

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 13/06/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.350,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: MARIA APARECIDA SANTOS DA SILVA

BANCO: 001

AGÊNCIA: 00582-7

CONTA: 000010038207-X

Nr. da Autenticação 867FFCABF9EEA4C6

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190266380 **Cidade:** Surubim **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARIA APARECIDA SANTOS DA SILVA **Data do acidente:** 05/04/2018 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER

Diagnóstico: TRAUMA CRANIOENCEFÁLICO - FRATURA DO OCCIPTAL

Descrição do exame físico: PACIENTE LUCIDA E ORIENTADA NO TEMPO E ESPAÇO, SEM DEFICT MOTOR

Resultados terapêuticos: HIPOSMIA SEGUNDO LADUDO MÉDICO RELACIONADO AO TRAUMA

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU RESIDUAL DO LESÕES DE ÓRGÃOS E ESTRUTURAS CRÂNIO-FACIAIS

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 22/04/2019

Conduta mantida:

Observações:

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
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	100 %	Em grau residual - 10 %	10%	R\$ 1.350,00
		Total	10 %	R\$ 1.350,00

Rio de Janeiro, 10 de Abril de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190266380

Vítima: MARIA APARECIDA SANTOS DA SILVA

Data do Acidente: 05/04/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), MARIA APARECIDA SANTOS DA SILVA

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





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a 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 reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. 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.

Rio de Janeiro, 16 de Abril de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190266380 **Vítima: MARIA APARECIDA SANTOS DA SILVA**

Data do Acidente: 05/04/2018 **Cobertura: INVALIDEZ**

Procurador: ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

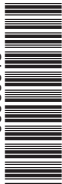
Comunicamos que o pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado e está em análise e o prazo regulamentar de 30 dias foi interrompido para apuração de dados e informações adicionais. Assim que todas as informações forem finalizadas, o prazo voltará a seguir normalmente.

Por favor, aguarde contato e continue acompanhando o seu pedido de indenização através dos canais oficiais da Seguradora Líder DPVAT.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT
Estamos aqui para Você

Pag. 00029/00030 - carta_02 - INVALIDEZ



Carta nº 14196377

Rio de Janeiro, 03 de Maio de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190266380

Vítima: MARIA APARECIDA SANTOS DA SILVA

Data do Acidente: 05/04/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Assunto: NOVA TENTATIVA DE PAGAMENTO

Senhor(a), MARIA APARECIDA SANTOS DA SILVA

Comunicamos que o banco indicado para recebimento do Seguro DPVAT rejeitou o depósito por problemas nos dados informados e, com isso, não foi possível concluir o seu pagamento.

Para nova tentativa de depósito, será necessário o envio de novo formulário de Autorização de Pagamento com os dados bancários atualizados e devidamente assinado.

O formulário está disponível no nosso site e deverá ser entregue na GENTE SEGURADORA S/A, ponto de atendimento onde o pedido do Seguro DPVAT foi feito.

O prazo de 30 (trinta) dias para pagamento do Seguro PVAT foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber o documento solicitado. Caso 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



Rio de Janeiro, 27 de Maio de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190266380

Vítima: MARIA APARECIDA SANTOS DA SILVA

Data do Acidente: 05/04/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Assunto: NOVA TENTATIVA DE PAGAMENTO

Senhor(a), MARIA APARECIDA SANTOS DA SILVA

Comunicamos que o banco indicado para recebimento do Seguro DPVAT rejeitou o depósito por problemas nos dados informados e, com isso, não foi possível concluir o seu pagamento.

Para nova tentativa de depósito, será necessário o envio de novo formulário de Autorização de Pagamento com os dados bancários atualizados e devidamente assinado.

O formulário está disponível no nosso site e deverá ser entregue na GENTE SEGURADORA S/A, ponto de atendimento onde o pedido do Seguro DPVAT foi feito.

O prazo de 30 (trinta) dias para pagamento do Seguro PVAT foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber o documento solicitado. Caso 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



Rio de Janeiro, 20 de Junho de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190266380

Vítima: MARIA APARECIDA SANTOS DA SILVA

Data do Acidente: 05/04/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), MARIA APARECIDA SANTOS DA SILVA

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 1.350,00

Dano Pessoal: Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital 100%

Graduação: Em grau residual 10%

% Invalidez Permanente DPVAT: (10% de 100%) 10,00%

Valor a indenizar: 10,00% x 13.500,00 = R\$ 1.350,00

Recebedor: MARIA APARECIDA SANTOS DA SILVA

Valor: R\$ 1.350,00

Banco: 001

Agência: 000000582-7

Conta: 000010038207-X

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,



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:

☐ DAMS (DESPEAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

☒ INVALIDEZ PERMANENTE

☐ MORTE

Nº do sinistro ou ASL:

CPF da vítima:

Nome completo da vítima:

86283251404

MARIA APARECIDA SANTOS DA SILVA

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

Nome completo:

MARIA APARECIDA SANTOS DA SILVA

CPF:

86283251404

Profissão:

REC. INF

Endereço:

POV. ZAGOA QUEIMADA

Número:

294

Complemento:

CASA

Bairro:

CENTRO

Cidade:

SURUBIM

Estado:

PE

CEP:

55750000

E-mail:

Tel. (DDD):

(81) 97001992

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

RENDA 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: BRASIL

AGÊNCIA:

(Informar o dígito se existir)

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

05827

CONTA:

38207

(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.

DEPARTAMENTO DPVAT
CONTÉUDO NÃO VERIF.
08 ABR 2019

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo

Data do óbito da vítima:

Grau de Parentesco com a vítima:

Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não

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

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não

Se tinha filhos, informar quantos:

Vivos:

Falecidos:

Vítima deixou

nascimento (vai nascer)?

☐ Sim ☐ Não

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.

Impressão
digital da
vítima ou
beneficiário
não obrigatório

Local e Data, SURUBIM PE 04/04/19

Nome:

CPF:

(*) Assinatura de quem assina A RDO

x Maria Aparecida Santos

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome:

CPF:

Assinatura

2ª | Nome:

CPF:

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) 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.

**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

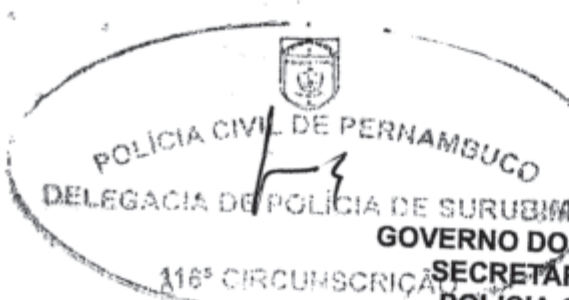
Número do Sinistro: 3190266380
Nome do(a) Examinado(a): Maria Aparecida Santos da Silva
Endereço do(a) Examinado(a): Pov Lagoa Queimada, 294 Surubim PE
Centro Surubim PE CEP: 55750-000
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SSP / PE] 1775906
Data local do acidente: [05/04/2018]
Data local do exame: [22/04/2019] Caruaru [PE]

Resultado da Avaliação Médica

- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:
TRAUMA CRANIOENCEFÁLICO - FRATURA DO OCCIPITAL
- II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.
Tratamento: TRATAMENTO CONSERVADOR COM SUPORTE CLÍNICO
Complicações: HIPOSMIA
Data da Alta: 14/05/2018
- III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado:
PACIENTE LUCIDA E ORIENTADA NO TEMPO E ESPAÇO, SEM DEFICIT MOTOR
- 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:
HIPOSMIA
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 (*).
- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> "Vítima em tratamento"
<i>Esta avaliação médica deve ser repetida em dias</i> | <input type="checkbox"/> "Sem sequela permanente"
<i>(Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)</i> |
|--|--|
- b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.
- | | |
|--|--|
| Região Corporal (Sequela):
LESÕES DE ÓRGÃOS E ESTRUTURAS CRÂNIO-FACIAIS
% do dano: <input checked="" type="checkbox"/> 10% residual <input type="checkbox"/> 25% leve
<input type="checkbox"/> 50% médio <input type="checkbox"/> 75% intensa <input type="checkbox"/> 100% completo | Região Corporal (Sequela):
% do dano: <input type="checkbox"/> 10% residual <input type="checkbox"/> 25% leve
<input type="checkbox"/> 50% médio <input type="checkbox"/> 75% intensa <input type="checkbox"/> 100% completo |
| Região Corporal (Sequela):
% do dano: <input type="checkbox"/> 10% residual <input type="checkbox"/> 25% leve
<input type="checkbox"/> 50% médio <input type="checkbox"/> 75% intensa <input type="checkbox"/> 100% completo | Região Corporal (Sequela):
% do dano: <input type="checkbox"/> 10% residual <input type="checkbox"/> 25% leve
<input type="checkbox"/> 50% médio <input type="checkbox"/> 75% intensa <input type="checkbox"/> 100% completo |
- VIII. (*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.

Assinatura do(a) Médico(a) Examinador(a)
Carimbo com Nome e CRM


Jackson Siqueira Florêncio Júnior
Especialista em Traumatologia
CRM - PE 18.573
TEOT 13921



515626

0120524/19

GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 116ª CIRCUNSCRIÇÃO - SURUBIM - DP116ªCIRC DINTER1/16ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 19E0206000716

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **02/04/2019** às **11:49**

ATROPELAMENTO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia **5/4/2018** às **18:20**

Fato ocorrido no endereço: **RUA OSCAR CAVALCANTE PORTO, 1** - Bairro: **DIOGO** -
SURUBIM/PERNAMBUCO/BRASIL - Ponto de Referência: **PRÓXIMO AO POSTO DE SAÚDE**
Local do Fato: **VIA PÚBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR/AGENTE)
MARIA APARECIDA SANTOS DA SILVA (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

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

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

MARIA APARECIDA SANTOS DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: **Feminino** Mãe: **CELESTE GOMES BARBOSA** Pai: **SEVERINO ADELINO DA SILVA** Data de Nascimento: **1/9/1959** Naturalidade: **SURUBIM / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **1775906/SDS/PE (RG), 86283251404 (CPF)** Estado Civil: **CASADO(A)** Escolaridade: **1º. GRAU INCOMPLETO** Profissão: **APOSENTADO** Telefones Celulares: **- 81991123046**

Endereço Residencial: **RUA OSCAR CAVALCANTE PORTO, 294 - CEP: 55750000 - Bairro: DIOGO - SURUBIM/PERNAMBUCO/BRASIL, PRÓXIMO AO POSTO DE SAÚDE**

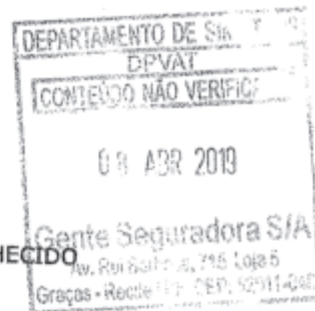
DESCONHECIDO (não presente ao plantão) - Sexo: **Desconhecido** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

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

VEÍCULO (VEÍCULO) de propriedade do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**, que estava em posse do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**
Quantidade: **01 (UNIDADE)**

Complemento / Observação

COMPARECEU NESTA DP A SRA. MARIA APARECIDA SANTOS DA SILVA, NOTICIANDO QUE NO DIA 05/04/2018, POR VOLTA DAS 18:20 HORAS A MESMA FORA ATROPELADA EM FRENTE A SUA RESIDÊNCIA POR UMA MOTOCICLETA DE MARCA, COR, PLACA E MOTORISTA NÃO IDENTIFICADO, QUE APÓS LHE ATROPELAR FUGIU DO LOCAL, ENQUANTO A MESMA FOI SOCORRIDA PARA A UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO (UPA) DESTA CIDADE PELO CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DE PERNAMBUCO - 8º GRUPAMENTO DE BOMBEIROS E EM SEGUIDA DEVIDO A GRAVIDADE DOS FERIMENTOS TRANSFERIDA PARA O HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO NO RECIFE-PE, CONFORME APRESENTOU CERTIDÃO DE OCORRÊNCIA Nº DIV.OP. 010/18-8º GB, DECLARAÇÃO E FICHA DE ATENDIMENTO DA UPA E FICHA DE ESCLARECIMENTO ATENDIMENTO 955661/2018 DO HOSPITAL DA



RESTAURAÇÃO (HR). DIANTE DO FATO REGISTRA-SE PARA EFEITOS LEGAIS.

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

MARIA APARECIDA SANTOS DA SILVA
(VITIMA)

Maria Aparecida Santos da Silva

B.O. registrado por: **JOSÉ ROBERTO DA SILVA** - Matrícula: **119534-4**





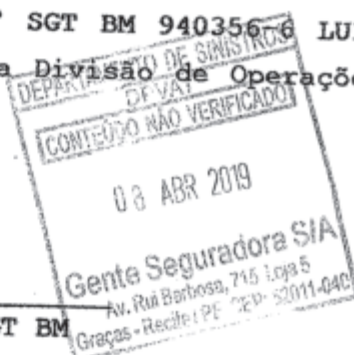
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DE PERNAMBUCO
COInter/1 - 8º Grupamento de Bombeiros

Surubim-PE, 14 de agosto de 2018.

Saulo S. Gusmão
SAULO SILVA GUSMÃO Ten Cel QOC-BM
Comandante

CERTIDÃO DE OCORRÊNCIA n° Div. Op. 010/18-8°GB

O auxiliar administrativo do 8º Grupamento de Bombeiros do Corpo de Bombeiros Militar do Estado de Pernambuco, por solicitação da Srª. MARIA APARECIDA SANTOS DA SILVA, RG 1382560 SSP-PE, Endereço: Rua Oscar Cavalcante Porto 294, Diogo - Surubim - PE, certifica que às 18h40min do dia 05 de abril de 2018, a AR 830 chefiado pelo Sd BM 711009-0 EZEQUIEL, foi deslocada para a Rua Oscar Cavalcante Porto, s/n Bairro do Diogo, Surubim-PE, a fim de atuar em uma ocorrência de atropelamento, onde ao chegarem no local encontraram a vítima, MARIA APARECIDA SANTOS DA SILVA, no solo em decúbito dorsal, consciente com um corte na parte occipital da cabeça, onde realizaram as avaliações primária e secundária, colocaram-na o colar cervical, e a conduziram a UPA DE SURUBIM, deixando-a sob os cuidados médicos do Dr. Karlo Felipe Elias, CRM-24898. Nada mais havendo a certificar do que consta nos registros do relatório básico e de atendimento pré-hospitalar da ocorrência, que se encontra arquivado na Divisão de Operações da 1ªSB do quartel acima citado, segue aposto, com o sinete do 8°GB e assinado por mim, 3° SGT BM 940356-6 LUIZ ÂNGELO DA MOTA SILVEIRA, respondendo como auxiliar da Divisão de Operações do 8°GB.



[Assinatura]
LUIZ ÂNGELO DA MOTA SILVEIRA - 3° SGT BM
Auxiliar Administrativo/8°GB



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

ATENDIMENTO: RUA MARIO ESTANISLAU - NUM. - 00005 - SAO SEBAS
CIDADE: SURUBIM - PE 55750-000

DADOS DO CLIENTE		MATRÍCULA: 24520293		Fev/2019	
MURIA APARECIDA SANTOS DA SILVA					
RUA LAGOA QUEIMADA, N. 00294 - CENTRO SURUBIM PE 55750-000					
INSCRIÇÃO: 145.710.895.2750.000 GRUPO: 4 DEB. AUTOMATICO: 024520293					
SITUAÇÃO ÁGUA L. GABO	SITUAÇÃO ESGOTO POTENCIA	RESIDENCIAL	QUANTIDADE DE ECONOMIAS COMERCIAL INDUSTRIAL	PÚBLICA	
HIDRÔMETRO A13U126868	DATA LEIT. ANTERIOR 24/01/2019	DATA LEIT. ATUAL 23/02/2019	TIPO DE CONSUMO (A/E) REAL		

ÁGUA:
LEIT. ANT.: 136
LEIT. ATU.: 141
LEIT. FAT.: 141

CONSUMO: 5

HISTÓRICO DE CONSUMO
REFERÊNCIA CONSUMO

01.2019 12
12.2018 30
11.2018 07
10.2018 07
09.2018 09
08.2018 10
MEIA: 13

PARAMETROS	NÚMERO DE AMOSTRAS		
	EXIG. PORT. MS 2.914/11	ANÁLISES REALIZ.	ATENDEN A LEGIS
TURBIDEZ	63	63	63
COR APARENTE	63	63	0
CLORO RESIDUAL	63	63	63
COLIF. TOTAIS	63	63	63
E. COLI	63	63	63

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
ASOCIADAS AO ASPECTO VISUAL DA ÁGUA

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS

ÁGUA
RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)
CONSUMO DE ÁGUA

CONSUMO TOTAL(R\$)

51 41,30

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
SENAI
ECONOMIA NÃO VERIFICADO

09 ABR 2019

Gente Seguradora S/A
Av. Rui Barbosa, 715 Loja 5
Graciosa - Recife / PE CEP: 52011-040

IMPRESSO EM: 23-02-2019 07:11:27



- DECLARAÇÃO -

Declaro para os devidos fins e efeitos legais, que a Sra. Maria Aparecida Santos da Silva, 59 anos, filha da Sra. Celeste Gomes Barbosa e do Sr. Severino Adelino da Silva, residente na Rua Oscar Cavalcante Porto, nº 294 - bairro Diogo, nesta Cidade. Solicitou no dia 01/02/2019 cópia do seu prontuário. A referida paciente foi vítima de atropelamento e trazida pelo Corpo de Bombeiros. Atendida nesta Unidade de Pronto Atendimento (UPA 24 horas) Dr. Gentil Augusto de Miranda em Surubim - PE, no dia 05/04/2018, pelo médico plantonista Dr. Karlo Felipe Elias .CRM – 24.898



Surubim, 01 de Fevereiro de 2019.

José Wagner Barbosa de Lima
Coordenador de Enfermagem
Matrícula 10102
Hospital Municipal de Surubim

Ionara Soares de Andrade Silva

Ionara Soares de Andrade Silva
SAME

Atendimento: Bombeiros (Acidente)
Data e Hora: 05/04/18 19/20 Senha da Classificação:

Paciente: M^{te} Aparecida Santos da Silva Sexo: F
Data de Nascimento: 03/09/59 Idade: 58 anos
Nome da Mãe: Leite Gomes Palma Nome do Pai: _____
Estado Civil: _____ RG.: _____ Data Exp.: 1/1 C.P.F.: _____
CRN (Certidão de Registro de Nasc.): _____ Data de Emissão CRN: _____
Endereço: Oscar Cavalcante Porto nº 294 Bairro: 10 de Maio
Cidade/UF: Surubim-PE Usuário Atendimento: bruna silva
Nome do Médico: _____ CRM: _____

RESUMO DE TRATAMENTO

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

Queixa Principal

Paciente traz esposa na UPA trazida pelo Bombeiro
vítima de acidente de trânsito, chega com laceração
no crânio e com fratura.

Exame físico

ECG, Orientação, consciência, expirada.

Hipótese Diagnóstica

Conduta Terapêutica

Prescrição médica

Destino:

- () Encaminhamento ao Ambulatório
() Residência
() Transferido

Para: _____

Senha: _____

Dr. Karlo Felipe Elias
Médico
CRM-PE 24898

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO

FICHA DE ESCLARECIMENTO

ATENDIMENTO: 955661/2018.

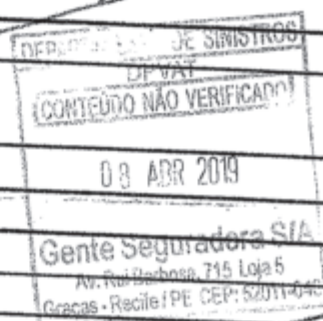
NOME: MARIA APARECIDA SANTOS DA SILVA.

Foi atendido às 02h16 do dia 06.04.2018.

Diagnóstico provável: TCE - Fratura occipital (S)
+ HEDA laminar (Hipoplastia)

Tratamento realizado:

TAC de crânio / TAC de face
Rx do trauma
TAC de crânio - controle
Trat. conservador
Suporte clínico



Obs. Alta em 09.04.2018

As informações contidas neste documento foram transcritas, na íntegra, do Prontuário Médico, não do Médico Assistente e sim do serviço Arquivo Médico e Estatístico.

Cópia de Prontuário Médico em 14.05.2018

[Assinatura]

SES - Hospital da Restauração
Dr. Franklin Serra
Médico do SAME
CRM: 7874

Atenção: Este documento destina-se a comprovação de atendimento hospitalar ou ambulatorial para: INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO, CONTINUIDADE DO TRATAMENTO AMBULATORIAL.
Av. Agamenon Magalhães, S/N - Derby - Recife - PE CEP 52.010-040
Fones: 31815451/31815572

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO

SERVIÇO DE NEUROTRAUMATOLOGIA - FICHA DE ESCLARECIMENTO

Atendimento nº: 162 8942

Nome: Nome Aparecido Santos Silva

Foi atendido às 2 h do dia 06/04/18

Diagnóstico Provável Lesão lombar (D7/D6/L18)

Cia 10 (8069) data da alta 1 Alta

Este paciente deverá retornar para EMERGÊNCIA em caso de :
CEFALEIA (dor de cabeça que não alivia)
VÔMITOS
PARALISIAS (que aparecem após a alta)
ANISOCORIA (MENINA DOS OLHOS MAIOR DO QUE A OUTRA)
CONVULSÃO
OBS : Analgésicos que podem ser utilizados desde que não haja
Alergia (NOVALGINA, ANADOR, TYLENOL) Cic L

Voltar ao ambulatório de NEUROCIRURGIA

Observação: Em 15 dias

Regresso 15 dias

ATENÇÃO : Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar ou ambulatorial para INSS, Empresas, Escolas, Ministério do Trabalho, Continuidade do tratamento ambulatorial, segundo a recomendação, Nº 04 / 2002 do Ministério Público do Estado de Pernambuco.

Cod. 0163



HOSPITAL DA RESTAURACAO
Central de Agendamento Ambulatorial
COMPROVANTE DE AGENDAMENTO

Informações do Atendimento

Consulta.....: 30/05/2018 6:00 Hr
Serviço.....: NEUROCIRURGIA ADULTO
Médico.....: 9988 - CLAUDIONOR NOGUEIRA COSTA SEGUNDO
Agenda.....: 40505

Informações do Paciente

Paciente.....: 1628947
Nome.....: MARIA APARECIDA SANTOS DA SILVA SIC
Sexo.....: FEMININO
Fone.....: Residencial: (81) - 995403820 / Celular: () -
Endereço.....: RUA OSCAR CAVALCANTE COUTO, 294 - LERIO DE CIMA - SURUBIM - PE - Cep: 557E
Cidade.....: SURUBIM

Same.....:

Nasc.....: 01/09/1959

Agendado por: THARCYZOLAS



HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO
Central de Agendamento Ambulatorial
COMPROVANTE DE AGENDAMENTO



Informações de Atendimento

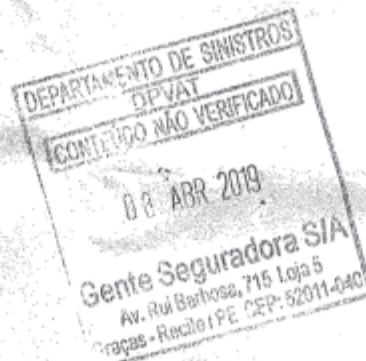
Consulta.....: 09/05/2018 6:00 Hr
Serviço.....: NEUROCIRURGIA ADULTO
Médico.....: 9988 - CLAUDIONOR NOGUEIRA COSTA SEGUNDO
Agenda.....: 40510

Informações do Paciente

Paciente.....: 1628947
Nome.....: MARIA APARECIDA SANTOS DA SILVA SIC
Sexo.....: FEMININO
Fone.....: Residencial: (81) - 995403820 / Celular: ()
Endereço.....: RUA OSCAR CAVALCANTE COUTO, 294 - LERIO DE CIMA - SURUBIM - PE - Cep: 5575
Cidade.....: SURUBIM
Same.....: 9
Nasc.....: 01/09/1959
Agendado por: THARCYZOLAS

Referência 013

D^r Claudionor Segundo
Médico
CRM-PE 24294



UNIDADE PERNAMBUCANA DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA - UPAE
DR. JOSÉ NIVALDO BARBOSA DE SOUZA

PRONTUÁRIO: 82549

NOME: MARIA APARECIDA SANTOS DA SILVA

DATA: 27/02/2019

FICHA DE CONTRA REFERÊNCIA - FICOR

Da UPAE Limoeiro para a Atenção Básica Municipal (PSF ou UBS).

Especialidade: ORL

Diagnóstico do Paciente: DISTÚRBIOS DO OLFATO

CID-10: R43 DISTÚRBIOS DO OLFATO E DO PALADAR

Conduta Terapêutica: NEUROLOGIA

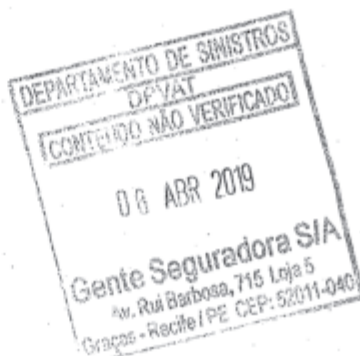
Sugestões:

Se caso necessitar de retorno, o paciente retornará de acordo com o fluxo da central de Regulação do município de origem.

Data: 27/02/2019

Dra. KALINE RABELO BORBA CARVALHO
CRM: 14343

Kaline Borba
CRM: 14343



Documento assinado digitalmente por: Dra. KALINE RABELO BORBA CARVALHO, CRM: 14343
Certificado Digital de número: bf25a4e2c957f8d063e557f2829223e9, Data e Hora da validação: 27/02/2019
11:03:36

MARG. PE-90 S/N, Fazenda Livramento, Limoeiro-PE - CEP: 55700-000
Telefones: (81) 3628-8041 / 8042 / 8043 (Consultas) // (81) 3628-8045 / 8046 (Exames)
apamisurubim.org.br/upaelimoeiro

DADOS DO CLIENTE

ADRIANA MARIA MOURA DE A FERNANDES

SUBSIDIÁRIO DA UNIDADE CONHECIDA
RUA JOAO BATISTA 370

CPF: 945.234.444-04

BI RESIDENCIAL

RESIDENCIAL

CENTRO SUBURBANO
SUBURBIO PE
56750-000

03/03/2018

09/03/2018

04/04/2018

03/2019

04/04/2019

148-57

1508/2019

1508/2019

1508/2019

1508/2019

1508/2019

1508/2019

1508/2019

1508/2019

1508/2019

1508/2019

1508/2019

1508/2019

1508/2019

1508/2019

1508/2019

1508/2019

1508/2019

1508/2019

1508/2019

0002/2018

2011/08/08

375308

DESCRICO DA NOTA FISCAL

QUANTIDADE

PREÇO UN

VALOR UN

186.000000

0.75260294

139.42

21.18

0.87

Consumo Anual (MWh)

Centr. Lum. Publica Municipal

ICMS Substituido CDE-UF PE 1591017-10/12/18

186.000000

0.75260294

139.42

21.18

0.87

TOTAL DA FATURA

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO REGISTRO A FISCAL

148-57

1508/2019

1508/2019

1508/2019

1508/2019

1508/2019

1508/2019

1508/2019

1508/2019

1508/2019

1508/2019

1508/2019

1508/2019

1508/2019

1508/2019

1508/2019

1508/2019

1508/2019

1508/2019

1508/2019

1508/2019

1508/2019

1508/2019

1508/2019

1508/2019

1508/2019

1508/2019

1508/2019

Nº DO

TIPO DA

ANTERIOR

DATA

LEITURA

DATA

ATUAL

LEITURA

Nº DE

CONSTANTE

ADJUSTE

CONSUMO (MWh)

186.00

25.335.25

25

1.0000

186.00

25.335.25

25

1.0000

186.00

25.335.25

25

1.0000

186.00

25.335.25

25

1.0000

186.00

25.335.25

Informações

de

consumo

de

energia

elétrica

em

Watt

por

hora

de

consumo

de

energia

elétrica

em

Watt

por

hora

de

consumo

de

energia

elétrica

em

Watt

por

hora

de

consumo

Informações

de

consumo

de

energia

elétrica

em

Watt

por

hora

de

consumo

de

energia

elétrica

em

Watt

por

hora

de

consumo

de

energia

elétrica

em

Watt

por

hora

de

consumo

Informações

de

consumo

de

energia

elétrica

em

Watt

por

hora

de

consumo

de

energia

elétrica

em

Watt

por

hora

de

consumo

de

energia

elétrica

em

Watt

por

hora

de

consumo

Informações

de

consumo

de

energia

elétrica

em

Watt

por

hora

de

consumo

de

energia

elétrica

em

Watt

por

hora

de

consumo

de

energia

elétrica

em

Watt

por

hora

de

consumo

Informações

de

consumo

de

energia

elétrica

em

Watt

por

hora

de

consumo

de

energia

elétrica

em

Watt

por

hora

de

consumo

de

energia

elétrica

em

Watt

por

hora

de

consumo

Informações

de

consumo

de

energia

elétrica

em

Watt

por

hora

de

consumo

de

energia

elétrica

em

Watt

por

hora

de

consumo

de

energia

elétrica

em

Watt

por

hora

de

consumo

DEPARTAMENTO
DP
CONTÉUDO NAC
08 ABR 2019

Seguradora
Rua Barbosa, 715 Loja
Recife PE CEP: 52011-000

PROIBIDO PLASTIFICAR
1421884961

VÁLIDA EM TODO
O TERRITÓRIO NACIONAL
1421884961

LOCAL
SUBURBIO - PE
DATA EMISSÃO
10/04/2017
5386755000
PERNAMBUCO

Adriana Maria Moura de A. Fernandes
ASSINATURA DO CONTRIBUÍVEL
5386755000
PERNAMBUCO

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190266380 **Cidade:** Surubim **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARIA APARECIDA SANTOS DA SILVA **Data do acidente:** 05/04/2018 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 16/04/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: TRAUMATISMO CRANIANO COM FRATURA OCCIPITAL A DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: @PG.7 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
Lesões neurológicas que cursem com comprometimento de função vital ou autonômica	100 %	Complemento por reanálise - 0 %	0%	R\$ 0,00
Total			0 %	R\$ 0,00

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE

NOME: MARIA APARECIDA SANTOS DA SILVA
NACIONALIDADE: BRASILEIRA
PROFISSÃO: RECUSO INFORMAR
IDENTIDADE: 1.775.906 SDS/PE - CPF: 862.832.514-04
DATA DO ACIDENTE: 05/04/2018
COBERTURA: INVALIDEZ
VÍTIMA: MARIA APARECIDA SANTOS DA SILVA
ENDEREÇO: POV. LAGOA QUEIMADA, 294, CENTRO, SURUBIM-PE

OUTORGADO

NOME- ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES
NACIONALIDADE- BRASILEIRA
PROFISSÃO- RECUSO INFORMAR
IDENTIDADE- 4.810.389 SSP/PE CPF: 945.234.444-04
ENDEREÇO- RUA JOÃO BATISTA, Nº 370, CENTRO, SURUBIM-PE.

PELO PRESENTE INSTRUMENTO PARTICULAR DE PROCURAÇÃO, NOMEIO E CONSTITUO MEU BASTANTE PROCURADOR E OUTORGADO, ACIMA QUALIFICADO, A QUEM CONFIO PODERES PARA REPRESENTAR-ME PERANTE AS SEGURADORAS QUE CONSTUI O CONSÓRCIO DE SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT.

SURUBIM- PE 31 JANEIRO 2019



Maria Aparecida Santos da Silva

ASSINATURA DO OUTORGANTE

(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)

