



Número: **0020624-38.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção B da 2ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **28/04/2020**

Valor da causa: **R\$ 10.125,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
MARIA LUCIA SOUZA DE SIQUEIRA (AUTOR)	PAULO ANTONIO COELHO CASTOR (ADVOGADO)
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (REU)	
ARUANA SEGUROS S.A. (REU)	

Documentos

Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
66959 698	26/08/2020 09:35	<u>ANEXO 1</u>	Outros (Documento)

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

DADOS DO SINISTRO

Número: 3170360350 **Cidade:** Olinda
Vítima: MARIA LUCIA SOUZA DE SIQUEIRA **Data do acidente:** 03/02/2017
Natureza: Invalidez Permanente
Seguradora: CAPEMISA SEGURADORA
DE VIDA E PREV. S/A

PARECER

Diagnóstico: Fratura fechada distal da tibia direita.

Descrição do exame Ao exame físico, vítima apresenta edema residual na perna direita. Marcha claudicante com discreto encurtamento do
médico pericial: membro inferior direito.

Resultados terapêuticos: Tratamento cirúrgico com colocação de placa e parafusos. Realizou fisioterapia.

Sequelas permanentes: Limitação funcional do membro inferior direito

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 25/07/2017

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: Antonio Henrique Moreira

CRM do médico: 2445

UF do CRM do médico: PE

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
		Total	17,5 %	R\$ 2.362,50

PRESTADOR

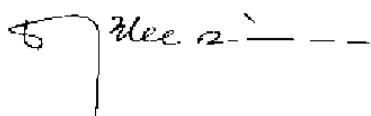
ACE GESTÃO DE SAÚDE LTDA

Médico revisor: OTELO CORRÊA DOS SANTOS FILHO

CRM do médico: 52.18145-0

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



Rio de Janeiro, 06 de Julho de 2017

Carta nº: 11260638

A/C: MARIA LUCIA SOUZA DE SIQUEIRA

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170360350 ASL-0248367/17
Vitima: MARIA LUCIA SOUZA DE SIQUEIRA
Data Acidente: 03/02/2017
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: LUZIMAR DA SILVA OLIVEIRA

Ref.: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

Recebemos em **28/06/2017** a documentação relativa ao acidente ocorrido em **03/02/2017**. Realizada a análise preliminar, constatamos a necessidade de regularização ou complementação da documentação e/ou informações, conforme descrevemos a seguir:

- DUT não conclusivo

Pag. 01907/01908 - carta_03



Esclarecemos que o prazo de regulação do processo aberto encontra-se interrompido e se reiniciará a partir do recebimento da documentação acima indicada, juntamente com cópia da presente correspondência, na **SEGURADORA LÍDER DPVAT - REGULAÇÃO** onde o aviso de sinistro foi registrado.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito, o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental.

NÃO PERCA TEMPO!

PROVIDENCIE A DOCUMENTAÇÃO PARA COMPROVAR SEU DIREITO À INDENIZAÇÃO DPVAT;

Em caso de dúvida, entre em contato conosco pelo SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 06 de Julho de 2017

Carta nº: 11260895

A/C: MARIA LUCIA SOUZA DE SIQUEIRA

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170360350 ASL-0248367/17

Vitima: MARIA LUCIA SOUZA DE SIQUEIRA
Data Acidente: 03/02/2017
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: LUZIMAR DA SILVA OLIVEIRA

Ref.: AVISO DE SINISTRO

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que consta em nossos registros, a abertura do pedido de indenização.

Para acompanhar o seu processo, acesse o site www.seguradoralider.com.br, ou ligue para a SAC DPVAT 0800 022 12 04.

Para fazer a consulta, tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário. Ao digitar qualquer um desses números no site www.seguradoralider.com.br, não utilize barras, pontos ou traços.

Outras informações importantes sobre o seu pedido de indenização:

- O prazo para recebimento da indenização é de até 30 dias. Durante a análise do seu pedido, podem ser solicitados documentos ou informações complementares.
- Quando isso ocorre, o prazo de 30 dias é interrompido e se reinicia a partir da apresentação dos documentos ou das informações complementares.
- O Valor da garantia é de R\$ 13.500,00 para a Natureza Morte, até R\$ 2.700,00 para reembolso de despesas médicas para a Natureza DAMS, e, para Natureza de Invalidez, é proporcionalmente ao grau da lesão sofrida e, na forma da lei, pode alcançar o limite máximo de R\$ 13.500,00.

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do inicio ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Solicitamos que os documentos sejam encaminhados à SEGURADORA LIDER DPVAT - REGULAÇÃO onde o sinistro foi cadastrado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 18 de Julho de 2017

Carta nº: 11327055

A/C: MARIA LUCIA SOUZA DE SIQUEIRA

Sinistro: 3170360350 ASL-0248367/17
Vítima: MARIA LUCIA SOUZA DE SIQUEIRA
Data Acidente: 03/02/2017
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: LUZIMAR DA SILVA OLIVEIRA

Ref.: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Prezado(a) Senhor(a),

Em relação sinistro acima referenciado, comunicamos que após análise da documentação apresentada, foi detectada a necessidade de informações complementares, razão pela qual está sendo interrompido o prazo regulamentar para o pagamento da indenização.

Pedimos aguardar novo pronunciamento o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as averiguações cabíveis.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br.

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do inicio ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 09 de Agosto de 2017

Carta nº: 11449161

A/C: MARIA LUCIA SOUZA DE SIQUEIRA

Sinistro: 3170360350 ASL-0248367/17
Vítima: MARIA LUCIA SOUZA DE SIQUEIRA
Data Acidente: 03/02/2017
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: LUZIMAR DA SILVA OLIVEIRA

Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO, COM MEMÓRIA DE CÁLCULO DE INVALIDEZ

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que estamos disponibilizando o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT cujo o valor e os dados disponibilizamos a seguir:

Creditado: MARIA LUCIA SOUZA DE SIQUEIRA

Valor: R\$ 2.362,50

Banco: 104

Agência: 000000917

Conta: 0000045651-6

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	2.362,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros inferiores 70%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

Valor a indenizar: $17,50\% \times 13.500,00 =$ R\$ 2.362,50

NOTA: O percentual indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, sendo este aplicável sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 31 de Agosto de 2017

Carta nº: 11576060

A/C: MARIA LUCIA SOUZA DE SIQUEIRA

Sinistro: 3170360350 ASL-0248367/17
Vítima: MARIA LUCIA SOUZA DE SIQUEIRA
Data Acidente: 03/02/2017
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: LUZIMAR DA SILVA OLIVEIRA

Ref.: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Prezado(a) Senhor(a),

Em relação sinistro acima referenciado, comunicamos que após análise da documentação apresentada, foi detectada a necessidade de informações complementares, razão pela qual está sendo interrompido o prazo regulamentar para o pagamento da indenização.

Pedimos aguardar novo pronunciamento o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as averiguações cabíveis.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br.

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do inicio ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 15 de Setembro de 2017

Carta nº: 11655229

A/C: MARIA LUCIA SOUZA DE SIQUEIRA

Sinistro: 3170360350 ASL-0248367/17
Vítima: MARIA LUCIA SOUZA DE SIQUEIRA
Data Acidente: 03/02/2017
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: LUZIMAR DA SILVA OLIVEIRA

Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO, COM MEMÓRIA DE CÁLCULO DE INVALIDEZ

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que estamos disponibilizando o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT cujo o valor e os dados disponibilizamos a seguir:

Creditado: MARIA LUCIA SOUZA DE SIQUEIRA

Valor: R\$ 2.362,50

Banco: 104

Agência: 000000917

Conta: 0000045651-6

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	2.362,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros inferiores 70%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 = R\$ 2.362,50

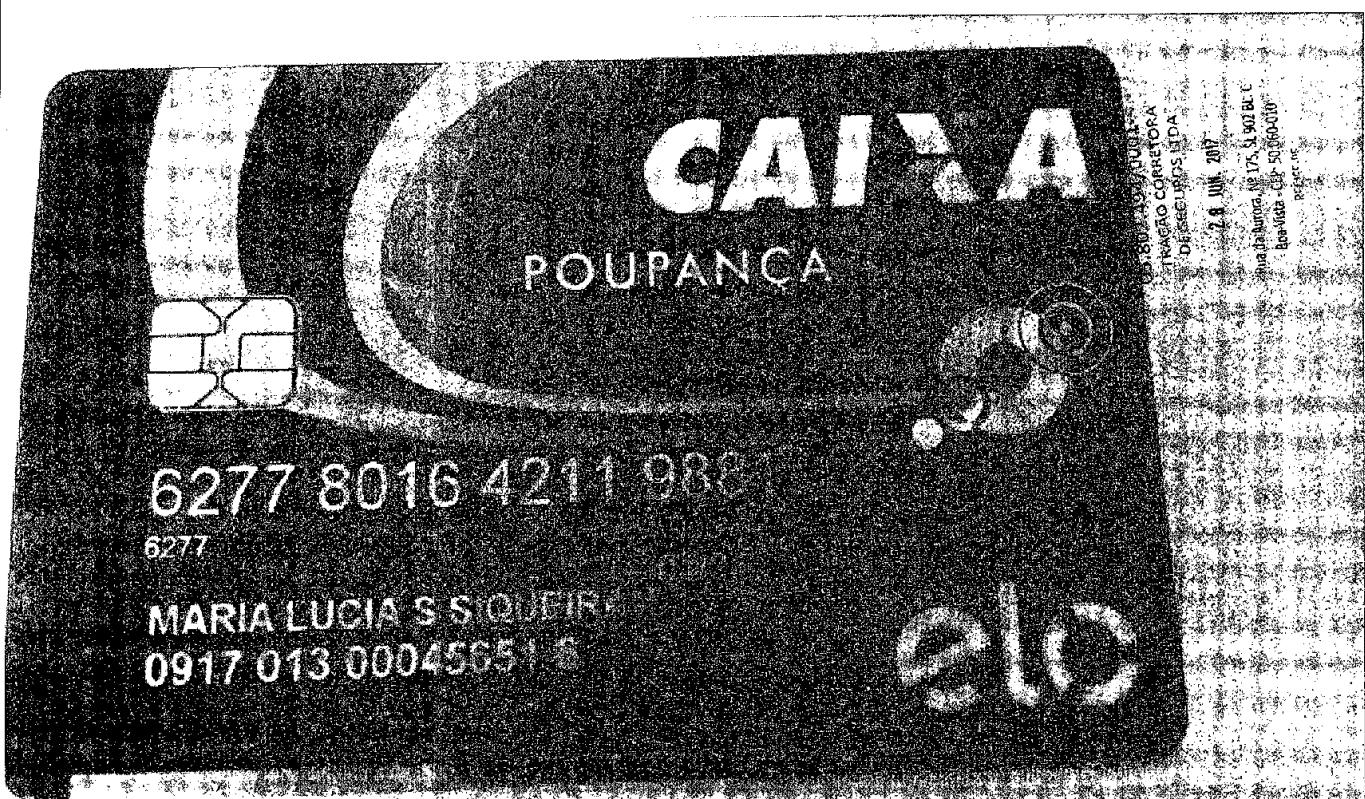
NOTA: O percentual indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, sendo este aplicável sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



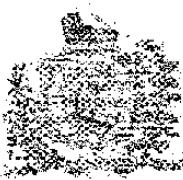


Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 26/08/2020 09:35:17
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20082609351737600000065686678>
Número do documento: 20082609351737600000065686678

Num. 66959698 - Pág. 9

2 de 2

PROJETO 19-00



Boletim de Ocorrência



-0001-

GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 024ª CIRCUISCRICAO - VARADOURO -
DP24ªCIRC DIR/7ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N.º 1780114002791

Ocorrência registrada neste unidade policial no dia 29/03/2017 às 14:02

OUTRAS OCORRÊNCIAS DE TRÂNSITO - Boleto (Carro usado que aconteceu no dia 3/2/2017 às 14:26

Fato ocorrido no endereço: RUA ESTERELA, 1 - Bairro: FRAGOSO -
 OLINDA/PERNAMBUCO/BRASIL
 Local de fato: via pública

Pessoas envolvida(s) no ocorrido:
 pessoa(s) (autor/a/agentes):
 MARIA LUCIA SOUZA DE SOUZA (víctima)

objeto(s) envolvido(s) no ocorrido:
 VEÍCULO (modo de circulação): , que estava em posse de(s):
 MARIA LUCIA SOUZA DE SOUZA

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

MARIA LUCIA SOUZA DE SOUZA (presente no plantão) - Sexo: Feminino e Nasc.
 LIDIA ALVES DE SOUZA Duarte (presente no plantão). Naturalidade: MÃE
 Informado / PERNAMBUCO / BRASIL
 Endereço Residencial: RUA SARA NEGRA, 274 - Bairro: FRAGOSO -
 OLINDA/PERNAMBUCO/BRASIL

dezenas de(s) (não presente no plantão) - Sexo: Feminino e Naturalidade: NÃO
 informado / PERNAMBUCO / BRASIL

05.802.494/0001-41
 TRAÇÃO CORRETORA
 DE SEGUROS LTDA

Qualificação da(s) objeto(s) envolvido(s)

BRASILIA PRO 6700 (VEÍCULO) de propriedade de(s): MARIA LUCIA SOUZA DE SOUZA, que estava em posse de(s): MARIA LUCIA SOUZA DE SOUZA
 Categoria/Modelo: MOTONETADAS INFORMADO-NÃO INFORMADO
 Rua da Aurora, N° 175, SL 902 BL. C
 520
 Cor: VERMELHA - Qualidade: (UNIDADE NÃO INFORMADA)
 Boa Vista - CEP: 50.060-010
 RECIFE-PE

Complemento / Observação



卷之三

10

www.Educazione-Cittadina.org/online/WHO-UNESCO-project.html

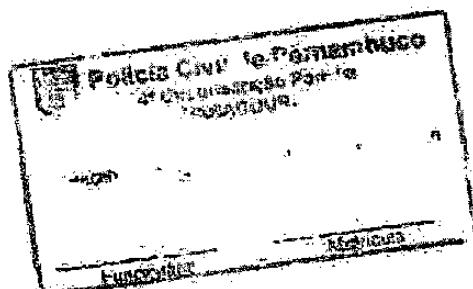
Salón de Obras 2003

INFORMA QUE VIU NA GUANCOO O VEICULO CHIQUERAT NA VIA CITADA, QUANDO PASSANDO NUMA LEMBADA DAU NUM IMPASSO, E SEGRAPARAO O CAMINHO CHAO. INFORMA QUE FOI SOBRECORRIDA POR UMA POPULARIA E LEVADO PARA UPA DO CERCA. INFORMA QUE TEVE FERIMENTOS NO PERNAS DIREITA, CONFORTOU COLETIVO CEDOCO.

Assinatura da(s) pessoa(s) presente(n) neste local

Lúcia Siqueira
MARIA LÚCIA SOUZA DE SIQUEIRA
(VITIMA)

é o registrado por: ZÉSARIA RIBEIRO DA SILVA - Matrícula: 2311227



05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

28 JUN. 2017

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFF-PE



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 26/08/2020 09:35:17
<https://pje.tje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2008260935173760000065686678>
Número do documento: 2008260935173760000065686678

Num. 66959698 - Pág. 11

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML



Eu, Antônio Lúcio Souza de Oliveira, portador da carteira de identidade nº 1961994 e inscrito no CPF/MF sob o nº 222.193.604-10, residente e domiciliado na Rua Olávio Neto, 21, Cidade Olívia, Estado PR, declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal - IML para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- () Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou
- () O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- () O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido.

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento a análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Unimed DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de impugnação, caso discorde do seu conteúdo.

Antônio Lúcio Souza de Oliveira

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

Olívia 23-03-17

05.802.494/0001-41

Local da data:

TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

26 JUN. 2017

Rua da Aurora, nº 175, SL 902 BL C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
PR/ME/PF



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: 02/08/2017

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: MARIA LUCIA SOUZA DE SIQUEIRA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00917

CONTA: 000000045651 6

Nr. da Autenticação D2F9B50142E32946



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 26/08/2020 09:35:17
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20082609351737600000065686678>
Número do documento: 20082609351737600000065686678

Num. 66959698 - Pág. 13

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: 11/09/2017

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: MARIA LUCIA SOUZA DE SIQUEIRA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00917

CONTA: 000000045651 6

Nr. da Autenticação 55E422F1901185A3



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 26/08/2020 09:35:17
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20082609351737600000065686678>
Número do documento: 20082609351737600000065686678

Num. 66959698 - Pág. 14

UPA/24 HORAS - OLINDA

Protocolo de Classificação da Fisca - Protocolo

Data e hora realizada da consulta: 03/02/2017 12:43

PROTÓCOLO CLASSE/FICHA DE CLASSIFICAÇÃO

	Nome Paciente: MARIA LUCIA SOLZA DE SICILIANA
	Cód. Paciente:
	Data do Nascimento:
	Sexo: Feminino
	Idade: 59
	Gênero: 0140
	Condutor:
	Atendimento:
	DATA:



Período: 03/02/2017 12:42 - 03/02/2017 12:43

Assinatura: HEVERTON CESAR - CORDEIRO - 05.802.494 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - Classe: VERDE

Prontuário:

Cor:

Queixa Principal: RELATA ACIDENTE DE MOTO. PAGIENTE REFERE DOR EM MIO. NIG. VOMITO E DESMAIO**Observação:** ALERGIA**Principais sintomas:** TRAUMA**Princípio(s) de classificação:** DOR LEVE (1-3/10)**Subclassificação:** ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA**05.802.494/0001-4**

Assinatura: HEVERTON CESAR - CORDEIRO - 05.802.494 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - Classe: VERDE

Data impressão: 03/02/2017 12:43

28 JUN 2017

Página 1 de 1

Sistema de Atendimento com Classificação da Fisca

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902-BL C

Boa Vista - CEP: 50.060-010

RECIFE-PE



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 26/08/2020 09:35:17

<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20082609351737600000065686678>

Número do documento: 20082609351737600000065686678

Num. 66959698 - Pág. 15



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Antônio Yves Cordeiro de Melo JúniorRG nº 196.944, data de expedição 11/01/2017, Órgão ██████████

CPF nº 225.193.604.10, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praca)	<u>Rua Olaria Negra</u>
Número	<u>271</u>
Apto / Complemento	<u>—</u>
Bairro	<u>FD. PASSOS</u>
Cidade	<u>OLARIA</u>
Estado	<u>PE</u>
CEP	<u>53.060-450</u>
Telefone de Contato	<u>81-983048580</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Olaria - 29/03/17Assinatura do Declarante: Antônio Yves Cordeiro de Melo Júnior

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

28 JUN. 2017

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE



NOTA FISCAL FATURA CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA 2a VIA																																																																	
COMPANHIA ENERGÉTICA DE PERNAMBUCO AJUÃO DE BARROS, 111, BOA VISTA, RECIFE, PERNAMBUCO CEP 50000-002 CNPJ 18.638.632/0001-08 INSCRIÇÃO ESTADUAL 0005943-93			 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 MARIA LUCIA SOUZA DE SIQUEIRA CPF: 225.193.804-10			DATA DE VENCIMENTO 17/07/2017	DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL 16/06/2017	CONTA CONTRATO 004011093430																																																												
ENDERECO DA UNIDADE CONSUMIDORA RUA OPALA NEGRA 271 JARDIM ATLÂNTICO/OLINDA 53080-450 OLINDA PE			TOTAL A PAGAR (R\$) 67,93	DATA DA APRESENTAÇÃO 16/06/2017	Nº DO CLIENTE 200124378																																																												
			NÚMERO DA NOTA FISCAL 002043633		Nº DA INSTALAÇÃO 0004085400																																																												
			CLASSIFICAÇÃO B1 RESIDENCIAL - RESIDENCIAL Monofásico																																																														
			RESERVADO AO RISCO 81AF.2E3D.7895.E7EC.04E8.EF68.CF32.8BD8																																																														
DESCRÍÇÃO DA NOTA FISCAL																																																																	
<table border="1"> <thead> <tr> <th>DESCRIÇÃO</th> <th>QUANTIDADE</th> <th>PREÇO</th> <th>VALOR (R\$)</th> <th colspan="2"></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Consumo Ativo(kWh)</td> <td>81,00</td> <td>0,71248887</td> <td>57,71</td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td>Acréscimo Bandeira VERMELHA</td> <td></td> <td></td> <td>1,67</td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td>Contribuição Iluminação Pública</td> <td></td> <td></td> <td>6,00</td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td>ICMS Subvenção-CDE-NF 002028271-17/04/17</td> <td></td> <td></td> <td>0,88</td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td>Multa por atraso-NF 002028271 - 17/04/17</td> <td></td> <td></td> <td>1,61</td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td>Juros por atraso-NF 002028271 - 17/04/17</td> <td></td> <td></td> <td>0,08</td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td>TOTAL DA FATURA</td> <td></td> <td></td> <td>67,93</td> <td colspan="2"></td> </tr> </tbody> </table>						DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)			Consumo Ativo(kWh)	81,00	0,71248887	57,71			Acréscimo Bandeira VERMELHA			1,67			Contribuição Iluminação Pública			6,00			ICMS Subvenção-CDE-NF 002028271-17/04/17			0,88			Multa por atraso-NF 002028271 - 17/04/17			1,61			Juros por atraso-NF 002028271 - 17/04/17			0,08															TOTAL DA FATURA			67,93		
DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)																																																														
Consumo Ativo(kWh)	81,00	0,71248887	57,71																																																														
Acréscimo Bandeira VERMELHA			1,67																																																														
Contribuição Iluminação Pública			6,00																																																														
ICMS Subvenção-CDE-NF 002028271-17/04/17			0,88																																																														
Multa por atraso-NF 002028271 - 17/04/17			1,61																																																														
Juros por atraso-NF 002028271 - 17/04/17			0,08																																																														
TOTAL DA FATURA			67,93																																																														
INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS																																																																	
<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">ICMS</th> <th colspan="2">PIS</th> <th colspan="2">COFINS</th> </tr> <tr> <th>BASE DE CÁLCULO</th> <th>%</th> <th>VALOR DO IMPOSTO</th> <th>BASE DE CÁLCULO</th> <th>%</th> <th>VALOR DO IMPOSTO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>59,38</td> <td>25,00</td> <td>14,84</td> <td>59,38</td> <td>1,36</td> <td>0,80</td> </tr> <tr> <td>59,38</td> <td>8,22</td> <td>4,80</td> <td>59,38</td> <td>8,22</td> <td>3,09</td> </tr> </tbody> </table>						ICMS		PIS		COFINS		BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	59,38	25,00	14,84	59,38	1,36	0,80	59,38	8,22	4,80	59,38	8,22	3,09																																				
ICMS		PIS		COFINS																																																													
BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO																																																												
59,38	25,00	14,84	59,38	1,36	0,80																																																												
59,38	8,22	4,80	59,38	8,22	3,09																																																												
DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL			Terços Aplicadas Consumo Ativo(kWh) 0,68036000																																																														
<table border="1"> <thead> <tr> <th>ICMS</th> <th>%</th> <th>VALOR DO IMPOSTO</th> <th>PIS</th> <th>%</th> <th>VALOR DO IMPOSTO</th> <th>COFINS</th> <th>%</th> <th>VALOR DO IMPOSTO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>59,38</td> <td>25,00</td> <td>14,84</td> <td>59,38</td> <td>1,36</td> <td>0,80</td> <td>59,38</td> <td>8,22</td> <td>3,09</td> </tr> </tbody> </table>			ICMS	%	VALOR DO IMPOSTO	PIS	%	VALOR DO IMPOSTO	COFINS	%	VALOR DO IMPOSTO	59,38	25,00	14,84	59,38	1,36	0,80	59,38	8,22	3,09	HISTÓRICO DO CONSUMO kWh <table border="1"> <thead> <tr> <th>MES</th> <th>CONSUMO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>JUN 17</td> <td>51</td> </tr> <tr> <td>MAR 17</td> <td>103</td> </tr> <tr> <td>ABR 17</td> <td>137</td> </tr> <tr> <td>MAR 17</td> <td>110</td> </tr> <tr> <td>FEV 17</td> <td>107</td> </tr> <tr> <td>JAN 17</td> <td>90</td> </tr> <tr> <td>DEZ 16</td> <td>132</td> </tr> <tr> <td>NOV 16</td> <td>84</td> </tr> <tr> <td>OUT 16</td> <td>107</td> </tr> <tr> <td>SET 16</td> <td>88</td> </tr> <tr> <td>AGO 16</td> <td>71</td> </tr> <tr> <td>JUL 16</td> <td>80</td> </tr> <tr> <td>JUN 16</td> <td>66</td> </tr> </tbody> </table>			MES	CONSUMO	JUN 17	51	MAR 17	103	ABR 17	137	MAR 17	110	FEV 17	107	JAN 17	90	DEZ 16	132	NOV 16	84	OUT 16	107	SET 16	88	AGO 16	71	JUL 16	80	JUN 16	66														
ICMS	%	VALOR DO IMPOSTO	PIS	%	VALOR DO IMPOSTO	COFINS	%	VALOR DO IMPOSTO																																																									
59,38	25,00	14,84	59,38	1,36	0,80	59,38	8,22	3,09																																																									
MES	CONSUMO																																																																
JUN 17	51																																																																
MAR 17	103																																																																
ABR 17	137																																																																
MAR 17	110																																																																
FEV 17	107																																																																
JAN 17	90																																																																
DEZ 16	132																																																																
NOV 16	84																																																																
OUT 16	107																																																																
SET 16	88																																																																
AGO 16	71																																																																
JUL 16	80																																																																
JUN 16	66																																																																
DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES																																																																	
<table border="1"> <thead> <tr> <th>DESCRIÇÃO</th> <th>CONJUNTO</th> <th>VALOR APURADO</th> <th>META MENSAL</th> <th>META TRIM.</th> <th>META ANUAL</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>DIC-No de Horas sem Energia</td> <td>CLÍNICA</td> <td>0,08</td> <td>4,83</td> <td>0,87</td> <td>10,34</td> </tr> <tr> <td>FIC-No de vezes sem Energia</td> <td></td> <td>1,00</td> <td>3,17</td> <td>0,35</td> <td>12,70</td> </tr> <tr> <td>DNIC-Duração máxima de interrupção contínua</td> <td></td> <td>0,02</td> <td>2,62</td> <td>0,02</td> <td>0,00</td> </tr> <tr> <td>DIC-Duração de interrupção em dia útil</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>Límite DICRI-12,22</td> </tr> <tr> <td>EUSD-Valor do Encargo de Uso = R\$ 20,00</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="6">Nota: Consumidor pode solicitar a suspensão das indicadoras DIC, FIC, DNIC e DICRI a qualquer tempo.</td> </tr> </tbody> </table>						DESCRIÇÃO	CONJUNTO	VALOR APURADO	META MENSAL	META TRIM.	META ANUAL	DIC-No de Horas sem Energia	CLÍNICA	0,08	4,83	0,87	10,34	FIC-No de vezes sem Energia		1,00	3,17	0,35	12,70	DNIC-Duração máxima de interrupção contínua		0,02	2,62	0,02	0,00	DIC-Duração de interrupção em dia útil					Límite DICRI-12,22	EUSD-Valor do Encargo de Uso = R\$ 20,00						Nota: Consumidor pode solicitar a suspensão das indicadoras DIC, FIC, DNIC e DICRI a qualquer tempo.																							
DESCRIÇÃO	CONJUNTO	VALOR APURADO	META MENSAL	META TRIM.	META ANUAL																																																												
DIC-No de Horas sem Energia	CLÍNICA	0,08	4,83	0,87	10,34																																																												
FIC-No de vezes sem Energia		1,00	3,17	0,35	12,70																																																												
DNIC-Duração máxima de interrupção contínua		0,02	2,62	0,02	0,00																																																												
DIC-Duração de interrupção em dia útil					Límite DICRI-12,22																																																												
EUSD-Valor do Encargo de Uso = R\$ 20,00																																																																	
Nota: Consumidor pode solicitar a suspensão das indicadoras DIC, FIC, DNIC e DICRI a qualquer tempo.																																																																	
INFORMAÇÕES IMPORTANTES																																																																	
<p>Na data da leitura a bandeira em vigor é a Verde. Mais informações em www.aneel.gov.br. O cliente é compensado quando há violação na continuidade individual ou de nível do fornecimento de fornecimento. Pagamento em atraso geral: Multa 2% (Res. 414/ANEEL-09/09/10) e Juros 1% a.m. (Lei 10.438-26/04/02), no próximo mês. O cliente é compensado quando há descumprimento do prazo definido para os prazos de atendimento comercial.</p>																																																																	
NÍVEIS DE TENSÃO <table border="1"> <thead> <tr> <th>TENSÃO NOMINAL(V)</th> <th>LIMITE DE VARIAÇÃO(V)</th> </tr> <tr> <th>MÍNIMO</th> <th>MÁXIMO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>220</td> <td>202</td> </tr> <tr> <td>231</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>						TENSÃO NOMINAL(V)	LIMITE DE VARIAÇÃO(V)	MÍNIMO	MÁXIMO	220	202	231																																																					
TENSÃO NOMINAL(V)	LIMITE DE VARIAÇÃO(V)																																																																
MÍNIMO	MÁXIMO																																																																
220	202																																																																
231																																																																	
AUTENTICAÇÃO MECÂNICA																																																																	

CONTAS CONTRATO	MÊS/ANO	TOTAL A PAGAR(R\$)	VENCIMENTO	05.802.494/0001-4	
004011093430	06/2017	67,93	17/07/2017	TRABALHO DE PESAMENTO	



TRAÇO DE PESAMENTO
EVITE SOBRECARGA, PERTURBAR OU FASOURAR.
Este canhoto será usado em leitora ótica.
AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

Rua da Aurora, N° 175, SL 902 BL. C
Belo Horizonte - MG - CEP: 30.060-010

RECIFEP

28/06/2017 11:59



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0219531/17

Vítima: ELIANE PEREIRA DIAS DA SILVA
CPF: 093.368.604-88

CPF de: Próprio

Data do Acidente: 30/12/2016
Titular do CPF: ELIANE PEREIRA DIAS DA SILVA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Documentação médica-hospitalar

ELIANE PEREIRA DIAS DA SILVA : 093.368.604-88

Autorização de pagamento

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.

Portador da documentação entregue

Data: 28/06/2017
Nome: LUZIMAR DA SILVA OLIVEIRA
CPF : 406.013.406-63

LUZIMAR DA SILVA OLIVEIRA

Responsável pelo recebimento na seguradora

Data: 28/06/2017
Nome: Jose Soares da Silva Filho
CPF: 194.764.344-49

Jose Soares da Silva Filho



PARA USO DOS CORREIROS

www.orientsoft.com - CF00

15. MUDANÇA
 16. DESCONHECIMENTO
 17. RELOGAR
 18. RECLAMAR
 19. ALIMENTAR

20. PROGRULAR
 21. INCONSCIENTE INCAPACITANTE
 22. CEP DE BENEITO
 23. NÃO EXISTE O NÚMERO INICIAIS
 24. INFORMAÇÃO FALCADA PESO PONTIFEX QUÍRON



PARA DODD OU DDI,
USE SEMPRE O 31.



**ESTALAGMITE DA
ESTALAGMITE DA SILVA OLIVEIRA
RUA BOA SORTE, 812 AP 101
DESTERRO
SALVADOR - BA
TÉLEFONE 21-1100
ABREU E LIMA - PE**

DEPARTAMENTO DA ASSOCIAÇÃO DESMORALIZADA

FALE COM A GENTE - CRIAÇÃO
ESTÚDIO 1
MELLO & MENA

藏文古籍善本

卷之三

CAIXA POSTAL 05.311
CEP 01053-000 RECIFE - PE

**É A FORMA MAIS PRÁTICA E RÁPIDA
DE FAZER SEU RACAMENTO.**



DESCRIÇÃO DOS TÍTULOS E AGRUPAMENTOS					VALOR TOTAL
DETALHAMENTO	VALOR GERAL	VALOR LÍQUIDO	VALOR P/L	VALOR GANHOS	VALOR TOTAL
SERVICOS FINANCIEROS	1.527	1.460	4,11	17	US.802.414,0001
DEPÓSITOS BANCARIOS	11.079	10.838	0,39	14,60	12.557
DEPÓSITOS MÁGNETICOS	0,19	0,18	0,01	0,00	0,19
DEPÓSITOS TÉLEFONICOS	1.255	1.214	0,32	1,46	1.267
					2.8 JUN. 2012 1231487102

Rua da Aurora, N° 175, S. 902 BL. C.

Boa Vista - CEP: 50.060-010

27/05/2015



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 26/08/2020 09:35:17
<https://pje.tje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2008260935173760000065686678>
Número do documento: 2008260935173760000065686678

Núm. 66959698 - Pág. 19

DECLARAÇÃO

Circular Susep nº 445/12 – Prevenção à Lavagem de Dinheiro

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 de todas as 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 e documentos requisitados 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.

¹ Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e reasseguro.
Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.673/98.

Pelo exposto, eu, Flávia de Souza Oliveira, portador(a) de RG nº 10.154.898, expedido por S.D.S - PC, em 29/04/15, CPF/CNPJ nº 406.013.406-63, na qualidade de procurador(a)/intermediário(a) do beneficiário (a) Antônio Lílio de Souza de Souza, do sinistro de DPVAT da natureza INVALIDEZ da vítima A. MESSIAS, e conforme determinação da Circular SUSEP nº 445/12, declaro as informações solicitadas:

Profissão: Recebedor Renda Mensal: R\$ Recebido

Documentos comprobatórios: Recebido

Flávia de Souza Oliveira
ASSINATURA – PROCURADOR/INTERMEDIÁRIO

05.802.494/0001-
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

28 JUN. 2017

Rua da Aurora, nº 175, sl 902 bl. C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE





UPA 24 HORAS - OLINDA

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

Data e hora retirada da senha: 03/02/2017 12:23

PROTÓCOLO CLASSIFICAÇÃO REDE IMP

	Nome Paciente: MARIA LUCIA SOUZA DE SIQUEIRA Cód. Paciente: Data de Nascimento: Sexo: Feminino Idade: 59 Senha: 0140 Convênio: Atendimento: SAME
Período: 03/02/2017 12:42 - 03/02/2017 12:43 NEVERTON CESAR - COREN: 425244 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - Classificação:	
Prioridade: VERDE	
Cor: VERDE	
Queixa Principal: RELATA ACIDENTE DE MÔTO, PACIENTE REFERE DOR EM MIO. NG. VOMITO E DESMAIO	
Observação: ALERGIA -	
Fluxograma sintoma: TRAUMA Examinador(es): - DOR LEVE (1-3/10) Localizada: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA	

05.802.494/0001-4

TRACÃO CORRETORA

Acomodado(a) por: NEVERTON CESAR - COREN: 425244 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 03/02/2017 12:43

28 JUN. 2017

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco

Página: 1 de 1

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C

Boa Vista - CEP: 50.060-010

RECIFE-PE





UPA OLINDA - OLINDA



F 3

Atendimento: 1097881

Data e Hora: (03/02/2017 12:46)

Senha de Classificação:

Paciente: 238138 MARIA LUCIA SOUZA DE SIQUEIRA Sexo: FEMININO
 Data do Nascimento: 23/07/1957 Idade: 60 anos Convenio: 2 SUS - PRONTO ATENDIMENTO
 Nome da Mãe: LIDIA ALEXANDRE DE SIQUEIRA Nome do Pai:
 Estado Civil: SOLTEIRO Nome do Médico: ORTOPEDISTA - PLANTONISTA CRM: 1234567
 Endereço: OPALA NEGRA 273 Bairro: FRAGOSO
 Cidade/UF: OLINDA PE Cep: 53080460 Usuário Atendimento: DANIELEMS
 RG (Identidade): Data de Emissão:
 CPF (Cadastro de Pessoa Física): Fone: 81- 66991476
 CRN (Certidão de Registro de Nasc.): Data de Emissão CRN:

RESUMO DE TRATAMENTO

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

Sintese Principal

DOA + (Pecas ++ y M. max 2.
 170 mm/100, 16-362 Nact 41

Exame Físico: PMS / Miel / Fisio / Fis / Ausc.
 Cx / Rx / Rx / Rx

Hipótese Diagnóstico: _____

Conduta Terapêutica: _____

Prescrição Médica: _____

Destino: Encaminhado ao Ambulatório Residência
 Transferido: _____ Para: _____

05.803.764/001-02
 TRACÃO CORRETORA
 DE SEGUROS LTDA

Comprovante: _____

IMOBILIZAÇÃO

1096-960



Atendimento: 1098300

Senha de Classificação:

Data e Hora: 04/02/2017 12:50

Paciente: 238139 MARIA LUCIA SOUZA DE SIQUEIRA Sexo: FEMININO
Data do Nascimento: 23/07/1957 Idade: 63 anos Convênio: 2 SUS - PRONTO ATENDIMENTO
Nome da Mãe: LIDIA ALEXANDRE DE SIQUEIRA Nome do Pai:
Estado Civil: SOLTEIRO Nome do Médico: ORTOPEDISTA PLANTONISTA CRM: 1234567
Endereço: OPALA NEGRA - 271 Bairro: FRAGOSO
Cidade/UF: OLINDA PE Cep: 53060450 Usuário Atendimento: DAYANNELS
RG (Identidade): Data de Emissão:
CPF (Cadastro de Pessoa Física): Fone: 81- 86991478
CRN (Certidão de Registro da Nasc.): Data de Emissão CRN:

RESUMO DE TRATAMENTO

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

Quadro Principal

Febre de 10 a 11 dias e 2000 ml de urina
1500 ml de urina dia e jato

Desidratação moderada

Exame Físico

Febre de 10 a 11 dias

Hipótese Diagnóstica

Conduta Terapêutica

Prescrição Médica

Destino: Encaminhado ao Ambulatório Residência
Transferido:
Para:

05.802.494/0001-
TRACÃO CORRETORA
DE SEGURANÇA
SENATDA

28 JUN 2020

Rua da Aurora, nº 175
1098300
Boa Vista - CEP 50.060-010

RECIFE-PE

Carimbo Médico



UPA 24 HORAS - OLINDA

Resumo do Classificação de Risco - Protocolo

PROTÓCOLO CLASSIFICAÇÃO REDE IMIP

Data e hora retirada da senha: 04/02/2017 12:45

Nome Paciente:	MARIA LUCIA SOUZA DE SIQUEIRA
Cód. Paciente:	238139
Data de Nascimento:	23/07/1957
Sexo:	Feminino
Idade:	59
Senha:	0167
Convênio:	
Atendimento:	
SAME:	

Período: 04/02/2017 12:45 - 04/02/2017 12:45
EMERLAINE FERREIRA GOMES - COREN: 361601 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - Classificação:

Prioridade:	BAIXA
Cor:	AMARELO
Queixa Principal:	TRAUMA EM MID RENOVAGAO
Fluxograma sintoma:	TRAUMA
Discriminador(es):	· DOR MODERADA (4 - 7/10)
· especialidade:	OPTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Acolhido(a) por: **EMERLAINE FERREIRA GOMES - COREN: 361601 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)**
05.802.494/0001-41

Data impressão: 04/02/2017 12:46 TRAÇÃO CORRETORA

DE SEGUROS LTDA Página 1 de 1

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco

28 JUN. 2017

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
PESSOAL DE



UPA OLINDA - OLINDA



Atendimento: 1098300

Senha da Classificação:

Data e Hora: 04/02/2017 12:50

0167

Paciente: 238139 MARIA LUCIA SOUZA DE SIQUEIRA Sexo: FEMININO
Data do Nascimento: 23/07/1957 Idade: 63 anos Convenio: 2 SUS - PRONTO ATENDIMENTO
Nome da Mãe: LIDIA ALEXANDRE DE SIQUEIRA Nome do Pai:
Estado Civil: SOLTEIRO Nome do Médico: ORTOPEDISTA - PLANTONISTA CRM: 1234567
Endereço: OPALA NEGRA 271 Bairro: FRAGOSO
Cidade/UF: OLINDA PE Cep: 53060450 Usuário Atendimento: DAYANNELS
RG (Identidade): Data de Emissão:
CPF (Cadastro de Pessoa Física): Fone: 81- 86681476
CRN (Certidão de Registro de Nasc): Data de Emissão CRN:

RESUMO DE TRATAMENTO

Peso: Altura: Temperatura: Hora:

Quadro Principal

Doença de 1 mês de duração

Doença de 1 mês de duração

Doença de 1 mês de duração

Exame Físico

Doença de 1 mês de duração

Hipótese Diagnóstica

~~Doença de 1 mês de duração~~

Conduta Terapêutica

Prescrição Médica

Destino: () Encaminhado ao Ambulatório () Residência
Transferido:
Para:
05.802.494/0001-4
SENNA
TRACAO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

Carimbo Médico

Rua da Aurora, 1999, 902 Bl. C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE



UPA 24 HORAS - OLINDA

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

PROTÓCOLO CLASSIFICAÇÃO REDE IMP

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

Data e hora: 04/02/2017 12:43

Data e hora: retirada da senha: 04/02/2017 12:43

	Nome Paciente:	MARIA LUCIA SOUZA DE SIQUEIRA
	Cod. Paciente:	238139
	Data do Nascimento:	29/07/1957
	Sexo:	Feminino
	Idade:	59
	Senha:	0167
	Convênio:	
	Atendimento:	
	SAME:	

Período: 04/02/2017 12:45 - 04/02/2017 12:45

EMERLAINE FERREIRA GOMES - COREN: 361601 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - Classificação

EMERLAINE FERREIRA GOMES - COREN: 361601 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - Classificação

EMERLAINE FERREIRA GOMES - COREN: 361601 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - Classificação

EMERLAINE FERREIRA GOMES - COREN: 361601 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - Classificação

EMERLAINE FERREIRA GOMES - COREN: 361601 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - Classificação

EMERLAINE FERREIRA GOMES - COREN: 361601 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - Classificação

EMERLAINE FERREIRA GOMES - COREN: 361601 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - Classificação

EMERLAINE FERREIRA GOMES - COREN: 361601 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - Classificação

EMERLAINE FERREIRA GOMES - COREN: 361601 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - Classificação

EMERLAINE FERREIRA GOMES - COREN: 361601 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - Classificação

EMERLAINE FERREIRA GOMES - COREN: 361601 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - Classificação

EMERLAINE FERREIRA GOMES - COREN: 361601 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - Classificação

EMERLAINE FERREIRA GOMES - COREN: 361601 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - Classificação

EMERLAINE FERREIRA GOMES - COREN: 361601 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - Classificação

EMERLAINE FERREIRA GOMES - COREN: 361601 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - Classificação

EMERLAINE FERREIRA GOMES - COREN: 361601 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - Classificação

EMERLAINE FERREIRA GOMES - COREN: 361601 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - Classificação

EMERLAINE FERREIRA GOMES - COREN: 361601 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - Classificação

EMERLAINE FERREIRA GOMES - COREN: 361601 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - Classificação

EMERLAINE FERREIRA GOMES - COREN: 361601 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - Classificação

EMERLAINE FERREIRA GOMES - COREN: 361601 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - Classificação

EMERLAINE FERREIRA GOMES - COREN: 361601 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - Classificação

EMERLAINE FERREIRA GOMES - COREN: 361601 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - Classificação

EMERLAINE FERREIRA GOMES - COREN: 361601 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - Classificação

EMERLAINE FERREIRA GOMES - COREN: 361601 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - Classificação

EMERLAINE FERREIRA GOMES - COREN: 361601 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - Classificação

EMERLAINE FERREIRA GOMES - COREN: 361601 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - Classificação

EMERLAINE FERREIRA GOMES - COREN: 361601 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - Classificação

EMERLAINE FERREIRA GOMES - COREN: 361601 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - Classificação

EMERLAINE FERREIRA GOMES - COREN: 361601 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - Classificação

EMERLAINE FERREIRA GOMES - COREN: 361601 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - Classificação

EMERLAINE FERREIRA GOMES - COREN: 361601 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - Classificação

EMERLAINE FERREIRA GOMES - COREN: 361601 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - Classificação

EMERLAINE FERREIRA GOMES - COREN: 361601 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - Classificação

EMERLAINE FERREIRA GOMES - COREN: 361601 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - Classificação

EMERLAINE FERREIRA GOMES - COREN: 361601 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - Classificação

EMERLAINE FERREIRA GOMES - COREN: 361601 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - Classificação

EMERLAINE FERREIRA GOMES - COREN: 361601 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - Classificação

EMERLAINE FERREIRA GOMES - COREN: 361601 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - Classificação

EMERLAINE FERREIRA GOMES - COREN: 361601 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - Classificação

EMERLAINE FERREIRA GOMES - COREN: 361601 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - Classificação

EMERLAINE FERREIRA GOMES - COREN: 361601 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - Classificação

EMERLAINE FERREIRA GOMES - COREN: 361601 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - Classificação

EMERLAINE FERREIRA GOMES - COREN: 361601 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - Classificação

EMERLAINE FERREIRA GOMES - COREN: 361601 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - Classificação

EMERLAINE FERREIRA GOMES - COREN: 361601 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - Classificação

EMERLAINE FERREIRA GOMES - COREN: 361601 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - Classificação

EMERLAINE FERREIRA GOMES - COREN: 361601 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - Classificação

EMERLAINE FERREIRA GOMES - COREN: 361601 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - Classificação

EMERLAINE FERREIRA GOMES - COREN: 361601 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - Classificação

EMERLAINE FERREIRA GOMES - COREN: 361601 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - Classificação

EMERLAINE FERREIRA GOMES - COREN: 361601 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - Classificação

EMERLAINE FERREIRA GOMES - COREN: 361601 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - Classificação

EMERLAINE FERREIRA GOMES - COREN: 361601 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - Classificação

EMERLAINE FERREIRA GOMES - COREN: 361601 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - Classificação

EMERLAINE FERREIRA GOMES - COREN: 361601 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - Classificação

EMERLAINE FERREIRA GOMES - COREN: 361601 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - Classificação

EMERLAINE FERREIRA GOMES - COREN: 361601 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - Classificação

EMERLAINE FERREIRA GOMES - COREN: 361601 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - Classificação

EMERLAINE FERREIRA GOMES - COREN: 361601 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - Classificação

EMERLAINE FERREIRA GOMES - COREN: 361601 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - Classificação

EMERLAINE FERREIRA GOMES - COREN: 361601 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - Classificação

EMERLAINE FERREIRA GOMES - COREN: 361601 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - Classificação

EMERLAINE FERREIRA GOMES - COREN: 361601 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - Classificação

EMERLAINE FERREIRA GOMES - COREN: 361601 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - Classificação

EMERLAINE FERREIRA GOMES - COREN: 361601 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - Classificação

EMERLAINE FERREIRA GOMES - COREN: 361601 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - Classificação

05.802.494/0001-41

TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

28 JUN. 2017

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL C

Boa Vista - CEP: 50.060-010

RECIFE-PE

Acolhido(s) por: EMERLAINE FERREIRA GOMES - COREN: 361601 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data impressão: 04/02/2017 12:45

Página 1 de 1

Sistema de Acolhimento.com Classificação de Risco



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 26/08/2020 09:35:17

https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20082609351737600000065686678

Número do documento: 20082609351737600000065686678

Num. 66959698 - Pág. 26

FICHA DE ESCLARECIMENTO

Processo:

GESTÃO DE PESSOAS

Código	Revisão
FATSAM01	60

INFORMAMOS QUE ESTA FICHA FOI CONFECIONADA A PARTIR DE DADOS EXTRAÍDOS EXCLUSIVAMENTE DO PRONTUÁRIO MÉDICO DO (A) PACIENTE ABAIXO IDENTIFICADO (A).

NOME: Maria Lucia Soergi de Souza
REGISTRO: 336138 DATA DE NASCIMENTO: 03/07/1957
RG: 1961944 ORGÃO EMISSOR: SDS-PE

ENDEREÇO: Rua Sampaio Viegas, N° 273
Jardim Fraga - Olinda

NOME DA MÃE: Lidice Almeida de Souza
DATA ADMISSÃO: 04/02/2017 DATA ALTA: 22/02/2017
DATA DO PROCEDIMENTO: 08/02/2017 CID: 5827

DIAGNÓSTICO: Fratura de Omero da Perna
Dirita

TRATAMENTO REALIZADO: Tratamento Unipolar
de Fratura de tibia Muita

MÉDICO: Carlos Cândido Filho
CREMEPE: 18336

JABOATÃO DOS GUARAPES, 08 DE MARÇO DE 2017

André Luiz Andrade
09180249470001-4
CRM-PE 15300
CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

28 JUN. 2017

MÉDICO

Rua da Aurora, N° 175, SL 902 BL C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE

Av. Luis Norton de Matos, 126 - Leste
Jaboatão dos Guarapés - PE - CEP: 54160-080
tel: (81) 3462-9823 - www.jmpe.com.br



Assinante: ANDRE LUIZ ADOLFO MOREIRA DA SILVA
Data: 08/09/2017
Horas: 12:27

Sumário de Admissão e Alta

Nome: MARIA LUCIA SOUZA DE SIQUEIRA

Prenome: 7369728

Identificação: 1188912

Unidade de Internação: CLÍNICA CIRÚRGICA ORTOPÉDICA

Sexo: Feminino

Leito: BNF 19 - LEITO 04

Diagnóstico Inicial (Constante no Laudo Médico): FRATURA DE OSSOS DA PERNAS

CID: S827

Procedimento Solicitado: OSTEOSÍOSIS - TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA DIÁFISE DA TÍBIA

Tempo de permanência Previsto:

Procedimento(s) Realizado(s):

01. Cirurgião: CARLOS ANTÔNIO RODRIGO CARDOSO FILHO

02. 1. Auxiliar Cirúrgico: CARLO HENRIQUE BARBOSA

2. Auxiliar Cirúrgico:

3. Auxiliar Cirúrgico:

05. Demais Auxílios Cirúrgicos:

Anestesiador: RODRIGO JOSÉ FLORIO LUCIANO DA SILVA

06. Clínico:

07. Clínico:

08. Procedimentos Especiais:

- Mudanças de Procedimento
- Oráculo da UNI
- Oráculo de Acompanhante
- Vacina Ano - RH

- Uso de Prótese Óstesc
- Uso de Febres de Coagulação
- Uso de Oxigenadores
- Nutrição Parenteral

Resumo do Caso: PACIENTE VITIMA DE TRAUMA COM FRATURA DE OSSOS DA PERNAS DIREITA E ESQUERDA DE PELE.
SUBMETIDA A CIRURGIA TEMPORARIA - FIXADOR EXTERNO - SEM INTERCORRENCIAS.

Diagnóstico Principal: S827 - FRATURAS MÚLTIPLES DA PERNAS

Diagnóstico Secundário:

Motivo da Alta: *Reabilitação*

Data da Alta: 22/09/17 - Dias de Hospitalização: 01

Data de Internação: 04/09/2017

05.802.894/0001-4 -

TRAFALCOR CORRETORA

DE SEGUROS LTDA

ANDRE LUIZ ADOLFO MOREIRA DA SILVA

CRM: 30022

Rua da Aurora, N° 150, SL 902 BL. C

Boa Vista - CEP 50.060-010

RECIFE-PE

Av. General Manuel Gabeira - 10125 - Centro - Jaboatão dos Guararapes - CEP: 54.160-000

TELEFONE: 3402-8933 - www.jtjpe.org



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 26/08/2020 09:35:17

<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20082609351737600000065686678>

Número do documento: 20082609351737600000065686678

Num. 66959698 - Pág. 28



Laudo para solicitação de autorização de internação



GUIA DE TRANSFERÊNCIA

INSCRIÇÃO DO ENFERMADOR		DATA DE EMISSÃO	02/02/17 10:45
NOME DO ESTABELECIMENTO		PERÍODO	26/01/69
LIPÁ OLINDA			
PERÍODO QUATORZE			
CANTON MARTINS FILHO			
INSCRIÇÃO DO Paciente		INFO RECEPTOR	
NOME DO PACIENTE		NOME DO PACIENTE	
MARIA LÚCIA SOLA DE SIQUEIRA		DATA DE Nascimento	
01/01/1940		23/07/1957	
SEXO		GÉNERO	
FEMININO		FEMININO	
ENDERECO DO PACIENTE		TELEFONE DE CONTACTO	
NOME DA RUA		NÚMERO	
LICIA ALEXANDRE DE SIQUEIRA		53050469	
ENDERECO DO Bairro		UF	
RUA OPALA NEGRA, 271, IVACOSO		PE	
Cidade		DATA DE REGISTRO	
OLINDA		02/02/17 10:27	
TIPO DE SERVIÇO		TIPO DE SERVIÇO	
SERVIÇO DE TRANSPORTE		SERVIÇO DE TRANSPORTE	
ABILITARIA		ABILITARIA	
ESPECIFICO		ESPECIFICO	
OBSERVAÇÃO		OBSERVAÇÃO	
Regulador		ESPECIALIZADO	
MARIA ANEELA LYRA DE OLIVEIRA CAMPOS		ESPECIALIZADO	
Nº LEITO		ESPECIALIZADO	
CIRÚRGICO		ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA	
Enfermeiro		DATA DE REGISTRO	
ENDERECO		02/02/17 10:24	
HOSPITAL MEMORIAL JACOBINA			
MÉDICO AUTORIZADOR			

05.802.494/0001-77
TRACÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

28 JUN. 2017

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PF







HOSPITAL

MEMORIAL JABOATÃO

MARIA LUCIA SOUZA DE SIQUEIRA

10

Acidente letalizado neste
Hospital com Fratura de
Tíbia direita, foi realizados
em jº tempo o Tr. Cirurgico
de Fratura via fresa de
Tíbia D + Fixação com
Fixador Externo.

05.802.494/0001-4
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

28 JUN. 2017

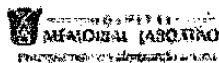
Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE

HOSPITAL
MEMORIAL JABOATÃO



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 26/08/2020 09:35:17
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20082609351737600000065686678>
Número do documento: 20082609351737600000065686678

Num. 66959698 - Pág. 32



Convênio: SUS - INTERNACAO

Atendimento: 116812

Nascimento: 23/07/1957

Responsável:

Procurador: 736928

Sexo: Feminino

Nome: MARIA LUCIA SOUZA DE SIQUEIRA

Data e Hora do Atendimento: 04/02/17 20:47:24

Idade: 59 Anos, 6 Meses e 12 Dias

Profissão:

Identidade:

CPF:

Identidade: 1561944

Telefone:

Conjugue:

Estado Civil:

Cartão SUS: 701004893946493

Nome da Mãe: LIDIA ALEXANDRE DE SIQUEIRA

Nome do Pai:

Endereço: OPALA NEGRA, FRAGOSO, CEP: 55060450, nº 271, OLINDA - PE

GERAÇÃO:

Unidade de Internação: CLÍNICA CIRURGICA ORTOPÉDICA

Enfermagem / Leito: ENF. 10 - LEITO 04

CRM: AIRLEY WENDEL MATIAS ALVES SILVA - CRM: 22473

CD:

RESUMO DE INTERNAMENTO

HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL

PACIENTE VITIMA DE QUEDA DE MOTO HA 01 DIA COM DOR E DEFORMIDADE EM PERNAS DIREITO.

ANTECEDENTES PESSOAIS E NEOPATÓLOGOS:

NAS (-), OR (-), NEGA ALÉGIAS.

EXAME FÍSICO GERAL:

SGREG, EUPNEICA, AFERIR, HIDRATADA

AP - CARDIO - VASCULAR:

RCM EM 2T, RWF, S/S

AP - RESPIRATÓRIO:

HV + EM ANT, S/RA

OCULOS:

IOR

AP - GENITO - URINARIO:

NOR

OUTROS:

SEM EDemas

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:

I- FRACTURA DE OSSOS DA PERNAS DIREITA

DIAGNÓSTICO DEFITIVO:

05.802

TRACAL - FRENTO

CONDESES DE ALTA:

REC. 10011111

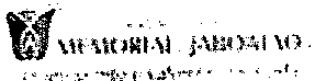
DATA:

NORA DE SAÍDA:

00:00:00

DATA:

00:00:00



Visiting: ANDRÉ LUIZ ADÉLIO MOREIRA
Data: 08/02/2017
Horas: 12:35

Relatório Geral da Cirurgia

Nome: MARIA LUCIA SOUZA DE SIQUEIRA

Prontuário: 735928

Atendimento: 118312

Unidade de Internação / Leito: ENF A3 - LEITO 64

Sexo: Feminino

Idade: 59 Anos, 6 Meses e 16 Dias

Diagnóstico Pré Operatório: 5827 - FRATURAS MÚLTIPLAS DA PERNAS

Ativo Operatório:

Procedimento(s) Realizado(s): TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DE TIBIA 618

Data: 08/02/2017

01. Cirurgião: CARLOS ANTONIO RODRIGO CÂNDIDO FILHO

2. 1. Auxiliar Cirúrgico: CAIO HENRIQUE BARBOSA

03. 2. Auxiliar Cirúrgico:

04. Instrumentador:

Anestesia: RAQUI ANESTESIA

05. Anestesia:

07. Anestesista: RODRIGO JOSE FLORO LUCIANO DA SILVA

Descrição da Cirurgia:

PACIENTE EM DCO SOB RAQUIANESTESIA

ROTINA ASSEPTICA

REDUÇÃO INCLINADA DE FRATURA DE TIBIA

FIXAÇÃO EXTERNA COM 04 PINOS DE SCHANZ + FIXADOR LINEAR

LIMPEZA COPA SF 0,9%

CURATIVO

PROCEDIMENTO REALIZADO SOB CONTROLE RÁDIOLOGICO COM INTENSIFICADOR DE IMAGENS

André Luiz Adélio
CRM-PE 20222
CRM-PE 05-802-794/0001-41
ANDRÉ LUIZ ADÉLIO MOREIRA DA SILVA
TRACAO CORRETORA
CRM-20022-GUROS LTDA

28 JUN. 2017

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL C

Boa Vista - CEP: 50.060-010

RECIFE-PE

FICHA DE ESCLARECIMENTO

Processo:

GESTÃO DE PESSOAS

CÓDIGO
FAT.SAM.01

REVISÃO
00

INFORMAMOS QUE ESTA FICHA FOI CONFECCIONADA A PARTIR DE DADOS EXTRAIOS EXCLUSIVAMENTE DO PRONTUÁRIO MÉDICO DO (A) PACIENTE ABASO IDENTIFICADO (A):

NOME: Maria Lucia Sampaio de Siqueira
REGISTRO: 7-369.78 DATA DE NASCIMENTO: 23/07/1957

RG: 1961944 ORGÃO EMISSOR: SIDS - PE

ENDEREÇO: Rua Apolito Meira 115271
Itambim Tracunhaém - Olinda

NOME DA MÃE: Lúcia Alexandre de Siqueira
DATA ADMISSÃO: 22/02/2017 DATA ALTA: 24/02/2017

DATA DO PROCEDIMENTO: 22/02/2017 CID: 582.2

DIAGNÓSTICO: Fratura da tibia. Minuta

TRATAMENTO REALIZADO: tratamento conservador
de fratura da extremidade distal
da tibia. Minuta

MÉDICO: Carlos Cândido Filho

CREMEPE: 18336

JABOTÃO DOS GURARAPES, 08 DE Marco DE 2017


André Luiz Adolfo
Médico
CRM - PE 20022
05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

MÉDICO

28 JUN. 2017

Rua da Aurora, N° 175, Sl 902 BL C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE

Av. 1º de Maio, 1100 - Centro
Jaboatão dos Guararapes - PE - CEP: 54110-000
E-mail: www.jape.com.br

Nome do paciente:		HES. Yves Cordeiro de Melo Júnior	
Clinica:	Clínica	Informante:	Lote:
Nº protocolo:	204.06	Nº ALI:	
Diagnóstico principal: desordens de articulações + inflamação		Nº 5822	
Procedimento solicitado: Artrose Múltipla		Nº 8826	
Tempo de permanência previsto:			
Procedimentos realizados:			
Código	Equipe	Nome	Matrícula Nº
01	Cirurgião	ICR Raulo Mello	
02	1. Auxílio cirúrgico		
03	2. Auxílio cirúrgico		
04	3. Auxílio cirúrgico		
05	Demais profissões cirúrgicas		
06	Anestesista	ICR Raulo Mello	
07	Clínico		
08	Clínico		
Procedimentos especiais:			
<input type="checkbox"/> Medicina de procedimento <input type="checkbox"/> Diária de 01 <input checked="" type="checkbox"/> Diária de acompanhante <input type="checkbox"/> Vacina Anti-Rh <input type="checkbox"/>			
<input checked="" type="checkbox"/> Uso de protese óssea <input type="checkbox"/> Uso de tecidos da enxertia <input type="checkbox"/> Uso de colgajamentos <input type="checkbox"/> Necessário parenteral			
Resumo do caso:			
PACIENTE INTERNADO POR APRESENTAR PATHOLOGIA ORTOPÉDICA, SENDO TRATADO ADEQUADAMENTE E RECEBE ALTA EM SEGUIDA ENCAMINHADO AO AMBULATÓRIO C/ ORIENTAÇÕES, MEDICAMENTOS E RETORNO.			
Diagnóstico principal:		05.802.494/0001	
Diagnóstico secundário:		TRAÇÃO CORRETA	
Motivo da alta:		DE SEGUIMENTO	
ICR Raulo Mello		C 822	
Data:		19 JUN 2018	
Motivo da alta:		8826	
Motivo da alta:		Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL C	
Motivo da alta:		Belo Horizonte - CEP: 50.060-010	
Motivo da alta:		RECIFERPE	


 HOSPITAL
MEMORIAL JABOATÃO

Av. Gen. Manoel Góes, 126 • Centro

Recife-PE • CEP: 54160-000

Tel: (81) 3481-0000 • Fax: (81) 3481-0000

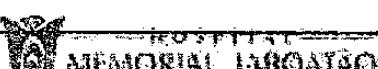




Laudo para solicitação de autorização de internação

CENTRALIZADO DE ESTABILIZADORES

ESTABELECIMENTO SOLICITANTE HOSPITAL MEMORIAL JABOATÃO		CNPJ 5006267	
ESTABELECIMENTO EXECUTANTE HOSPITAL MEMORIAL JABOATÃO		CNPJ 5292057	
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE			
Nome do Paciente MARIA LÚCIA SOUZA DE SIQUEIRA		Nº Prontuário 733228	
Centro Hospitalar do SUS 70100-000-000000000000		Documento de Identidade 250771937	Sexo Fêmea
		Estado Civil Casada	Endereço 03- Ponto
Nome da Mãe LÚCIA ALEXANDRE DE SIQUEIRA		Telefone do casal	
Nome do Profissional LÚCIA ALEXANDRE DE SIQUEIRA			
Endereço (Piso, N°, Bairro) OPAIS NEGRA, 271 - FRAGOSO			
Município VOA		IBGE 250000	UF PE
		CEP 53300-050	
LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO			
<p><i>Paciente vítima de trânsito e don e desacordado em MDP</i></p>			
Condições que levaram a internação			
Principais Recursos da Própria Disciplina			
Diagnóstico inicial / Codice		CID-10 Principal CID-10 Secundário CID-10 Casos Adicionais	
Mulher Vítima x TNI 6			
PROCEDIMENTO SOLICITADO			
Documento de Procedimento Solicitado		Código do Procedimento	
Código da Internação 2		Número do Documento (CNS/CPF) do Profissional Autorizado/Assessor	
Nome do Profissional / Solicitante/Assessor		Data da Sessão	
		20/06/2017	
PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIA)			
<input checked="" type="checkbox"/> Acidente do Trânsito	CNPJ Registrado	Nº BANCO	5616
<input checked="" type="checkbox"/> Acidente Trabalho Típico	CNPJ / Empresa	CNAE da Empresa	630
<input checked="" type="checkbox"/> Acidente Trabalho Irregular			
Vínculo entre Profissionais			
<input checked="" type="checkbox"/> Empregado	<input checked="" type="checkbox"/> Empregador	<input checked="" type="checkbox"/> Autorizado	<input checked="" type="checkbox"/> Não Registrado
AUTORIZAÇÃO			
Nome do Profissional Autorizado MARIA CECILIA MAC. OWEIL		Cód. Órgão Emissor 202-494-00012-4	
Documento N° do Documento (CNS/CPF) do Profissional Autorizado (X) CNS () CPF 20150000000000000000		Nº do Aviso de Autorização PRACAO CLINICA DE SEGUROS LTDA	
Data da Autorização		Assinatura e Cetim (P. Registrado ou Censoado)	
		28 JUN. 2017	
		 HOSPITAL MEMORIAL JABOATÃO	
		<i>Rua da Aurora, N° 175, SL 902 BL. C Boa Vista - CEP: 50.060-010</i>	



Anexo II

Sistema Único de Saúde	Endereço de Saída	FORMA PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE MUDANÇA DE PROCEDIMENTO E DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)	Folha 1/2
HOSPITAL MEMORIAL JABOATÃO HOSPITAL MEMORIAL JABOATÃO		Identificação do Estabelecimento de Saída 1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE HOSPITAL MEMORIAL JABOATÃO 2 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITADO HOSPITAL MEMORIAL JABOATÃO	
Identificação do Paciente 3 - NOME DO PACIENTE Yves Léo Soárez de Siqueira 4 - CANTO NACIONAL DE SAÚDE CIVIL 5 - CÓDIGO DE IDENTIFICAÇÃO 6 - NOME DA ÁREA DE RESPONSABILIDADE 7 - ENDERECO CITA 17, Bairro 8 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA 9 - CÓDIGO NACIONAL DE SAÚDE CIVIL 10 - NOME DA ÁREA DE RESPONSABILIDADE 11 - ENDERECO CITA 17, Bairro 12 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA 13 - CÓDIGO NACIONAL DE SAÚDE CIVIL 14 - CÓDIGO NACIONAL DE SAÚDE CIVIL 15 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO - ANTERIOR 16 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - MÉDICA 17 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - MÉDICA 18 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL 19 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO 20 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO ASSISTENCIAL 21 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL 22 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO 23 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO ASSISTENCIAL 24 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL 25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO 26 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO ASSISTENCIAL 27 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL 28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO 29 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO ASSISTENCIAL 30 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL 31 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO 32 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO ASSISTENCIAL 33 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL 34 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO 35 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO ASSISTENCIAL 36 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL 37 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO 38 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO ASSISTENCIAL 39 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL 40 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO 41 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO ASSISTENCIAL 42 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL 43 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO 44 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO ASSISTENCIAL 45 - CÓDIGO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE Yves Léo Soárez de Siqueira 46 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE 47 - DOCUMENTO 48 - NÚMERO DO DOCUMENTO PROFISSIONAL DO PROFISSIONAL SOLICITANTE 49 - TCRG / TCRP 50 - CÓDIGO DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR 51 - DOCUMENTO 52 - NÚMERO DO DOCUMENTO PROFISSIONAL DO PROFISSIONAL SOLICITANTE 53 - TCRG / TCRP 54 - CÓDIGO DA AUTORIZAÇÃO 55 - DATA DA AUTORIZAÇÃO 28 JUN. 2017 56 - CÓDIGO DO PROFISSIONAL DE CONSULTA 57 - NOME DO PROFISSIONAL DE CONSULTA 58 - DOCUMENTO 59 - NÚMERO DO DOCUMENTO PROFISSIONAL DO PROFISSIONAL DE CONSULTA 60 - RUA DA AURORA, N° 175, SL 902 BL. C Boa Vista - CEP: 59010-000 REC/FF/PE HOSPITAL MEMORIAL JABOATÃO			



MARIA LUCIA SOUZA DE SIQUEIRA

Fazemos constar de
que o tempo decorrido
a anterioridade da
pradura da fibra e
tromozito do HMO

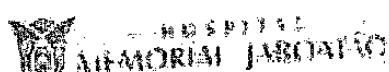


Maria Lira

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

28 JUN. 2017

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C
Boa Vista - CEP 50.060-010
RECIF-PE



HOSPITAL MEMORIAL JABOATÃO - FICHA DE INTERNAÇÃO

S-29457

Atendimento: 120408

FICHA DE ATENDIMENTO: ANAMNESE DE INTERNAÇÃO

Convênio: SUS - INTERNACAO

Cartão SUS : 701004893848493

Responsável:

Observação:

Pronome/ário: 736978	Data/Hora: 22/02/2017 09:58:15	Naturalidade:
Nome: MARIA LUCIA SOUZA DE SIQUEIRA		Data de Nascimento: 23/07/1957
Sexo: FEMININO	Idade: 59 Anos 7 Meses 7 Dias	Profissão:
CPF:	Identidade: 1681844 - SSPIPE	Fone:
Est. Civil: SOLTEIRO	Conjugue:	
Escolaridade:		
Nome do Pai:		
Nome da Mãe: LIDIA ALEXANDRE DE SIQUEIRA		
Endereço: OPALA NEGRA		Bairro: FRAGOSO
CEP: 53661-450	Cidade: OLINDA	UF:
Medico: CARLOS ANTONIO ROCHA CANDIDO FILHO		CRM: 18336
Unidade de Internação: CLINICA CIRURGICA ORTOPEDICA		CIB:

RESUMO DE TRATAMENTO

HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL:

*for il desequilíbrio circ h.p. depõ
valores*

ANTECEDENTES PESSOAIS E HEREDITARIOS:

EXAME FÍSICO GERAL:

AP - CARDIO - VASCULAR:

AP - RESPIRATÓRIO:

ABDOMEN:

AP - GENITO - URINÁRIO:

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:

valvula lúrica 1. TN2

DIAGNÓSTICO DEFINITIVO:

CONDIÇÕES DE ALTA:

LI E CONCORDO COM AS NORMAS ESTABELECIDAS POR ESTA INSTITUIÇÃO

CIENTE:

00002.494/0001-41

TRAÇÃO CORRETORA

Data: / / - Hora de Saída: / / - Médico: DF SEGUROS LTDA

Av. Góes, 1125 - Centro - CEP: 54160000 - Jaboatão dos Guararapes

Telefone: (81) 3662-9600 - www.djope.org

28 JUN. 2017



Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE/PE



DATA: 05/03/2011	RELATÓRIO DE OPERAÇÃO	PROTÓTICO: 736928 ADMINTRAÇÃO: 100402 Data: 22/03/2011
Paciente: MARIA LUCIA SOUZA DE SIQUEIRA	Unidade / Leito: CLÍNICA CIRÚRGICA ORTOPEDÍCA	ENFERMAGEM - LEITO 04

CRM: MARIA LUCIA SOUZA DE SIQUEIRA	
Cargão: CARLOS ANTONIO EDSON CANDIDO FILHO	
1º Assistente: CAIO HERMÍQUE BARBOSA	2º Assistente: HUGO SOARES FERNANDES
3º Assistente:	Instrumentador
Anestesista: EDUARDO JOSE FLORO LUCIANO DA SILVA	Anestesia: ALQUÍS ANESTESIA
07/02/2017	Horas Anestesiado:
07/02/2017	Horas Início:
07/02/2017	Horas Fim:
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: S823 - FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DA TIBIA	
TIPO DE OPERAÇÃO REALIZADA: FRATURA DA TIBIA	
DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO: S823 - FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DA TIBIA	

COLOCAR TENSÃO DURANTE A OPERAÇÃO:

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO:

TIENE EM OCOH SOB RACHA ANESTESIA
ESTERILIA E ANTISEPSIA
FOCO DE CAMPO ESTERELIS
SAO LONGITUDINAL SOBRE TOPOGRAFIA DE MALEOLO LATERAL DIREITO
SECCAO POR PLANE
ALIZACAO DE FOCO FRATURARIO EM MALEOLO LATERAL DIREITO
LIGACAO DE FRATURA COM PARAFUSO INTERFRAGMENTARIO + PLACA 1/3 DE CANO E PARAFUSOS
CONTRAPARTE DE REDUCAO ANATOMICA COM INTENSIFICADOR DE INGESTA
LIMPEZA COM SFO 95%

SUTURA
VISUALIZACAO DE FOCO FRATURARIO EM REGIAO POSTERIOR E DISTAL DE TIBIA DIREITA
FIXACAO DE FRATURA COM PARAFUSO PERCUTANEO ESTERILICO 3.5
CONTRAPARTE DE REDUCAO DE FRATURA COM INTENSIFICADOR GEIMAGEM
VISUALIZACAO DE FOCO FRATURARIO EM REGIAO DE DIASE, TETO DISTAL DE TIBIA DIREITA
TENSAO SOBRE TOPOGRAFIA DE MALEOLO MEDIAL DIREITO
FIXACAO DE FRATURA DE TIBIA DIREITA COM PLACA LCP E PARAFUSOS - METODO TENDO PLACA PONTE MINDIAMENTO INVERSO
LIMPEZA COM SFO 95%

SUTURA
CURATIVO

05.802.494/0001-
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

2 B JUN 2012

Dr. Hugo S. F. Ferreira
CRM-PE 229

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C
Boa Vista - CEP: 50.060-010





Nome: MARIA LUCIA SOUZA DE SIQUEIRA
Atendimento: 130861
Idade: 59 Anos, 11 Meses e 5 Dias
Convênio: SUS - AMBULATORIO

Usuário Logado: ANDRE LUIZ ADOLFO MOREIRA
DA SILVA

Data: 28/06/2017

Prontuário: 736928

Leito Obs:

Sexo: Feminino

RECEITUÁRIO

Descrição:

LAUDO MÉDICO

À PERÍCIA

PACIENTE VITIMA DE TRAUMA COM FRATURA DE OSSO DA PERNAS DIREITA, SUBMETIDA A CIRURGIA EM 22/02/17.
EVOLUIU COM BOA CONSOLIDACAO SEM LIMITAÇÃO FUNCIONAL.
EXAME FÍSICO SEM ALTERAÇÕES.
RECEBE ALTA HOJE DA ORTOPEDIA.

CID 10: S82.7

Jaboatão dos Guararapes, 28/06/2017
André Luiz Adolfo
CRM - PE 20022

Médico: ANDRE LUIZ ADOLFO MOREIRA
Conselho: 20022

05.802.494/0001-4
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

28 JUN. 2017

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
PREFEITURA

Av. Gál. Manoel Rabelo, 126 - Centro - CEP: 54160-000 - Jaboatão dos Guararapes-PE
Telefone: (81) 3482.9888 - www.hmjpe.org



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 26/08/2020 09:35:17
<https://pje.jpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20082609351737600000065686678>
Número do documento: 20082609351737600000065686678

Num. 66959698 - Pág. 42

Nome: MARIA LULIA SOUZA DE SOUZA
Endereço: Rua 1355/80
Idade: 60 Anos, 4 Meses e 0 Dia
Profissão: SUS - AMBULATÓRIO

Entregado: PAULA FABRIZIO DE MELTROS

REVIEWS

卷之三

Recent topics

ଶ୍ରୀମତୀ ପାତ୍ରା

Documentação médica II

RECEITUÁRIO

Descrição:

DECLARO PARA FINS PERICIAIS QUE A SENHORA MARIA LUCIA SOUZA DE SOUZA, 60 ANOS, FOI SUBMETIDA A TRATAMENTO

PACIENTE EVOLUIT COM SINAIS CLÍNICOS E RADIGRÁFICOS DE FRATURAS CONSOLIDADAS. APRESENTA, AO EXAME FÍSICO ARCO MOVIMENTO FUNCIONAL E DEAMBULA COM CARGA TOTAL REFERENDOR EM FACE ANTEROMEDIAL DE PERNAS DIREITA QUE CAUSA DIFICULDADE PARA REALIZAR SUAS ATIVIDADES DIÁRIAS.

ENCAMINHADA A FISIOTERAPIA PARA ANESTESIA E REFORÇO

NO FLOW, AND A, B, C, D, E, F, G, H, I, J

05.302.10 210302-4
TRAILER CONCRETE
10' x 10' x 4'6"

24 A60 2017

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL C
Boa Vista - CEP: 50.060-010

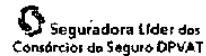
Jaboatão dos Guararapes, 23/09/2017. Dr. Paula Cardoso

Médico: PAULA CARDOSO DE
MEDEIROS
Conselho: 23999

Av. Gal. Manoel Ribeiro, 126 - Centro - CEP: 54160-000 - João Pessoa - PB
Teléfono: (83) 3492-9888 - www.hmjpe.org



PROTÓCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0248367/17

Vítima: MARIA LUCIA SOUZA DE SIQUEIRA

CPF: 225.193.604-10

CPF de: Próprio

Data do Acidente: 03/02/2017

Titular do CPF: MARIA LUCIA SOUZA DE SIQUEIRA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Documentação médica-hospitalar

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.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 24/08/2017

Nome: LUZIMAR DA SILVA OLIVEIRA

CPF: 406.013.406-63

LUZIMAR DA SILVA OLIVEIRA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 24/08/2017

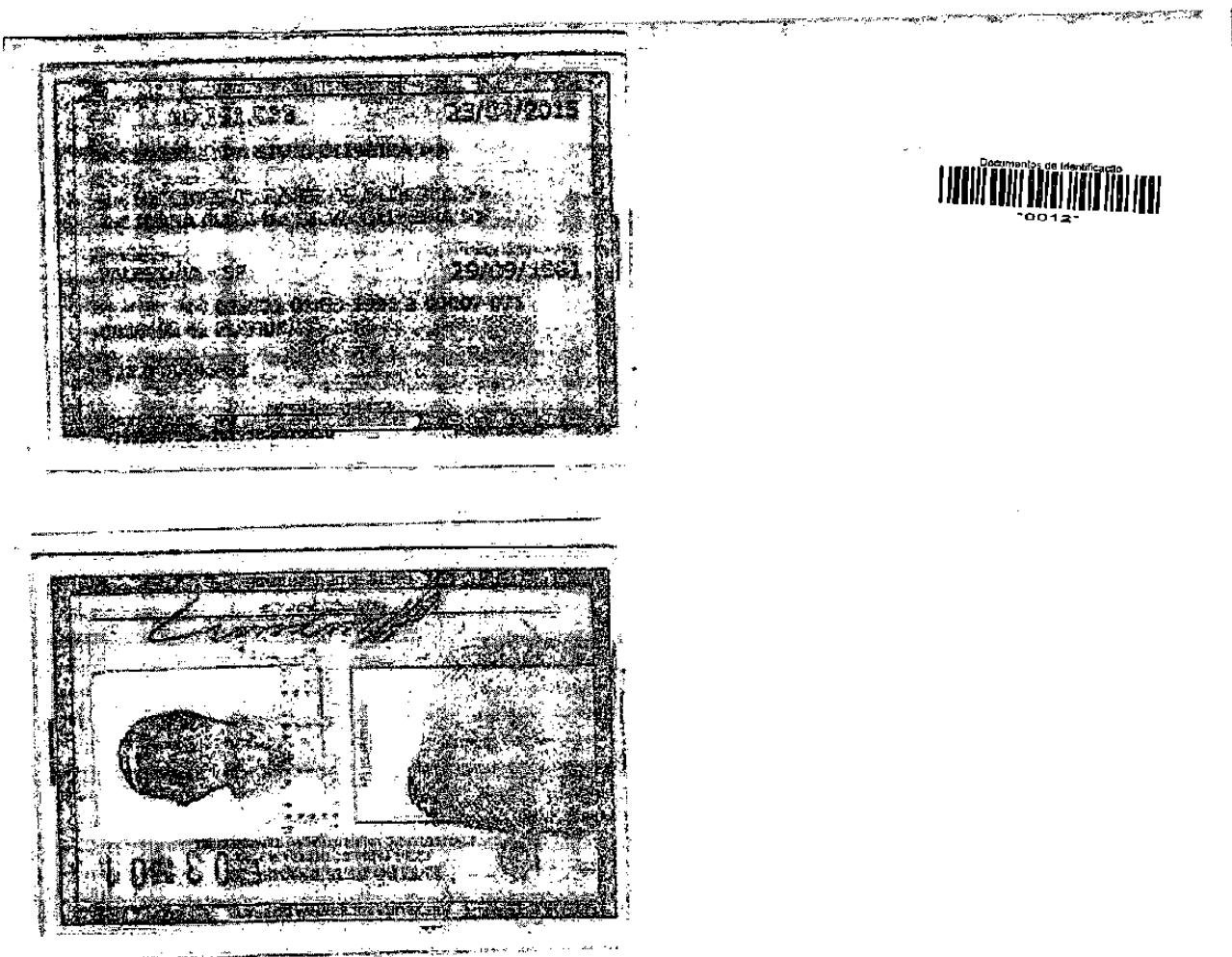
Nome: Jose Soares da Silva Filho

CPF: 194.764.344-49

Jose Soares da Silva Filho







05.802.494/0001-1
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

20 JUN. 2017

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C
Boa Vista - CEP 50.060-010
OFFICE.DF



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 26/08/2020 09:35:17
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20082609351737600000065686678>
Número do documento: 20082609351737600000065686678

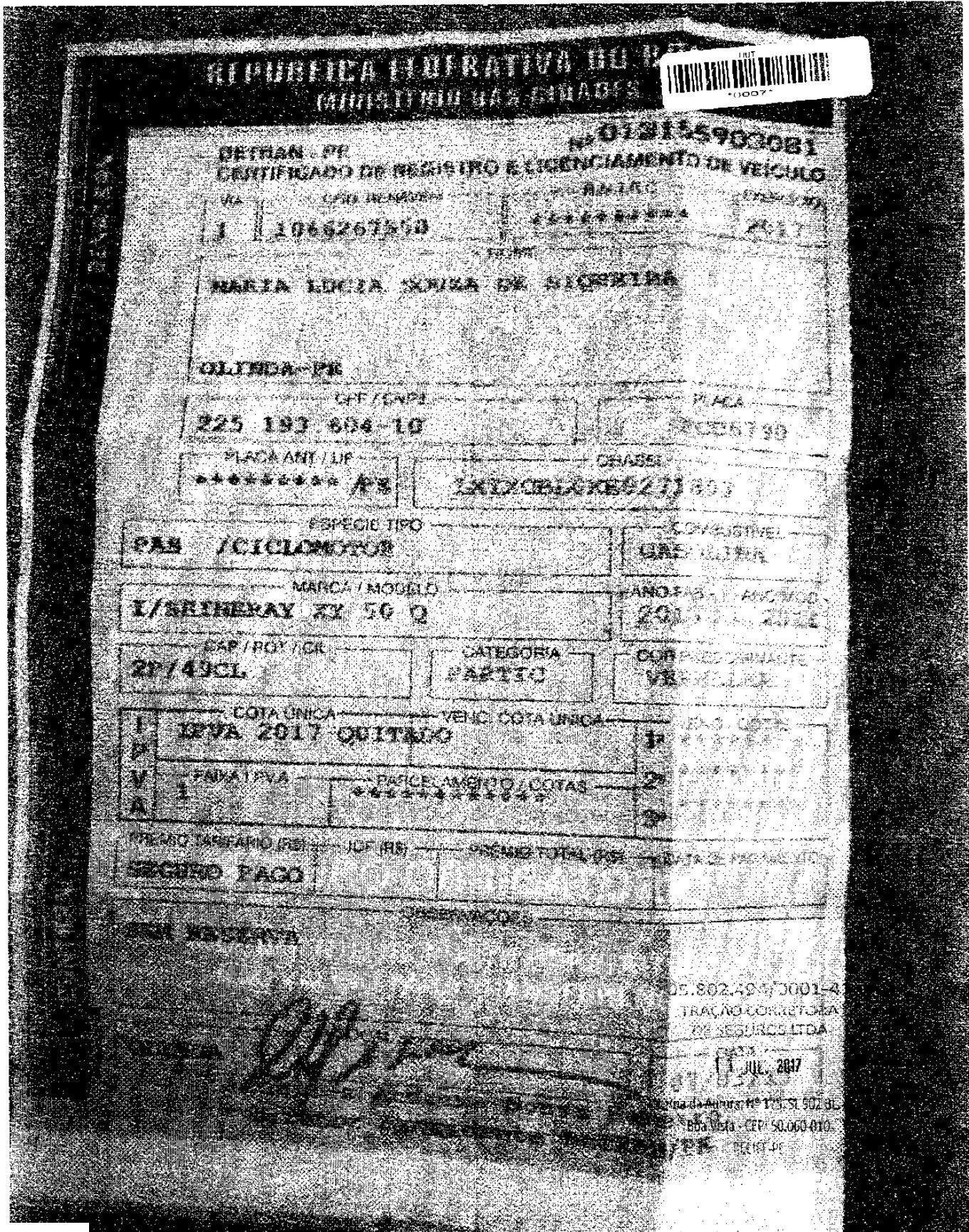
Num. 66959698 - Pág. 46

45.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

28 JAN 2017

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE - PE





PROTÓCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0248367/17

Vítima: MARIA LUCIA SOUZA DE SIQUEIRA
CPF: 225.193.604-10

CPF de: Próprio

Data do Acidente: 03/02/2017
Titular do CPF: MARIA LUCIA SOUZA DE SIQUEIRA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro
DUT

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.

Portador da documentação entregue

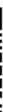
Data: 11/07/2017
Nome: LUZIMAR DA SILVA OLIVEIRA
CPF : 406.013.406-63

LUZIMAR DA SILVA OLIVEIRA

Responsável pelo recebimento na seguradora

Data: 11/07/2017
Nome: Jose Soares da Silva Filho
CPF: 194.764.344-49

Jose Soares da Silva Filho



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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Nome do(a) Examinado(a): MARIA LUCIA SOUZA DE SIQUEIRA Sinistro: 3170360350 Data: 03/02/2017

Endereço do(a) Examinado(a): R OPALA NEGRA, 271 - FRAGOSO - Olinda - PE - CEP 53060-450

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [SDS /PE] 1961944

Data local do exame: [04/09/2017] Recife [PE]

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva as lesões produzidas pelo trauma, o resultado do exame físico voltado para as regiões lesionadas e o(s) diagnóstico(s). *Fratura distal dos ossos da perna direita. ... Vítima refere dor intensa na perna direita com prejuízo da deambulação. Ao exame apresenta limitação severa da amplitude dos movimentos do tornozelo direito, edema residual, marcha claudicante.*

a) O quadro clínico documentado neste exame decorre de lesão que tenha sido provocada em acidente automobilístico registrado na forma de sinistro que indicou esta avaliação? [X] Sim [] Não

Caso a resposta seja "Não", favor NÃO preencher os demais campos abaixo, exceto o das observações (item V(*)), se necessário

b) A(s) queixa(s) do(a) Examinado(a) está(ão) relacionada(s) com as lesões decorrentes deste acidente, inclusive com os registros em boletim de atendimento médico? [X] Sim [] Não

Caso a resposta seja "Não", prosseguir SOMENTE se houver alguma correlação entre a queixa e o histórico do acidente, justificando-a nas observações (item V(*))

II. Descreva a evolução atual do quadro clínico, os tratamentos realizados, a data da alta e os resultados, incluindo complicações. *A vítima foi submetida a tratamento cirúrgico em 3 tempos. Primeiro tempo redução incruenta e fixação externa. Segundo tempo osteossíntese de fibula com placas e parafusos. Terceiro tempo osteossíntese de tibia com placa e parafusos. Evoluiu com osteomielite sendo superada com antibioticoterapia. Realizou tratamento fisioterápico.*

III. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais suscetível à qualquer medida terapêutica)? [X] Sim [] Não

Existindo sequela(s) que seja(m) geradora(s) de invalidez total ou parcial informe qual(is) e descreva as perdas anatômicas e/ou funcionais que sejam definitivas e que justifiquem os danos corporais permanentes.

Limitação funcional do membro inferior direita

Caso a resposta seja "Não", concluir dentro as opções no item IV "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item IV opções "b" ou "c"

IV. 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)

() "Exame não permite conclusão"
Vide motivo do impedimento no campo das observações

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

Região Corporal (Sequela):
Membro inferior direita

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

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

c) Havendo dano corporal total com repercussão na integra do patrimônio físico - assinale a opção abaixo sempre apresentando a justificativa médica para este enquadramento no campo das observações (*).

() Total = "100% da IS"

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

Poderá ser
revisado
em 200959698
20082609351737600000065686678

Ana Maria Barros Falcao - CRM: 8978 - PE



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 26/08/2020 09:35:17
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20082609351737600000065686678>
Número do documento: 20082609351737600000065686678

Num. 66959698 - Pág. 50

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3170360350 **Cidade:** Olinda
Vítima: MARIA LUCIA SOUZA DE SIQUEIRA **Data do acidente:** 03/02/2017
Natureza: Invalidez Permanente
Seguradora: CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

PARECER

Diagnóstico: Fratura distal dos ossos da perna direita.

Descrição do exame Vítima refere dor intensa na perna direita com prejuízo da deambulação. Ao exame apresenta limitação severa da **médico pericial:** amplitude dos movimentos do tornozelo direito, edema residual, marcha claudicante.

Resultados terapêuticos: A vítima foi submetida a tratamento cirúrgico em 3 tempos. Primeiro tempo redução incruenta e fixação externa. Segundo tempo osteossíntese de fíbula com placa e parafusos. Terceiro tempo osteossíntese de tibia com placa e parafusos. Evoluiu com osteomielite sendo superada com antibioticoterapia. Realizou tratamento fisioterápico.

Sequelas permanentes: Limitação funcional do membro inferior direito

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 04/09/2017

Conduta mantida: Não

Observações: Já indenizado como dano leve do membro inferior direito. De acordo com novo exame vítima com agravos, complementar para dano moderado do membro inferior direito.

Médico examinador: Ana Maria Barros Falcao

CRM do médico: 8978

UF do CRM do médico: PE

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
		Total	17,5 %	R\$ 2.362,50

PRESTADOR

ACE GESTÃO DE SAÚDE LTDA

Médico revisor: OTELO CORRÊA DOS SANTOS FILHO

CRM do médico: 52.18145-0

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



PROCURAÇÃO PARTICULAR

Processo
0025

OUTORGANTE

Nome:	MARIA LUCIA SOUZA DE Siqueira	
Nacionalidade:	BRASILEIRA	Estado civil: CASADA
Profissão:	POSTUREIRA	
Identidade:	1961944	CPF: 225.193.609.10
Endereço:	RUA DIA DA NESSA, 271. ZD. PERNASO - OLINDA - PE	

OUTORGADO:

Nome:	Luzinete da Silva Oliveira	
Nacionalidade:	BRASILEIRO	Estado civil: DIVORCIADO
Profissão:	ACONTECER	
Identidade:	10.151.898	CPF: 406.013.406.63
Endereço:	R. BOA SORTE, 817. AP. 301 - DESTACADO. OLINDA - PE	

Pelo presente Instrumento Particular da Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador e outorgado acima qualificado, a quem confio poderes para representar-me perante as SEGURADORAS, referente ao Seguro Obrigatório - DPOVAT.

Olinda 09.03.17

(LOCAL E DATA)



ASSINATURA DO OUTORGANTE
(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)

 05.802.494/0001-
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

28 JUN. 2017

1º Cartório de Notas de Olinda

Prop. da Cine (Luz)

Recebi por extensão(s) fisco(s) assinado(s) na data fixada de
2017, 09 de Junho, na forma de 0017 (000001).
Francis Elmane Andrade de Oliveira - Serviços de Corretores
Endereço: Rua 24 de Maio, 6117 1001-00-00
Cidade: Olinda - PE - Brasil - CEP: 50.060-010
Qualquer reclamação deve ser dirigida ao
Cartório de Notas de Olinda

 Rua da Aurora, Nº 175, 5º 902 BL. C
Boa Vista - CEP: 50.060-010


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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Nome do(a) Examinado(a): MARIA LUCIA SOUZA DE SIQUEIRA Sinistro: 3170360350 Data: 03/02/2017

Endereço do(a) Examinado(a): R OPALA NEGRA, 271 - FRAGOSO - Olinda - PE - CEP 53060-450

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [sds /PE] 1961944

Data local do exame: [25/07/2017] Recife [PE]

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva as lesões produzidas pelo trauma, o resultado do exame físico voltado para as regiões lesionadas e o(s) diagnóstico(s)
Fratura fechada distal da tibia direita. Ao exame físico, vítima apresenta edema residual na perna direita. Marcha claudicante com discreto encurtamento do membro inferior direito.

a) O quadro clínico documentado neste exame decorre de lesão que tenha sido provocada em acidente automobilístico registrado na forma de sinistro que indicou esta avaliação? [X] Sim [] Não

Caso a resposta seja "Não", favor NÃO preencher os demais campos abaixo, exceto o das observações (item V(*)), se necessário

b) A(s) queixa(s) do(a) Examinado(a) está(ão) relacionada(s) com as lesões decorrentes deste acidente, inclusive com os registros em boletim de atendimento médico? [X] Sim [] Não

Caso a resposta seja "Não", prosseguir SOMENTE se houver alguma correlação entre a queixa e o histórico do acidente, justificando-a nas observações (item V(*))

II. Descreva a evolução atual do quadro clínico, os tratamentos realizados, a data da alta e os resultados, incluindo complicações.
Tratamento cirúrgico com colocação de placa e parafusos. Realizou fisioterapia.

III. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais suscetível à qualquer medida terapêutica)? [X] Sim [] Não

Existindo sequela(s) que seja(m) geradora(s) de invalidez total ou parcial informe qual(is) e descreva as perdas anatômicas e/ou funcionais que sejam definitivas e que justifiquem os danos corporais permanentes.

Limitação funcional do membro inferior direito

Caso a resposta seja "Não", concluir dentro as opções no item IV "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item IV opções "b" ou "c"

IV. 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"

Este 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)

() "Exame não permite conclusão"

Vide motivo do impedimento no campo das observações

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

Região Corporal (Sequela):
Membro inferior direito

% do dano: () 10% residual (X) 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

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

c) Havendo dano corporal total com repercussão na Integra do patrimônio físico - assinale a opção abaixo sempre apresentando a justificativa médica para este enquadramento no campo das observações (*).

() Total = "100% da IS"

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

Clique aqui para imprimir o documento

Antonio Henrique Moreira - CRM 2445 - PR



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 26/08/2020 09:35:17
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20082609351737600000065686678>
Número do documento: 20082609351737600000065686678

Num. 66959698 - Pág. 53



Número: **0020624-38.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção B da 2ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **28/04/2020**

Valor da causa: **R\$ 10.125,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
MARIA LUCIA SOUZA DE SIQUEIRA (AUTOR)	PAULO ANTONIO COELHO CASTOR (ADVOGADO)
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (REU)	
ARUANA SEGUROS S.A. (REU)	

Documentos

Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
66959 699	26/08/2020 09:35	<u>ANEXO 2</u>	Outros (Documento)



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, 24 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200038424 **Vítima: MARIA LUCIA SOUZA DE SIQUEIRA**

Data do Acidente: 29/10/2019 **Cobertura: INVALIDEZ**

Procurador: LUZIMAR DA SILVA OLIVEIRA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), MARIA LUCIA SOUZA DE SIQUEIRA

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, contados 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

Carta nº 15414640

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, 06 de Fevereiro de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200038424 **Vítima: MARIA LUCIA SOUZA DE SIQUEIRA**

Data do Acidente: 29/10/2019 **Cobertura: INVALIDEZ**

Procurador: LUZIMAR DA SILVA OLIVEIRA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), MARIA LUCIA SOUZA DE SIQUEIRA

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 punhos

25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um joelho 25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

Recebedor: MARIA LUCIA SOUZA DE SIQUEIRA

Valor: R\$ 3.375,00

Banco: 104

Agência: 000000917

Conta: 0000020102-0

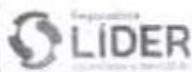
Tipo: CONTA POUPANÇA

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, retorno 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

1 - Qual é o tipo de cobertura: DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) INVALIDEZ PERMANENTE MORTE

2 - CPF da vítima: **225.193.604-10** 4 - Nome completo da vítima: **ROSA LUCIA SOUZA DE SOUTO**

5 - CEP: **53.060-450** 6 - Endereço: **ROTA OPALA NOVA** 7 - Bairro: **OPALA NOVA** 8 - Cidade: **OLINDA** 9 - Estado: **PE** 10 - Complemento: **271**

11 - Rua: **EDIFÍCIO PANTANO** 12 - Cadastral: **OLINDA** 13 - Logradouro: **PE** 14 - CEP: **53.060-450** 15 - Bairro: **OPALA NOVA** 16 - Cidade: **OLINDA** 17 - Estado: **PE** 18 - Complemento: **271**

19 - 1 - Seu nome: **ROSA LUCIA SOUZA DE SOUTO** 20 - 2 - CPF: **225.193.604-10** 21 - 3 - Nome completo: **ROSA LUCIA SOUZA DE SOUTO** 22 - 4 - CEP: **53.060-450** 23 - 5 - Endereço: **ROTA OPALA NOVA** 24 - 6 - Bairro: **OPALA NOVA** 25 - 7 - Cidade: **OLINDA** 26 - 8 - Estado: **PE** 27 - 9 - Complemento: **271**

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 13 ANOS OU INCAPAZ/COM CURAÇO

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

Declaro, sob minha responsabilidade, que sou o(a) beneficiário(a) informado(a), conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

REUSO INFORMAR R\$1,00 A 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 PÔUPANÇA (informar para os bancos abaixo. Admitir uma contas)
 Bradesco (231) Itaú (341)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

CONTA CORRENTE (Nome do Banco):

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: **0417** CONTA: **20102**

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

(Informar o Número de Agência) (Informar o Número de Conta)

Assinante e segurado(a) declara e afirma: Se conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização do beneficiário do Seguro DPVAT é igual ao valor do crédito ao seu favor, não havendo e não tendo, desde já e somente após a efetivação do crédito, quaisquer ônus ou encargos devidos, relativamente ao valor recebido.

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE CRÉDITO DO IMI - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IMI) para os fins de resumimento da indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 9.647/74), uma vez que:

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

Assinante e segurado(a) declara e afirma: Se a sua declaração de ausência de crédito do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na indenização mínima de R\$ 100,00 (cem reais) e a apresentação do laudo do IMI, com constante, desde já, em meus autos, a análise médica a ser feita, caso necessário, ao custo do segurado, não se considera a existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito causado por veículos automotores, conforme o artigo 6º, § 1º, da Lei nº 9.647/74.

Assinante e segurado(a) declara e afirma: A declaração de ausência de crédito do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso o resultado seja desfavorável.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

24 - Frade, sacerdote da vítima: Solteiro: Casado (no Civil): Divorciado: Separado/Anticasado: Vívo: 24 - Data da morte da vítima:

25 - União de fato/associação com a vítima: 26 - Vítima deixou compatriota(s): Sim Não 27 - Se a vítima deixou compatriota(s), informar o nome completo:

28 - União: Sim Não 29 - Se finta filhos, informar: 30 - Vítima deixou parente(s): Sim Não 31 - Vítima tem filhos?: Sim Não 32 - Se tinha filhos, informar: 33 - Vítima deixou parente(s): Sim Não

Este ato de que o beneficiário não paga, não deixa, não divide, a indenização do Seguro DPVAT por morte aqueles beneficiários que não representam e não eram seus parentes, entendo que, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, item 4º, da indenização, com base no artigo 299 do Código Penal.

NEO ASSINATURADO

35 - Nome legal de quem assina o pedido (a rogo):

35 - 1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

36 - CPF legal de quem assina o pedido (a rogo):

35 - 2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

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

40 - Local e Data: **Recife 29.01.2020**

de 01/01/2020

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

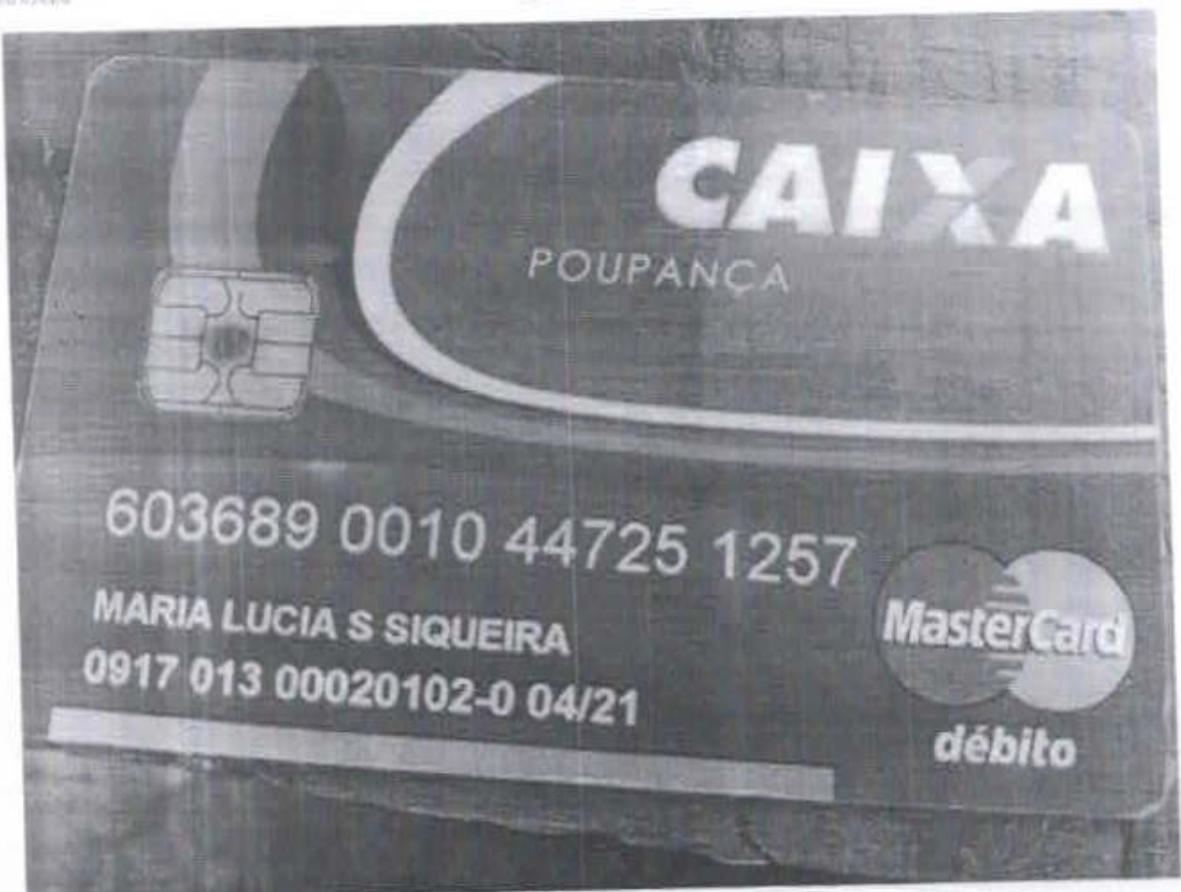
43 - Assinatura do procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura digitalizada

TESTEMUNHAS





<https://outlook.live.com/mail/0/inbox/id/AQMkADAwATMwMAIYFjY51zDAXLTAwA0wMADARgAAA38LQKFhRnKSkAJRzPVDOBwCjAogkHE...> 111



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 26/08/2020 09:35:17
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20082609351755100000065686679>
Número do documento: 20082609351755100000065686679

Num. 66959699 - Pág. 4



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
POSTO POLICIAL DO HOSPITAL MIGUEL ARRAES - 28º CIRC DEL. PAULISTA

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N.º 20E2115000005

21/01/2020
28º Circ. Del. Paulista
20E2115000005

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **21/01/2020 às 10:17**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado), que aconteceu no dia 29/10/2019 às 12:00

Fato ocorrido no endereço: **AVENIDA SENADOR NILO COELHO, 01 - Bairro: OURO PRETO - OLINDA/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PÚBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

ESTADO (AUTOR / AGENTE)
MARIA LUCIA SOUZA DE SIQUEIRA (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(s) Sr(a): MARIA LUCIA SOUZA DE SIQUEIRA

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

MARIA LUCIA SOUZA DE SIQUEIRA (presente ao plantão) - Sexo: Feminino Mão: Lídia Alexandre de Siqueira Pai: ANTONIO MARAVILHA DE SIQUEIRA Data de Nascimento: 23/7/1967 Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL
Endereço Residencial: RUA OPALA NEGRA, 271 - CEP: 55000-000 - Bairro: FRAGOSO - OLINDA/PERNAMBUCO/BRASIL

ESTADO - Ramo da Atividade: **ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA, DEFESA E SEGURIDADE SOCIAL**

Nome do Representante: - Cargo do Representante: - Pessoa de Contato no estabelecimento comercial: - Telefone de Contato: -

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

MOTONETA (VEÍCULO) de propriedade do(a) Sr(a): **MARIA LUCIA SOUZA DE SIQUEIRA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **MARIA LUCIA SOUZA DE SIQUEIRA**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTONETA/HONDA/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **BRANCA** - Quantidade: **01 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PDB3179** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Renavam: **1166168503** Chassi: **9C2JC7000JR036732**
Ano Fabricação/Modelo: **2018/2018**
Descrição: **HONDA BIZ 110 DE PLACA PDB3179**

Complemento / Observação:

A VÍTIMA COMPARCEU A ESTE POSTO POLICIAL INFORMANDO QUE, NA DATA CITADA, ESTAVA TRAFEGANDO COM SEU VEÍCULO HONDA BIZ 110 DE PLACA PDB3179, PELA AVENIDA SENADOR NILO COELHO SENTIDO INTEGRAÇÃO DA PE/15, QUANDO DE REPENTE SE DEPAROU COM UMA LOMBADA DEFORMADA COM PARTES PONTEAGUDAS, QUE NO MOMENTO QUE TENTOU DESVIAR DAQUELE TRECHO PARA PASSAR PELA PARTE DA LOMBADA QUE ESTAVA COM CONDIÇÕES DE TRAFEGABILIDADE, O PNEU DO VEÍCULO DERRAPOU, MOMENTO ESTE QUE, A CONDUTORA DO VEÍCULO NÃO CONSEGUIU CONTROLAR O REFERIDO VEÍCULO, CHEGANDO A CAIR

<https://servicos.sds.pe.gov.br/permambuco/VisualizaBO.do?idm=2115&idO=8251004&idBO=20E2115000005&acao=impresa&idPrincipal=ACI>

1/2



21/01/2020

Secretaria de Defesa Social : INFOPOL

DA MOTONETA SENDO SOCORRIDA PELO CORPO DE BOMBEIROS, QUE DA QUEDA RESULTOU LESOES FRATURA DO PLANALTO TIBIAL DIREITO, FRATURA DE PATELA, FRATURA DO 1/3 DISTAL DO RÁDIO ESQUERDO, PASSANDO POR INTERVENÇÃO CIRÚRGICA OSTEOSÍNTSE DO PLANALTO TIBIAL DIREITO COM PLACA EM L MAIS SUTURA EM PATELA DIREITA, OSTEOSÍNTSE COM PLACAS DE 1/3 DE CANO, QUE DIANTE O EXPOSTO REGISTROU ESTE BOLETIM PARA PROVIDENCIAS CABÍVEIS.

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


MARIA LUCIA SOUZA DE SIQUEIRA
(VITIMA)

S.O. registrado por: LUCIANO SANTANA DE MELO - Matrícula: 319626-7

Luciano Santana de Melo
Comendador de Polícia
Mat. 319.626-7
L-16



<https://servicos.sdi.pe.gov.br/pernambuco/visualizaBO.do?idJrn=2115&idCic=6251084&nroBO=20021150000051&px=simples&netPrincipia=AC1...> 2/2



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 26/08/2020 09:35:17
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20082609351755100000065686679>
Número do documento: 20082609351755100000065686679

Num. 66959699 - Pág. 6



SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DE PERNAMBUCO

CERTIDÃO

Certidão nº 2019APH001359 Div. Op.

Com fulcro no art. 5º XXXIV, letra "b" da Constituição Federal Brasileira, venho por meio de solicitação feita pelo(a) Sr(a). MARIA LUCIA SOUZA DE SIQUEIRA, 62 anos, BRASILEIRA(a), CASADO(a), RG nº 1961944 SDS-PE, inscrito(a) na Receita Federal sob o CPF nº 225.193.604-10, residente à RUA OPALA NEGRA, nº 271, FRAGOSO, OLINDA -PE, certificar que este Grupamento de Bombeiros de Atendimento Pré-Hospitalar atendeu a uma ocorrência no dia 29/10/2019, por volta das 12:25 hs, no endereço: AVENIDA SENADOR MILO COELHO, XXX, JARDIM BRASIL OLINDA-PE, referente a um(a) QUEDA DE MOTO, envolvendo VEÍCULO RETIRADO DO LOCAL DA OCORRÊNCIA, no(a) qual fora vitimado(a) o(a) Sr(a) MARIA LUCIA SOUZA DE SIQUEIRA, inscrito sob o CPF nº 225.193.604-10 e Registro Geral nº 1961944, atendido(a) pela Unidade Tática de Resgate do Grupamento de Bombeiros de Atendimento Pré-Hospitalar, comandada pelo(a) SGT BM 951006-0 SILVA. Foi transportado(a) para o UPA OLINDA. Registrado(a) com o prontuário nº 1544476. Ficou aos cuidados do médico EDGAR B. LOBO JR., registro 4673. Os registros desta Certidão foram extraídos dos arquivos da Divisão de Operações / GBAPH.

Posição em 17/12/2019

A autenticidade desta versão deve ser confirmada através do portal do Corpo de Bombeiros, no site <http://www.cbm.pe.gov.br/>, consultar protocolo nº 2019APH001359

Av. João de Barros, 399 - Boa Vista - Recife/PE - CEP 50050-180
fone: (81) 3182-9126 / CNPJ: 00.258.773/0001-44



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: 31/01/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 3.375,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: MARIA LUCIA SOUZA DE SIQUEIRA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00917

CONTA: 000000020102-0

Nr. da Autenticação 5AE42B90201737D0



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 26/08/2020 09:35:17
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20082609351755100000065686679>
Número do documento: 20082609351755100000065686679

Num. 66959699 - Pág. 9

08/01/2020

Via para Pagamento de Conta de Energia

Pedido de serviço para Via para Pagamento Grupo B nº 1416104564

NOTA FISCAL FATURA CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA			
COMPANHIA ENERGÉTICA DE PERNAMBUCO Av. 1040 DE BARRAS 111, RUA VISTA RECIFE-PE/BRASIL CEP: 50.100-902 CNPJ: 23.895.751/0001-08 MUNICÍPIO ESTADUAL: 2003848-03			
			
Tabela Social de Energia Elétrica - Lei 10.428, de 29/04/02 COMERCIAL: 118 PRONTIDÃO: 116 Atendimento ao deficiente auditivo ou de fala: 0800 281 0142 Ouvidoria: 0809 252 5599 Agência de Regulação dos Serviços Públicos Delegados do Estado de Pernambuco-ARPE: 0809 727 0187 Ligação Grátis da Telefônica Fixa Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL: 167- Ligação Grátis da telefônica fixa e tarifada na origem para telefones celulares			
DADOS DO CLIENTE: MARIA LUCIA SOUZA DE SIQUEIRA	DATA DE VENCIMENTO 10/01/2020	DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL 19/12/2019	CONTA CONTRATO 2832486011
ENDEREÇO: RUA OFALIA NEGRA 311 - JARDIM ATLÂNTICO/OLINDA -53060-450 OLINDA PE -	TOTAL A PAGAR R\$ 231,51	DATA DA APRESENTAÇÃO 27/12/2019	CLASSIFICAÇÃO RESIDENCIAL Monofásico B1
PERÍODO CONSUMO 19/11/2019 a 19/12/2019	CONSUMO 276	NOTA - BASE DE CÁLCULO R\$ 0,00 Alíquota 25,00 valor do Imposto R\$ 54,17	
AUTENTICAÇÃO MECÂNICA	VIA PARA PAGAMENTO		
Datação: 08/01/2020			
* CONTA CONTRATO 2832486011	MÊS/ANO 12/2019	TOTAL A PAGAR R\$ 231,51	VENCIMENTO 10/01/2020
TALÃO DE PAGAMENTO Evite dobrar e perfurar ou rasurar. Este canhoto será usado em leitora ótica.			
AUTENTICAÇÃO MECÂNICA			

Pagamento através de Débito Automático em Conta Corrente.

automação@celpe.com.br|N0P_DCSRVICES_D-home-neologw-sap.com/servlet/login.naoenergia.com.RFCConversorService?dict=1&cdd=1

1/1



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 26/08/2020 09:35:17
<https://pje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20082609351755100000065686679>
Número do documento: 20082609351755100000065686679

Num. 66959699 - Pág. 10



DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Faça suas esclarecimentos, através do site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)

Capitais e Regiões metropolitanas: 4020-1556 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvintiva: 0800 021 91 85

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.cadeo.gov.br/BIBLIOTECASWEB/DOCORIGINAL/ASP?TIPO=1&CODIGO=29625>

A Circular SUSEP nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todos os Seguradoras são obrigadas a fornecer o cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações sobre o profissional 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 no Seguro DPVAT. Contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF¹.

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELA CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE VIBRUELO, PREVIDÊNCIA PRIVADA, APREV, CAPITALIZAÇÃO E RESEGURO. ² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA Fazenda, SEM PÓS-FUNDAÇÃO DISCIPLINAR, APPLICAR FENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILICITAS, PREVISTAS NA LEI MPR 613/98.

Pelo exposto, eu Luziânia da Silva Oliveira
Inscrito (a) no CPF/CNEI 4000193406-163, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário
PROFESSORA LUIZA SOUTA DE SOUTA inscrito (a) no CPF sob o N° 205199.604-10
do sinistro de DPVAT sobretudo INVALIDEZ de Vítima A MULHER
Inscrito (a) no CPF sob o N° , conforme determinação da Circular Susep 445/12.
Declara Profissão: Renda: e apresente os documentos comprobatórios
 Recuso informar

Declaro, sob a pena da lei e para fins de prova de residência junto à Seguradora Lider-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência no endereço informado. Estou ciente de que a falsidade de presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

<u>ATLANTIDA SOUTA</u>	<u>Cidade:</u> <u>ABREU E LIMA</u>	<u>Número:</u> <u>312</u>	<u>Complemento:</u> <u>Apto 102</u>
<u>DEZERRO</u>		<u>Estado:</u> <u>PE</u>	<u>CEP:</u> <u>53570-110</u>
<u>E-mail:</u> <u>ATLANTIDA.SOUTA@hotmail.com.br</u>		<u>Tel (DDD):</u> <u>81-99748-7471</u>	

Local e Data: ABREU E LIMA 08/08/2020

Yves Cordeiro de Melo Junior
Assinatura do Declarante

DLERL-N01 V001/2017



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 26/08/2020 09:35:17
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20082609351755100000065686679>
Número do documento: 20082609351755100000065686679

Num. 66959699 - Pág. 12

Atendimento: 1544476
Data e Hora: 29/10/2019 13:14

Senha da Classificação:

0201

Paciente: 238138 MARIA LUCIA BOUZA DE SIQUEIRA Sexo: FEMININO
 Nome Social:
 Data do Nascimento: 23/07/1957 Idade: 62 anos Convenio: 2 SUS - PRONTO ATENDIMENTO
 Nome da Mãe: LIDIA ALEXANDRE DE SIQUEIRA Nome do Pai:
 Estado Civil: SOLTEIRO Nome do Médico: ORTOPEDISTA - PLANTONISTA CRM: 1234567
 Endereço: OPALA NEGRA 271 Bairro: FRAGOSO
 Cidade/UF: OLINDA PE Cep: 53060450 Usuário Atendimento: WARRLASS
 RG (Identidade): Data de Emissão:
 CPF (Cadastro de Pessoas Físicas): Fone: 86961476
 CRN (Certidão de Registro de Nasc): Data de Emissão CRN:

RESUMO DE TRATAMENTO

Peso _____ Altura _____ Temperatura: _____ Hora: _____

Sintoma Principal

Causa de morte
desconhecida.

Exame Físico

Exame Físico

Hipótese Diagnóstica

(0303070200) Fratura aberta do osso estilhoso E
 (0303070227) Fratura 1/3 proximal do osso estilhoso B (fratura aberta)

Linha Terapêutica

Rx de fratura E Rx de fratura B
Cirurgia de fixação

Prescrição Médica

Fale grande ex-l-palavra
Fale grande ex-l-palavra **IMOBILIZAÇÃO**

Destino: 1 Encaminhamento Ambulatório Gabinete
 Transferido: Bilete livre Núm. Rec. 3010916
 CRM 10716

Para: 0 Difícil - at atmp + A.S. - LV-616 Senha: _____

= Sole amarela =

Carimbo Médico

SENHA: 3804249 1544476
DATA: 26/10/2019

Carimbo Médico: H.M.A.



UPA 24 HORAS - OLINDA

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

PROTOCOLO CLASSIFICAÇÃO REDE INIP

Nome Paciente: MARIA LUCIA SOUZA DE SIQUEIRA
Cód. Paciente: 238139
Data de Nascimento: 23/07/1957
Sexo: Feminino
Idade: 62 anos
Senha: 0201
Convênio: -
Atendimento: SAMU

Periodo: 29/10/2019 13:13 - 29/10/2019 13:14

MARIA RÔSÉCLEIDE MOREIRA - COREN: 178888 - FUNÇÃO: ENFERMEIR(A) - PLANO DE CUIDADO

Chloridates

ANSWER

200

TRAZIDO PELO CB RELATO QUEDA DE MOTO DOR + EDEMA JOELHO D

ESCORIAÇÕES PERI

બ્રહ્મવિજ્ઞાન

ALERO

Fluorogramme sir

TRAUMA

Giantin-Nanogels 3

Acolhido(s) por: MARIA BORECI FIDÉ MOREIRA - COREN-SP 00000000000000000000000000000000

Data impr

Section 1 (m) 1



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 26/08/2020 09:35:17
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2008260935175510000065686679>
Número do documento: 2008260935175510000065686679

Num. 66050600 Pág. 14

Atendimento: 501872
Data e Hora: 31/10/2019 00:50

Senha da Classificação:

0002

Paciente: 130889 MARIA LUCIA SOUZA DE SIQUEIRA Sexo: FEMININO
Nome Social:
Data do Nascimento: 23/07/1957 Idade: 62 anos Convenio: 2 SUS - EXTERNO / URGENCIA
Nome da Mãe: LIDIA ALEXANDRE DE SIQUEIRA Nome do Pai: ANTONIO MARAVILHA DE SIQUEIRA
Estado Civil: SOLTEIRO Nome do Médico: PLANTONISTA ORTOPEDIA CRM: 12345
Endereço: RUA OPALA NEGRA 271 Bairro: FRAGOSO
Cidade/UF: GLINDA PE Usuário Atendimento: MAYARAAM

Informações Associadas a Pacientes Estrangeiros / Visitantes

Data Entrada Brasil:

Nacionalidade: BRASILEIRA

Nr Documento Estrangeiro:

Observação:

RESUMO DE TRATAMENTO

Peso _____ Altura: _____ Temperatura: _____ Hora: _____

Queixa Principal

Venha -ta latei na na facente oute maladito
avaliação com traumato 3º grau B 3
jáceo (0)

Exame Físico

- Dor, edema e deformidade na articulação
joelho (0)

Hipótese Diagnóstico

Fr. Rocha (0) / Fr. Dídeo Tibial (0) / Fr. Ídea (0)

Prescrição Médica

Interno Recato

R

Assinatura e Carimbo Médico

Destino: () Encaminhado ao Ambulatório () Residência

() Transferido para _____

Senha: _____

() Encaminhado ao setor de Internação



HOSPITAL METROP. NORTE MIGUEL ARRAES

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

PROTÓCOLO CLASSIFICAÇÃO REDE IMIP

Data e hora retirada da senha: 31/10/2019 00:21

	Nome Paciente: 1. MARIA LUCIA SOUZA DE SIQUEIRA Cód. Paciente: Data de Nascimento: 23/07/1957 Sexo: Feminino Idade: 62 anos Senha: 0002 Convênio: Atendimento: SAME:
---	--

Período: 31/10/2019 00:38 - 31/10/2019 00:42

CARLA DANIELE SANTORO DE MELO - COREN: 354495 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - CLASSIFICAÇÃO

Prioridade:	NAO URGENTE - VERDE
Cor:	VERDE
Queixa Principal:	PC ENCAMINHADO UPN DEOLINDA COM SENHA 5804248 COM HD. FRATURA DISTAL ANTEBRAÇO E+ FRATURA 1/3 SUPERIOR Perna D/ FRATURA DE PATELA VITIMA DE ACIDENTE AUTOMOBILISTICO HÁ APROX 48/ 52 HORAS
Observação:	NEGA ALÉRGIAS MEDICAMENTOSA
Fluxograma sintoma:	TRAUMA
Discriminador(es):	- DOR LEVE (1-3/10) - EVENTO (TRAUMA) HÁ MAIS DE 6 HORAS - SEM PERTURA DA FUNÇÃO - SEM PERTURA DE CONSCIÊNCIA, NÁUSEA, VÔMITOS, CRISE CONVULSIVA OU FERMENTO PERFURANTE
Especialidade:	ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA
Sinais Vitais Lidos:	- SACR - REGUA DE DCR: 0 - SACR - ESCALA DE GLASGOW: 15 - FREQUÊNCIA CARDÍACA: 64.00 BPM - GLICOSE: 134.00 MG/DL - P.A. SISTOLICA: 130.00 MMHG - P.A. DISTOLICA: 70.00 MMHG - SATURAÇÃO DE OXIGÉNIO: 100.00 % - TEMPERATURA(C): 35.30 °C

Acolhido(a) por: CARLA DANIELE SANTORO DE MELO - COREN: 354495 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data impressão: 31/10/2019 00:42

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco

Página: 1 de 1



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 26/08/2020 09:35:17
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20082609351755100000065686679>
Número do documento: 20082609351755100000065686679

Num. 66959699 - Pág. 16

Ficha de Cirurgia Descritiva

Assist. de Cirurgia: 60661
Paciente: 130889
Número Atend.:
Lotto: 94
Dt. Inicio: 17/11/2019 08:10

Sala: 0002 BALA 02
MARIA LUCIA SOUZA DE SIQUEIRA
SUS - INTERNACAO
ORTO-067-LEITO 002

Atendimento: 500002
Centro:
Idade: 42 Anos

Dr. Pós-Operatório
Dr. Pós-Operatório

Procedimento: 0408020407

TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA EXTREMIDADE / METAFISE DISTAL DOS OSSOS
ANTERIOR (PRINCIPAL)

Convenio: 001
Anestesia: 39

SUS - INTERNACAO
BLOQUEIO DE PLEXO BRAQUIAL + SEDACAO

GIRURGIAO
ANESTESISTA

18757 JEFFERSON CALUME DE OLIVEIRA JUNIOR
14582 FELIPE CESAR LINS MENDES

Descrição:

Descrição Cirúrgica:

DIAGNOSTICO: FRATURA DO 1/3 DISTAL DO RÁDIO ESQUERDO
CIRURGIA: OSTEOSÍTESE COM PLACA 1/3 DE CANO 3.5 MM + FIOS K

CIRURGÃO: DR. DR. JEFFERSON CALUME
AUXÍLIO: DR. LIVIO
AUXÍLIO: DR. JAI
ANESTESISTA: BLOQUEIO DE PLEXO
ANESTESISTA: DR. DR. FELIPE MENDES

Descrição Cirúrgica:

1) PACIENTE EM DECÚBITO DORSAL SOB BLOQUEIO DO PLEXO BRAQUIAL ESG.

ANESTESIA E ANTI-SÉPSIA DO MEMBRO SUPERIOR E:

APÓSICAO DE CAMPOS ESTEREIS

GARROTEAMENTO DO MEMBRO SUPERIOR ESG:

5) INCISAO EM 1/3 DISTAL DA FACE VOLAR DO PUNHO E DISSECCAO POR PLANOS

6) IDENTIFICADA FRATURA DE RÁDIO ESQUERDO CRUENTA E PASSADA DE 3 FIOS K 1.5

7) OSTEOSÍTESE COM PLACA 1/3 DE CANO 3.5 MM E 3 PARAFUSOS CORTICais PROXIMais

8) VERIFICADO ALINHAMENTO E COMPRIMENTO MANITOS ATRAVÉS DE SCÓPIA,

9) LAVAGEM COM SF 0.9%

10) SUTURA POR PLANOS ANATÔMICOS COM VYCRIL 2 E NYLON 3-0.

11) CURATIVO

12) RETIRADA DO GARROTEAMENTO,

13) OBSERVADA BOA PERFUSÃO DISTAL + TALA LUVA.

Sangue e Derivados:

Qt. Solicitada

2 CONCENTRADO DE HEMACIAS

2

Acudos Cirúrgicos:

Descrição Complementar

HOSPITAL METROPOLITANO NORTE MIGUEL ARRAES DE ALENCAR



EVOLUÇÃO CLÍNICA

NOME: MARIA LUCIA SOUZA DE SIQUEIRA

REG: 130889

ENFERMAGEM: _____ LEITO: _____

CLÍNICA: _____

DATA/HORA	# SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
31/10/2019	# ADMISSÃO
01:25	PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE AUTOMOBILISTICO COM TRAUMA EM PUNHO ESQUERDO E JOELHO DIREITO CONSCINETE, ORIENTADA, EUPNEICA, ESTAVEL DOR E DEMA EM JOELHO DIREITO E PUNHO ESQUERDO NEGA ALERGIAS HD : FRATURA DO PLATO TIBIAL LATERAL + FX DE PATELA NO JOELHO DIREITO + FRATURA DE RÁDIO DISTAL ESQUERDO CD : INTERNO + SOLICITO PRE OPERATORIO ORIENTAÇÕES DR CRYSTIAN PEDROSA + DR CAIO FRANCISCO
	DE
	15
	R
	16
	17
	18
	19
	20
	21
	22
	23
	24
	25
	26
	27
	28
	29
	30
	31
	01
	02
	03
	04
	05
	06
	07
	08
	09
	10
	11
	12
	13
	14
	15
	16
	17
	18
	19
	20
	21
	22
	23
	24
	25
	26
	27
	28
	29
	30
	31
	01
	02
	03
	04
	05
	06
	07
	08
	09
	10
	11
	12
	13
	14
	15
	16
	17
	18
	19
	20
	21
	22
	23
	24
	25
	26
	27
	28
	29
	30
	31
	01
	02
	03
	04
	05
	06
	07
	08
	09
	10
	11
	12
	13
	14
	15
	16
	17
	18
	19
	20
	21
	22
	23
	24
	25
	26
	27
	28
	29
	30
	31
	01
	02
	03
	04
	05
	06
	07
	08
	09
	10
	11
	12
	13
	14
	15
	16
	17
	18
	19
	20
	21
	22
	23
	24
	25
	26
	27
	28
	29
	30
	31
	01
	02
	03
	04
	05
	06
	07
	08
	09
	10
	11
	12
	13
	14
	15
	16
	17
	18
	19
	20
	21
	22
	23
	24
	25
	26
	27
	28
	29
	30
	31
	01
	02
	03
	04
	05
	06
	07
	08
	09
	10
	11
	12
	13
	14
	15
	16
	17
	18
	19
	20
	21
	22
	23
	24
	25
	26
	27
	28
	29
	30
	31
	01
	02
	03
	04
	05
	06
	07
	08
	09
	10
	11
	12
	13
	14
	15
	16
	17
	18
	19
	20
	21
	22
	23
	24
	25
	26
	27
	28
	29
	30
	31
	01
	02
	03
	04
	05
	06
	07
	08
	09
	10
	11
	12
	13
	14
	15
	16
	17
	18
	19
	20
	21
	22
	23
	24
	25
	26
	27
	28
	29
	30
	31
	01
	02
	03
	04
	05
	06
	07
	08
	09
	10
	11
	12
	13
	14
	15
	16
	17
	18
	19
	20
	21
	22
	23
	24
	25
	26
	27
	28
	29
	30
	31
	01
	02
	03
	04
	05
	06
	07
	08
	09
	10
	11
	12
	13
	14
	15
	16
	17
	18
	19
	20
	21
	22
	23
	24
	25
	26
	27
	28
	29
	30
	31
	01
	02
	03
	04
	05
	06
	07
	08
	09
	10
	11
	12
	13
	14
	15
	16
	17
	18
	19
	20
	21
	22
	23
	24
	25
	26
	27
	28
	29
	30
	31
	01
	02
	03
	04
	05
	06
	07
	08
	09
	10
	11
	12
	13
	14
	15
	16
	17
	18
	19
	20
	21
	22
	23
	24
	25
	26
	27
	28
	29
	30
	31
	01
	02
	03
	04
	05
	06
	07
	08
	09
	10
	11
	12
	13
	14
	15
	16
	17
	18
	19
	20
	21
	22
	23
	24
	25
	26
	27
	28
	29
	30
	31
	01
	02
	03
	04
	05
	06
	07
	08
	09
	10
	11
	12
	13
	14
	15
	16
	17
	18
	19
	20
	21
	22
	23
	24
	25
	26
	27
	28
	29
	30
	31
	01
	02
	03
	04
	05
	06
	07
	08
	09
	10
	11
	12
	13
	14
	15
	16
	17
	18
	19
	20
	21
	22
	23
	24
	25
	26
	27
	28
	29
	30
	31
	01
	02
	03
	04
	05
	06
	07
	08
	09
	10
	11
	12
	13
	14
	15
	16
	17
	18
	19
	20
	21
	22
	23
	24
	25
	26
	27
	28
	29
	30
	31
	01
	02
	03
	04
	05
	06
	07
	08
	09
	10
	11
	12
	13
	14
	15
	16
	17
	18
	19
	20
	21
	22
	23
	24
	25
	26
	27
	28
	29
	30
	31
	01

FICHA DE INTERNAÇÃO

Rua Estrada da Fazendinha, 5/5
Jacuá - Paulista - PE
CEP. 53.400 - 000

Cód. Atendimento: 502032

usuário: JULIANAPP

MIGUEL ARRAES

DADOS DO PACIENTE

Paciente: MARIA LUCIA SOUZA DE SIQUEIRA
Endereço: 62a 3m 12d Sexo: F Estado Civil: SOLTEIRO
Profissão: Profissão: C.P.F.: 22519360410
R.G.: 371 Telefone: CEP: 53060450
Endereço: RUA OPALA NEGRA, 371 - FRADOSO - CLINICA - PE
Origem: INTERNACAO Data e Hora da Internação: 01/11/2019 00:51
Convênio: SUS - INTERNACAO Plano: GERAL
Unidade Internação: 5 AND - ORTOPEDIA Acomodação: ENFERMARIA 4 LEITOS Leito: ORTO 507-LEITO 002
Médico Internação: PLANTONISTA ORTOPEDIA

DADOS DO RESPONSÁVEL

Nome: R.G.: C.P.F.: 22.222-222-222
Endereço: Cidade: Número: Estado Civil: 22.222-222-222
Telefone:

DADOS DA LIBERAÇÃO DO PACIENTE

Data da Alta: 10/11/2019 Hora da Alta: _____

Motivo: Melhorado A Pedido Transferência Óbito Evasão

Condições de Alta: *Boas*

Diagnóstico Principal.....: *Fr. plastral P/4 Fr. plastral L/4 - Fr. do osso da*

Diagnóstico Secundário01.: *—*

Diagnóstico Secundário02.: *—*

Procedimento.....: *03/02 - Retaf. de plastral - Fr. do osso da*
04/02 - Fr. do osso da plastral

Médico e CRM:

Luis da Silva Ribeiro
Responsável pela retirada do paciente Assinatura e RG

TERMO DE RESPONSABILIDADE

Assunto: a internação do paciente acima mencionado no HOSPITAL MIGUEL ARRAES bem como os tratamentos clínicos e cirúrgicos (intervenção cirúrgica, anestesias, transfusões, exames de sangue, ou qualquer outro tipo de exame médico e laboratorial) que se fizerem necessários para o diagnóstico, tratamento, cura e o bem estar do paciente.

Em 04 de NOVEMBRO de 2019

Luis da Silva Ribeiro
Assinatura e RG do paciente/ou pessoa responsável



Aviso de Cirurgia: 50897
Paciente: 130689
Convênio: Atend.: 1
Leito: 94
Dt. Início: 15/11/2019 08:20
Dt. Fim: 15/11/2019 10:40
Cid Pre-Operatório: 5821
Cid Pós-Operatório:

Ficha de Cirurgia Descritiva

Salas: 0001 SALA 01
MARIA LUCIA SOUZA DE SIQUEIRA, SUS - INTERNACAO
Abandono: 502032
Carrera: 1
Idade: 52 Anos
ORTO-507-LEITO 002
FRATURA DA EXTREMIDADE PROXIMAL DA TIBIA

Procedimentos

Procedimento: 0408050551 TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DO PLANALTO TIBIAL (PRINCIPAL)
Convênio: 001 SUS - INTERNACAO
Anestesia: 06 RAQUI ANESTESIA

Equipe Médica

OROLOGIO 17186 ITALO JOSE FERNANDES DE GALIZA
ANESTESISTA 5083 GRACA MARIZA COUTO RIBEIRO PESSOA

Descrição

Descrição Cirúrgica:

DIAGNOSTICO: FRATURA DO PLANALTO TIBIAL DIREITO TIPO II DE SCHATZKER + FRATURA DE PATELA
INTERVENÇÃO: OSTEOSINTSE DO PLANALTO TIBIAL DIREITO COM PLACA EM L + SUTURA KRACOV EM PATELA DIREITA
OPERADOR: DR ITALO GALIZA
1º AUXILIAR: DR FELIPE GUEDES
2º AUXILIAR: DR IAN LACERDA
ANESTESISTA: DRA GRACA COUTO
ANESTESIA: RAQUI

RELATO DE INTERVENÇÃO

1. PACIENTE EM DECÚBITO DORSAL SOB RAQUIANESTESIA
2. ASSEPSIA + ANTISSEPSIA + GARROTE POR ESVAZIAMENTO MID
3. APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTÉREIS
4. INCISÃO PELA VIA PARAPATELAR LATERAL, DIVULSAO POR PLANOS ANATÔMICOS, HEMOSTASIA COM ELETROCAUTERIO, EXCAVACAO DO FOCO DE FRATURA, REDUÇÃO CRUENTA, COLOCADOS 02 PARAFUSOS ESPOONJOSOS
5. APLICADA PLACA EM L COM 2 PARAFUSOS ESPOONJOSOS ROSCA PARCIAL PROXIMAS E 3 PARAFUSOS CORTICais
6. VERIFICADA BOA REDUÇÃO E POSICIONAMENTO DA PLACA E DOS PARAFUSOS COM INTENSIFICADOR DE IMAGENS
7. LAVAGEM COM SF 0,9% 3.000ML
8. REALIZADA INCISAO ENTERIOR DE 5 CM EM TOPOGRAFIA DE PATELA
9. DIVULSAO POR PLANOS OBSERVADO FOCO DE FRATURA COM AREA DE FIBROSE
10. REALIZADO SUTURA KRACOV EM PATELA
11. OBSERVADO BOA REDUÇÃO SOB INTENSIFICADOR DE IMAGENS
12. SUTURA DOS PLANOS PROFUNDOS COM VICRYL 1 E DA PELE COM NYLON 2-0
13. CURATIVO
14. BOA PERFUSÃO PERIFÉRICA APÓS RETIRADA DO GARROTE
15. APOSIÇÃO DE TALA INGUINOMALEOLAR

16. PERMANECER COM TALA INGUINOMALEOLAR DIREITA, COM JOELHO EM EXTENSÃO ATÉ RETORNO AINSULATOR

Sangue e Derivados:

Qtd. Solicitada

2 CONCENTRADO DE HEMACIAS

2

Achados Cirúrgicos:

Descrição Complementar:

HOSPITAL METROPOLITANO NORTE MIGUEL ARRAES DE ALENGAR

RESUMO DE ALTA HOSPITALAR/ESCLARECIMENTO

NOME: MARIA LUCIA SOUZA DE SIQUEIRA

REG: 130889

IDADE: 62

SEXO: FEMININO

DATA DA ADMISSÃO: 31/10/19

DATA DA ALTA: 18/11/19

DIAGNÓSTICO:

- FRATURA DE PLATÔ TIBIAL DIREITO
- FRATURA DE PATELA DIREITA
- FRATURA DE TERÇO DISTAL DO RÁDIO ESQUERDO

TRATAMENTO REALIZADO:

- 15/11/19 – REDUÇÃO ABERTA + FIXAÇÃO INTERNA DE PLATÔ COM PLACA L 4,5MM E PARAFUSOS + SUTURA DE KRACOW EM PATELA
- 17/11/19 – REDUÇÃO ABERTA + FIXAÇÃO INTERNA COM PLACA TERÇO DE CANO + FIOS K

ORIENTAÇÕES:

- AGENDAR RETORNO AO AMBULATÓRIO DE ORTOPEDIA (SETOR DE AMBULATÓRIOS, NO TÉRREO DAS SEGUNDAS ÀS SEXTAS-FEIRAS) EM 02 SEMANAS;
- MANTER TALA COXOMALEOLAR EM MEMBRO INFERIOR DIREITO E TAL ANTEBRAQUIOPALMAR EM MEMBRO-SUPERIOR ESQUERDO ATÉ RETORNO AMBULATORIAL;
- LOCOMOVER-SE COM AUXÍLIO DE CADEIRA DE RODAS;
- CARGA ZERO (SEM PISAR) NO MEMBRO OPERADO ATÉ LIBERAÇÃO MÉDICA;
- MOBILIZAR DEDOS DA MÃO E COTOVÉLO ESQUERDO
- NÃO LEVANTAR PESO COM O MEMBRO SUPERIOR OPERADO ATÉ LIBERAÇÃO MÉDICA;
- FAZER USO DE MEDICAÇÃO PRESCRITA EM RECEITUÁRIO MÉDICO;
- PROCEDER AO SERVIÇO SOCIAL (2º ANDAR) PARA RECEBER ORIENTAÇÕES SOBRE ONDE REALIZAR FISIOTERAPIA;
- RETORNO PRECOCE PELA EMERGÊNCIA SE: FEBRE, INCHAÇO IMPORTANTE E VERMELHIDÃO NA FERIDA, SAÍDA DE SECREÇÃO EM GRANDE QUANTIDADE OU PURULENTA, DOR IMPORTANTE OU FALTA DE AR.

PROGRAMA APÓS ALTA:

AMBULATÓRIO DE EGRESSO SIM () NÃO ()

DATA DA CONSULTA AMBULATORIAL: _____

Dr. Luiz Rogério Marques Gomes

Médico

+ Dr. Laíos Carvalho

CRM-P ASSINATURA DO MÉDICO, CARIMBO E CRM

Estrada da Fazendinha, S/N, Jijuaribe, CEP: 53400-000, Paulista - PR





10 151 658 23/04/2015

« LUZIMAR DA SILVA OLIVEIRA »
« MELCIDES ANTUNES DE OLIVEIRA »
« JOANA ELIZA DA SILVA OLIVEIRA »

PALESTINA - SP
29/09/1961

« 036921 01 55 1991 2 00007 071
00004993 41 PLANURA, PRS. »
405-013-406-63





Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 26/08/2020 09:35:17
<https://pje.tje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20082609351755100000065686679>
Número do documento: 20082609351755100000065686679

Núm. 66959699 - Pág. 23

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200038424 **Cidade:** Olinda **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARIA LUCIA SOUZA DE SIQUEIRA **Data do acidente:** 29/10/2019 **Seguradora:** Companhia de Seguros Previdência do Sul

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 27/01/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO TERÇO DISTAL DO RÁDIO ESQUERDO.
FRATURA DO PLANALTO TIBIAL DIREITO (SCHATZKER II).
FRATURA DA PATELA DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO DO RÁDIO E DO JOELHO COM PLACA E PARAFUSOS.
P5 / P8 / P9

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DE PUNHO ESQUERDO E DE JOELHO DIREITO .

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DE PUNHO ESQUERDO E DE JOELHO DIREITO .

Documentos complementares:

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
Perda completa da mobilidade de um dos punhos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Perda completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			25 %	R\$ 3.375,00



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200038424 **Cidade:** Olinda **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARIA LUCIA SOUZA DE SIQUEIRA **Data do acidente:** 29/10/2019 **Seguradora:** Companhia de Seguros Previdência do Sul

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 27/01/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO TERÇO DISTAL DO RÁDIO ESQUERDO.
FRATURA DO PLANALTO TIBIAL DIREITO (SCHATZKER II).
FRATURA DA PATELA DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO DO RÁDIO E DO JOELHO COM PLACA E PARAFUSOS.
P5 / P8 / P9

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DE PUNHO ESQUERDO E DE JOELHO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DE PUNHO ESQUERDO E DE JOELHO ESQUERDO.

Documentos complementares:

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
Perda completa da mobilidade de um dos punhos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Perda completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			25 %	R\$ 3.375,00



PROCURAÇÃO PARTICULAR

DUTORGANTE:

NOME: Maria Lúcia Souza de Siqueira
NACIONALIDADE: BRASILEIRA ESTADO CIVIL: VIUVA
IDENTIDADE: 1961944 CPF: 225.193.604-10
ENDEREÇO: Rua Capixaba Negro, 271 - JD. ATLÂNTICO - OLIMPO -

DUTORGADO:

NOME: LUZIMAR DA SILVA OLIVEIRA
NACIONALIDADE: BRASILEIRA ESTADO CIVIL: CASADO
IDENTIDADE: 10.151.898 SDS/PE CPF: 406.013.406-63
ENDEREÇO: RUA BOA SORTE, 812, APT° 101, BAIRRO: DESTERRO
CIDADE: ABREU E LIMA/PE

Pelo presente instrumento particular de procuração, nomeio e constituo um bastante procurador e outorgado acima qualificado, a quem confio poderes para representar-me perante as SEGURADORAS, referente ao Seguro Obrigatório OPVAT.

Maria Lúcia Siqueira, 07 de JANEIRO de 2020

Maria Lúcia Siqueira

Assinatura do Dutorgante

Por autenticidade



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 26/08/2020 09:35:17
<https://pje.jpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20082609351755100000065686679>
Número do documento: 20082609351755100000065686679

Num. 66959699 - Pág. 26

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0032448/20

Vítima: MARIA LUCIA SOUZA DE SIQUEIRA

CPF: 225.193.604-10

CPF de: Próprio

Data do acidente: 29/10/2019

Titular do CPF: MARIA LUCIA SOUZA DE SIQUEIRA

Seguradora: Companhia de Seguros Previdência do Sul

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT

LUZIMAR DA SILVA OLIVEIRA : 406.013.406-63

Comprovante de residência
Declaração Circular SUSEP 445/12
Documentos de identificação
Procuração

MARIA LUCIA SOUZA DE SIQUEIRA : 225.193.604-10

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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.

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 23/01/2020
Nome: LUZIMAR DA SILVA OLIVEIRA
CPF: 406.013.406-63

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 23/01/2020
Nome: Steffany Caroliny Lins Veloso
CPF: 115.938.994-24

LUZIMAR DA SILVA OLIVEIRA

Steffany Caroliny Lins Veloso

