(81) 99675-5465 / (81) 98310-4535
(81) 3525-3124



@fisioalinealencar



marialine_alencar@hotmail.com

Dra. Maria Aline Mauricio Silva de Alencar - Fisioterapeuta.
CREFITO 211591-F

[Handwritten signature]

16/06/2018

Dra. Maria Aline M. S. de Alencar
Fisioterapeuta
CREFITO 211591-F

Dra. Maria Aline M. S. de Alencar
Fisioterapeuta
CREFITO 211591-F





Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
HOSPITAL
Getúlio Vargas



RECEITUÁRIO

NOME COMPLETO: *Maria dos Neves Arruda do Sacramento*

IDADE:

SEXO: F ☒ M ☐

Solteiro:

Leito 112.07

01 par de muletes americanas

*Autorizo a entrada de muletas para o
paciente supracitado.*

02/02/18

Dr. Renato Leite

Assinatura

09/02/2018

HGV.1002.V.1.2013.

Avenida General San Martín s/n - Cordeiro
Recife/PE - CEP 50.690-280
Fone: 0XX 81.31845800





Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
HOSPITAL
Getúlio Vargas



RECEITUÁRIO

NOME COMPLETO:

Maria da Neta A. Lages

IDADE:

SEXO:

F

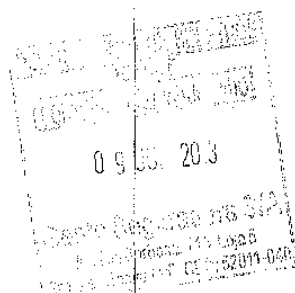
M

Letícia L

Frescura Motora ————— 20 dias
(pós op. da un. de transpl.)

12.04.18

Dr. Rhaonny R.G. Araújo
MÉDICO
CREMEPE 26556



Avenida General San Martín s/n – Cordeiro
Recife/PE – CEP 50.630-090
Fone: (0XX 51) 31645600

HGV.1002.V.1 2013.





Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco

HOSPITAL

Getúlio Vargas

Av. General San Martin, S/N, Cordeiro, Recife/PE

Paciente: MARIA DAS NEVES ARRUDA DE SOUZA

REG.: 1075286

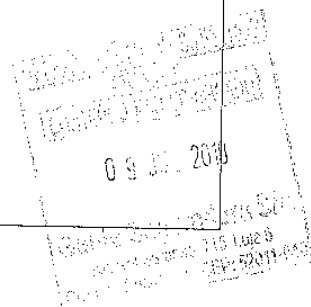
RX

Uso Oral

- 1) Cefalexina 500mg 40 Comprimidos
Tomar 01 CP VO de 06/06h por 10 dias.
- 2) Novalgina 1g 01 caixa.
Tomar 01 CP VO de 6/6 h se dor ou febre.
- 3) Xarelto 10mg 01 caixa.
Tomar 01 CP VO 1x ao dia.

Recife, 06/02/18

Antônio Cordeiro de Mello Junior
MÉDICO
CRM-PE: 25.320
RPM-PE: 18-169





SECRETARIA DE SAÚDE DE PERNAMBUCO
HOSPITAL GETÚLIO VARGAS
SERVIÇO DE DOCUMENTAÇÃO CIENTÍFICA

BOLETIM DE ESCLARECIMENTO

NOME: MARIA DAS NEVES ARRUDA DE SOUZA

1. Ocorrência da Emergência: 1075286

1.1 --- Atendimentos em: 26/01/2018

1.2 --- Às horas e minutos:

1.3 --- Internado: SIM

1.4 --- Retirou-se Às horas e minutos

2. Internamento Eletivo --- Reg. Geral No. 1075286

2.1 Internado em: 26/01/2018

2.2 Alta em: 06/02/2018

3. Hipótese Diagnóstica: Fratura de tibia

4. Tratamento: cirurgico

5. Observação: Atropelamento

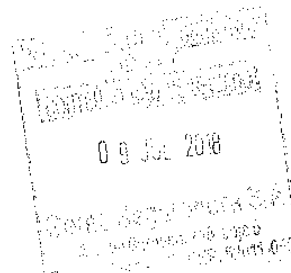
DATA: 21.05.2018

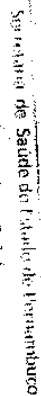
HORA: 15:20:42

PASTA: 24.03.2018

JGAS

Jéssica Guidão Araújo Sá
Dermatologista
CRM 15.938 - RQE 2167
Dr. Jéssica Guido





HOSPITAL

Getúlio Vargas

AV. General San Martín, S/N, Corrientes, Puerto Rico/PR
 P.R.C. 107

REG. 1075286

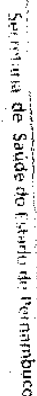
DECLARAÇÃO MÉDICA

CLARO PARA OS DEVIDOS FINS QUE A PACIENTE MARIA DAS NEVES ARRUDA DE
UZA, ESTEVE INTERNADA NESTA UNIDADE HOSPITALAR, NO SETOR DE TRAUMATO-
TOPIEDIA, DO DIA 26/01/18 AO DIA 06/02/18 PARA TRATAMENTO MEDICO
HOSPITALAR E PROCDIMENTO CIRURGICO, ORIENTADO SOBRE NECESSIDADE DE
COMPANHAMENTO AMBULATORIAL.

além de responder a questões trabalhistas e afins, o médico perito

FILE, 06/02/18

Assinatura do Médico



HOSPITAL

Getúlio Vargas

Av. General San Martín, s/n, Cordeiro, Recife/PE
FONE: 307528

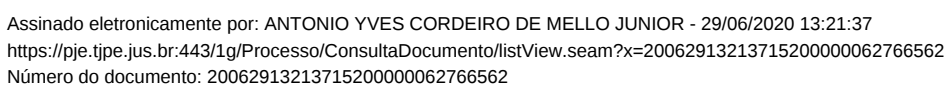
REG.: 1075286

SOLICITAÇÃO MÉDICA

SOLICITO RETORNO PARA CONSULTA NO AMBULATÓRIO DO GRUPO DO TRAUMA EM
07 DIAS.

REF ID: A64124

Assinatura do Médico





Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
HOSPITAL
Getúlio Vargas



RECEITUÁRIO

NOME COMPLETO:

Maria dos Nove Anos de Souza

IDADE:

SEXO:

F

☐

M

☐

☐

Luís Carlos

A prescrição supracitada foi submetida
a cirurgia de estomodo de fúndio de
de fúndio (CAB: 5823). Encerrou-se em
Assomodo muito clássico - cirurgia de
a data de 26.05.19, sem prescrição de
Antibiótico e belhista e de a cateter de
médico pronto.

12.04.19

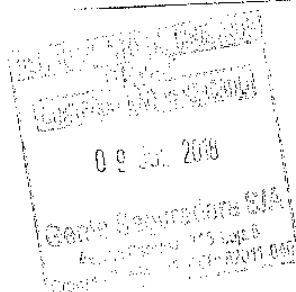
Dr. Rômulo R.G. Araújo
MÉDICO
CREMEPE 226556

Avenida General Sênio Martinelli - Cordeiro

Recife/PE - CEP 50.830-950

Fone: 0XX 81 3184500

ANEX 1002 V 1 2013.





Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
HOSPITAL
Getúlio Vargas



Paciente: MARIA DAS NEVES ARRUDA DE SOUZA

Prontuário: 01075286

Data de Nascimento: 22/11/1979

Idade: 38a 6m 19d

Sexo: FEMININO

RELATÓRIO MÉDICO

O Paciente Supra-citado, foi atendido nesta data, com diagnostico de:

FRATURA DE TIBIA - OPERADA EM 02.02.18- HIM

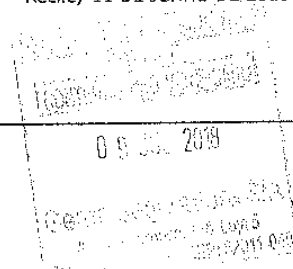
Feito o Exame de RX - NESTA DATA

Observação:

FRATURA CONSOLIDADA

Recife, 11 DE JUNHO DE 2018

FERNANDO ANTONIO DE MACENA ROCHA - CRM: Nº.4103



HOSPITAL GETULIO VARGAS - HGV
Av Gal. San Martín, S/N - Cordeiro - Recife - PE - 50630-060
CNPJ - 10.572.048/0005-51
Fone - (81) 3184-5600



50

SECRETARIA DE SAÚDE DE PERNAMBUCO
HOSPITAL GETÚLIO VARGAS
SERVIÇO DE DOCUMENTAÇÃO CIENTÍFICA

BOLETIM DE ESCLARECIMENTO

NOME: MARIA DAS NEVES ARRUDA DE SOUZA

1. Ocorrência da Emergência: 1075286

1.1 — Atendimentos em: 26/01/2018

1.2 — Às horas e minutos:

1.3 — Internado: SIM

1.4 — Retirou-se Às horas e minutos

2. Internamento Eletivo — Reg. Geral No. 1075286

2.1 Internado em: 26/01/2018

2.2 Alta em: 06/02/2018

3. Hipótese Diagnóstica: Fratura de tibia

4. Tratamento: cirurgico

5. Observação: Atropelamento

DATA: 21.05.2018

HORA: 15:20:42

PASTA: 24.03.2018

JGAS

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

17 JUL 2018

Gente Seguradora S/A.
Av. Rui Barbosa, 715 - Lj. 5
Recife - PE

Dr. Jéssica Guido

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
Gente Seguradora S/A.
Av. Rui Barbosa, 715 Lj. 5
Recife - PE

024864018

024866118



DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

16 AGO 2018

Gente Seguradora S/A.
Av. Rui Barbosa, 715 - Lj. 5
Recife - PE

50

HOSPITAL GETÚLIO VARGAS
SERVIÇO DE DOCUMENTAÇÃO CIENTÍFICA



BOLETIM DE ESCLARECIMENTO

NOME: MARIA DAS NEVES ARRUDA DE SOUZA

1. Ocorrência da Emergência: 536915

1.1 - Atendimentos em: 26/01/18

1.2 - Às 11 horas e 49 minutos.

1.3 - Internado: SIM

1.4 - Retirou-se às hr. e min.

2. Internamento Eletivo - Reg. Geral No. 1075286

2.1 - Internado em: 26/01/18

2.2 - Alta em:

3. Hipótese Diagnóstica: FRATURA EXPOSTA DIAFISÁRIA DE TÍBIA ESQUERDA + FRATURA DE MALÉOLO POSTERIOR ESQUERDO.

4. Tratamento: 1) ANALGESIA. 2) CIRURGIA EM 26/01/18: FIXAÇÃO EXTERNA TRANSARTICULAR TUBO-A-TUBO EM PERNA ESQUERDA + LIMPEZA MECÂNICO CIRÚRGICA.

5. Observação: ACIDENTE DE TRÂNSITO.

DATA: 12.7.2018

HORA: 08:48:57

PASTA: 01.07.2018

JGAS

RS

Jéssica Guido
Dra. Jéssica Guido
CRM 15.000 2006

Dra. Jéssica Guido.



HOSPITAL GETULIO VARGAS EMERGÊNCIA



ATENDIMENTO: 536915

Prontuário: 1075286

Nome: MARIA DAS NEVES ARRUDA DE SOUZA

Cor:

CNS: 702902565651972

Data Nasc: 22/11/1979

Prontuário: 1075286

CNS: 702902565651972

Nº: 370

Estado: PE

Paciente: MARIA DAS NEVES ARRUDA DE SOUZA
Clínica: SALA DE RECUPERAÇÃO
Nascido: 22/11/1979 Idade: 38 Anos 2 Meses
Mãe: JURACI JOSEFA ARRUDA DE SOUZA
Endereço: RUA CEARA, 370 - ESTACAO NOVA - CAMARAGIBE - PE - Cep: 54774172
Profissional: 1 HOSPITAL GETULIO V DATA: 28/01/2018 Hr: 17:58 USUARIO: ROBANAS

IE

Profissão:

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

16 AGO 2018

Gente Seguradora S/A.
Av. Rui Barbosa, 715 - Lj. 5
Recife - PE

Ocorrência: REFERE ACIDENTE DE TRANSITO, COM COLISAO MOTO / CARRO

Acidente de Trabalho: Sim ☐ Não ☐

Queixa Principal / HDA:

Dor em quadril em MIE há 3 horas

Perda da Consciência: Sim ☐ Não ☒	Episódio Emético: Sim ☐ Não ☒	Acidente de Trabalho: Sim ☐ Não ☒
Acidente de Trânsito: Sim ☒ Não ☐	Tipo:	
Colisão: Sim ☒ Não ☐	Tipo:	Motorista: ☒ Passageiro: ☐
Atropelamento: Sim ☐ Não ☒	Local de Impacto:	
Vítima de Ferimento: Sim ☐ Não ☒	Tipo:	Sofreu Queda: Sim ☒ Não ☐ Altura: m
Queimadura: Sim ☐ Não ☒	Por:	Transporte Realizado por: SAMU
Condições de imobilização adequadas: Sim ☒ Não ☐	Por que:	
Observações: HAS (+), DR (-), Albumina (-)		

Geral

Via aérea esta pervia: Sim ☒ Não ☐ O paciente fala: Sim ☒ Não ☐ Temp.: °C

EGR, consciente, orientada, acintosa, oxigenada, hidratada, febril, eufórica

B: Respiratório

MV + em AHT, com RA. SpO2: 95% AA

C: Circulatório

PA: x mm Hg Pulso: 90 bpm

RGR em DT, BNF, SS. FC: 90 bpm

D: Exames Neurológico

Deficiência motora: MSD ☐ MSE ☐ MID ☐ MIE ☐

Pupilas: Isocóricas ☒ Anisocóricas ☐

Glasgow: Abertura Ocular 4

Glasgow: Resposta Verbal 5

Glasgow: Resposta Motora 6

Escore:

Hora: 17:45

Escore:

Hora:

Escore:

Hora:

ECG = 15



 Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco HOSPITAL Getúlio Vargas				FICHA PARA AVALIAÇÃO DE RISCO DE QUEDA	
NOME: _____					
Nº DO REGISTRO: _____		SETOR: _____		DATA DE ADMISSÃO: ____/____/____	
ASSINALAR COM X TODOS OS ITENS DE RISCO IDENTIFICADOS. CONSIDERAR A EXISTÊNCIA DO RISCO QUANDO ASSINALAR UM OU MAIS ITENS.					
☐ IDADE > OU IGUAL 65 ANOS ☐ CRIANÇAS < OU IGUAL 5 ANOS ☐ COMPROMETIMENTO NEUROLÓGICO ☐ DEPRESSÃO E/OU ANSIEDADE ☒ PREJUÍZO DO EQUILÍBRIO DA MARCHA ☐ DÉFICIT SENSITIVO, ACUIDADE AUDITIVA, TATO E VISUAL DIMINUÍDA ☐ HISTÓRIA PRÉVIA DE QUEDA ☐ ALTERAÇÃO METABÓLICA (EX: HIPOGLICEMIA) ☐ OBESIDADE MÓRBIDA OU BAIXO ÍNDICE DE MASSA CORPÓREA ☐ SEDAÇÃO/ANESTESIA ☐ MEDICAMENTO QUE ALTERAM O SISTEMA NERVOSO CENTRAL ☐ URGÊNCIA URINÁRIA/INTESTINAL ☐ HIPOTENSÃO ORTOSTÁTICA ☐ PACIENTE CIRÚRGICO				DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT CONTEÚDO NÃO VERIFICADO 16 AGO 2018 Gente Seguradora S/A. Av. Rui Barbosa, 715 - Lj. 5 Recife - PE	
CASO O PACIENTE APRESENTE UM OU MAIS FATORES DE RISCO, COLOCAR PULSEIRA ROXA NO MSD.					
☒ COLOCADO PULSEIRA ROXA				☐ NÃO SE APLICA	
ENTREGA DO FOLDER DE ORIENTAÇÃO AO PACIENTE/ACOMPANHANTE:					
☒ SIM ☐ NÃO		ASSINATURA (ORIENTADO): _____			
RECOMENDAÇÕES:					
1. Orientar paciente e acompanhante quanto ao risco de queda e necessidade de solicitação da enfermagem para sua locomoção e mobilização; 2. Manter a cama na posição baixa, com rodas travadas e grades de proteção elevadas; 3. Orientar a não trancar portas; 4. Orientar a não andar nem circular na enfermaria ou corredor no momento da limpeza; 5. Manter a área de circulação, livre de móveis e utensílios; 6. Auxiliar na deambulação dos pacientes que apresentarem dificuldade de marcha ou déficit sensitivo ou motor; 7. Estimular o uso de acessórios de apoio; 8. Conscientizar a família sobre a importância da presença de um acompanhante e comunicar a enfermagem quando houver necessidade de ausentar-se; 9. Manter iluminação adequada durante a noite; 10. Orientar a evitar apoiar-se na cama, móveis e parapeitos de janelas; 11. Manter o acompanhamento da enfermagem no momento do transporte; 12. Orientar o acompanhante para ficar atento às brincadeiras das crianças e a utilização de brinquedos; 13. Não deixar o paciente sozinho no banheiro ou durante o banho; 14. Intensificar a atenção a pacientes que estão em uso de sedativo e hipnótico, tranquilizante, diurético, anti-hipertensivo, anti-parkinsonianos.					
ENFERMEIRA/COREN: _____					

Nº 1028.V.1.2018.

0248040113



Secretaria Estadual de Saúde

RELATÓRIO DA OPERAÇÃO

PACIENTE: MARIA DAS NEVES ARRUDA DE SOUZA Registro: 1075286

Data da operação: 26/01/2018

Operador: DR JOSE VERISSIMO

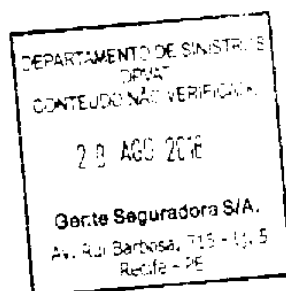
1º auxiliar: MRI LEVI DIOGENES 2º auxiliar: MRI SILVIO BRANDÃO

ANESTESISTA: A PLANTONISTA

Diagnóstico pré-operatório: FRATURA EXPOSTA DIAFISÁRIA DE TIBIA
ESQUERDA + FRATURA DE MALEOLO POSTERIOR ESQUERDO

Tipo de operação: FIXAÇÃO EXTERNA TRANSARTICULAR TUBO-A-TUBO
EM PERNA ESQUERDA + LMC

- 1) Paciente em decúbito dorsal, sob raquianestesia
- 2) Assepsia, antissepsia e aposição de campos estéreis
- 3) Observado ferimento puntiforme em face medial de perna esquerda
- 4) Ampliado ferimento e realizado limpeza abundante com SF0,9%
- 5) Redução cruenta de fratura diafisária de tibia esquerda
- 6) Aposição de fixador externo transarticular Tubo-a-tubo em perna esquerda
- 7) Curativo estéril.
- 8) Boa perfusão distal ao final do procedimento





Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco

HOSPITAL

Getúlio Vargas

Av. General San Martin, S/N, Candeio, Recife/PE

Paciente: **MARIA DAS NEVES ARRUDA DE SOUZA**

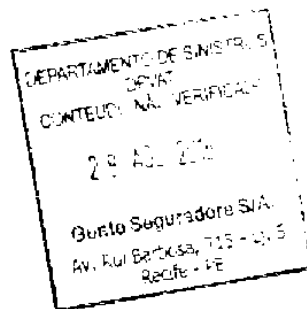
REG.: **1075286**

DECLARAÇÃO MÉDICA

DECLARO PARA OS DEVIDOS FINS QUE A PACIENTE **MARIA DAS NEVES ARRUDA DE SOUZA**, ESTEVE INTERNADA NESTA UNIDADE HOSPITALAR, NO SETOR DE TRAUMATOLOGIA ORTOPEDIA, DO DIA 26/01/18 AO DIA 06/02/18 PARA TRATAMENTO MÉDICO HOSPITALAR E PROCEDIMENTO CIRÚRGICO, ORIENTADO SOBRE NECESSIDADE DE ACOMPANHAMENTO AMBULATORIAL

Deixo a cargo de o **MÉDICO PERITO** avaliar questões trabalhistas e afins.

RECIFE, 06/02/18



Assinatura do Médico

Scanned by CamScanner



	Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco HOSPITAL Getúlio Vargas		RECEITUÁRIO
NOME COMPLETO:		<i>Maria dos Meus Amade de Souza</i>	
IDADE:		SEXO: F ☐ M ☐	
<u><i>Laudo Médico</i></u>			
<i>A paciente supracitada foi submetida a cirurgia de osteossintese da fratura distal de fêmur (C.I.D.: 582.3). Encontramos em acompanhamento clínico-ortomédico desde a data de 28.05.18, sem previsão de alta. Quanto a evolução clínica a paciente encontra-se bem, com melhora da marcha.</i>			
<i>12.06.18</i>		DEPARTAMENTO DE LAUDOS CONTROLE DE LAUDOS 28 AG. 2018 Gento Sagorodora S/A. Av. Al. Sena, 111 - 1015 Recife - PE	
Av. General San Martín s/n - Candeiro Recife/PE - CEP 50.630-080 Fone: (0XX) 81 31845600		<i>Dr. Ruanmy R.G. Araújo</i> MÉDICO CREMEDE 26556	

www.1072 V 1 2013.

Scanned by CamScanner





Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
HOSPITAL
Getúlio Vargas



RECEITUÁRIO

NOME COMPLETO:

Maria da Silva M. Lages

IDADE:

SEXO:

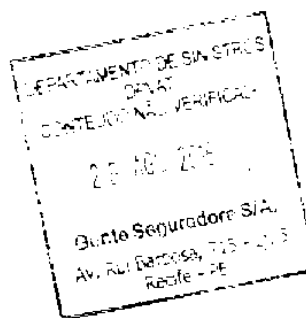
F ☐

M ☐

Licença

Fisioterapia Motora ——— 20 dias

(por ser de um de trabalho)



12.04.18

Dr. Rhaonny R.G. Araújo

MÉDICO
CREMEPE 26556

Avenida General San Martín s/n - Candeia
Recife/PE - CEP 50.630-060
Fone: 0XX 81.31845600

HGV 1002 V 1 2013.

Scanned by CamScanner



Histórico TTO Fisioterapia.

Paciente: Maria das Neves A. de Souza

Data de Nascimento: 22/11/1979.

Início do TRATAMENTO: 21/04/2018. Término do Tratamento

Constando em Prontuário na Clínica.

**TTO: Tratamento de Fisioterapia Reabilitação Pós-Operatório
Fratura de Tornozelo Esquerdo.**

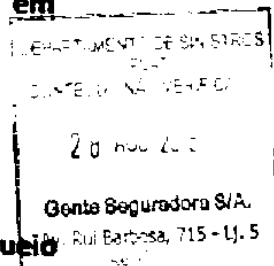
**Realizou Fisioterapia, no tornozelo direito 16 (dezesesseis
sessões) de Fisioterapia em atendimento no consultório.**

**Evolução: Ganhou amplitude de movimento fisiológica em
Flexão Plantar, Dorsiflexão, Inversão e Eversão.**

Resumo da Alta.

**Progridiu satisfatoriamente, sem restrição de bloqueio
mecânico, marcha fisiológica restaurada, Força muscular em
grau 5, NÃO SENDO NECESSÁRIO REALIZAR MAIS SESSÕES
TENDO ALTA NA 16 (Décima Sexta Sessão).**

f i s i o t e r a p e u t a



11/07/2018 14:47:11
11/07/2018 14:47:11



11/07/2018 14:47:11



11/07/2018 14:47:11

Dra. Maria Aline Mauricio Silva de Alencar - Fisioterapeuta.

CREFITO 211591-F

Handwritten signature of Dra. Maria Aline Mauricio Silva de Alencar.
16/06/2018

11/07/2018 14:47:11

Scanned by CamScanner

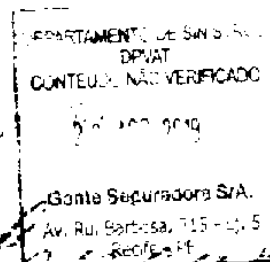


RECIBO.

Eu, Dra. Maria Aline Mauricio Silva de Alencar, Fisioterapeuta registrada no conselho de Fisioterapia com respectivo número: 211591-F, Portador do CPF: 076.306.254-56. Recebi do Sra. Maria das Neves A. de Souza, CPF: 029.024.574-56, a quantia de R\$ 805,00 (Oitocentos e Cinco reais). Referente a 16 sessões de fisioterapia motora reabilitação de pós-operatório de tornozelo, sessões realizadas em atendimento no consultório, localizado na Rua Eng. Dinica, 350. Centro. São Lourenço da MATA/ PE.

Valor individual da sessão: R\$ 50,31 (Cinquenta reais de trinta e um centavos por Sessão).

Data: 16/06/2018.



f i s i o t e r a p e u t a

11/06/2018
16-06-2018



16-06-2018



Dra. Maria Aline Mauricio de Alencar - Fisioterapeuta.

marialine_alencar@hotmail.com

HOSPITAL GETULIO VARGAS - HGV
Av. Gal. San Martín, S/N - Candeiro - Recife - PE - 50630-060
CNPJ - 10.572.048/0005-51
Fone - (81) 3184-5600

Scanned by CamScanner





Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco

HOSPITAL
Getúlio Vargas



Paciente: MARIA DAS NEVES ARRUDA DE SOUZA

Prontuário: 01075286

Data de Nascimento: 22/11/1979

Idade: 38a 6m 19d

Sexo: FEMININO

RELATÓRIO MÉDICO

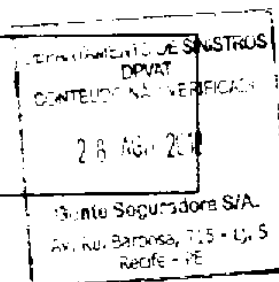
O Paciente Supra-citado, foi atendido nesta data, com diagnostico de:

FRATURA DE TIBIA - OPERADA EM 02.02.18- HJM

Feito o Exame de RX - NESTA DATA

Observação:

FRATURA CONSOLIDADA



Recife, 11 DE JUNHO DE 2018

FERNANDO ANTÔNIO DE MACENA ROCHA - CRM: Nº 4103

HOSPITAL GETULIO VARGAS - HGV
Av. Gen. San Martin, S/N - Candeia - Recife - PE - 50630-060
CNPJ - 10.372.048/0005-51
Fone - (01) 3184-5800

Scanned by CamScanner



024 8690/18



HOSPITAL
GETÚLIO VARGAS



Secretaria Estadual de Saúde

RELATÓRIO DA OPERAÇÃO

PACIENTE: MARIA DAS NEVES ARRUDA DE SOUZA Registro: 1075286

Data da operação: 26/01/2018

Operador: DR JOSE VERISSIMO

1º auxiliar: MRI LEVI DIOGENES 2º auxiliar: MRI SILVIO BRANDÃO

ANESTESISTA: A PLANTONISTA

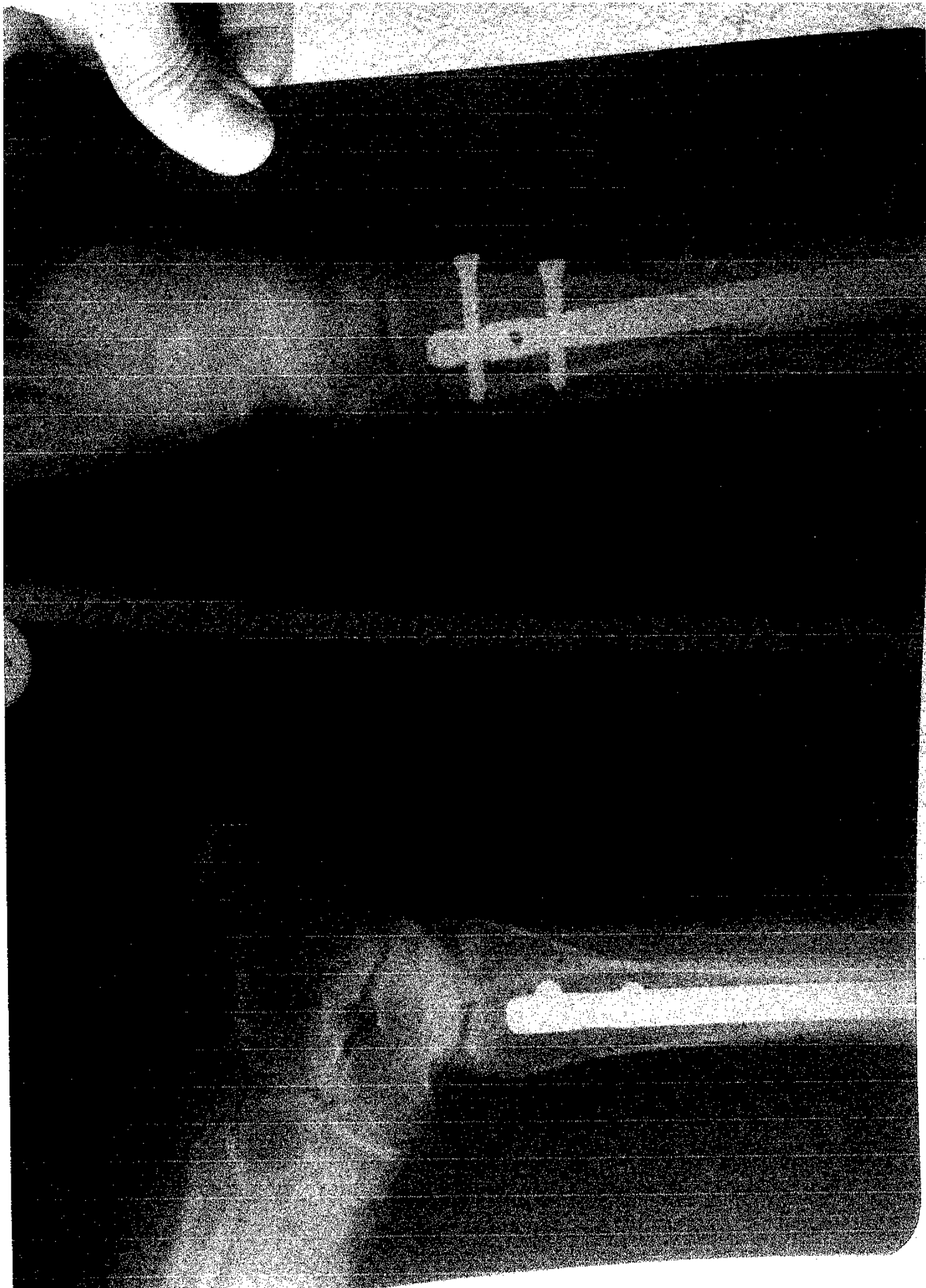
Diagnóstico pré-operatório: FRATURA EXPOSTA DIAFISÁRIA DE TÍBIA
ESQUERDA + FRATURA DE MALEOLO POSTERIOR ESQUERDO

Tipo de operação: FIXAÇÃO EXTERNA TRANSARTICULAR TUBO-A-TUBO
EM PERNA ESQUERDA + LMC

- 1) Paciente em decúbito dorsal, sob raquianestesia
- 2) Assepsia, antissepsia e posição de campos estéreis
- 3) Observado ferimento puntiforme em face medial de perna esquerda
- 4) Ampliado ferimento e realizado limpeza abundante com SFO, 9%
- 5) Redução cruenta da fratura diafisária de tibia esquerda
- 6) Aposição de fixador externo transarticular Tubo-a-tubo em perna esquerda
- 7) Curativo estéril.
- 8) Boa perfusão distal ao final do procedimento

[Assinatura manuscrita]



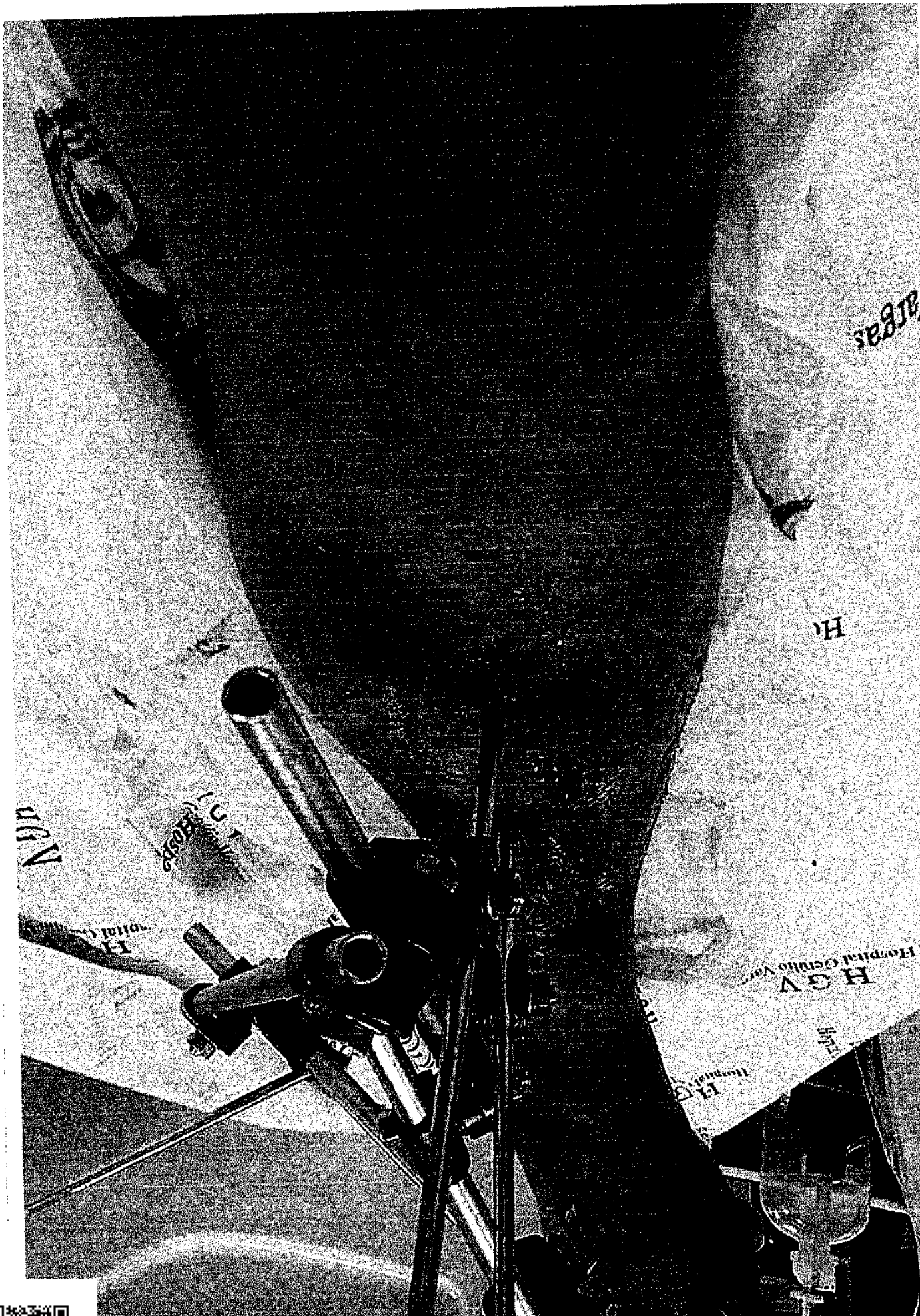












REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA

MARIA DAS NEVES ARRUDA DE SOUZA
CPF: 3813248050-00
RG: 922.022.574-54
DATA NASCIMENTO: 12/11/1979

MATEO AMARO DE SOUZA
CPF: 06839510255
RG: 922.022.574-54
DATA NASCIMENTO: 10/05/2018

JURACI JOSEFA ARRUDA D
CPF: 06839510255
RG: 922.022.574-54
DATA NASCIMENTO: 10/05/2018

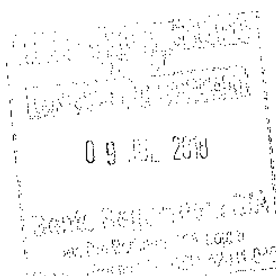
CAIXA
CPF: 06839510255
RG: 922.022.574-54
DATA NASCIMENTO: 10/05/2018

PROIBIDO PLASIFICAR
1422252682

RECIFE - PE
10/05/2017

PERNAMBUCO
10/05/2017

Maria das Neves A. de Souza



REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
DEPARTAMENTO NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO

PROIBIDO PLASTIFICAR
1487812628
VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

ROGERIO FERRIRA DA SILVA

DOC. IDENTIDADE / ANO EMISSÃO / UF
2509782 SDS PE

CPF
501.325.314-68

DATA NASCIMENTO
24/06/1959

FILIAÇÃO
EROMIDES JOSE DA SILVA
MARCIA FERRIRA DA SILVA
VA

PERMISSÃO
520

CAT. HAB.
520

Nº REGISTRO
02823404300

VIGÊNCIA
27/11/2022

1ª HABILITAÇÃO
09/06/1992

OBSERVAÇÕES

ASSINADO
RECIFE, PE

DATA EMISSÃO
27/11/2017

Assinatura: Carlos Anderson Souza Ribeiro
Assinatura do Passado

56866204804
PE092455236

PERNAMBUCO

09/06/2019



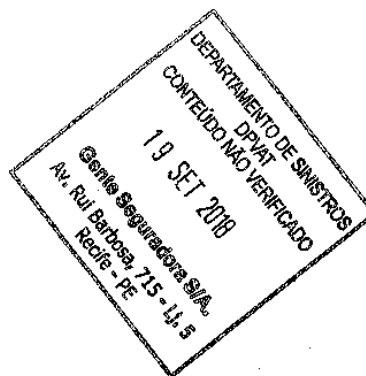
PERICIA MÉDICA

SINISTRO 3180 313211

Maria das neves arruda de Souza

Venho por meio desta solicitar a líder seguradora uma pericia médica para a vitima Maria das neves arruda de Souza tendo em vista que a citada foi indenizada pela mesma no processo de DAMS no qual o parecer foi favorável, também cito que a vitima ficou com sequelas como mostra os documentos anexados ao processo, diante do exposto eu Rogério silva como representante (procurador) da vitima estou anexando nova documentação para que seja apreciado pela seguradora no intuito do agendamento da pericia medica.


17/09/18



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180313211

Cidade: Camaragibe

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: MARIA DAS NEVES ARRUDA DE SOUZA

Data do acidente: 26/01/2018

Seguradora: PORTO SEGURO VIDA E PREVIDENCIA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 24/09/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DIAFISÁRIA DA TÍBIA ESQUERDA,
FRATURA DO MALÉOLO POSTERIOR ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSSÍNTESE COM HASTE E PARAFUSOS E ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE EM MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

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 funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

ESPECIALISTA

Empresa: Líder- Serviços AMD

Grupo: EQ3

Nome: BRUNO BARBOSA MENDONÇA

CRM: 900400

UF do CRM: RJ

Assinatura:



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180313211

Cidade: Camaragibe

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: MARIA DAS NEVES ARRUDA DE SOUZA

Data do acidente: 26/01/2018

Seguradora: PORTO SEGURO VIDA E PREVIDENCIA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 06/09/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DIAFISÁRIA DA TÍBIA ESQUERDA + FRATURA DO MALÉOLO POSTERIOR ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Não definido

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: APRESENTAR RELATÓRIO MÉDICO DA INTERNAÇÃO/INTERNAMENTO COM DESCRIÇÃO DO TRATAMENTO REALIZADO OU EM CURSO, LAUDO DE EXAMES DE IMAGEM DA LESÃO E DE CONTROLE PÓS PROCEDIMENTO MÉDICO, COM RESPECTIVA IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE E DATA DE REALIZAÇÃO. EM CASO DE CIRURGIA ENVIAR FOLHAS DO CENTRO CIRÚRGICO DESCREVENDO PROCEDIMENTO ADOTADO E MATERIAIS USADOS, FOLHA DE ANESTESIA, FOLHAS DE EVOLUÇÃO MÉDICA E SUMÁRIO DE ALTA.

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
		Total	0 %	R\$ 0,00



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180313211

Cidade: Camaragibe

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: MARIA DAS NEVES ARRUDA DE SOUZA

Data do acidente: 26/01/2018

Seguradora: PORTO SEGURO VIDA E PREVIDENCIA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 24/09/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DIAFISÁRIA DA TÍBIA ESQUERDA.
FRATURA DO MALÉOLO POSTERIOR ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSSÍNTESE COM HASTE E PARAFUSOS E ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

Sequelas: Com seqüela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE EM MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

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 funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

