

Rio de Janeiro, 03 de Dezembro de 2018

Aos Cuidados de: **ALMIRA DE SOUZA MAGALHAES NETA**

Nº Sinistro: **3180564812**

Vítima: **ALMIRA DE SOUZA MAGALHAES NETA**

Data do Acidente: **19/08/2018**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **ROSANA DE MENEZES SILVA CAVALCANTE**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180564812**.

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 13660990



Rio de Janeiro, 03 de Dezembro de 2018

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3180564812

Vítima: ALMIRA DE SOUZA MAGALHAES NETA

Data do Acidente: 19/08/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ROSANA DE MENEZES SILVA CAVALCANTE

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), ALMIRA DE SOUZA MAGALHAES NETA

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

Comprovação de ato declaratório

Sendo assim, favor entrar em contato com um dos canais relacionados a seguir para as informações necessárias.

Ponto de atendimento, onde o seu pedido do Seguro DPVAT foi entregue, ou site www.seguradoralider.com.br ou Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 13662076



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:
	066.877.794-00	Almira de Souza Magalhães Neta
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012		
Nome completo:	CPF:	
Almira de Souza Magalhães Neta	066.877.794-00	
Profissão:	Endereço:	Número:
Agricultora	Enock Guerra	82
Bairro:	Cidade:	Estado:
Centro	Bitania	PE
E-mail:	CEP:	
	36640-000	
	Tel.(DDD):	
	87-9634-4907	

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

RENDA MENSAL:

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

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)	<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
<input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (341) <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)	Nome do BANCO: _____
AGÊNCIA: 0914 CONTA: 00204960 1	AGÊNCIA: CONTA:
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)	(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.

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima:	<input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (no Civil) <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado judicialmente <input type="checkbox"/> Viúvo	Data do óbito da vítima:
Grau de Parentesco com a vítima:	Vítima deixou companheiro(a): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
Vítima teve filhos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Se tinha filhos, informar quantos:	Vítima deixou nascituro (vai nascer)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Vivos:	Falecidos:	Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> 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.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data: Guaxupé 21-11-2018

Nome: _____

CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Almira de Souza Magalhães Neta

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura: _____

2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura: _____



(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.



EXCELSIOR SEGUROS
30 NOV. 2018
SEGURO DPVAT



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 182ª CIRCUNSCRIÇÃO - BETÂNIA - DP182ªCIRC
DINTER2/21ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **18E0272000244**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **08/11/2018** às **13:07**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia **19/8/2018** às **09:00**

Fato ocorrido no endereço: **AVENIDA JOAO GOMES DE LUCENA, 1** - Bairro: **SAO CRISTOVAO - SERRA TALHADA/PERNAMBUCO/BRASIL** - Ponto de Referência: **EM FRENTE A MP AUTO CORRETORA**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO(A) (AUTOR \ AGENTE)
SILVINA APARECIDA DE LIMA SILVESTRE (OUTRO)
NAPOLEÃO INACIO DE ALBUQUERQUE NETO (TESTEMUNHA)
FRANCISCO SALVIO GONÇALVES PEREIRA (TESTEMUNHA)
ALMIRA DE SOUZA MAGALHAES NETA (VITIMA)



Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Outros motivos) , que estava em posse do(a) Sr(a): DESCONHECIDO(A)
VEICULO: (Outros motivos) , que estava em posse do(a) Sr(a): ALMIRA DE SOUZA MAGALHAES NETA

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

ALMIRA DE SOUZA MAGALHAES NETA (presente ao plantão) - Sexo: Feminino Mãe: MARIVAL GOMES DE SOUZA Pai: AGGEU MAGALHAES Data de Nascimento: 13/4/1989 Naturalidade: CUSTODIA / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 7555941/SDS/PE (RG), 06687779400 (CPF), 04770608100 (CNH) Estado Civil: CASADO(A) Escolaridade: 3°. GRAU INCOMPLETO Profissão: ESTUDANTE Telefones Celulares: - 87999649664

Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE BETANIA, 1, RUA ENOQUE GUERRA, - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - BETANIA/PERNAMBUCO/BRASIL, QUASE EM FRENTE A DELEGACIA DE POLICIA**

NAPOLEÃO INACIO DE ALBUQUERQUE NETO (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: CLEOBULA RAMOS DE ALBUQUERQUE Pai: LEONEL INACIO DE OLIVEIRA Data de Nascimento: 1/7/1970 Naturalidade: SERRA TALHADA / PERNAMBUCO / BRASIL Estado Civil: CASADO(A) Escolaridade: 1°. GRAU COMPLETO Profissão: COMERCIANTE Telefones Celulares: - 87999278179

Endereço Residencial: **RUA ANTONIO INACIO DE MEDEIROS, 2526, BAIRRO IPSEP - CEP: 0 - Bairro: VARZEA - SERRA TALHADA/PERNAMBUCO/BRASIL**

FRANCISCO SALVIO GONÇALVES PEREIRA (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: IZALDITE PEREIRA DA SILVA Pai: JOSE GONÇALVES DA SILVA Data de Nascimento: 11/5/1977 Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL Profissão: AUTONOMO(A) Telefones Celulares: - 879996002530

Endereço Residencial: **RUA MARIA GOMES DE SOUZA, 892 - CEP: 0 - Bairro: JOSE RUFINO ALVES - SERRA TALHADA/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

SILVINA APARECIDA DE LIMA SILVESTRE (não presente ao plantão) - Sexo: **Feminino** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

Endereço Residencial: **RUA EMIDIO NUNES DA SILVA, 100, BAIRRO TANCREDO NEVES - CEP: 0 - Bairro: SAO CRISTOVAO - SERRA TALHADA/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **SILVINA APARECIDA DE LIMA SILVESTRE**, que estava em posse do(a) Sr(a): **ALMIRA DE SOUZA MAGALHAES NETA**

Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 150 FAN MIX ESDI** Objeto apreendido: **Não**

Cor: **VERMELHA** - Quantidade: **01 (UNIDADE)**

Placa: **PCK2921** (PERNAMBUCO/SERRA TALHADA) Renavam: **035188403** Chassi: **9C2KC1680ER039608**

Ano Fabricação/Modelo: **2014/2014** Combustível: **ALCO/GASOL**

AUTOMOVEI (VEICULO), que estava em posse do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO(A)**

Categoria/Marca/Modelo: **AUTOMOVEI/NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**

Cor: **PRATA** - Quantidade: **01 (UNIDADE)**

Complemento / Observação

A VITIMA COMPARECEU A ESTA DELEGACIA PARA NOTICIAR QUE PILOTAVA A REFERIDA MOTOCICLETA SAINDO DA LOJA MP AUTO CORRETORA EM SERRA TALHADA-PE E INGRESSANDO NA VIA LOCAL DA AVENIDA JOÃO GOMES DE LUCENA NO SENTIDO SUBURBIO- CENTRO QUANDO FOI SURPREENDIDA POR UM AUTOMOVEI DE COR PRATA QUE TRANSITAVA PELA RUA CABO JOAQUIM DA MATA E TAMBÉM INGRESSOU NA VIA LOCAL DA AVENIDA JOÃO GOMES DE LUCENA DE FORMA BRUSCA E BEM PROXIMO A CALÇADA DA REFERIDA LOJA; A VITIMA ALEGA QUE PARA NÃO SER ATINGIDA PELO VEICULO, EFETUOU UMA FRENAGEM DE EMERGENCIA QUE RESULTOU NA PERDA DE CONTROLE DA MOTOCICLETA QUE VEIO A DEITAR PARA O LADO ESQUERDO ATINGINDO O PÉ ESQUERDO DA VITIMA; ELA ALEGA QUE NO MOMENTO NÃO PERCEBEU NENHUMA FRATURA PORÉM AO SER SOCORRIDA PELA TESTEMUNHA NAPOLEÃO FOI CONSTATADO, JÁ NO HOSPITAL, UMA FRATURA EM UM DOS DEDOS DO PÉ ESQUERDO; AFIRMA QUE NÃO FOI POSSIVEL IDENTIFICAR O CONDUTOR OU DEMAIS CARACTERISTICAS DO VEICULO CAUSADOR DO ACIDENTE.

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

Almira de Souza Magalhães Neta
ALMIRA DE SOUZA MAGALHAES NETA
(VITIMA)

B.O. registrado por: **FELIPE DE BRITO FERREIRA** - Matrícula: **320334-4**



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (DESpesas de assistência médica e suplementares) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

Nº do sinistro ou ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:
	066.877.794-00	Almira de Souza Magalhães Neta
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012		
Nome completo:	CPF:	
Almira de Souza Magalhães Neta	066.877.794-00	
Profissão:	Endereço:	Número:
Agricultora	600600000	82
Bairro:	Cidade:	Estado:
Centro	Bitania	PE
E-mail:	CEP:	Tel. (DDD):
	56670-000	84-9634-4907

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

RENDAS MENSAL:

- ☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

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

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

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 0914 CONTA: 00204960 1

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima:	<input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (no Civil) <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado judicialmente <input type="checkbox"/> Viúvo	Data do óbito da vítima:
Grau de Parentesco com a vítima:	Vítima deixou companheiro(a): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
Vítima teve filhos?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Se tinha filhos, informar quantos:
	Vivos:	Falecidos:
Vítima deixou nascituro (vai nascer)?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Vítima deixou pais/avós vivos?
	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> 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.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data: Serra Talhada 21-11-2018
 Nome: _____
 CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____
 CPF: _____
 Assinatura: _____
 2ª | Nome: _____
 CPF: _____
 Assinatura: _____



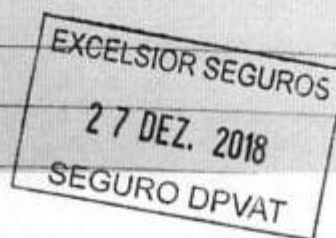
(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.
 NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

Esclarecimento

Eu, Almira, Venho através desta esclarecer, que não sou culpada do medico não ter informado aquilo que de fato aconteceu, que foi queda de moto, agora acontece que não fui socorrida por Bombeiros, Samu e sim por a pessoa de Napoleão o qual me socorreu de imediato, podendo abrir espaço para que vocês venham ou investigue se fui vítima de acidente com moto ou não! Peço a compreensão de todos e aguardo uma resposta, por que estou prejudicada com sequelas

Serra Talhada, 27 de Dezembro de 2018

Almira de Souza Magalhães Neto



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: 08/01/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 675,00

*****TRANSFERIDO PARA:

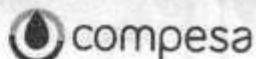
CLIENTE: ALMIRA DE SOUZA MAGALHAES NETA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00914

CONTA: 000000204960-1

Nr. da Autenticação EB6C9315FB838674



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

ATENDIMENTO: RUA DARIO FERRAZ - NUM. - 00319 - CENTRO FLORES
TA PE 56400-000

DADOS DO CLIENTE		MATRÍCULA: 2557827 Out/2018	
MARINALVA GOMES DE SOUZA R ENOCK GUERRA, COMPESA 00082 - CENTRO BETANIA PE 56670-000			
INSCRIÇÃO: 018.810.012.0000.146 GRUPO: 16 DEB. AUTOMATICO: 002557827			
SITUAÇÃO ÁGUA LIGADO	SITUAÇÃO ESGOTO POTENCIAL	RESIDENCIAL 1	QUANTIDADE DE ECONOMIAS COMERCIAL INDUSTRIAL PUBLICA
HIDRÔMETRO A12U159848	DATA LEIT. ANTERIOR 11/10/2018	DATA LEIT. ATUAL 12/11/2018	TIPO DE CONSUMO (A/E) REAL

ÁGUA:
LEIT ANT: 583 CONSUMO: 9
LEIT ATU: 592
LEIT FAT: 592

HISTORICO DE CONSUMO
REFERENCIA CONSUMO

09/2018 18
08/2018 05
07/2018 05
06/2018 07
05/2018 05
04/2018 02
MEDIA: 07

PARAMETROS	NUMERO DE AMOSTRAS		
	EXIG. PORT. MS 2.914/11	ANALISES REALIZ.	ATENDEM A LEGIS
TURBIDEZ	10	10	10
COR APARENTE	10	10	10
CLORO RESIDUAL	10	10	10
COLIF. TOTAIS	10	10	10
E. COLI	10	10	10

Qualidade de Água: www.compesa.com.br
OBS.: (1) COLIFORMES TOTAIS AUSÊNCIA 95% DAS AMOSTRAS EXAMINADAS
(2) OS PARÂMETROS COLIFORMES TOTAIS, ESCHERICHIA COLI E CLORO
RESIDUAL SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES SANITÁRIAS DA ÁGUA
(3) OS PARÂMETROS COR E TURBIDEZ SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES
ASSOCIADAS AO ASPECTO VISUAL DA ÁGUA

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS	CONSUMO	TOTAL (R\$)
ÁGUA		
RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)		
CONSUMO DE ÁGUA	9 M3	41,30
JUROS DE MORA 08/2018		0,08

EXCELSIOR SEGUROS
30 NOV. 2018
SEGURO DPVAT

TRIBUTOS	BASE DE CÁLCULO	PERCENTUAL (%)	VALOR DO IMPOSTO
PIS	41,30	1,65	0,68
COFINS	41,30	7,60	3,14

VENCIMENTO: 25/11/2018

TOTAL A PAGAR: 41,38

MENSAGEM:

5 IDENTIFICAMOS A EXISTÊNCIA DE 1 FATURA(S) PENDENTES, NO
TOTAL DE R\$ 86,28. REGULARIZE SEU DÉBITO E EVITE A NEGA-
TIVACÃO E SUSPENSÃO DO FORNECIMENTO DE ÁGUA.



Terça Social de Energia Elétrica Criada pela Lei 10.438, de 26/04/02
Companhia Energética de Pernambuco
Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife, Pernambuco - CEP 50050-902
ICNPJ 10.835.832/0001-08 | Insc. Est. 0005943-02 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE
MARGARIDA ALVES CAVALCANTE

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
RUA FRANCISCO OLAVO 110

CPF 368 710 364-15

IPSEP/SERRA TALHADA
SERRA TALHADA PE
58912-130

CLASSIFICAÇÃO
B1 RESIDENCIAL
RESIDENCIAL
Monofásico

033326248 UNICA 25/09/2018

25/09/2018 2000136269 3872821

2278076019 09/2018
02/10/2018 25/10/2018
245,82

	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Abvo(MWh)	282,0000000	0,75282800	212,29
Acrescimo Bandeira VERMELHA			20,35
Contrib. Ilum. Pública Municipal			9,68
ICMS Subvenção-CDE-NF 021882133-26/08/16			1,91
ICMS Subvenção-CDE-NF 028728409-26/07/16			1,73
PRO-CRIANÇA(0813412-6660 08/09/031 6969			0,89

TOTAL DA FATURA

245,82

IP DO MEDIDOR	TPO DA FUNÇÃO	DATA	ANTERIOR	ATUAL	IP DE	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (KWH)
3810218219	CA7	27/09/2018	17 361,00	17 645,26	28	1,0000		282,00

	VALOR UN. CALCULO	%	VALOR UN. IMPORTE	CONTRIB. PARA O CONSUMO	VALOR UN. IMPORTE	%
NET 18 262	232,84	25,00	58,16	Contribuição de Iluminação Pública	R\$ 44,88	18,58%
AGO 18 262	232,84	1,00	2,36	Perdas de Energia	R\$ 14,31	5,81%
AL 18 264	232,84	1,26	12,91	Encargos Setoriais	R\$ 11,73	4,78%
JUN 18 260				Tributação	R\$ 71,48	29,72%
MAR 18 276				Total	R\$ 232,84	100%
MAI 18 264						
ABR 18 264						
MAR 18 272						
FEV 18 265						
JAN 18 238						
DEZ 17 346						
NOV 17 362						
OUT 17 262						
SET 17 276						

BOLSA 1747 FIBS 1958 1350 8776 0001 1747

Este documento é uma cópia impressa da fatura eletrônica emitida pela Companhia Energética de Pernambuco. A fatura eletrônica é o documento original e possui validade jurídica. A fatura eletrônica é emitida em nome da Companhia Energética de Pernambuco e não pode ser alterada. A fatura eletrônica é emitida em nome da Companhia Energética de Pernambuco e não pode ser alterada. A fatura eletrônica é emitida em nome da Companhia Energética de Pernambuco e não pode ser alterada.

ATENÇÃO: CELPE INFORMA QUE VOCÊ POSSUI CONTAS EM ATRASO

Contas em atraso e não pagas em 02/10/2018 (verifique o valor devido).

Valor em atraso 02/10/2018 Valor 245,82

Valor em atraso 02/10/2018 Valor 245,82

Valor em atraso 02/10/2018 Valor 245,82

Valor em atraso 02/10/2018 Valor 245,82

Valor em atraso 02/10/2018 Valor 245,82

Valor em atraso 02/10/2018 Valor 245,82

Valor em atraso 02/10/2018 Valor 245,82

Valor em atraso 02/10/2018 Valor 245,82

Valor em atraso 02/10/2018 Valor 245,82

Valor em atraso 02/10/2018 Valor 245,82

Valor em atraso 02/10/2018 Valor 245,82

Valor em atraso 02/10/2018 Valor 245,82

Valor em atraso 02/10/2018 Valor 245,82

Valor em atraso 02/10/2018 Valor 245,82

Valor em atraso 02/10/2018 Valor 245,82

Valor em atraso 02/10/2018 Valor 245,82

Valor em atraso 02/10/2018 Valor 245,82

Valor em atraso 02/10/2018 Valor 245,82

Valor em atraso 02/10/2018 Valor 245,82

Valor em atraso 02/10/2018 Valor 245,82

EXCELSIOR SEGUROS

3 0 NOV. 2018

SEGURO DPVAT

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 nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Rosana de M.S. Cavalcante inscrito (a) no CPF sob o Nº 051.394.744/25, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Almira de Souza Magalhães Weta inscrito (a) no CPF sob o Nº 066.877.794/00, do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Almira de Souza Magalhães Weta, inscrito (a) no CPF sob o Nº 066.877.794/00, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

☒ Declaro Profissão: Agricultora Renda: não informar e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso informar

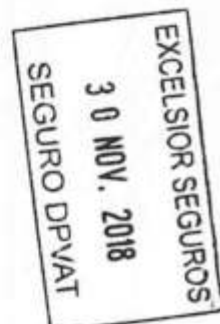
Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço	<u>Francisco Olavo</u>		Número	<u>110</u>	Complemento	<u>Casa</u>
Bairro	<u>IPSEP</u>	Cidade	<u>Seabra Galhadas</u>	Estado	<u>PE</u>	CEP
Email		Telefone comercial(DDD)		Telefone celular (DDD)	<u>56912-130</u>	
					<u>37-9634-4907</u>	

Seabra Galhadas, 21 de 11 de 2018
Local e Data

Rosana de M.S. Cavalcante
Assinatura do Declarante



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Silvina Aparecida de Lima Silvestre,
RG nº 4443224, data de expedição 09/03/2005,
Órgão SDS-PE, portador do CPF nº 051.196.614-83, com
domicílio na cidade de Serra Talhada, no Estado de
Pernambuco, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Amália de Menezes do Nascimento, nº 263,
complemento Casa, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima Almira de Souza Magalhães cujo o condutor era
Almira de Souza Magalhães.

Veículo: Motocicleta
Modelo: Honda / CG 150 FAN ESDI
Ano: 2014
Placa: PCK 2921
Chassi: 9C2KC1680ER039608
Data do Acidente: 13/03/2018
Local e Data: Serra Talhada 13/11/2018

Silvina Aparecida de Lima Silvestre
Assinatura do Declarante



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

Reginaldo Anísio da Silva
Delegado Titular - 2º Of. do Protesto

CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE SERRA TALHADA - PE
Titular: REGINALDO ANÍSIO DA SILVA
Telefone: (87) 38311-924

Reconheço a Firma por Autenticidade de SILVINA APARECIDA
DE LIMA SILVESTRE, Dou Fé, Serra Talhada - PE. Em Teste
() da verdade. () Reginaldo Anísio da Silva -
Titular. () Maria Lúcia de Sousa - Substituta. Emol. -
R\$ 3,39. TSNR - R\$ 0,80. PERC - R\$ 0,10. FSS - R\$ 0,00.
Selo: 0074872.XLE11201801.02578.21/11/2018 16:09:26
Consulte autenticidade em www.tjpe.br/selodigital

EXCELSIOR SEGUROS
30 NOV. 2018
SEGURO DPVAT

BOLETIM DE CLASSIFICAÇÃO DE RISCO E EMERGÊNCIA										Nº: 33	
Data: 19/03/18					Hora: 09:41						
Nome: Amira de Souza Magalhães Neto											
Nome Social:					Profissão: Antecedente						
Nascimento: 13.04.89				Sexo: f		Estado Civil: Casada					
Escolaridade: En media escola					Responsável: a mesma						
Mãe: Municipal de Souza											
Endereço: R. Antônio J. de Jesus 2526											
Bairro: S. Antônio				Município: Juazeiro				Fone: 01.9964.9664			
Cartão SUS: 848.00404688.5292 RG/CPF:											
Raça/Cor:		Branca		Preta		Parda		Amarela		Indígena	
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO				<input type="checkbox"/> VERMELHO		<input type="checkbox"/> AMARELO		<input type="checkbox"/> VERDE		<input type="checkbox"/> AZUL	
Situação/Queixa:											
PA:		Pulso:		HGT:		T:		SpO2:		Peso:	
Glasgow:											
Medicações em uso:											
Intolerâncias/Alergias:											
Fluxograma:						Carimbo e Assinatura:					

ATENDIMENTO MÉDICO

História e Exame Físico:

Prta com dor e edema no tornozelo (E)

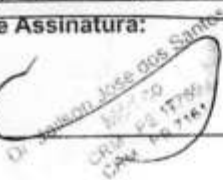
Tratamento:

Rx Po (E)
Rx fongos (E) id
- Bifloxacina 500mg
- 1ml Externo

Hipótese Diagnóstica:

Edema de tornozelo

Carimbo e Assinatura:


Dr. Jackson José dos Santos
CRM: 17785
CNPJ: 06.716.116-1

EXCELSIOR SEGUROS
30 NOV. 2018
SEGURO DPVAT

(81) 9 9927-8149



GOVERNO DO ESTADO
Pernambuco
ANTOS, PAZ E BEM-ESTAR



HOSPAM
HOSPITAL REGIONAL PROFESSOR
AGAMENON MAGALHÃES



BOLETIM DE CLASSIFICAÇÃO DE RISCO E EMERGÊNCIA

Nº: 58

Data: 20.08.18	Hora: 10:10
Nome: Olívia de Souza Magalhães Rita	Profissão: autônoma
Nome Social:	Estado Civil: casada
Nascimento: 13.03.89	Sexo: Fem.
Escolaridade:	Responsável:
Mãe: Haurival Gomes de Souza	
Endereço: Av. Antonio Inacio de Medeiros	
Bairro: S. Cristovão	Município: S. Talhada
Cartão SUS: 898.0040.9688.5292	Fone: 9.9964-9664
RG/CPF:	
Raça/Cor:	Branca
	Preta
	Parda
	Amarela
	Indígena

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

☐ VERMELHO

☐ AMARELO

☐ VERDE

☐ AZUL

Situação/Queixa:

norma P-E (E) HF I DTA
cl. DOR, dorso e lombar

PA:	Pulso:	HGT:	T:	SpO2:	Peso:	Glasgow:
Medicações em uso:						
Intolerâncias/Alergias:						
Fluxograma:				Carimbo e Assinatura:		

ATENDIMENTO MÉDICO

História e Exame Físico:

DOR, dorso P-E (E)

Tratamento:

AO LEV. 50 UTUROS
ANALG.

Hipótese Diagnóstica:

FRAT. 50 UTU (E)

Carimbo e Assinatura:

part. em este de ortopedica
MP



SUS

Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde
Secretaria de Saúde
Pernambuco

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE	2 - CNES
HOSPITAL SÃO VICENTE	2351633
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE	4 - CNES
HOSPITAL SÃO VICENTE	2351633

-Identificação do Paciente

NÚMERO DO DOCUMENTO		NOME ATEND.	
066.877.794-00			
5 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE		6 - SIS PRE NATAL	
898004096885292			
9 - NOME DO PACIENTE		7 - SENHA/REGULAÇÃO	
ALMIRA DE SOUZA MAGALHAES NETA			
10 - DATA DE NASCIMENTO		8 - Nº DO PRONTUÁRIO	
13/04/1989		000083500	
11 - SEXO		12 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL	
Feminino		MARIVAL GOMES DE SOUZA	
DDD 13 - TELEFONE DE CONTATO		14 - ENDEREÇO (RUA Nº BAIRRO)	
(87) 99964-9664		João Gomes de Lucena	
15 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA		16 - COD. IBGE MUNICÍPIO	
SERRA TALHADA		PE	
17 - UF		18 - CEP	
PE		56909-000	

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

[illegible]

PROCEDIMIENTO SOLICITADO

26 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO <i>01 Neo Hecur</i>		31 - COD. DO PROCEDIMENTO <i>0405050462</i>	
28 - CLÍNICA	29 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO	30 - DOCUMENTO <input checked="" type="checkbox"/> X <input type="checkbox"/> CNS <input type="checkbox"/> CPF	31 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE
32 - ASS. E CARIMBO DO SOLICITANTE <i>Antonio Rodrigues de Freitas</i> CRM 7351 CPF 036.552.003-95		33 - DATA DA SOLICITAÇÃO <i>03/09/2018</i>	
34 - ASS. E CARIMBO DO RESPONSÁVEL MÉDICO <i>Mauriciana Pereira Peres</i> CPF: 020.473.994-41 CRM: 18278 Clínica Clínica			

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

35 - []	ACIDENTE DE TRÂNSITO	38 - CNPJ DA SEGURADORA	39 - Nº DO BILHETE	40 - SÉRIE
36 - []	ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO	41 - CNPJ DA EMPRESA	42 - CNAE DA EMPRESA	43 - CBOR
37 - []	ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO			
44 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA				
[]	EMPREGADO	[]	EMPREGADOR	[]
[]	AUTÔNOMO	[]	DESEMPREGADO	[]
[]	APOSENTADO	[]	NÃO SEGURADO	

AUTORIZAÇÃO

45 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO AUTORIZADO		46 - CÓD. ORGÃO EMISSOR		51 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (ABH) <u>261210501111-</u>	
47 - DOCUMENTO		48 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR		MOTIVO DA ALTA: <u>02</u>	
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 </div>		<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 </div>		CARACTER DA INTERNAÇÃO: <u>02</u>	
49 - DATA DA AUTORIZAÇÃO		50 - ASSINATURA E CARIMBO DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR (CONSELHO)			
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> 1 1 </div>		<p>Dr. Perceira Andrade Melo</p> <p>CPF: 153.272.14-15 CRM: 8603</p> <p>Médico Autorizador</p>			
DATA DA INTERNAÇÃO: <u>03.09.18</u>		DATA DA ALTA: <u>05.09.18</u>			

XI/GERES

EXCELSIOR SEGUROS

30 NOV. 2018

SEGURO DPVAT

ESPELHO DA SOLICITAÇÃO

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE:
HOSPITAL REGIONAL PROFESSOR AGAMENON MAGALHAES - S. TALHADA

DATA DA SOLICITAÇÃO:
20/08/2018 18:03

MÉDICO SOLICITANTE:
PEDRO AURELIANO AMADOR DE CARVALHO

ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO):
CRM - 16558

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME DO PACIENTE:
ALMIRA DE SOUSA MAGALHAES

Nº DO PRONTUÁRIO:
480458

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS):

DATA DE NASCIMENTO:
13/03/1989

SEXO:
Feminino

NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL:

M GOMES DE SOUSA

TELEFONE DE CONTATO:

ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO):

AV. ANTONIO INACIO DE MEDEIROS,

MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA:

SERRA TALHADA

COD. IBGE MUNICÍPIO:
2613909

UF:
PE

CEP:

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS:

PACT, COM FRATURA 5 METACARPO ESQUERDO

CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO:

PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADO DE EXAMES REALIZADOS):

RAIO X

DIAGNÓSTICO INICIAL:

FRATURA DO 5 MTC ESQUERDO

CID 10 PRINCIPAL:

CID 10 SECUNDÁRIO:

CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS:

SINAIS VITAIS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO:

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO:

CLÍNICA:

CARÁTER DA INTERNAÇÃO:
URGÊNCIA

DOCUMENTO:
(X)CNS ()CPF

Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE:

EXECUTANTE

NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE:

DATA DE AUTORIZAÇÃO:

TIPO DE LEITO:

ESPECIALIDADE:

MÉDICO AUTORIZADOR:

AUTORIZAÇÃO

NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR:

DATA DA SOLICITAÇÃO:

DOCUMENTO:

(X)CNS ()CPF

Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR:

COD. ÓRGÃO EMISSOR:
8339

ESCLARECIMENTOS

EXCELSIOR SEGUROS
30 NOV. 2018
SEGURO DPVAT

EVOLUÇÃO

Data/Hora	Profissional Evolução
23/08/18 08:21	JOSE ANDRE MELO BARRETO GUIMARAES
Descrição	PACT,INSTAVEL AGUARDANDO VAGA CIRURGICA
Data/Hora	Profissional Evolução
22/08/18 09:35	JOSE ANDRE MELO BARRETO GUIMARAES
Descrição	PACT,INSTAVEL AGUARDANDO VAGA CIRURGICA
Data/Hora	Profissional Evolução
21/08/18 09:15	JOSE ANDRE MELO BARRETO GUIMARAES
Descrição	PACT,INSTAVEL AGUARDANDO VAGA CIRURGICA
Data/Hora	Profissional Evolução
20/08/18 16:44	VERA LUCIA BEZERRA LEITE
Descrição	NO MOMENTO SEM VAGA PARA OFERTAR NA REDE PUBLICA E CONVENIADA
Data/Hora	Profissional Evolução
20/08/18 16:03	PEDRO AURELIANO AMADOR DE CARVALHO
Descrição	Solicitação Leito

TEMPO DE ATENDIMENTO

Data / Hora	Status	Tempo utilizado	Usuário/Estabeleciment	Observação
20/08/18 16:03	Em digitação	0h:1m:33s	ANACS/HOSPITAL REGIONAL PROFESSOR AGAMENON MAGALHAES - S. TALHADA	Solicitação armazenada.
20/08/18 16:05	Aguardando Regulacao	0h:30m:15s	ANACS/HOSPITAL REGIONAL PROFESSOR AGAMENON MAGALHAES - S. TALHADA	Alterada situação da solicitação de EM DIGITAÇÃO para AGUARDANDO REGULAÇÃO.
20/08/18 16:35	Aguardando Regulacao	0h:0m:22s	EULALIA.LAPA/CENTRA L DE REGULAÇÃO HOSPITALAR - SES/PE	Associando profissional regulador: EULALIA.LAPA solicitação: 480458
20/08/18 16:36	Regulado	0h:8m:23s	EULALIA.LAPA/CENTRA L DE REGULAÇÃO HOSPITALAR - SES/PE	Alterada situação da solicitação de AGUARDANDO REGULAÇÃO para REGULADO.
20/08/18 16:44	Aguardando Disponibilidade		VERALEITE/CENTRAL DE REGULAÇÃO HOSPITALAR - SES/PE	Alterada situação da solicitação de REGULADO para AGUARDANDO DISPONIBILIDADE.

DADOS CANCELAMENTO

DADOS ALTA

ASSISTIDO

Data / Hora	Paciente Assistido	Usuário
-------------	--------------------	---------

EXCELSIOR SEGUROS

3 0 NOV. 2018

SEGURO DPVAT



Hospital São Vicente

Data do Atendimento: 03/09/2018		Nº Registro: 000083500	
Identificação do Paciente: ALMIRA DE SOUZA MAGALHAES NETA		305 - TRAUMA FEM. 03	
Data Nascimento: 13/04/1989	Idade: 29	Sexo: Feminino	Cor: Parda
Estado Civil: Casado(a)	Profissão: AGRICULTORA	Naturalidade: SERRA TALHADA	Nacionalidade: Brasileiro
Filiação: Pai: AGGEU MAGALHAES		Mãe: MARIVAL GOMES DE SOUZA	
Endereço: João Gomes de Lucena		3758	
Bairro: São Cristóvão	Cidade: SERRA TALHADA	Estado: PE	Telefone: (87) 99964-9664
ELEMENTOS DA OCORRÊNCIA:			
Acidente de Trânsito [] Acidente de Trabalho [] Outros Acidentes [] Agressão []			
Homicídio [] Casual [] Outros []			
Nome do Acompanhante:		Telefone para Contato:	
Endereço:			
Local da Ocorrência:			
<u>ANAMNESE E EXAME FÍSICO</u> <i>lesões psicológicas M.D.M., depressão e recusa de S.T. e exames, dor e suposto trauma que ocorreu de 12 1</i>			
Diagnóstico Inicial <i>fratura do IV metacarpo M.</i>			
S.A.D.T			
Diagnóstico Final <i>Fratura do V metacarpo</i> (D)			
<div>EXCELSIOR SEGUROS 30 NOV. 2018 SEGURO DPVAT</div>			
CONDIÇÃO DE ALTA		MOTIVO DA ALTA	
Melhorada <input checked="" type="checkbox"/>	Decisão Médica <input checked="" type="checkbox"/>	Data do Internamento: 3, 9, 18	
Inalterado []	Alta a Pedido []	Data da Alta: 05/09/2018	
Piorado []	Transferência []	Local:	
Óbito+48h []	Evasão []	<i>Dr. André Melo B. Guimarães</i> CPF: 325.714.984-00 CRM: 9600	
Óbito-48h []	Indisciplina []	Médico Responsável	
Óbito em: / /			
Hora:			

Cirurgia Realizada:

Nº do Procedimento:

Ortopedia 5º MTE

Data: *04.09.18*

Início:

Término:

Cirurgião: *André*

1º Auxiliar: *Rafael*

2º Auxiliar:

Anestesista: *Silvana*

DESCRIÇÃO CIRÚRGICA

*Sob punção aspirar MTE e
traçar incisão. Incisões
para freio, Redução e fixação
usando o fio KIRSCHNER, Radiolúcido
e Precilux*

Antônio
Antônio Rodrigues de Freitas
CRM 7351
CPF: 056.552.603-28

Assinatura do Cirurgião

EXCELSIOR SEGUROS

30 NOV. 2018

SEGURO DPVAT

9927-5179 - 364 - 9664



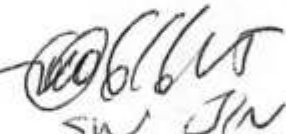
HOSPITAL PROFESSOR AGAMENON MAGALHÃES
Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
Serra Talhada - FUSAM/SUS/F

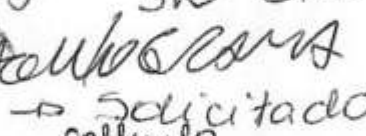
Nome: ANANDA DO LORO M. NOVA

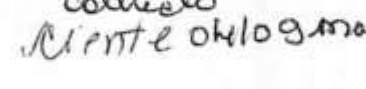
Só HOTT. SAs UTEENTE

Hdx: Trat. JEMTT @

① DIETA UNDE SWD

② ALIMENTA JAO - g  SW JN

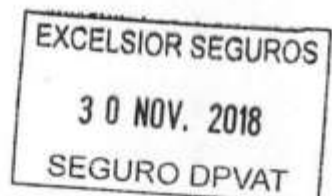
③ Hemograma completo  Solicitado
coletado

④ ESW + CCG  Niente oklogma

Data: 20/8/18



Médico - CRM



REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 MINISTÉRIO DAS CIDADES
 DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO
 CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

NOME
 ALMIRA DE SOUZA MAGALHÃES NETO

DOC. IDENTIDADE/CNPJ EMISSOR/UF
 7559941 SDS PE

CPF
 066.877.794-00

DATA NASCIMENTO
 13/04/1989

FILIAÇÃO
 AGOSTO MAGALHÃES
 MARIVAL GOMES DE SOUZA

PERMISSÃO
 ACC CAT. HNA
 AB

Nº REGISTRO
 04770608100

VALIDADE
 30/07/2019

1ª EMISSÃO
 02/10/2009

OBSERVAÇÕES
 sem observações

ASSINATURA DO TITULAR
 Almir de Souza Magalhães Neto

LOCAL
 SERRA TALHADA - PE

DATA EMISSÃO
 31/07/2014

ASSINATURA DO EMISSOR
 46576872548
 PE061017132

DETRAN - PE (PERNAMBUCO)

DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
 962860351

FIGURADO PLASTIFICAR
 962860351

EXCELSIOR SEGUROS
 30 NOV. 2018
 SEGURO DPVAT

EXCELSIOR SEGUROS
30 NOV. 2018
SEGURO DPVAT

DE: ROSANA MENEZES

RUA: JOCA MAGALHÃES

661 A

CENTRO

SERRA TALHADA - PE

CEP: 56.903.480

PARA: EXCELSIOR SEGUROS (MATRIZ) SETOR DPVAT

AVENIDA: MARQUES DE OLINDA, 175

RECIFE ANTIGO

RECIFE-PE

50.030.000

EXCELSIOR SEGUROS
30 NOV. 2018
SEGURO DPVAT

SEDEX

☐ AR ☐ MP

Correios

PESO (kg) 1,42

DY 30549179 0 BR

FC0028738



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180564812 **Cidade:** Serra Talhada **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ALMIRA DE SOUZA MAGALHAES NETA **Data do acidente:** 19/08/2018 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 03/01/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO 5º METATARSO DO PÉ DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO COM FIO DE KIRSCHNER. ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DE PÉ DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL RESIDUAL DE PÉ DIREITO.

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 pés	50 %	Em grau residual - 10 %	5%	R\$ 675,00
Total			5 %	R\$ 675,00

ESPECIALISTA

Empresa: Líder- Serviços AMD

Grupo: EQ3

Nome: TALITA FONSECA MEDEIROS DA SILVA

CRM: 5290873-8

UF do CRM: RJ

Assinatura:

Talita Fonseca Medeiros

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180564812 **Cidade:** Serra Talhada **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ALMIRA DE SOUZA MAGALHAES NETA **Data do acidente:** 19/08/2018 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 03/01/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO 5º METATARSO DO PÉ DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO COM FIO DE KIRSCHNER E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DE PÉ DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL RESIDUAL DE PÉ DIREITO.

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 pés	50 %	Em grau residual - 10 %	5%	R\$ 675,00
Total			5 %	R\$ 675,00

Procuração

Pelo presente instrumento particular de procuração, o outorgante abaixo qualificado confere ao outorgado, também qualificado, os poderes abaixo transcritos:

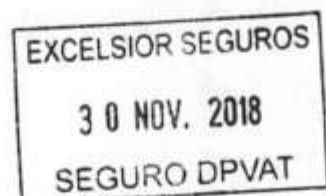
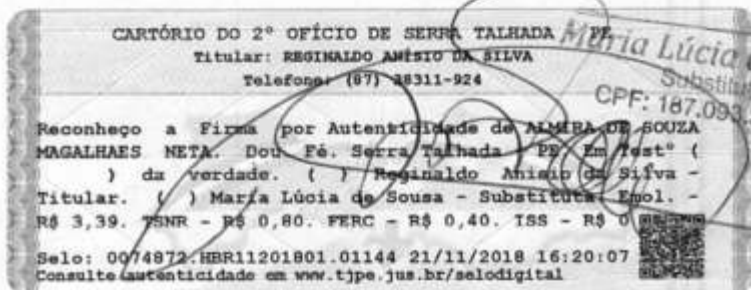
1. Outorgante Almira de Souza Magalhães Neta
portador(a) do documento de identidade nº 7555941, expedido por SDS-PE, em
31/07/2014 inscrito no CPF sob o nº 066.877.794-00, residente na
Jonack Guerra, nº 82
complemento Casa, Bairro Centro, cidade
Betânia, Estado PE.

2. Outorgado Rosana de Menezes Silva Cavalcante
portador(a) do documento de identidade nº 6.870.802, expedido por SDS-PE, em
29/05/2001, inscrito no CPF sob o nº 051.394.744-25, residente na
Rua Francisco Olavo, nº 110
complemento Casa, Bairro IPSEP, cidade
Serra Talhada, Estado PE.

Amplos poderes para praticar todos os atos administrativos e judiciais que se fizerem necessários na movimentação e conclusão dos processos novos e complementares do **Seguro Obrigatório - DPVAT**, e especialmente para preenchimento e assinatura do **FORMULÁRIO DE AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO**.

Serra Talhada 21 de 11 de 2018.

Outorgante X Almira de Souza Magalhães Neta



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0434148/18

Número do Sinistro: 3180564812

Vítima: ALMIRA DE SOUZA MAGALHAES NETA

CPF: 066.877.794-00

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

Data do acidente: 19/08/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: ALMIRA DE SOUZA
MAGALHAES NETA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Comprovação de ato declaratório

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 27/12/2018
Nome: ROSANA DE MENEZES SILVA CAVALCANTE
CPF: 051.394.744-25

ROSANA DE MENEZES SILVA CAVALCANTE

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 27/12/2018
Nome: RAIANNE SILVA BARBOSA
CPF: 102.869.074-61

RAIANNE SILVA BARBOSA