
Rio de Janeiro, 03 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200000708

Vítima: MARIA DAS DORES SOARES

Data do Acidente: 01/09/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), MARIA DAS DORES SOARES

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

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

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 06 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200000708

Vítima: MARIA DAS DORES SOARES

Data do Acidente: 01/09/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), MARIA DAS DORES SOARES

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, foi verificada a necessidade de realização de avaliação médica presencial para a identificação e/ou enquadramento da invalidez permanente de acordo com a tabela prevista na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do seu pedido fica interrompido e sua contagem será reiniciada após a emissão do laudo da avaliação médica.

O não comparecimento à avaliação médica agendada poderá gerar o cancelamento do pedido do Seguro DPVAT.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 23 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200000708

Vítima: MARIA DAS DORES SOARES

Data do Acidente: 01/09/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), MARIA DAS DORES SOARES

Informamos que o pagamento da indenização do Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 3.375,00

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos cotovelos

25%

Graduação: Em grau completo 10%

% Invalidez Permanente DPVAT: (10% de 25%) 25,00%

Valor a indenizar: 25,00% x 13.500,00 = R\$ 3.375,00

Recebedor: **MARIA DAS DORES SOARES**

Valor: **R\$ 3.375,00**

Banco: **104**

Agência: **000002170**

Conta: **0000056757-7**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ D&M (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL: 02461096497 Nome completo da vítima: Maria das Dores Soares

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 461/2012

5 - Nome completo: Maria das Dores Soares 9 - Número: 02461096497 10 - Complemento: Casa

7 - Profissão: Recepcionista 8 - Endereço: Rua PE Nove 13 - Estado: PE 14 - CEP: 55380000

11 - Bairro: Centro 12 - Cidade: Cachoeirinha 15 - Tel (DDD): 81 9.9975092

15 - E-mail:

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

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

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

AGÊNCIA: 0170 CONTA: 56757 7

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

☒ Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 5.194/74), uma vez que:

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

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 5.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não

27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos: ☐ Sim ☐ Não

30 - Vítima deixou nascituro (minors)? ☐ Sim ☐ Não

31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: ☐ Sim ☐ Não

33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo):

35 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo):

36 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo):

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo):

38 - 1ª Nome: CPF: Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome: CPF: Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, 14/09/2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLICIA DA 109ª CIRCUNSCRIÇÃO - CACHOEIRINHA - DP109ªCIRC
DINTER1/15ªDESEC



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 19E0199000634

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 18/12/2019 às 16:14

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado), que aconteceu no dia 1/9/2019 às 18:13

Fato ocorrido no endereço: **MUNICIPIO DE CACHOEIRINHA, 01, ESTRADA LAGOA DO QUEIJO - Bairro: CENTRO - CACHOEIRINHA/PERNAMBUCO/BRASIL** - Ponto de Referência: **ANTONIO DE SEBINHA**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR/AGENTE)
ANA PAULA DA SILVA LIMA (OUTRO)
MARIA DAS DORES SOARES (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): **MARIA DAS DORES SOARES**

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

MARIA DAS DORES SOARES (presente ao plantão) - Sexo: **Feminino** Mãe: **MARIA ANTONIA VILELA** Pai: **BERTO SOARES DA SILVA** Data de Nascimento: **10/3/1977** Naturalidade: **SAO BENTO DO UNA / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **5384207/SSP/PE (RG), 02461096457 (CPF)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **2º. GRAU COMPLETO** Profissão: **AGRICULTOR(A)** Telefones Celulares: **81999779965**

Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE CACHOEIRINHA, 26, PADRE NEVES - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - CACHOEIRINHA/PERNAMBUCO/BRASIL**

ANA PAULA DA SILVA LIMA (não presente ao plantão) - Sexo: **Feminino** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

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

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

VEICULO (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **ANA PAULA DA SILVA LIMA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **MARIA DAS DORES SOARES**

Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/BIZ 110i** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **BRANCA** - Quantidade: **1 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PDG4322** (PERNAMBUCO/CACHOEIRINHA) Renavam: **110632959** Chassi: **9C2JC7000HR300792**
Ano Fabricação/Modelo: **2016/2017** Combustível: **GASOLINA**

Complemento / Observação

18/12/2019

Bolaim de Ocasionalmente

A VITIMA INFORMA QUE VINHA DE ANTONIO DE SESINHA E QUE NÃO PERCEBEU UM BURACO QUE TINHA NO MEIO DA ESTRADA E QUE AO FREIAR CONFUNDIU O FREIO TRAVEIRO COM DIANTEIRO E CAIU. QUAI A APÓS A QUEDA ELA CHAMOU O SAMU DA CIDADE QUE A CONDUZIU AO HOSPITAL LOCAL E QUE DEPOIS FOI TRANSFERIDA PARA O HOSPITAL REGIONAL DA CIDADE DE CARUARU.

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

Maria das Dores Soares

MARIA DAS DORES SOARES
(VITIMA)

B.O. registrado por: EDVALDO PEREIRA DA SILVA - Matrícula: 3874745



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ D&M (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL: 02461096497 Nome completo da vítima: Maria das Dores Soares

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 461/2012

5 - Nome completo: Maria das Dores Soares 9 - Nº: 02461096497 10 - Complemento: Casa

7 - Profissão: Recepcionista 8 - Endereço: Rua PE Nove 13 - Estado: PE 14 - CEP: 55380000

11 - Bairro: Centro 12 - Cidade: Cachoeirinha 15 - Tel (DDD): 81 9.9975092

15 - E-mail:

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

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

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

AGÊNCIA: 0170 CONTA: 56757 7

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

☒ Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 5.194/74), uma vez que:

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

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 5.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não

27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos: ☐ Sim ☐ Não

30 - Vítima deixou nascituro (minors)? ☐ Sim ☐ Não

31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: ☐ Sim ☐ Não

33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo):

35 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo):

36 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo):

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo):

38 - 1ª Nome: CPF: Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome: CPF: Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, 14/09/2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)



DECLARAÇÃO


DECLARAMOS PARA OS DEVIDOS FINS, em atenção ao pedido do Sra. MARIA DAS DORES SOARES, portador do CPF-024.610.964-57 e RG: 5384207 SSP/PE, que consta nos registros de ocorrência N° 1909010378 do SAMU, atendimento realizado por esse serviço, ao mesmo no dia 01 / 02 / 2019 às 18:13h no endereço: ESTRADA LAGOA DO QUEIJO, ZONA RURAL-CACHOEIRINHA-PE, com QUEIXA de QUEDA DE MOTO, tendo sido enviado UNIDADE DE SUPORTE BÁSICO, que prestou atendimento a vítima no local, sendo transportado o mesmo para o HOSPITAL LOCAL.

De acordo com o registro de informações do SAMU, foram realizados no paciente os seguintes procedimentos: avaliação, imobilização e remoção.

Cachoeirinha, 02 de Dezembro de 2019

Inês Cavalcanti

Coordenadora do SAMU Cachoeirinha


Inês da Vitória Lima Cavalcanti
Coordenadora de Urgência/Emergência
Mat. 1395-1

Recebi declaração do SAMU CACHOEIRINHA EM 18/12/2019



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: 17/01/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 3.375,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: MARIA DAS DORES SOARES

BANCO: 104

AGÊNCIA: 02170

CONTA: 000000056757-7

Nr. da Autenticação D69BE83048D9602F

2a VIA



CELPE
www.celpe.com.br

Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de 26/04/02
COMERCIAL 116 | PRONTIDÃO 118
 Atendimento ao deficiente auditivo ou de fala: 0800 281 0142
 Ouvidoria 0800 262 3599
 Agência de Regulação dos Serviços Públicos Delegados do Estado
 de Pernambuco-ARPE: 0800-727-0167-Ligação Gratuita de Telefones Fixos
 Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL
 167-Ligação Gratuita de telefones fixos e móveis

DADOS DO CLIENTE BERTO SOARES DA SILVA CPF: 448.873.884-04	DATA DE VENCIMENTO 29/11/2019	DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL 22/11/2019	CONTA CONTRATO 001086944010
	TOTAL A PAGAR (R\$) 0,00	DATA DA APRESENTAÇÃO 22/11/2019	Nº DO CLIENTE 3000598406
ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA RUA PE NEVES 28 CENTRO/CACHOEIRINHA 55380-680 CACHOEIRINHA PE	CLASSIFICAÇÃO B1 RESIDENCIAL - RESIDENCIAL Monofásico	Nº DA INSTALAÇÃO 000607231	
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 www.casa.gov.br.	RESERVADO AO FISCO 5866.C92B.695C.1012.3D6A.9738.79A3.8598		

DESCRICAÇÃO DA NOTA FISCAL

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)
Consumo Ativo(kWh)	147,80	6,78698762	115,04
Acréscimo Bandeira AMARELA			0,83
Acréscimo Bandeira VERMELHA			6,42
Contrib. Ilum. Pública Municipal			7,58
ICMS Subvenção-CDE-RF 978378119-28/V9/T9			9,89

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL									
NUMERO DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR		ATUAL		Bf	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO EM
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA				
000000053191986382	CAT	23/10/2018	18,00	23/11/2018	186,00	30	1,50000	9,00	147,00

DATA PREVISTA PARA A PRÓXIMA LEITURA: 24/12/2018

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES					
DESCRIÇÃO	CONSUMO	VALOR APLICADO	BETA SEMANAL	BETA TRIMESTRAL	BETA ANUAL
04/2018					
DIC-Id de horas sem Energia	6,00	6,37	12,04	25,06	
FIC-Id de horas sem Energia	6,00	3,36	6,72	15,69	
DMC-Duração máxima de interrupção automática	6,00	2,71	5,43	5,40	
DICD-Duração de interrupção em dia útil			Limite DICD: 11,25		
EURO-Valor de Energia de Uso = R\$ 43,80					
Nota: Considerar para cálculo a aplicação dos coeficientes DL, FID, DMC e DICD e qualquer fator					

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Pague no ponto mais perto de você medicamentos ruína: rua dr. marcel barbo no 14 centro / r. c. do nascimento frib - m: praça dom expedito lopes 15 centro/ lista completa em www.caets.com.br.*
Na data da leitura e bendição em vigor é a Verônica. Mais informações em www.aneel.gov.br.
Cobrança ICMS sobre subvênção CDE, conforme Decreto Estadual 39.458/13.
O cliente é compensado quando há violação na continuidade individual ou do nível de tensão de fornecimento.
Pago, em atraso, para multa 25 (R\$25,00) (ANEEL), Juros 1% (R\$1,00) (R\$1,00) e atualização monetária no préx. máx.
Pagamento, em atraso, para multa 25 (R\$25,00) (ANEEL), Juros 1% (R\$1,00) (R\$1,00) e atualização monetária no préx. máx.
Pagamento, em atraso, para multa 25 (R\$25,00) (ANEEL), Juros 1% (R\$1,00) (R\$1,00) e atualização monetária no préx. máx.

NÍVELS DE TENSÃO		
TENSÃO NOMINAL(V)	LIMITE DE VARIAÇÃO(V)	
	MÍNIMO	MÁXIMO
220	202	231
AUTENTICAÇÃO MECÂNICA		

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO	TOTAL A PAGAR(R\$)	VENCIMENTO	TALÃO DE PAGAMENTO
001086944010	11/2019	0,00	29/11/2019	Evite dobrar, perfurar ou rasurar. Este carnê será usado em leitora ótica.

FATURA PAGA

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

PRONTUÁRIO DE EMERGÊNCIA

PACIENTE	Nome	M ^{te} das DONS Soares		Data	01/09/19	
	Sexo	F	Idade	42	Cor	
	Naturalidade					
	Endereço	R. R. Manoel Batista, 25		Data de Nascimento	10/03/77	
RESPONSÁVEL	Procedência					
	Pessoas de quem depende					
	Endereço	Parentesco				
	Trazido por					
ELEMENTOS DA OCORRÊNCIA	Endereço					
	Local do Acidente					
	Natureza	<input type="checkbox"/> Casual	<input type="checkbox"/> Acid. no Trânsito	<input type="checkbox"/> Tentativa de Suicídio		
	Do	<input type="checkbox"/> Queda	<input type="checkbox"/> Intoxicação	<input type="checkbox"/> Outras Causas		
	Acidente	<input type="checkbox"/> Acid. do Trabalho	<input type="checkbox"/> Agressão	<input type="checkbox"/>		

[Assinatura]
 RECEPCIONISTA

ATENÇÃO MÉDICA	Atendimento	<input checked="" type="checkbox"/> Clínico	<input type="checkbox"/> Cirúrgico	18:59	HORA DO ATENDIMENTO MÉDICO
	Pressão Arterial	120/80	MX	MN	50c - 95
	Pulso	91	BPM		72 - 20
	Temperatura	36,4			
	Queixa Principal e HDA	Cauda de equo, alcoolizável			
	Exame Físico	Tumores no colo do B			
	Hipótese Diagnóstica	Tumores no colo do B			

HOSPITAL
ANTONIO TARKENTON

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

NOME

Mário

R965

ZAR

M/V

LEITO: 86

MÉDICO:

Gordchida

IDADE: 42

DATA:

/ /

MANHÃ

Paciente consciente e orientado, em
dieta zero para procedimentos cirúrgicos.

MARLENA SILVA M. DE SOUZA
Téc. Enfermagem
COREN-PE 108.581

TARDE

Paciente segue com PDI realizado RX
de contraste, com exame orientado a medi-
cação e PM não sofreu efeitos no exame.
A dieta liberada segue com cuidados.

Lucimar F. Rodrigues
Técnica de Enfermagem
COREN-PE 848338

NOITE

Paciente acordou estável com PDI corrigido
segundo medicação liberada pela equipe de en-
fermagem.

Flávia Assis Porto
Téc. de Enfermagem
COREN-PE 851679

07.09.19

Recebera PDI e medicação
de acordo com prescrição.

Assinatura
do enfermeiro

LAUDO MÉDICO DE TRANSFERÊNCIA

Série 5+6.1776

UNIDADE DE ORIGEM: U.C. Cachoeirinha		UNIDADE DE DESTINO: Região 1912 5+6.1776		SENHA DE REGULAÇÃO:
DADOS DO PACIENTE				
Nome: Maria dos Santos	ID:			
SUS	RG	DATA DE NASCIMENTO	SEXO: M	
		10/3/77		
HISTÓRIA CLÍNICA				
Paciente com quadro de mal sob				
efeitos de álcool				
CONDUTA INICIAL: Tranq. dilatores, analgesia				
EXAMES REALIZADOS: ur. Creat. de Ur.				
DIAGNÓSTICOS PRINCIPAL: Trauma ao abdômen				
OUTROS DIAGNÓSTICOS:				
MOTIVO DA TRANSFERÊNCIA:				
DATA DA TRANSFERÊNCIA:				

Saída - 20:45
Chegada - 1:00
Loranita - Moimim
e. sig. Gilene

DR. NELSON VILALVA
MÉDICO
CRM - PE 21593

Médico Assinatura/Carimbo

PRESCRIÇÃO MÉDICA

SEXTO
ALTO

NOME: Nogueira dos Santos
JAN

LEITO: 06

CONVÊNIO:

PACAT

DATA:

INDICAMENTOS

HORARIO

6.9.15

D. pro

Canje 1700

Mup 12 EV 12/14

Cefazolin 1gr 6x6L

Xanax 20 mg

Omeprazol 20 mg

celebrex 1gr 12x6L

q

EVOLUÇÃO MÉDICA

fratura do cotovelo
(uma mão com

talheres de alumínio

Ulam 4x2

ATESTADO MÉDICO

Atesto para os devidos fins que o paciente

Mu dos Reis Frey


necessita de 06 MESES dias de afastamento de suas

atividades patrimony

a partir desta data.

CID 542.4 Campina Grande, 28, 09, 99

Ass. Médico - CRM


Dr. Gildardo Mascarenhas Bortolotto
CRM 1883 - CPF 131.247.044-34
ORTOPEDIA - TRAUMATOLOGIA

AUTORIZAÇÃO DO PACIENTE OU DE SEU
REPRESENTANTE LEGAL A REGISTRAR O DIAGNÓSTICO
CODIFICADO CID OU POR EXTENSO

Rua Delmiro Gouveia, 442 / Centenário / Campina Grande / Paraíba
CEP 58428-016 / Fone: (83) 2102.0101 / www.hat.com.br

Dr. Luciano Montanari
CRM/3 2908

BOLETIM DE ANESTESIA

17. 000 Books • 10000
18. 000 Books • 10000
19. 000 Books • 10000
20. 000 Books • 10000
21. 000 Books • 10000
22. 000 Books • 10000
23. 000 Books • 10000
24. 000 Books • 10000
25. 000 Books • 10000
26. 000 Books • 10000
27. 000 Books • 10000
28. 000 Books • 10000
29. 000 Books • 10000
30. 000 Books • 10000
31. 000 Books • 10000
32. 000 Books • 10000
33. 000 Books • 10000
34. 000 Books • 10000
35. 000 Books • 10000
36. 000 Books • 10000
37. 000 Books • 10000
38. 000 Books • 10000
39. 000 Books • 10000
40. 000 Books • 10000
41. 000 Books • 10000
42. 000 Books • 10000
43. 000 Books • 10000
44. 000 Books • 10000
45. 000 Books • 10000
46. 000 Books • 10000
47. 000 Books • 10000
48. 000 Books • 10000
49. 000 Books • 10000
50. 000 Books • 10000
51. 000 Books • 10000
52. 000 Books • 10000
53. 000 Books • 10000
54. 000 Books • 10000
55. 000 Books • 10000
56. 000 Books • 10000
57. 000 Books • 10000
58. 000 Books • 10000
59. 000 Books • 10000
60. 000 Books • 10000
61. 000 Books • 10000
62. 000 Books • 10000
63. 000 Books • 10000
64. 000 Books • 10000
65. 000 Books • 10000
66. 000 Books • 10000
67. 000 Books • 10000
68. 000 Books • 10000
69. 000 Books • 10000
70. 000 Books • 10000
71. 000 Books • 10000
72. 000 Books • 10000
73. 000 Books • 10000
74. 000 Books • 10000
75. 000 Books • 10000
76. 000 Books • 10000
77. 000 Books • 10000
78. 000 Books • 10000
79. 000 Books • 10000
80. 000 Books • 10000
81. 000 Books • 10000
82. 000 Books • 10000
83. 000 Books • 10000
84. 000 Books • 10000
85. 000 Books • 10000
86. 000 Books • 10000
87. 000 Books • 10000
88. 000 Books • 10000
89. 000 Books • 10000
90. 000 Books • 10000
91. 000 Books • 10000
92. 000 Books • 10000
93. 000 Books • 10000
94. 000 Books • 10000
95. 000 Books • 10000
96. 000 Books • 10000
97. 000 Books • 10000
98. 000 Books • 10000
99. 000 Books • 10000
100. 000 Books • 10000

NAME: Marcus John Sowers APTD

CONVENIO: San Felipe ROAD: 347 SEX: ☐ M ☐ F

NÚMERO DA CARTERA:

[illegible]

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	-----

DATA DE NASCIMENTO: 10-03-77

06/09/19

CIRURGIA

☐ **WILLIAM** ☐ **UNABISHED**

1	ATAD-CLINIC (LAW)
2	
3	
4	
5	

DATA

06/09/19

Diagnostic Pre-Operators:

Equipe Cirurgica (Cirurgião 192/93, Anestesiólogo)

Equipe Atletiellonogica

Instrumental in the form of

Procedimientos Realizados

Trachurus trachurus in *Fisheries of California* 1940

Abstract

↓

ADVERTISED		DATE		TIME		LOCATION		REMARKS	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
21	22	23	24	25	26	27	28	29	30
31	32	33	34	35	36	37	38	39	40
41	42	43	44	45	46	47	48	49	50
51	52	53	54	55	56	57	58	59	60
61	62	63	64	65	66	67	68	69	70
71	72	73	74	75	76	77	78	79	80
81	82	83	84	85	86	87	88	89	90
91	92	93	94	95	96	97	98	99	100

[illegible]

PACIENTE: MARIA DAS DULCES SOARES (42 ANOS)
CONVÊNIO: PAUTE SUS ☐ PRONTUÁRIO: 956226/AT:2360825 DATA: 06.03.19
CIRURGIÃO: TOM CIR. FRATON SE GOMES L9 (D)
CIRURGIÃO: DR. GONCALVES AUXILIAR: DR. EVOLUAR

AUXILIAR: CECILIA B. SALA: 08 HORÁRIO: INÍCIO: 12:00 FINAL: 13:00

COD.	DESENVOLVIMENTO	QUANT.	COD.	MATERIAL	QUANT.	COD.	PROD.	QUANT.
1872	ADRENALINA		107329	ADAPTADOR P/ SORO	01		ACIFLEX Nº	
1880	ÁGUA DESTILADA	03	110089	AG. RAQUI 2780			ALGODÃO CIA Nº	
1890	AMINOGLICINA		120089	AG. RAQUI 2580			ALGODÃO SIA Nº	
1920	ARAFIN		181281	AG. RAQUI P/ OBESO BD			CRIMADO CIA Nº 10	02
2070	ATROPINA	02		AGULHA DESCARTÁVEL Nº 23	03		CRIMADO SIA Nº	
20799	BEXTRA			AGULHA PERIDURAL Nº			ETHIBOND Nº	
1802	BICARBONATO DE SÓDIO			AGULHA RAQUI Nº			FITA CARDIACA	
4650	CEFALOTINA 1g	02	2259	ALGODÃO HIDRÓFILO	02		MONOCRYL Nº	
122709	CEFAZOLINA 1g		9113	ALGODÃO ORTOPÉDICO			MONONYLON Nº 2.0	03
1767	CEFTIRAXONA			ATADURA CREPON Nº 10	02		PROLENE Nº	
154966	CETROPROFENO IV			ATADURA GESSADA			VICRYL Nº	
1910	CLORETO DE POTÁSSIO		2356	BOLSA COLOSTOMA				
2003	CLORETO DE SÓDIO			CÂNULA TRAQUEOSTOMIA Nº				
5304	DEXAMETASONA	02	211058	CAPA PARA VÍDEO				
4855	DICLOFENACO SÓDICO		2429	CATETER OXIGÊNIO	01			
2020	DIPIRONA	02	27880	COLETOR URINA ABERTO				
5673	DOPAMINA		22381	COLETOR URINA FECHADO				
32180	EFEDRINA			COMPRESSAS				
5326	FENERGAN		142341	COMPRESSAS 25X28	06			
2038	FUROSEMIDA			DRENO PENROSE Nº				
4286	GARAMICINA			DRENO SUÇÃO Nº				
2040	GLICOSE 50%			DRENO TÓRAX Nº				
2054	GLUCONATO DE CÁLCIO		59557	ELETRODO	05			
5350	HEPARINA		2585	EQUIPO MACROGOTAS	01			
5380	HIDROCORTISONA		287383	EQUIPO P/ ARTROSCOPIA				
2062	METOCLOPRAMIDA		2815	ESPARADRAPO				
37859	NAUSEDRON 8mg		20117	FITA GLUCEMA				
65906	OMEPRAZOL 40mg	03	142220	GAZES 7,5X7,5	02			
70181	PROSTIGMINE	03		GAZES				
70238	QUELICIM		3425	GELFOAM				
28819	RANITIDINA		00917	GILETE				
70335	SOLUNEDROL 500mg			GUENDEL Nº 04	01			
403782	TORADOL		3458	INTRA-CATH				
70971	TRANSAMIN			JELCO Nº 12	01			
70572	TILATIL 40mg			LÂMINA BISTURI Nº 24	01			
COD.	PSICOTRÓPICO	QUANT.						
70254	ALFENTANILA		132709	LUVAS 6.5				
8885	DIENTYX 10mg		111209	LUVAS 7.0				
3026	DIMORF 1.0mg		40129	LUVAS 7.5	03			
3034	DIMORF 0.2mg		3522	LUVAS 8.0	02			
125149	DIMORF 10mg		149870	LUVAS 8.5	01			
59058	DORMONO	01	59752	MICROPOR LARGO	02			
85030	DORMONO COMP.			SCALPS Nº				
48550	FENOBARBITAL		3735	SERINGA DE 01cc				
5099	HIDANTAL		3700	SERINGA DE 03cc				
5992	KETALAR		3719	SERINGA DE 05cc	05			
59620	PETIDINA		3889	SERINGA DE 10cc	05			
73210	TRAMAL		3897	SERINGA DE 20cc	05			
148832	ULTRA		341797	SERINGA DE 60cc (bico longo/curto)				
COD.	ANESTÉSICO	QUANT.						
70648	ATRIACURIO			SONDA FOLEY Nº				
128233	CBATRIACURIO	02		SONDA MELATON				
3031	ETOMIDATO			SONDA NSG				
3042	FENTANIL	02		SONDA RETAL				
2891	LIDOCAINA 2% CIV							
2119	LIDOCAINA 2% SV							
2819	LIDOCAINA GEL 1%							
2180	NEOCAINA 0.5% CIV	01						
70750	NEOCAINA 0.5% SV							
1990	NEOCAINA PESADA							
3212	NILPERIDOL							
142364	NOVAPUPI CIV							
97449	NOVAPUPI ISOBÁRICA							
264580	NOVAPUPI SV							
2216	PANCURONIO							

PACIENTE: Maria da das Neves
 N° DO FRONTUÁRIO: _____ N° DO ATENDIMENTO: _____
 DATA DA OPERAÇÃO: 6.9.19 ENFERMARIA: _____ LEITO: _____
 OPERADOR: Coelho
 1° AUXILIAR: _____ 2° AUXILIAR: _____
 3° AUXILIAR: _____ INSTRUMENTADOR: _____
 ANESTESISTA: Eugene TIPO DE ANESTESIA: Alumina
 DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: Fim da do cotovelo
 TIPO DE OPERAÇÃO: Rel. cm. Fim da do cotovelo
 DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO: o mesmo
 RELATÓRIO IMEDIATO DA PATOLOGIA: _____
 EXAME RADIOGRÁFICO NO ATO: Rp. 11 unil
 ACHADO DE FANTASIA OPERAÇÃO: MS celer

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

VIA DE ACESSO: ABCA (1) NDA - LIGADULAS - DILATAÇÃO - SUTURA - MAT. EMPREGADO - ASPECTO - VÍCERAS

- ① mta m celer
- ② mta l mnt
- ③ esent de pnt
- ④ peder e huent
- ⑤ fler + mas
- ⑥ fler



HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE EMERGÊNCIA



1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome: MARIA DAS DORES SOARES

Atendimento: 536990

Prontuário: 344435

Data Nasc.: 10/03/1977

Idade: 42

Sexo: FEMININO

Cor: PARDA

Religião:

CPF:

RG: 6364207

CNS: 702809575809764

Endereço: RUA MONSENHOR JOSE BATISTA DAS NEVES

Nº: 26

Bairro: CENTRO

Cidade: CACHOEIRINHA

Estado: PE

CEP: 55380000

Fone: 992367898

Profissão:

Nome da Mãe: MARIA ANTONIA VILELA

Acompanhante:

Motivo do Atendimento: ATT COM MOTOCICLETA

Clinica: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

2 - ATENDIMENTO

Data: 01/09/2019 21:42

Médico: MEDICO PLANTONISTA

Queixa Principal / HDA:

HT vítima de acidente automobilístico, chega a unidade vindo pelo SMOU, consciente, orientado, sem alterações vitais e sem vômitos. Relata não uso de álcool.

PLB: (-)

Exame Físico: (P) vitalidade preservada, PA: FC: FR:

(P) MUC APT SRA. Sem qrt aa, cl/boa extensibilidade traqueal

(P) Pulso cheio, simétrico, normotônico, estável

(P) ECG 15, sem alterações significativas

(P) Abd. macio, não doloroso a palpação, sem sinais

Diag. Provisório:

Politrauma

exame em...

Sil RX (1) Torax AP

(2) Cotovelo 2 faces

HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE

RAIO-X

01/09/19

(3) Pulm. Panorâmica

(4) Bico AP/PA (D)

(5) Antebraço AP/PA (D)

Prescrição:

(1) Oritopeda - 2x/dia

Data

Horário

(1) SFA 9.1 1000 ml (EU) 1x/dia

(2) Dexametazona 2mg + AD (EU) 1x/dia

(3) Limpa de feridas

01/09/19

Paciente internado de guarda para
tratamento de trauma com fratura
do braço direito e fratura de
pulso direito e perna esquerda.
RX - Fratura supracondilária
do braço direito
CP - Internamento para tratamento
cirúrgico

Dr. [Assinatura]



3 - Evolução / Exames

[illegible]

Termo de Responsabilidade de Alta a Pedido

() Paciente	() Familiar
--------------	--------------

Responsabilizo-me pela imediata retirada do paciente desse nosocômio, bem como tenho absoluto conhecimento sobre todas as consequências que esse ato possa acarretar.

Nome: Francisco Leandro da Silva

RG 6565928

Endereço: 1/2 Avenida Roberto de Almeida - 1000 - Tel.: 0800-080000

Date: 05/09/19

Assinature

Autofração de Procedimento

<input type="checkbox"/> Paciente	<input type="checkbox"/> Familiar
-----------------------------------	-----------------------------------

Name _____

RG

Endereço:

Tel:

Procedimento

Signature _____

Diag. Definitivo: Fratura supra-intercondilárea cotovelo (D)

Destino do Paciente

☐ Alta ☐ Cirurgia ☐ Óbito ☐ Evadido-se ☐ Termo de Alta e Pedido

() Transferência: _____

Comitê de Alta

() Curado	() Molhoso	() Inalterado	() Óbito
------------	-------------	----------------	-----------

Date:

Hence,

Introduction

CRM

01/09/2019 21:43:11

1998

Usuário de Atendimento
JGSEFAAS

RELATÓRIO MÉDICO

CLINICA GERAL

CLINICA PLASTICA

CLINICA TORACICA

CLINICA UROLOGICA

CLINICA GYN VIDEO

CLINICA MEDICA

ELETRICIDADE E NUTRICAO

ENDOSCOPIA

ENTROLOGIA

NEFROLOGIA

ORTOPEDIA

OTORRINOLARINGOLOGIA

RAIO X

STENT

TRAUMATOLOGIA

URINA DOIA

ANESTESIA E REANIMAÇÃO

ANESTESIA E REANIMAÇÃO

BIOPSIA E CITOLOGIA

ENDOSCOPIA

INVESTIGACAO GASTROENTEROLOGICA

LABORATORIO CLINICO

UT VIDEO

Maria das Dores Soares
42 A.

Vítima de acidente
caindo do cotove-
lo relesado no
dia. 06.09.2019.

Doença Fratura cominu-
tiva do Ulna do antebraço
com perda de substân-
cia óssea

Melhore sua letra
Uma má interpretação pode trazer prejuízos ao paciente.

Rua Delmiro Gouveia, 441 / Centro / Campina Grande / Paraíba
CEP 58428-016 / Fone: (83) 2102.0101 / www.hat.com.br

14.11.19.

[Handwritten signature]

955126 MARIA DAS DORES SOARES F
06.09.2019
HOSPITAL ANTONIO TARGINO

956129 MARIA DAS DORES SOARES F
06.09.2019
HOSPITAL ANTONIO TARGINO

RELATÓRIO MÉDICO PARA AVALIAÇÃO DE INVALIDEZ PERMANENTE (TOTAL OU PARCIAL)

PRESENCIA DE LESÃO DE PRÓPRIO PUNHO

DATA DO ACIDENTE:

31/9/19

DATA DO INÍCIO DO TRATAMENTO MÉDICO:

31/9/19

NOME COMPLETO DA VÍTIMA:

Maria dos Dores Soares

LESÕES RESULTANTES DO ACIDENTE:

Fratura de ulna e rádio D

DADOS RESUMIDOS DOS TRATAMENTOS REALIZADOS (DATAS):

Tratamento cirúrgico de fratura de
ulna e rádio D - Alta 6/9/19

ALTA MÉDICA?

☒ SIM ☐ NÃO

EXISTE ALGUM DEFETO OU DOENÇA PRÉ-EXISTENTE?
CASO POSITIVO DESCREVER:

☐ SIM ☒ NÃO

COM RELAÇÃO À INVALIDEZ PODE-SE CONCLUIR QUE:

☐ A INVALIDEZ É TEMPORÁRIA, PORTANTO PASSÍVEL DE RECUPERAÇÃO SIGNIFICATIVA OU DE CURA ATRAVÉS DE

☒ A INVALIDEZ É PERMANENTE, OU SEJA, NÃO HÁ POSSIBILIDADE DE RECUPERAÇÃO SIGNIFICATIVA OU DE CURA

GRAU DE INCAPACIDADE FUNCIONAL IRREVERSÍVEL (especificar o segmento ou órgão atingido):

SEGMENTO ANATÔMICO OU ÓRGÃO AFIETADO

- 1º Perda de membro com extensa
- 2º (+ + + 14+) hiperemia apresenta rigidez
- 3º articular com perda de movimentos internos e externos
- 4º Perda de extensão e flexão
- 5º 5% Gravi

QUANDO FOR ACIDENTE OU DOENÇA A VÍTIMA NÃO PRECISA DE

Tratamento

Tratamento

TRATAMENTO MÉDICO OU CIRÚRGICO

Comunicação

23/12/19

DATA

ASSINATURA E CARIMBO

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO TAVARES BUIPIL

0114-26



Maria José de Souza
ASSINATURA DO TITULAR

CONTENDA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

5384207

17-04-1995

DATA DE
EXPIRAÇÃO

REGISTRO
GERAL

CONJUGALIA DAS DORES SOARES

Roberto Soares da Silva
Maria Antonia Vilela

DATA DE ANUASAMENTO

NATURALIDADE
São Bento do Una- PE

10-03-1977

DOUTOR C. Nasc. 31.7.77 - Fls. 79V - Liv. A-43

~~São~~ ~~Soares~~ do Una- PE

[Handwritten signature]

COPIA

UNIVERSIDADE

MINISTÉRIO DA FAZENDA
Secretaria da Receita Federal

CPF - CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS

Nome

MARIA DAS DORES SOARES

Nº de inscrição

024610964-57

Data de Nascimento

10/03/77



Informações sobre o veículo

Placa: PDG-4322

Espécie/ Tipo: PAS / MOTONETA

Marca/ Modelo: HONDA/BIZ 110I

Capacidade/ Potência/ Cilindrada: 2 / 0 / 109

Cor predominante: BRANCA

Chassi: 9C2JC7000HR300792

Combustível: GASOLINA

Ano fabricação/ Ano modelo: 2018/2017

Categoria: PARTIC

Parcelamento/ Cotas: 3 X 0,00

Observações

 **RESTRIÇÕES**

> NADA CONSTA

☐ **VEÍCULO ATENDE A RESOLUÇÃO 372/2011 CONTRAN - PLACAS REFLETIVAS**

 **Consultar débitos**

 **Localizar o documento do veículo**

**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e
Quantificação de Lesões Permanentes em Vitimas do Seguro DPVAT**

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Número do Sinistro: 3200000708
Nome do(a) Examinado(a): Maria das Dores Soares
Endereço do(a) Examinado(a): Rua Pe Neves, 26
Centro Cachoeirinha PE CEP: 55380-000
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SDS / PE] 5384207
Data local do acidente: [01/09/2019]
Data local do exame: [10/01/2020] CARUARU [PE]

Resultado da Avaliação Médica

- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:

FRATURA COMINUTIVA DO ÚMERO DISTAL DIREITO COM PERDA ÓSSEA

- II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.

Tratamento: CIRÚRGICO

Complicações: NDN

Data da Alta: V?TIMA N?O APRESENTOU DOCUMENTOS

- III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado:

RIGIDEZ EM FLEXÃO DO COTOVELO DIREITO

- IV. Nexo de casualidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

☒ (X) Sim ☐ () Não

- V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)

☒ (X) Sim ☐ () Não

- VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:

DANO DO COTOVELO DIREITO

Caso a resposta do item V seja "Não", concluir utilizando apenas as opções no item VII "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item VII "b"

- VII. Segundo o previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

- a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).

☐ () "Vítima em tratamento"

Esta avaliação médica deve ser repetida em dias

☐ () "Sem sequela permanente"

(Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)

- b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

COTOVELO - Lado Direito

% do dano: ☐ () 10% residual ☐ () 25% leve

☐ () 50% médio ☐ () 75% intensa ☒ (X) 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: ☐ () 10% residual ☐ () 25% leve

☐ () 50% médio ☐ () 75% intensa ☐ () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: ☐ () 10% residual ☐ () 25% leve

☐ () 50% médio ☐ () 75% intensa ☐ () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: ☐ () 10% residual ☐ () 25% leve

☐ () 50% médio ☐ () 75% intensa ☐ () 100% completo

- VIII. (*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.

Assinatura d(a)o Médico(a) Examinador(a)

Carimbo com Nome e CRM

Dra. Andrea Rodrigues Madeira

CPF - 846.667.813-15

CRM/PE - 19953


Andrea R. Madeira
CRM-19953

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3200000708

Cidade: Cachoeirinha

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: MARIA DAS DORES SOARES

Data do acidente: 01/09/2019

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA COMINUTIVA DO ÚMERO DISTAL DIREITO COM PERDA ÓSSEA.

Descrição do exame físico: RIGIDEZ EM FLEXÃO DO COTOVELO DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO. ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: DEBILIDADE FUNCIONAL COMPLETA DO COTOVELO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 10/01/2020

Conduta mantida:

Observações: O EXAME FÍSICO DESCRITO DEMONSTROU QUE APÓS A CONSOLIDAÇÃO DAS LESÕES OCORRIDAS NO TRAUMA E O TERMINO DO TRATAMENTO, HÁ UM QUADRO SEQUELAR CARACTERIZADO POR RESTRIÇÃO DOS MOVIMENTOS HABITUAIS DO COTOVELO DIREITO, PORTANTO MANTEMOS A CONDUTA DO MÉDICO EXAMINADOR.

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 cotovelos	25 %	Em grau completo - 100 %	25%	R\$ 3.375,00
Total			25 %	R\$ 3.375,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3200000708

Cidade: Cachoeirinha

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: MARIA DAS DORES SOARES

Data do acidente: 01/09/2019

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA COMINUTIVA DO ÚMERO DISTAL DIREITO COM PERDA ÓSSEA.

Descrição do exame físico: RIGIDEZ EM FLEXÃO DO COTOVELO DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO. ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: DEBILIDADE FUNCIONAL COMPLETA DO COTOVELO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 10/01/2020

Conduta mantida:

Observações: O EXAME FÍSICO DESCRITO DEMONSTROU QUE APÓS A CONSOLIDAÇÃO DAS LESÕES OCORRIDAS NO TRAUMA E O TERMINO DO TRATAMENTO, HÁ UM QUADRO SEQUELAR CARACTERIZADO POR RESTRIÇÃO DOS MOVIMENTOS HABITUAIS DO COTOVELO DIREITO, PORTANTO MANTEMOS A CONDUTA DO MÉDICO EXAMINADOR.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos cotovelos	25 %	Em grau completo - 100 %	25%	R\$ 3.375,00
Total			25 %	R\$ 3.375,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3200000708 **Cidade:** Cachoeirinha **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARIA DAS DORES SOARES **Data do acidente:** 01/09/2019 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 03/01/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DO COTOVELO DIREITO COM PERDA ÓSSEA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE PG. 9,13.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

Observações: @PG.15 SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros superiores	70 %	Em grau médio - 50 %	35%	R\$ 4.725,00
Total			35 %	R\$ 4.725,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3200000708 **Cidade:** Cachoeirinha **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARIA DAS DORES SOARES **Data do acidente:** 01/09/2019 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 03/01/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DO COTOVELO DIREITO COM PERDA ÓSSEA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE PG. 9,13.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

Observações: @PG.15 SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros superiores	70 %	Em grau médio - 50 %	35%	R\$ 4.725,00
Total			35 %	R\$ 4.725,00