



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
66959698	26/08/2020 09:35	ANEXO 1	Outros (Documento)

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

DADOS DO SINISTRO

Número: 3170360350

Cidade: Olinda

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: MARIA LUCIA SOUZA DE SIQUEIRA

Data do acidente: 03/02/2017

Seguradora: CAPEMISA SEGURADORA
DE VIDA E PREV. S/A

PARECER

Diagnóstico: Fratura fechada distal da tíbia direita.

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

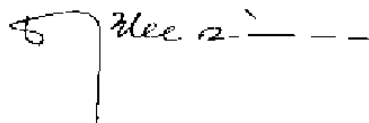
ACE GESTÃO DE SAÚDE LTDA

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
Vítima: 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

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

Pág. 0190701908 - carta_03



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
Vítima: 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 início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 00221/00222 - carta_01



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 início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag: 00287/00288 - carta_02



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% 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

Pag. 01545/01546 - carta_15R



00030773



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 início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag: 00787/00788 - carta_02



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

Pag. 00981/00982 - carta_15R





AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

SINISTRO

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

Este formulário deverá ser preenchido exclusivamente com dados do beneficiário da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, nem com dados de procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização.

NOME DO BENEFICIÁRIO MARIA LILIA SOUZA DE SIQUEIRA
Nº DO RG Nº 1961944 EXPEDIDO POR SBS-PE EM 1 DE 1 DE 2020
CPF Nº 02919360910 CNPJ 000000000000000000 PROFISSÃO Peixeiro
VALOR MENSAL DE R\$ Peixeiro (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA A MESMA AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

Conforme Súmula nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determino que todas as seguradoras são obrigadas a cadastrar de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da fonte de renda mensal.

Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados não devem, de forma alguma, ser apresentados:

- Conta salário a/ou benefício - nos documentos apareçam termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Funcional;
- Conta Empresarial - nos documentos apareçam termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Conta Econômica Federal);
- Conta POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Locatícia com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL www.receita.fazenda.gov.br), bem como o CPF cadastrado no SIO DPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.

IMPORTANTE: Também não devem ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner colorido, escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informação de código de segurança.

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO 001 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 0000 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 000000000000000000

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

Nº do BANCO 104 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 0917 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 45651-6

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

05.802.494/0001-

TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS ITDA

OLINDA de 03 de 17

LOCAL E DATA

ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C

Boa Vista - CEP: 50.060-010



ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago ao/legitimado beneficiário, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e do acordo com a tabela de seguro prevista na Lei 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médicas-hospitalares.
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatsegurobrasil.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0771704.





1 de 3

29/03/2017 19:20



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLICIA DA 924ª CIRCUNSCRIÇÃO - VARADOURO -
DP24ªCIRC D1W/7ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 17E0114002791

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 29/03/2017 às
14:01

OUTRAS OCORRÊNCIAS DE TRÂNSITO - Delato (Consumado) que aconteceu
no dia 3/2/2017 às 14:25

Fato ocorrido no endereço: RUA EMERILHA, 1 - Bairro: FRADESSO -
OLINDA/PERNAMBUCO/BRASIL
Local do Fato: VIA PUBLICA

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DEGCON HEIDEC (AUTOR/AGRESSOR)
MARIA LUCIA SOUZA DE SIQUEIRA (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO. (Usado na ocorrência de ocorrência), que estava em posse de(s) Gr(a)
MARIA LUCIA SOUZA DE SIQUEIRA

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

MARIA LUCIA SOUZA DE SIQUEIRA (presente no plantão) - Sexo: Feminino - Mãe:
LIDIA ALEXANDRE DE SIQUEIRA Dado de Nascimento: 22/11/1957 Nacionalidade: BRASILEIRA
INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL
Endereço Residencial: RUA EMERILHA, 171 - CEP: 55025-090 - Bairro: FRADESSO -
OLINDA/PERNAMBUCO/BRASIL

DEGCON HEIDEC (não presente no plantão) - Sexo: Desconhecido (naturalizado) NÃO
INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

05.802.494/0001-41

TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

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

SHINERAY POC 8700 (VEICULO) de propriedade de(s) Gr(a): MARIA LUCIA SOUZA DE
SIQUEIRA, que estava em posse de(s) Gr(a): MARIA LUCIA SOUZA DE SIQUEIRA
Categoria/Item/Modelo: MOTOCICLETA INFORMADO NÃO INFORMADO
RUA da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE

Complemento / Observação



22/09/2017 17:57

1/2

Relatório de Ocorrência

Relatório de Ocorrência Policial Civil - 1502/2017

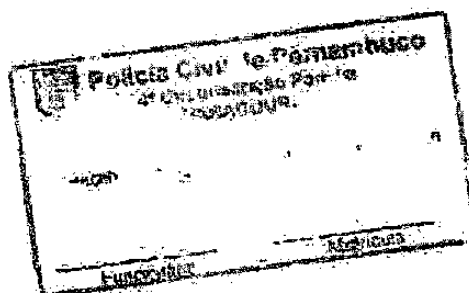
INFORMA QUE VINHA GUIANDO O VEICULO SHIVERAT NA VIA CITADA, QUANDO
PASSANDO EMBA LONGEZA CAIU NUM BURACO, E DESCRAPANDO CAIU NO CHAO.
INFORMA QUE FOI COLOCADA POR DEBULHAS E LEVADO PARA UMA UPA DO CIDADO.
INFORMA QUE TEVE FORTUNA DO PUNHA DIREITA, CONFORME GALETINHA DEBULO.

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

Maria Lucia Souza de Siqueira

MARIA LUCIA SOUZA DE SIQUEIRA
(VITISA)

E O, registrado por: ZACARIAS RIBEIRO DA SILVA - Matrícula: 2211227



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



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML



Eu, MARIA LUCIA SOUZA DE SIQUEIRA, portador da carteira de
Identidade nº 1961944, o inscrito no CPF/MF sob o nº 285.193.604-10
residente e domiciliado na RUA OPALUS NÚMERO 221
Cidade: OLINDA, Estado PE, 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 Lidei 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.

Maria Lucia Souza de Siqueira

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação.

OLINDA 23.03.17

Local e data:

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
PERNEI, PE



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



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



UPA 24 HORAS - OLINDA

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

PROTOCOLO CLASSIFICAÇÃO RISCO IMIP

Data e hora retirada da senha: 03/02/2017 12:28

Nome Paciente:	MARIA LUCIA SOUZA DE SIQUEIRA
Cód. Paciente:	
Data de Nascimento:	
Sexo:	Feminino
Idade:	59
Senha:	0140
Conteúdo:	
Atendimento:	SAME



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

HEVERTON CESAR - COREN: 425344 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - Classificação

Prioridade:

Cor:

VERDE

Queixa Principal:

RELATA ACIDENTE DE MOTO. PACIENTE REFERE DOR EM MID. NG VÔMITO E DESMAIO

Observação:

ALERGIA

Fatores de risco:

TRAUMA

Problema(s):

DOR LEVE (1-3/10)

Especialidade:

ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

05.802.494/0001-4

Atendido por: HEVERTON CESAR - COREN: 425344 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 03/02/2017 12:43

28 JUN 2017

Sistema de Atendimento 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



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA



Eu, MARIA LUIZA SOUTA DE SIQUEIRA

RG nº 1961944, data de expedição 1 / 1 / , 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/Praça)	<u>RUA OPALA NEBEN</u>
Número	<u>271</u>
Apto / Complemento	<u>- X -</u>
Bairro	<u>FD. PARADISO</u>
Cidade	<u>OLINDA</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: OLINDA - 29.03.17

Assinatura do Declarante: Maria Lúcia S de Siqueira

35.802.494/0001-41
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 AV. JOÃO DE BARROS, 111, BOA VISTA, RECIFE, PERNAMBUCO CEP 50080-902 CNPJ 18.838.932/0001-08 INSCRIÇÃO ESTADUAL 0009943-93		 celpe Grupo Neoenergia www.celpe.com.br																																																																																									
Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de 26/04/02 COMERCIAL 116 PRONTIDÃO 116 Atendimento ao deficiente auditivo ou de fala: 0800 281 0142 Ouvidoria 0800 282 5699 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 ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA RUA OPALA NEGRA 271 JARDIM ATLANTICO OLINDA 53080-450 OLINDA PE <small>As condições gerais de fornecimento (Resolução ANEEL 414/2010), tarifas, produtos, serviços prestados e tributos se encontram à disposição, para consulta em nossas unidades de atendimento e no site www.celpe.com.br</small>		<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 33%;"> DATA DE VENCIMENTO 17/07/2017 TOTAL A PAGAR (R\$) 67,93 </td> <td style="width: 33%;"> DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL 16/06/2017 DATA DA APRESENTAÇÃO 16/06/2017 NÚMERO DA NOTA FISCAL 002043633 </td> <td style="width: 33%;"> CONTA CONTRATO 004011093430 Nº DO CLIENTE 2001624376 Nº DA INSTALAÇÃO 0004065400 </td> </tr> </table> CLASSIFICAÇÃO B1 RESIDENCIAL - RESIDENCIAL Monofásico RESERVADO AO RISCO 81AF.2E3D.7896.E7EC.04E8.2F68.CF32.8BD8		DATA DE VENCIMENTO 17/07/2017 TOTAL A PAGAR (R\$) 67,93	DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL 16/06/2017 DATA DA APRESENTAÇÃO 16/06/2017 NÚMERO DA NOTA FISCAL 002043633	CONTA CONTRATO 004011093430 Nº DO CLIENTE 2001624376 Nº DA INSTALAÇÃO 0004065400																																																																																					
DATA DE VENCIMENTO 17/07/2017 TOTAL A PAGAR (R\$) 67,93	DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL 16/06/2017 DATA DA APRESENTAÇÃO 16/06/2017 NÚMERO DA NOTA FISCAL 002043633	CONTA CONTRATO 004011093430 Nº DO CLIENTE 2001624376 Nº DA INSTALAÇÃO 0004065400																																																																																									
DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL																																																																																											
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th>DESCRIÇÃO</th> <th>QUANTIDADE</th> <th>PREÇO</th> <th>VALOR (R\$)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Consumo Ativo(KWh)</td> <td>81,00</td> <td>0,71248887</td> <td>57,71</td> </tr> <tr> <td>Acréscimo Bandeira VERMELHA</td> <td></td> <td></td> <td>1,67</td> </tr> <tr> <td>Contribuição Iluminação Pública</td> <td></td> <td></td> <td>6,00</td> </tr> <tr> <td>ICMS Subvenção-CDE-NF 002028271-17/04/17</td> <td></td> <td></td> <td>0,86</td> </tr> <tr> <td>Multa por atraso-NF 002028271 - 17/04/17</td> <td></td> <td></td> <td>1,61</td> </tr> <tr> <td>Juros por atraso-NF 002028271 - 17/04/17</td> <td></td> <td></td> <td>0,08</td> </tr> <tr> <td>TOTAL DA FATURA</td> <td></td> <td></td> <td>67,93</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			0,86	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	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th colspan="2">Tarifas Aplicadas</th> <th colspan="2">HISTÓRICO DO CONSUMO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Consumo Ativo(KWh)</td> <td>0,46236000</td> <td>JUN 17</td> <td>81</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>MAR 17</td> <td>103</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>ABR 17</td> <td>137</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>MAR 17</td> <td>110</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>FEV 17</td> <td>107</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>JAN 17</td> <td>90</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>DEZ 16</td> <td>132</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>NOV 16</td> <td>84</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>OUT 16</td> <td>107</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>SET 16</td> <td>88</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>AGO 16</td> <td>71</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>JUL 16</td> <td>80</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>JUN 16</td> <td>86</td> </tr> </tbody> </table>		Tarifas Aplicadas		HISTÓRICO DO CONSUMO		Consumo Ativo(KWh)	0,46236000	JUN 17	81			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	86
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			0,86																																																																																								
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																																																																																								
Tarifas Aplicadas		HISTÓRICO DO CONSUMO																																																																																									
Consumo Ativo(KWh)	0,46236000	JUN 17	81																																																																																								
		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	86																																																																																								
INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <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>89,38</td> <td>1,36</td> <td>1,21</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td>8,80</td> <td>0,80</td> <td>0,70</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td>59,38</td> <td>8,22</td> <td>4,88</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	89,38	1,36	1,21				8,80	0,80	0,70				59,38	8,22	4,88	COMPOSIÇÃO DO CONSUMO <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th>RS</th> <th>%</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Geração de Energia</td> <td>16,60 28,27</td> </tr> <tr> <td>Transmissão</td> <td>1,85 2,78</td> </tr> <tr> <td>Distribuição (Cópia)</td> <td>13,50 22,88</td> </tr> <tr> <td>Encargos Setoriais</td> <td>6,12 10,52</td> </tr> <tr> <td>Tributação</td> <td>18,32 30,66</td> </tr> <tr> <td>TOTAL</td> <td>59,38 100</td> </tr> </tbody> </table>		RS	%	Geração de Energia	16,60 28,27	Transmissão	1,85 2,78	Distribuição (Cópia)	13,50 22,88	Encargos Setoriais	6,12 10,52	Tributação	18,32 30,66	TOTAL	59,38 100																																												
ICMS		PIS		COFINS																																																																																							
BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO																																																																																						
59,38	25,00	14,84	89,38	1,36	1,21																																																																																						
			8,80	0,80	0,70																																																																																						
			59,38	8,22	4,88																																																																																						
RS	%																																																																																										
Geração de Energia	16,60 28,27																																																																																										
Transmissão	1,85 2,78																																																																																										
Distribuição (Cópia)	13,50 22,88																																																																																										
Encargos Setoriais	6,12 10,52																																																																																										
Tributação	18,32 30,66																																																																																										
TOTAL	59,38 100																																																																																										
DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th>NÚMERO DO MEDIDOR</th> <th>TIPO DA FUNÇÃO</th> <th>ANTERIOR</th> <th>ATUAL</th> <th>Δ</th> <th>CONSTANTE</th> <th>ΔJUSTE</th> <th>CONSUMO (KWh)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>0000000501186748</td> <td>CAT</td> <td>17/06/2017 7.815,00</td> <td>16/06/2017 7.896,00</td> <td>80</td> <td>1,00000</td> <td>0,00</td> <td>81,00</td> </tr> </tbody> </table>		NÚMERO DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR	ATUAL	Δ	CONSTANTE	ΔJUSTE	CONSUMO (KWh)	0000000501186748	CAT	17/06/2017 7.815,00	16/06/2017 7.896,00	80	1,00000	0,00	81,00	DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th>DESCRIÇÃO</th> <th>CONJUNTO</th> <th>VALOR APURADO</th> <th>MÉDIA MENSAL</th> <th>MÉDIA TRIM</th> <th>MÉDIA ANUAL</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td colspan="6" style="text-align: center;">abr/2017</td> </tr> <tr> <td>DUR.No.de horas sem Energia</td> <td>OLINDA</td> <td>0,08</td> <td>4,63</td> <td>0,87</td> <td>10,34</td> </tr> <tr> <td>FC.No.de vezes sem Energia</td> <td></td> <td>1,00</td> <td>3,17</td> <td>6,35</td> <td>18,70</td> </tr> <tr> <td>DUR.Duração máxima de interrupção contínua</td> <td></td> <td>0,02</td> <td>2,69</td> <td>0,90</td> <td>0,90</td> </tr> <tr> <td colspan="6">DUR.Duração de interrupção em dia crítico Limito DICI: 12,22</td> </tr> <tr> <td colspan="6">EUSD-Valor do Esgoto de Lixo = R\$ 38,00</td> </tr> <tr> <td colspan="6">Nota: Consumidor pode solicitar a supressão das medições DICI, FC, DURE e DURE a qualquer tempo.</td> </tr> </tbody> </table>		DESCRIÇÃO	CONJUNTO	VALOR APURADO	MÉDIA MENSAL	MÉDIA TRIM	MÉDIA ANUAL	abr/2017						DUR.No.de horas sem Energia	OLINDA	0,08	4,63	0,87	10,34	FC.No.de vezes sem Energia		1,00	3,17	6,35	18,70	DUR.Duração máxima de interrupção contínua		0,02	2,69	0,90	0,90	DUR.Duração de interrupção em dia crítico Limito DICI: 12,22						EUSD-Valor do Esgoto de Lixo = R\$ 38,00						Nota: Consumidor pode solicitar a supressão das medições DICI, FC, DURE e DURE a qualquer tempo.																													
NÚMERO DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR	ATUAL	Δ	CONSTANTE	ΔJUSTE	CONSUMO (KWh)																																																																																				
0000000501186748	CAT	17/06/2017 7.815,00	16/06/2017 7.896,00	80	1,00000	0,00	81,00																																																																																				
DESCRIÇÃO	CONJUNTO	VALOR APURADO	MÉDIA MENSAL	MÉDIA TRIM	MÉDIA ANUAL																																																																																						
abr/2017																																																																																											
DUR.No.de horas sem Energia	OLINDA	0,08	4,63	0,87	10,34																																																																																						
FC.No.de vezes sem Energia		1,00	3,17	6,35	18,70																																																																																						
DUR.Duração máxima de interrupção contínua		0,02	2,69	0,90	0,90																																																																																						
DUR.Duração de interrupção em dia crítico Limito DICI: 12,22																																																																																											
EUSD-Valor do Esgoto de Lixo = R\$ 38,00																																																																																											
Nota: Consumidor pode solicitar a supressão das medições DICI, FC, DURE e DURE a qualquer tempo.																																																																																											
INFORMAÇÕES IMPORTANTES Na data da leitura a Bandeira em vigor é a Verde. Mais informações em www.aneel.gov.br. O cliente é compensado quando há violação na continuidade individual ou do nível de tensão de fornecimento. Pagamento em atraso gera: Multa 2% (Res. 414/ANEEL-09/09/10) e Juros 1% a.m. (Lei 10.438-26/04/02), na próxima mês. O Cliente é compensado quando há descumprimento do prazo definido para os padrões de atendimento comercial.		NÍVELS DE TENSÃO <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th>TENSÃO NOMINAL(V)</th> <th>LIMITE DE VARIAÇÃO(V)</th> </tr> <tr> <th></th> <th>MÍNIMO MÁXIMO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>220</td> <td>202 231</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																																																																																										
DESTAQUE AQUI																																																																																											
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>CONTA CONTRATO</td> <td>MÊS/ANO</td> <td>TOTAL A PAGAR(R\$)</td> <td>VENCIMENTO</td> </tr> <tr> <td>004011093430</td> <td>06/2017</td> <td>67,93</td> <td>17/07/2017</td> </tr> </table>		CONTA CONTRATO	MÊS/ANO	TOTAL A PAGAR(R\$)	VENCIMENTO	004011093430	06/2017	67,93	17/07/2017	05.802.494/0001-17 TRATAMENTO DE PAGAMENTO OCORRÊNCIAS LTDA Evite danos, perdas ou rasuras. Este canhoto será usado em leitora ótica. 28 JUN 2017 Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C Boa Vista - CEP: 50.060-010 RECIFE-PE																																																																																	
CONTA CONTRATO	MÊS/ANO	TOTAL A PAGAR(R\$)	VENCIMENTO																																																																																								
004011093430	06/2017	67,93	17/07/2017																																																																																								
838400000006 679300110041 011093430103 081433008934																																																																																											

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios de 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 médico-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 CORREIOS

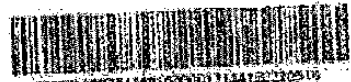
DATA DE EMISSÃO: 26/08/2020

<input type="checkbox"/> ENDEREÇO	<input type="checkbox"/> NOME DO CORREIO
<input type="checkbox"/> CATEGORIA	<input type="checkbox"/> INTERESSADO
<input type="checkbox"/> VALOR	<input type="checkbox"/> CEP
<input type="checkbox"/> ANEXO	<input type="checkbox"/> NOME DO CORREIO
<input type="checkbox"/> INFORMAÇÃO SOBRE O SERVIÇO	



**PARA DDD OU DDII,
USE SEMPRE O 31.**

LUZIAN DA SILVA OLIVEIRA
RUA BOA SORTE, 812 AP 101
DISTRITO
53070-110 AEREO E LIMA-PE



PROXIMO A AGÊNCIA DA ASSOCIAÇÃO DE CORREIORES

FALE COM A GENTE - GRATIS
INTERNET
AVALIO A LIGA

ADRES - 1101
CAIXA POSTAL 00.111
CEP 00000-000 RECIFE - PE

DE PRONTO
FACILIDADE E RAPIDEZA
PARA FAZER SEU PAGAMENTO

PARA FAZER SEU PAGAMENTO, BASTA ACessar o site www.correios.gov.br e clicar em "PAGAR AGORA". É simples e rápido. Você pode pagar com cartão de crédito, débito ou boleto bancário. O valor do frete é calculado automaticamente com base no peso e no destino da encomenda.

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

DETALHAMENTO DOS VALORES DE PAGAMENTO				
SERVIÇOS	VALOR (R\$)	VALOR (R\$)	VALOR (R\$)	VALOR (R\$)
SERVIÇO DE ENCOMENDA	0,75	0,50	0,11	0,36
SERVIÇOS DE TRANSPORTE	0,00	0,00	0,00	0,00
SERVIÇOS DE MANUTENÇÃO	0,00	0,00	0,00	0,00
TOTAL PAGAMENTO	0,75	0,50	0,11	0,36

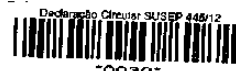
**TRACÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA**
28 JUN 2017

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



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 COAF².

¹ Superintendência de Seguros Privados - SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados do seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.
² Conselho de Controle de Atividades Financeiras - COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar, punir administrativamente, reconhecer, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 8.673/98.

Pelo exposto, eu LAURENTE DA SILVA OLIVEIRA portador(a) do

RG nº 10.151.898, expedido por SOS - PC, em

23/04/15, CPF/CNPJ nº 406.013.406.63

na qualidade de procurador(a)/intermediário(a) do beneficiário(a) MARIA LUIZA

SOUTA DE SIQUEIRA do sinistro de DPVAT da natureza INVALIDAÇÃO

da vítima A. MESMOS, e conforme

determinação da Circular SUSEP nº 445/12, declaro as informações solicitadas:

Profissão: RECUZO Renda Mensal: R\$ RECUZO

Documentos comprobatórios: RECUZO

LAURENTE DA SILVA OLIVEIRA
ASSINATURA - PROCURADOR / INTERMEDIÁRIO

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
PERICE-DF





UPA 24 HORAS - OLINDA

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

PROTOCOLO CLASSIFICAÇÃO REDE HUP

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

	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

HEVERTON CESAR - COREN: 425244 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - Classificação

Prioridade:

Cor:

VERDE

Queixa Principal:

RELATA ACIDENTE DE MOTO, PACIENTE REFERE DOR EM MID. NG VOMITO E DESMAIO

Observação:

ALERGIA

Fluxograma sintoma: TRAUMA

Prescritor(es): - DOR LEVE (1-3/10)

Especialidade: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

05.802.494/0001-4

TRACÃO CORRETORA

Acolhido(a) por: HEVERTON 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



UPA24h
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO

UPA OLINDA - OLINDA

IMIP
INSTITUTO

Atendimento: 1097881

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

Senha de Classificação:

Paciente: 238139 MARIA LUCIA SOUZA DE SIQUEIRA

Sexo: FEMININO

Data do Nascimento: 23/07/1957 Idade: 59 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: DANIELEMS

RG (Identidade):

Data de Emissão:

Fone: 81- 06961476

CPF (Cadastro de Pessoa Física):

Data de Emissão CRN:

CRN (Certidão de Registro de Nasc):

RESUMO DE TRATAMENTO

Peso: 1 Altura: Temperatura: Hora:

Queixa Principal

Exame Físico

Hipótese Diagnóstica

Conduta Terapêutica

Prescrição Médica

Destino: () Encaminhado ao Ambulatório () Residência

Transferido:

Para:

Carimbo/Médico

IMOBILIZAÇÃO

TRACÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

28

Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE

1096-960

UPA24h
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO

UPA OLINDA - OLINDA



Atendimento: 1098300

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

Senha de Classificação:

Paciente: 238139 MARIA LUCIA SOUZA DE SIQUEIRA Sexo: FEMININO
Data do Nascimento: 23/07/1957 Idade: 59 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: 51- 35561476
CRN (Certidão de Registro de Nasc): Data de Emissão CRN:

RESUMO DE TRATAMENTO

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

Queixa Principal

Dores no tornozelo direito
Dores no tornozelo esquerdo
Dores no tornozelo direito

Exame Físico

sem to com dor

Hipótese Diagnóstica

Conduta Terapêutica

Prescrição Médica

Destino: () Encaminhado ao Ambulatório () Residência
Transferido: Para:

05.802.494/0001--
TRACÃO CORRETORA
DE SEGURO LTDA

28 JUN 2017



Rua da Aurora, Nº 175
Boa Vista - CEP: 50.060-010

RECIFE-PE

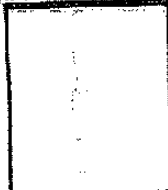
Carimbo Médico

UPA 24 HORAS - OLINDA

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

PROTOCOLO CLASSIFICAÇÃO REDE IMIP

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

	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 12:46

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

Prioridade:

Cor:

AMARELO

Queixa Principal:

TRAUMA EM MID.
RENOVAÇÃO

Fluxograma sintoma:

TRAUMA

Discriminador(es):

- DOR MODERADA (4 - 7/10)

Especialidade:

ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Acolhido(a) por: EMERLAINE FERREIRA GOMES - COREN: 361601 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)
US.802:494/0001-41

Data Impressão: 04/02/2017 12:46

TRACÃO 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

percep.br

UPA24h
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO

UPA OLINDA - OLINDA

CEMIL
IMIP
HOSPITAL

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: 59 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: OPALANEGRA 271 Bairro: FRAGOSO
Cidade/UF: OLINDA PE Cep: 53060450 Usuário Atendimento: DAYANNELS
RG (Identidade): Data de Emissão:
CPF (Cadastro da Pessoa Física): Fone: 81-86581476
CRN (Certidão do Registro de Nasc): Data de Emissão CRN:

RESUMO DE TRATAMENTO

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

Queixa Principal

Dores no LOM e membros inferiores

15/06/2017 - 08/11/2017 - 01/02/2018

06/02/2018 - 12/02/2018

Exame Físico

20/02/2018 - 21/02/2018

Hipótese Diagnóstica

Consulta Terapêutica

Prescrição Médica

Destino: () Encaminhado ao Ambulatório () Residência

Transferido:

Para:

05.802.494/0001-4

TRACÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

Carimbo/Médico

Rua da Aurora, 179, 902 BL. C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE

UPA 24 HORAS - OLINDA

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

PROTOCOLO CLASSIFICAÇÃO REDE IMIP

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

Nome Paciente:	MARIA LUCIA SOUZA DE SIQUEIRA
Cód. Paciente:	235138
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:

URGENTE / AMARELO

Cor:

AMARELO

Queixa Principal:

TRAUMA EM MIO
RENOVACAO

Fluxograma sintoma:

TRAUMA

Discriminador(es):

DOR MODERADA (4 - 7/10)

Especialidade:

ORTOPÉDIA/TRAUMATOLOGIA

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

Data Impressão: 04/02/2017 12:46

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco

Página 1 de 1



FICHA DE ESCLARECIMENTO

PROCESSO:

GESTÃO DE PESSOAS

CODIGO

FAT.SAM.01

REVISÃO

60

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

NOME: Monica Lucia Souza de Siqueira

REGISTRO: 7389.28 DATA DE NASCIMENTO: 23/07/1957

RG: 1961944 ORGÃO EMISSOR: SDS-PE

ENDEREÇO: Rua Opala Mexicana Nº 273

Jardim Frágido - Olinda

NOME DA MÃE: Lidia Alexandre de Siqueira

DATA ADMISSÃO: 04/02/2017 DATA ALTA: 22/02/2017

DATA DO PROCEDIMENTO: 08/02/2017 CID: S82.7

DIAGNÓSTICO: Fratura de Ombro da Perna Direita

TRATAMENTO REALIZADO: Tratamento Cirúrgico de Fratura de tíbia Manta

MÉDICO: Carlos Candido Filho

CREMEPE: 18336

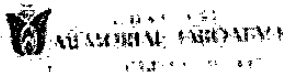
JABOATÃO DOS GUARARAPES, 08 DE Março DE 2017

André Luiz Adolfo
051802494/0001-4
CRM - PE 8000
TRACAPRETORA
DE SEGUROS LTDA

28 JUN. 2017

MÉDICO

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



Assinado: ANDRÉ LUIZ ADOLFO MOREIRA DA SILVA
Data: 09/09/2017
Hora: 12:27

Sumário de Admissão e Alta

Nome: MARIA LUCIA SOUZA DE SIQUEIRA

Atribuição: 118912

Sexo: Feminino

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

Procedimento Solicitado: 040850566 - TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA DIÁFISE DA TÍBIA

CID: S827

Tempo de permanência Previsto:

Procedimento SUS Realizado:

01. Cirurgião: CARLOS ANTONIO ROCHA CARDOSO FILHO
02. 1. Apoio Cirúrgico: CÍLIO HENRIQUE BARBOSA
2. Apoio Cirúrgico:
3. Apoio Cirúrgico:
05. Dermalis Auxílios Cirúrgicos:
06. Anestesiologista: RODRIGO JOSE FLORIO LUCIANO DA SILVA
07. Clínico:
08. Clínico:

Procedimentos Especiais:

- ☐ Mudança de Procedimento
- ☐ Diária de UTI
- ☒ Diária de Acompanhante
- ☐ Vacina Anti - Rb

- ☒ Uso de Prótese Óssea
- ☐ Uso de Fatores de Coagulação
- ☐ Uso de Oxigenadores
- ☐ Nutrição Parenteral

Resumo do Caso: PACIENTE VITIMA DE TRAUMA COM FRATURA DE OSSOS DA PERNA DIREITA E LESÃO DE PELE. SUBMETIDA A CIRURGIA TEMPORÁRIA - FIXADOR EXTERNO - SEM INTERCORRÊNCIAS.

Diagnóstico Principal: S827 - FRATURAS MÚLTIPAS DA PERNA

Diagnóstico Secundário:

Nome do Ator: *Proprietário*

Data de Inscricao: 04/02/2017

Data da Alta: 22/02/17 dias de hospitalização

Clia (S)

05.802.494/0001-4
TRAFEGO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA
ANDRÉ LUIZ ADOLFO MOREIRA DA SILVA
CPF: 70022
Rua da Aurora, Nº 158, SL 902 BL. C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE

Av. General Manoel Rabelo - Nº126 - Centro - Jaboatão dos Guararapes - CEP: 54160-000
TELEFONE: 3402-2834 - www.hgpe.org





Laudo para solicitação de autorização de internação

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO			
ESTABELECIMENTO SOLICITANTE		CNPES	
HOSPITAL MEMORIAL JABOATÃO		5355087	
ESTABELECIMENTO EXECUTANTE		CNPES	
HOSPITAL MEMORIAL JABOATÃO		5355087	
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE			
Nome do Paciente		Nº Prontuário	
MARIA LUCIA SOUZA DE SOUZA		739928	
Código Nacional do SUS	Data de Nascimento	Sexo	Estado
7800450324243	28/07/1967	M	PE
Nome da Mãe		Endereço	
LIDIA ALEXANDRE DE SOUZA		0300 - Não Se Aplica	
Nome Responsável		Telefone da residência	
LIDIA ALEXANDRE DE SOUZA			
Endereço (Rua, Nº, Bairro)		UF	
OPALA NEIRA, 271 - FRAGOSO		PE	
Município	CEP	UF	
ALINDA	280990	PE	
LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO			
Inclusão Sólida e Anterior Glândula			
PACIENTE VITIMA DE QUEDA DE BOTO NA OI CIA COM DOR E DEFORMIDADE EM PERNA DIREITA.			
Condições que indicam a internação			
TTO CIRURGICO			
Principais Resultados do Exame Diagnóstico			
RAIO X PERNA D			
Classificação Internacional / Causa			
1- FRATURAS DE OSSOS DA PERNA DIREITA.			
PROCEDIMENTO SOLICITADO			
Código do Procedimento			
9415020587			
PROCEDIMENTOS SEQUENCIAIS EM ORTOPEDIA			
Código do Procedimento			
9415020587			
Código do Documento (CNS/CPF) do Profissional Solicitante			
940275017			
Assinatura e Carimbo (Nº do Registro do Conselho)			
940275017			
PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (AGENTES DE VIOLÊNCIA)			
CNPJ Seguradora		Nº Envia	
CNPJ Empresa		CNAE da Empresa	
05-802-494/0001-4		CBO	
Vínculo com a Previdência			
() Empregado () Empregador () Aposentado () Desempregado			
AUTORIZAÇÃO			
Nome do Profissional Autorizador		Cód. Orgão Emissor	
MARIA CECILIA MAC DOWELL		2	
Documento		Nº do Documento (CNS/CPF) do Profissional Autorizador	
(K) CNS () CPF		2015335660007	
Data da Autorização		Assinatura e Carimbo (Nº Registro do Conselho)	
RECIFE-PE			



GUIA DE TRANSFERÊNCIA

Identificação do Estabelecimento NOME DO ESTABELECIMENTO TRANSFATOR: LUPA OLINDA		DATA DE REGISTRAÇÃO: 03/02/17 16:45
MEDICO SOLICITANTE: DANTON MARTINS FILHO		Nº DE REGISTRAÇÃO: 250159
Identificação do Paciente NOME DO PACIENTE: MARIA LUCIA SOUZA DE SIQUEIRA		Nº DO PRECATÓRIO: FEMININO
DATA DE NASCIMENTO: 23/07/1957	TELEFONE DO CONTRATO: 33050450	
NOME DO FILHO DO PACIENTE: LUCIA ALEXANDRE DE SIQUEIRA		
ENDEREÇO DO PACIENTE: RUA OPALIA NEGRA, 271, FRAGOSO		
CIDADE DO PACIENTE: OLINDA	C.O. NOME E ENDEREÇO: 2505600-00	UF: PE
Dados sobre o Transporte NOME DO TRANSPORTE: AMBULÂNCIA		DATA DE REGISTRO: 04/02/17 15:27
OBSERVAÇÃO:		
REGISTRO DE SEGURANÇA:		
Registador NOME DO REGISTADOR: MARIA ANGELA LYRA DE OLIVEIRA CAMPOS		ESPECIALIDADE: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA
Nº DO REGISTRO: CIRURGICO		
Estabelecimento NOME DO ESTABELECIMENTO: HOSPITAL MEMORIAL JABOATÃO		DATA DE REGISTRO: 04/02/17 15:21
MEDICO AUTORIZADOR:		

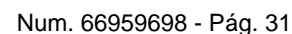
05.802.494/0001-
 TRACÃO CORREYORA
 DE SEGUROS LTDA

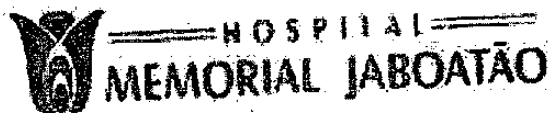
28 JUN. 2017

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



CONFIDENTIAL JAN 27 1960





MARIA LUCIA SOUZA DE SIQUEIRA

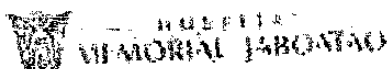
10
Gaiete lutuando nesta
hospital com Fratura de
tibia direita, foi realizado
em 1º tempo o 1º Círculo
de Fratura fechando de
tibia D + fixação com
fixador Externo.

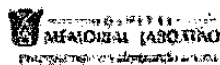
Dra. Maria Lira
Cirurgiã

05.802.494/0001-4-
TRACÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

28 JUN. 2017

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





Convênio: SUS - INTERNACAO

Atendimento: 118812

Nascimento: 23/07/1957

Responsável:

Precedente: 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:

Escolaridade:

CPF:

Identidade: 1561944

Telefone:

Conjuge:

Estado Civil:

Carte SUS: 701004893948493

Nome da Mãe: LIDIA ALEXANDRE DE SIQUEIRA

Nome do Pai:

Endereço: OPALA NEGRA, RIACOSO, CEP: 53050450, Nº 271, OLINDA - PE

RESERVAÇÃO:

Unidade de Internação: CLINICA CIRURGICA ORTOPEDICA

Enfermagem / Leito: ENF. 10 - LEITO 04

Médico: AIRLEY WENDEL MATIAS ALVES SILVA - CRM: 22473

CBO:

RESUMO DE INTERNAMENTO

HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL

PACIENTE VITIMA DE QUEDA DE MOTO HA 01 DIA COM DOR E DEFORMIDADE EM PERNA DIREITA.

ANTECEDENTES PESSOAIS E HEREDITARIOS:

HAS (-), DM (-), NEGA ALERGIAS.

EXAME FISICO GERAL:

ECGREG, EUPNEICA, AFEBRIL, HIDRATADA

AP - CARDIO - VASCULARES:

RCR EM 2T, S/N, S/S

AP - RESPIRATORIO:

MV + EM AHT, S/RA

DOMEN:

ION

AP - GENITO - URINARIO:

NON

OUTROS:

SEM EDEMAS

HIPOTESE DIAGNOSTICA:

T- FRACTURA DE OSSOS DA PERNA DIREITA

DIAGNOSTICO DEFINITIVO:

CONDIÇÕES DE ALTA:

DATA:

HORA DE SAÍDA:

05.802

TRACADA PRETORIA

DESALEIDA

04 JUN. 2017

AIRLEY WENDEL MATIAS ALVES SILVA - CRM: 22473

Rua 03 Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C

Boa Vista - CEP: 50.060-010

RECIFE-PE

Av. General Manoel Ribera - Nº126 - Centro - Interção dos Guarápes - CEP: 54160-000

TELEFONE: 3402-5880 - www.furypet.org





MEMORIAL JABOTAVO

Memorial do Hospital de Referência de Curitiba

Assinado por: ANDRÉ LUIZ ADEILFO MOREIRA

Data: 08/02/2017

Hora: 12:35

Relatório Geral de Cirurgias

Nome: MARIA LUCIA SOUZA DE SIQUEIRA

Atendimento: 118812

Sexo: Feminino

Prontuário: 735928

Unidade de Internação / Leito: ENF 13 - LEITO 04

Idade: 59 Anos, 6 Meses e 16 Dias

Diagnóstico Pré Operatório: S827 - FRATURAS MÚLTIPLAS DA PERNA

Risco Operatório:

Cirurgia(s) Realizada(s): TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DE TÍBIA D.R.

Data: 08/02/2017

01. Cirurgião: CARLOS ANTONIO ROCHA CÂNDIDO FILHO

2. 1. Anest. Cirúrgico: CAIO HENRIQUE BARBOSA

03. 2. Anest. Cirúrgico:

04. Instrumentador:

Anestesia: RAQUI ANESTESIA

06. Anestesia:

07. Anestesiólogo: RODRIGO JOSE FLORIO LUCIANO DA SILVA

Descrição da Cirurgia:

PACIENTE EM DOR SOB RAQUIANESTESIA

ROTINA ASSEPTICA

REDUÇÃO INCRUENTA DE FRATURA DE TÍBIA

FIXAÇÃO EXTERNA COM 04 PINOS DE SCHANI + FIXADOR LINEAR

LIMPEZA COM SF 0,9%

CURATIVO

PROCEDIMENTO REALIZADO SOB CONTROLE RADIOLÓGICO COM INTENSIFICADOR DE IMAGENS

André Luiz Adelfo
Melo
CRM - PE 20072

05-802-893/0001-41
ANDRÉ LUIZ ADEILFO MOREIRA DA SILVA
TRACAO CORRETORA
CRM 20072 - CUIRUS LTDA

28 JUN. 2017

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C

Boa Vista - CEP: 50.060-010

RECIFE-PE





Processo:

GESTÃO DE PESSOAS

FICHA DE ESCLARECIMENTO

CÓDIGO

F.A.T.SAM.01

REVISÃO

00

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

NOME: Maria Lucia Sampaio de SiqueiraREGISTRO: 7369028 DATA DE NASCIMENTO: 23/07/1957RG: 1961944 ORGÃO EMISSOR: SDS - PEENDEREÇO: Rua Opala Moura n.º 271Jardim Fragoso - OlindaNOME DA MÃE: Lidia Alexandre de SiqueiraDATA ADMISSÃO: 22/02/2017 DATA ALTA: 24/02/2017DATA DO PROCEDIMENTO: 22/02/2017 CID: 582.2DIAGNÓSTICO: Fratura da tíbia direitaTRATAMENTO REALIZADO: Tratamento cirúrgico
de fratura da extremidade distal
da tíbia direitaMÉDICO: Carlos Condiado FilhoCREMEPE: 18336JABOATÃO DOS GUARARAPES, 08 DE Março DE 2017André Luiz Adolfo
Médico

CRM - PE 20022

OS.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

MÉDICO

Av. Costa Marques Ribeiro • 1.º • Centro
Jaboatão dos Guararapes - PE • CEP: 54100-000
F.A.T.SAM.01 • 08/06/2017

Nome do paciente: HTS Maria Souza de Siqueira		Enfermagem:		Leito:	
Clínica: Ortopedia		Nº Alm:			
Nº prático: 120406		CID: 5822			
Diagnóstico clínico (transcrito no livro de história): Fratura de tíbia e fíbula		CID: 5822			
Procedimentos solicitados: Fratura múltipla		CID: 5822			
Tempo de permanência previsto:					
Procedimentos realizados: Fratura de tíbia e fíbula					
Código	Equipe	Nome	Matrícula Nº		
01	Chirurgião	Dr. Paulo Romualdo			
02	1. Auxiliar cirúrgico				
03	2. Auxiliar cirúrgico				
04	1. Auxiliar cirúrgico				
05	Geniais auxílios cirúrgicos				
06	Anestesiista	Dr. Rodrigo Feres			
07	Clinico				
08	Clinico				
Procedimentos especiais					
<input type="radio"/> Manutenção do procedimento <input type="radio"/> Diária de ul <input checked="" type="radio"/> Diária de acompanhamento <input type="radio"/> Vacina Anti-Hiv <input type="radio"/>		<input checked="" type="radio"/> Uso de prótese de tórax <input type="radio"/> Uso de tórax de compressão <input type="radio"/> Uso de coque anódico <input type="radio"/> Nutrição parenteral <input type="radio"/>			
Resumo do caso					
<p>PACIENTE INTERNADO POR APRESENTAR PATOLOGIA ORTOPÉDICA, SENDO TRATADO ADEQUADAMENTE E RECEBE ALTA EM SEGUIDA ENCAMINHADO AO AMBULATORIO CI ORIENTAÇÕES, MEDICAMENTOS E RETORNO.</p>					
Assinatura médica: Dr. Paulo Romualdo		Data: 12 JUN 2012		CID: 5822	
Assinatura de enfermagem: Maria Souza de Siqueira		Data: 12 JUN 2012		CID: 5822	
Assinatura de alta: Maria Souza de Siqueira		Data: 12 JUN 2012		CID: 5822	
Assinatura de alta: Maria Souza de Siqueira		Data: 12 JUN 2012		CID: 5822	



Laudo para solicitação de autorização de internação

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

ESTABELECIMENTO SOLICITANTE	CNES
HOSPITAL MEMORIAL JABOATÃO	506067
ESTABELECIMENTO EXPEDIENTE	CNES
HOSPITAL MEMORIAL JABOATÃO	506067

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome do Paciente		Nº Prontuário	
MARIA LUCIA SOUZA DE SIQUEIRA		73222	
Cartão Nacional do SUS	Data de Nascimento	Sexo	País
70100469048408	23/07/1987	M	Brasil
Nome da Mãe	Telefone do contato		
LIDIA ALEXANDRE DE SIQUEIRA			
Nome Responsável			
LIDIA ALEXANDRE DE SIQUEIRA			
Endereço (Rua, Nº, Bairro)			
OPAL S MEIRA, 271 - FRAGOSO			
Cidade	IBGE	UF	CEP
NOVA	25000	PE	53060450

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

Principais Síntomas e Sinais Clínicos			
<i>Paciente sofreu de trauma e dor e dor no membro superior direito.</i>			
Condições que justifiquem a internação			
Diagnóstico Resultado do Exame Diagnóstico			
Diagnóstico inicial / Códigos	CID-10 Principal	CID-10 Secundária	CID-10 Causas Adicionais
<i>fratura de humero x T12 @</i>			

PROCEDIMENTO SOLICITADO

Descrição do Procedimento Solicitado		Código do Procedimento	
Unidade	Centro de Internação	Departamento	Nº do Documento (CNS/CPF) do Profissional Solicitante/Assistente
	2	() CNS () CPF	
Assinatura do Profissional Solicitante/Assistente		Data da Solicitação	Assinatura e Carimbo (Nº de Registro do Conselho)
		22/06/2017	

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIA)

<input type="checkbox"/> Acidente de Trânsito	CNPJ Seguradora	Nº Bônus	Série
<input type="checkbox"/> Acidente Trabalho Típico	CNPJ / Empresa	CNAE da Empresa	CBO
<input type="checkbox"/> Acidente Trabalho Atípico			
Vínculo com a Previdência			
<input type="checkbox"/> Empregado	<input type="checkbox"/> Empregador	<input type="checkbox"/> Autônomo	<input type="checkbox"/> Desempregado
<input type="checkbox"/> Aposentado	<input type="checkbox"/> Não Segurado		

AUTORIZAÇÃO

Nome do Profissional Autorizador	Cod. Orgão Emissor
MARIA CECILIA MAC. OWELL	
Documento	Nº do Documento (CNS/CPF) do Profissional Autorizador
(X) CNS () CPF	20152006630007
Data da Autorização	Assinatura e Carimbo (Nº de Registro do Conselho)

RECIBO DE

28 JUN. 2017

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C

Roa Vista - CEP: 50.060-010

HOSPITAL MEMORIAL JABOATÃO



39

<div style="display: inline-block; vertical-align: middle;"> Sistema União da Saúde </div> <div style="display: inline-block; vertical-align: middle;"> Ministério da Saúde </div>		LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE MUDANÇA DE PROCEDIMENTO E DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)		Folha 1/2
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE HOSPITAL MEMORIAL JABOATÃO			3 - CIES 6135180617	
2 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE HOSPITAL MEMORIAL JABOATÃO			4 - CIES 6135180617	
5 - NOME DO PACIENTE Lucio Souza de Siqueira			6 - Nº DO PRONTUÁRIO 7 - CID 8 - DATA DE NASCIMENTO 9 - SEXO 10 - TELEFONE DE CONTATO 11 - CID DO TELEFONE	
12 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL 13 - ENDEREÇO (C/A, Nº, Bairro) 14 - CID DO ENDEREÇO 15 - UF 16 - CEP			17 - NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)	
18 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - ANTERIOR 19 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - MUDANÇA 20 - DIAGNÓSTICO PRINCIPAL 21 - CID DO PRINCIPAL 22 - CID DO SECUNDÁRIO 23 - CID DO TERCIÁRIO ASSOCIADO				
24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL 25 - CID DO PROCEDIMENTO ESPECIAL 26 - CID DO PROCEDIMENTO ESPECIAL 27 - CID DO PROCEDIMENTO ESPECIAL 28 - CID DO PROCEDIMENTO ESPECIAL 29 - CID DO PROCEDIMENTO ESPECIAL 30 - CID DO PROCEDIMENTO ESPECIAL 31 - CID DO PROCEDIMENTO ESPECIAL 32 - CID DO PROCEDIMENTO ESPECIAL 33 - CID DO PROCEDIMENTO ESPECIAL 34 - CID DO PROCEDIMENTO ESPECIAL 35 - CID DO PROCEDIMENTO ESPECIAL 36 - CID DO PROCEDIMENTO ESPECIAL 37 - CID DO PROCEDIMENTO ESPECIAL 38 - CID DO PROCEDIMENTO ESPECIAL 39 - CID DO PROCEDIMENTO ESPECIAL 40 - CID DO PROCEDIMENTO ESPECIAL 41 - CID DO PROCEDIMENTO ESPECIAL 42 - CID DO PROCEDIMENTO ESPECIAL 43 - CID DO PROCEDIMENTO ESPECIAL 44 - CID DO PROCEDIMENTO ESPECIAL 45 - CID DO PROCEDIMENTO ESPECIAL 46 - CID DO PROCEDIMENTO ESPECIAL 47 - CID DO PROCEDIMENTO ESPECIAL 48 - CID DO PROCEDIMENTO ESPECIAL 49 - CID DO PROCEDIMENTO ESPECIAL 50 - CID DO PROCEDIMENTO ESPECIAL 51 - CID DO PROCEDIMENTO ESPECIAL 52 - CID DO PROCEDIMENTO ESPECIAL 53 - CID DO PROCEDIMENTO ESPECIAL 54 - CID DO PROCEDIMENTO ESPECIAL 55 - CID DO PROCEDIMENTO ESPECIAL 56 - CID DO PROCEDIMENTO ESPECIAL 57 - CID DO PROCEDIMENTO ESPECIAL 58 - CID DO PROCEDIMENTO ESPECIAL 59 - CID DO PROCEDIMENTO ESPECIAL 60 - CID DO PROCEDIMENTO ESPECIAL 61 - CID DO PROCEDIMENTO ESPECIAL 62 - CID DO PROCEDIMENTO ESPECIAL 63 - CID DO PROCEDIMENTO ESPECIAL 64 - CID DO PROCEDIMENTO ESPECIAL 65 - CID DO PROCEDIMENTO ESPECIAL 66 - CID DO PROCEDIMENTO ESPECIAL 67 - CID DO PROCEDIMENTO ESPECIAL 68 - CID DO PROCEDIMENTO ESPECIAL 69 - CID DO PROCEDIMENTO ESPECIAL 70 - CID DO PROCEDIMENTO ESPECIAL 71 - CID DO PROCEDIMENTO ESPECIAL 72 - CID DO PROCEDIMENTO ESPECIAL 73 - CID DO PROCEDIMENTO ESPECIAL 74 - CID DO PROCEDIMENTO ESPECIAL 75 - CID DO PROCEDIMENTO ESPECIAL 76 - CID DO PROCEDIMENTO ESPECIAL 77 - CID DO PROCEDIMENTO ESPECIAL 78 - CID DO PROCEDIMENTO ESPECIAL 79 - CID DO PROCEDIMENTO ESPECIAL 80 - CID DO PROCEDIMENTO ESPECIAL 81 - CID DO PROCEDIMENTO ESPECIAL 82 - CID DO PROCEDIMENTO ESPECIAL 83 - CID DO PROCEDIMENTO ESPECIAL 84 - CID DO PROCEDIMENTO ESPECIAL 85 - CID DO PROCEDIMENTO ESPECIAL 86 - CID DO PROCEDIMENTO ESPECIAL 87 - CID DO PROCEDIMENTO ESPECIAL 88 - CID DO PROCEDIMENTO ESPECIAL 89 - CID DO PROCEDIMENTO ESPECIAL 90 - CID DO PROCEDIMENTO ESPECIAL 91 - CID DO PROCEDIMENTO ESPECIAL 92 - CID DO PROCEDIMENTO ESPECIAL 93 - CID DO PROCEDIMENTO ESPECIAL 94 - CID DO PROCEDIMENTO ESPECIAL 95 - CID DO PROCEDIMENTO ESPECIAL 96 - CID DO PROCEDIMENTO ESPECIAL 97 - CID DO PROCEDIMENTO ESPECIAL 98 - CID DO PROCEDIMENTO ESPECIAL 99 - CID DO PROCEDIMENTO ESPECIAL				
35 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO PACIENTE TRANSFERIDO PARA NOSSO SERVIÇO PARA REALIZAÇÃO DE TRATAMENTO CIRÚRGICO DE PATOLOGIA ÓSSEA. SOLICITO MATERIAL DE SÍNTESE PARA REALIZAÇÃO DO PROCEDIMENTO. + Acompanhamento				
36 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE Antonio Yves Cordeiro de Mello Junior				
37 - DOCUMENTO 38 - Nº DO DOCUMENTO (CNPJ) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE 39 - DATA DA SOLICITAÇÃO 20/08/2017				
40 - AUTORIZAÇÃO 41 - Nº DO DOCUMENTO (CNPJ) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR 42 - DATA DA AUTORIZAÇÃO 28 JUN 2017				
43 - ENDEREÇO DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR 44 - CID DO ENDEREÇO 45 - UF 46 - CEP				



MARIA LUCIA SOUZA DE SIQUEIRA

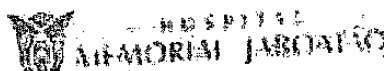
Paciente submetida
ao 3º tempo cirúrgico
a anteceder a
graduação da fibra e
tornozelo do HAD.

[Handwritten signature]
Marta Lira
28/06/2017

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



HOSPITAL MEMORIAL JABOATÃO - FICHA DE INTERNAÇÃO

S-294577

Atendimento: 120406

FICHA DE ATENDIMENTO: ANAMNESE DE INTERNAÇÃO

Convênio: SUS - INTERNACAO

Cartão SUS : 701004893948493

Responsável:

Observação:

Promotor: 736928 Data/Hora: 22/02/2017 08:58:16 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: 1661844 - SSP/PE Fone:
 Est. Civil: SOLTEIRO Cônjuge:
 Escolaridade:
 Nome do Pai:
 Nome de Mãe: LIDIA ALEXANDRE DE SIQUEIRA
 Endereço: OPALA NEGRA Bairro: FRAGOSO
 CEP: 53061-450 Cidade: OLINDA UF:
 Médico: CARLOS ANTONIO ROCHA CANDIDO FILHO CRM: 18336
 Unidade de Internação: CLINICA CIRURGICA ORTOPEDICA CID:

RESUMO DE TRATAMENTO

HISTORIA DA DOENÇA ATUAL:

por a dor abdominal sem HED após
 trauma

ANTECEDENTES PESSOAIS E HEREDITARIOS:

EXAME FISICO GERAL:

AP - CARDIO - VASCULAR:

AP - RESPIRATORIO:

ABDOMEN:

AP - GENITO - URINARIO:

HIPOTESE DIAGNOSTICA:

trauma lúrio 1 T2 ①

DIAGNOSTICO DEFINITIVO:

CONDIÇÕES DE ALTA:

Dra. Maria Lira
 CRM: 18336

LI E CONCORDO COM AS NORMAS ESTABELECIDAS POR ESTA INSTITUIÇÃO

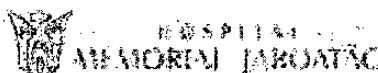
CIENTE:

00.002.494/0001-41

Data: / / Hora de Saída: h - Médico: TRAÇÃO CORRETORA DE SEGUROS LTDA.

Av. Gol. Manoel Ribero, 125 - Centro - CEP: 54160000 - Jaboticão dos Guararapes - PE
 Telefone: (81) 3423-2600 - www.hmjpe.org

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



11 / 11 / 2017 MARIA LUCIA SOUZA DE SIQUEIRA	RELATÓRIO DE OPERAÇÃO		Prontuário: 736928 Atendimento: 130-001 Data: 22/02/2017
	Unidade / Local: CLINICA CIRURGICA ORTOPEDICA - ENF 10 - LEITO 04		

Cirurgião: CARLOS ANTONIO RODRIGUEZ CANDIDO FILHO		2º Assistente: HUGO SOARES FERNANDES
1º Assistente: CAIO HENRIQUE BARBOSA	Instrumentador: 	
3º Assistente: 	Anestesia: RAQUEL ANESTESIA	
Anestesiista: ROBERTO JOSE FLORO LUCIANO DA SILVA		Hora Fim Anestesia:
Hora Início Anestesia: 	Hora Início: 	Hora Término:
da Operação: 22/02/2017		

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: S823 - FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DA TÍBIA

TIPO DE OPERAÇÃO REALIZADA:
FRATURA DA TÍBIA

DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO:
S823 - FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DA TÍBIA

ACIDENTES DURANTE A OPERAÇÃO:

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO:

TENTE EM DOM SOB RAQUIANESTESIA
 EPIPLA E ANTISSEPSIA
 TCCO DE CAMPOS ESTEREIS
 SÃO LONGITUDINAL SOBRE TOPOGRAFIA DE MALLEOLO LATERAL DIREITO
 SEÇÃO POR PLANOS
 REALIZAÇÃO DE FOCO FRATURÁRIO EM MALLEOLO LATERAL DIREITO
 CONFIRMAÇÃO DE REDUÇÃO ANATÔMICA COM INTENSIFICAÇÃO DE IMAGEM
 LIMPÇA COM SF0,9%
 SUTURA
 VISUALIZAÇÃO DE FOCO FRATURÁRIO EM REGIÃO POSTERIOR E DISTAL DE TÍBIA DIREITA
 FIXAÇÃO DE FRATURA COM PARAFUSO PERCUTANEO ESPONGIOSO S.S.
 CONFIRMAÇÃO DE REDUÇÃO DE FRATURA COM INTENSIFICAÇÃO DE IMAGEM
 VISUALIZAÇÃO DE FOCO FRATURÁRIO EM REGIÃO DE DIÁFISE/TERÇO DISTAL DE TÍBIA DIREITA
 IMPLANTAÇÃO SOBRE TOPOGRAFIA DE MALLEOLO MEDIAL DIREITO
 FIXAÇÃO DE FRATURA DE TÍBIA DIREITA COM PLACA LCP E PARAFUSOS - MÉTODO TIPO PLACA POSTE MINIMAMENTE INVASIVO
 LIMPÇA COM SF0,9%
 SUTURA
 CURATIVO

05.802.494/0001-11
 TRACÃO CORRETORA
 DE SEGUROS LTDA

28 JUN. 2017

Dr. Hugo S. Fernandes
 Médico
 CRM-PE-22.847

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





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 PERNA DIREITA, SUBMETIDA A CIRURGIA EM 22/02/17. EVOLUIU COM BOA CONSOLIDAÇÃO SEM LIMITAÇÃO FUNCIONAL. EXAME FSICIO SEM ALTERAÇÕES. RECEBE ALTA HOJE DA ORTOPEDIA.

CID 10: S82.7

Jaboatão dos Guararapes

28/06/2017

André Luiz Adolfo
Médico
CRM - PE 20022

Médico: ANDRE LUIZ ADOLFO MOREIRA DA SILVA
Conselho: 20022

05.802.494/0001-4
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

28 JUN. 2017

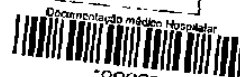
Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
PE - 51.061.001

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



Nome: MARIA LUCIA SOUZA DE SIQUEIRA
Apelido: 135586
Idade: 60 Anos, 1 Mês e 8 Dias
Convênio: SUS - AMBULATORIO

Usuário Logado: PAULA CARDOSO DE MEDEIROS
Data: 23/08/2017
Prontuário: 735928
Unidade: 0000
Sexo: FEMININO



RECEITUÁRIO

Descrição:
LAUDO MÉDICO

DECLARO PARA FINS PERICIAIS QUE A SENHORA MARIA LUCIA SOUZA DE SIQUEIRA, 60 ANOS, FOI SUBMETIDA A TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DE OSSOS DA PERNA DIREITA EM 22/02/2017 NESTE SERVIÇO.

PACIENTE EVOLUI COM SINAIS CLÍNICOS E RADIOGRÁFICOS DE FRATURAS CONSOLIDADAS. APRESENTA, AO EXAME FÍSICO ARCO MOVIMENTO FUNCIONAL E DEAMBULA COM CARGA TOTAL. REFERE DOR EM FACE ANTEROMEDIAL DE PERNA DIREITA QUE CAUSA DIFICULDADE PARA REALIZAR SUAS ATIVIDADES DIÁRIAS.

ENCAMINHADA A FISIOTERAPIA PARA ANALGESIA E REFORÇO MUSCULAR.

NO MOMENTO, A PACIENTE ENCONTRA-SE SEM INDICAÇÃO DE NOVAS ABORDAGENS CIRÚRGICAS.

SOLICITO REAVALIAÇÃO PERICIAL.

582.7

05.802.000.0000-7
TRATAMENTO CIRÚRGICO
DE FRATURA

24 AGO. 2017

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

1º andar

Jaboatão dos Guararapes,


23/08/2017

Dr. Paula Cardoso
Osteoartrose
CRM 73.593

Médico: PAULA CARDOSO DE
MEDEIROS
Conselho: 23999

Av. Gal. Manoel Rabelo, 326 - Centro - CEP: 54160-000 - Jaboatão dos Guararapes-PE
Telefone: (81) 3492.9888 - www.kmjpe.org

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Condôcios de Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0248367/17
Vítima: MARIA LUCIA SOUZA DE SIQUEIRA
CPF: 225.193.604-10

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

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro
Documentação médico-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: 194.764.394-49

Jose Soares da Silva Filho





REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
1988
INSTITUTO NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO

VÁLIDA EM TODO
O TERRITÓRIO NACIONAL
1422101973

NOME: **MARTA LUCIA SOARES DE SIQUEIRA**
CPF: **1.951.944-2/000-22**
DATA DE NASCIMENTO: **22/07/1951**
LOCAL DE NASCIMENTO: **OLINDA - PE**
NOME DO MARIDO: **ANTONIO MARAVILHA DE S. SIQUEIRA**
NOME DO FILHO: **LÍDIA ALEXANDRE DE S. SIQUEIRA**
PERMISSÃO: **06557350591**
VALIDADE: **11/02/2020**
HABILITAÇÃO: **03/03/2016**

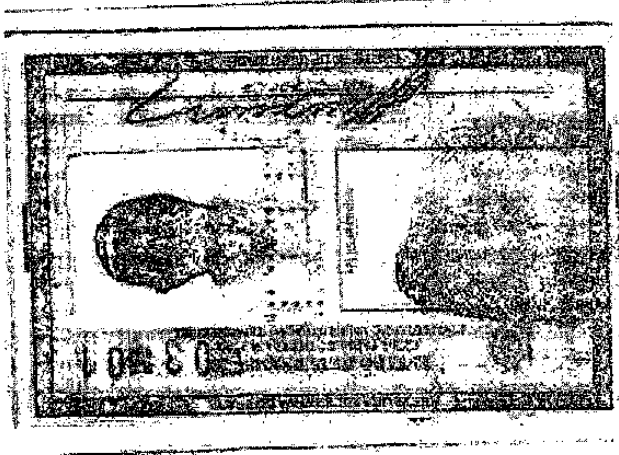
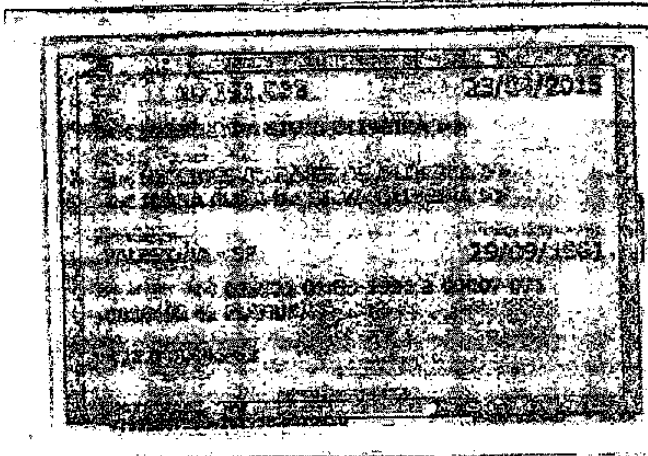
OBSERVAÇÕES

PROIBIDO PLASTIFICAR
1422101973

Lidia Siqueira
ASSINATURA DO PORTADOR
LOCAL: **OLINDA - PE**
DATA EMISSÃO: **26/04/2017**

Charles Andreus Sousa Ribeiro
Diretor Presidente
ASSINATURA DO EMISSOR
PERNAMBUCO
046024000144
TRACAPOLIS
DE SEGUROS LTDA
28 JUN 2017
Rua da Aurora, nº 175 - SL 902-BL C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
SERIES DE





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



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES



Nº 012155900081

DETRAN - PE

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

PLACA: 1065267553

MARIA LUCIA SOUZA DE ALMEIDA

OLINDA-PE

CPF / CNPJ: 225 193 604-10

PLACA: 2005790

PLACA ANT / LIP: *****

APR

EXC/CELA/REG/2/1/601

ESPECIE TIPO

PAB / CICLOMOTOR

COF / COTINEL

GRUPO 1

MARCA / MODELO

I/SRINERAY XX 50 Q

ANO FAB / ANO REG

2011 / 2012

EXP / ROY / CL

2P / 49CL

CATEGORIA

PARTIC

CORPUSCULANTE

VERMELHA

COTA UNICA

IPVA 2017 QUITAÇÃO

VEIC. COTA UNICA

PLACA COTA

FAIXA / PVA

1

PARCELAMENTO / COTAS

2º

3º

PREÇO TABELADO (R\$)

IOF (R\$)

PREÇO TOTAL (R\$)

DATA DE PAGAMENTO

SEGUNDO PAGO

OBSERVAÇÕES

SEM RESERVA

DE.802.494/0001-4

TRACAO CORRETORA

DE SEGUROS LTDA

11 JUL 2017


Carta de Anuidade Nº 179 SL 502 de

Bela Vista - CEP: 50.060-010

PE - DETRAN-PE



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder das
Contórcios do Seguro DPVAT

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 fíbula com placa e parafusos. Terceiro tempo osteossíntese de tíbia com placa e parafusos. Evoluiu com osteomielite sendo superada com antibioticoterapia. Realizou tratamento fisioterápico.

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

Existindo seqüela(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 dentre 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

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

() "Sem seqüela permanente" (Não existem lesões diretamente decorrentes do acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenuação proporcionada por qualquer medida terapêutica)

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

Região Corporal (Seqüela):
Membro inferior direito

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

Região Corporal (Seqüela):

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

Região Corporal (Seqüela):

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

Região Corporal (Seqüela):

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

c) Havendo dano corporal total com repercussão na íntegra do patrimônio físico - assinalar 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.

ANEXO I
PJE - 2017/2018 - 100%
07/2018 - 100%
2018 - 100%

Ana Maria Barros Falcão - CRM: 8878 - PE



PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3170360350

Cidade: Olinda

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: MARIA LUCIA SOUZA DE SIQUEIRA

Data do acidente: 03/02/2017

Seguradora: CAPEMISA SEGURADORA
DE VIDA E PREV. S/A

PARECER

Diagnóstico: Fratura distal dos ossos da perna direita.

Descrição do exame médico pericial: 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.

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 tíbia 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

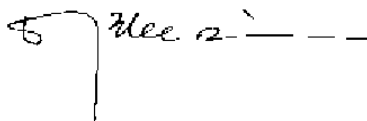
ACE GESTÃO DE SAÚDE LTDA

Médico revisor: OTELO CORRÊA DOS SANTOS FILHO

CRM do médico: 52.18145-0

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:





ProQuest

-0025*

Nome:	MARIA LUCIA SOUZA DE SIQUEIRA		
Nacionalidade:	BRASILEIRA	Estado civil:	CASADA
Profissão:	POSTULANTE		
Identidade:	1961944	CPF:	225.193.604-10
Endereço:	RUA ADALIA N. 682A, 271. Fd. FRASSO - OLINDA - PE		

Nome:	LUCIMAR DA SILVA OLIVEIRA	
Nacionalidade:	BRASILEIRO	Estado civil: DIVORCIADO
Profissão:	AUTÔNOMO	
Identidade:	10.151.898	CPF: 406.013.406-63
Endereço:	R. BOA SORTE - 817 - AP. 301 - JESTEFEO - ARLINDA - PO	

OLINDA 29.03.17

LOCAL E DATA:

S. de S. Neiga
ASSINATURA DO OUTORGANTE
(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)

05.802.494/0001-1
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

28 JUN. 2017

19. Cartões de Notas de Entrada

From 63 Cases 11.5%

Approved for distribution and release to the public by the
National Security Council on 11/11/2013

from 1974 until its closure
in 1977 (1977-1978).

Francis Xavier Anderson de Lima - Es-
tadual, RJ, 24.12.1920, 04.1.17.1901, 04.1.17.1901

CONFIDENTIAL

Rua da Aurora, Nº 175, SL 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 susceptível 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", conduzir 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

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

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

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

Região Corporal (Sequela):
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

Região Corporal (Sequela):

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

c) Havendo dano corporal total com repercussão na íntegra do patrimônio físico - assinalar 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.

Antonio Henrique Moreira CRM 2445 - PE





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
66959699	26/08/2020 09:35	ANEXO 2	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, contatos a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

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

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

Atenciosamente,

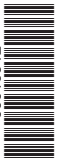
Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 15414640

Pag. 01883/01884 - carta_01 - INVALIDEZ

00010942





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, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

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

Atenciosamente,





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Cobertura(s) típica(s) de cobertura:

☐ DADS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)☒ INVALIDEZ PERMANENTE☐ MORTE

1 - Nome completo da vítima

2 - CPF da vítima

3 - Nome completo da vítima

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUPRE Nº 946/2012

4 - Nome completo

5 - CPF

6 - Endereço

7 - Número

8 - Complemento

9 - Bairro

10 - Cidade

11 - Estado

12 - CEP

13 - Data

14 - Hora

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

15 - Nome completo do Representante Legal

16 - CPF do Representante Legal

17 - Profissão do Representante Legal

Declaro, sob pena de falsidade, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexado (ANEXAR CÓPIA).

18 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR☐ R\$1.000,00☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00☐ SEM RENDA☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00☐ ACIMA DE R\$5.000,00

19 - DADOS BANCÁRIOS:

☐ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAI, CURADOR/TUTOR)

20 - CONTA POUANÇA

(informar para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

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

21 - CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: 0917

CONTA: 20102

AGÊNCIA:

CONTA:

Autenticar e regularizar a conta e a senha da conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização (reembolso do Seguro DPVAT) a que eu tenho direito, encaminhando e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

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

☒ Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

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

Não posso apresentar o laudo de análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica de minha família, pois a documentação do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica preliminar, 30 (trinta) dias após a ocorrência do acidente, para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto no art. 6º da Lei nº 6.194/74.

Declaro que esta declaração não significa minha concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso a mesma, for necessária.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

☐ Solteiro☐ Casado (ou Civil)☐ Divorçado☐ Separado judicialmente☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima

25 - Se a vítima deixou com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

☐ Sim☐ Não

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

28 - Vítima tem filhos?

☐ Sim☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar:

30 - Vítima deixou

☐ Sim☐ Não

31 - Vítima tem irmãos?

☐ Sim☐ Não

Estou ciente de que a seguradora LIDER pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte aos meus beneficiários que se apresentarem e comprovarem esta condição, estando eu, desde, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

32 - Nome

33 - CPF

34 - Nome

35 - CPF

36 - Assinatura

37 - Assinatura

38 - Assinatura

39 - Assinatura

40 - Local e Data

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Procurador (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

44 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

45 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

46 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

47 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

48 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

49 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

50 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

51 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

52 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

53 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

54 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

55 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

56 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

57 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

58 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

59 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

60 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

61 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

62 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

63 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

64 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

65 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

66 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

67 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

68 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

69 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

70 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

71 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

72 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

73 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

74 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

75 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

76 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

77 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

78 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

79 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

80 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

81 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

82 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

83 - Assinatura do Representante Legal (se houver)



28/01/2020

Email - Luzimar Oliveira - Outlook



<https://outlook.live.com/mail/0/inbox/0/AQMxADAwATMwMAIYjFIYS1sZDAxLTAAAOwMAQARgAAA38LOKFjRINwK8RAJRPVDO8wCjAogkE...> 1/1



21/01/2020

Secretaria de Defesa Social - INFOPOL



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 20E2115000005

Legião Nacional de Polícia
Legião Comendadora de Polícia
14/01/2020

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

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (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 PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

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

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

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

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

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

ESTADO - Ramo de Atividade: **ADMINISTRACAO PUBLICA, 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 (VEICULO) 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: **9C2JC7060JR036732**
Ano Fabricação/Modelo: **2018-2018**
Descrição: **HONDA BIZ 110 DE PLACA PDB3179**

Complemento / Observação

A VÍTIMA COMPARECEU A ESTE POSTO POLICIAL INFORMANDO QUE, NA DATA CITADA, ESTAVA TRAFEGANDO COM SEU VEICULO 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 VEICULO DERRAPOU, MOMENTO ESTE QUE, A CONDUTORA DO VEICULO NÃO CONSEGUIU CONTROLAR O REFERIDO VEICULO. CHEGANDO A CAIR

<https://servicos.sds.ju.gov.br/pernambuco/VisualizaBO.do?idUn=2115&idOc=8251064&nroBO=20E2115000005&tpo=simples&natPrincipal=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 RADIO ESQUERDO, PASSANDO POR INTERVENÇÃO CIRURGICA OSTEOSSINTESE DO PLANALTO TIBIAL DIREITO COM PLACA EM L MAIS SUTURA EM PATELA DIREITA, OSTEOSSINTESE COM PLACAS DE 1/3 DE CANO, QUE DIANTE O EXPOSTO REGISTROU ESTE BOLETIM PARA PROVIDENCIAS CABIVEIS.

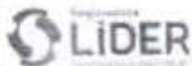
Assinatura da(s) pessoa(s) presente nesta unidade policial


MARIA LUCIA SOUZA DE SIQUEIRA
(VITIMA)

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

Luciano Santana de Melo
Comissário de Polícia
Mat. 319.626-7
Luc





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

1 - Unidade (s) (tipo) de cobertura:

☐ DADS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)☒ INVALIDEZ PERMANENTE☐ MORTE

2 - Nº do documento AD:

3 - CPF da vítima:

225.193.604-10

4 - Nome completo da vítima:

MARIA LUCIA SOUZA DE SIQUEIRA

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR EUSEF Nº 443/2012

5 - Nome completo:

MARIA LUCIA SOUZA DE SIQUEIRA

6 - CPF:

225.193.604-10

7 - Endereço:

RUA ESTRELA

8 - Endereço:

RUA OPALINA NEVES

9 - Número:

271

10 - Complemento:

11 - Bairro:

JARDIM ATLANTICO

12 - Cidade:

OLINDA

13 - Estado:

PE

14 - CEP:

53.060-450

15 - Data:

15/11/2020

16 - Data:

15/11/2020

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - Profissão do Representante Legal:

Obrigado, uma vez que o titular do direito, reside no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR☐ R\$1.000,00 A R\$3.000,00☐ R\$2.501,00 A R\$5.000,00☐ SEM RENDA☐ R\$1.001,00 A R\$2.500,00☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

☐ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAI, CURADOR/TUTOR)

22 - CONTA POUPANÇA (somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção):

☐ Bradesco (237)☐ Itaú (341)☐ Banco do Brasil (001)☒ Caixa Econômica Federal (104)☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: 0417

CONTA: 20102

AGÊNCIA: 0

CONTA: 0

Autosseguro - Seguradora Líder e Seguradora do Seguro DPVAT, desde que a indenização/reembolso do Seguro DPVAT seja paga em nome do beneficiário e não do titular, desde que a indenização/reembolso do Seguro DPVAT seja paga em nome do beneficiário e não do titular, desde que a indenização/reembolso do Seguro DPVAT seja paga em nome do beneficiário e não do titular.

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

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

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

Se eu não puder comparecer ao IML para a análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, com base no documento médico, a indenização será a quantificação do laudo do IML, considerando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, em caráter de urgência, conforme disposto na Lei 5.194/74.

Declaro que esta declaração não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso necessário, da minha contratação.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

☐ Solteira☐ Casado (ou Civil)☐ Divorciado☐ Separado judicialmente☐ Viúva

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Data de nascimento com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

☐ Sim☐ Não

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

28 - Vítima tem filhos?

☐ Sim☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar:

30 - Vítima deixou parente (vereador)?

☐ Sim☐ Não

31 - Vítima teve irmãos?

☐ Sim☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar:

33 - Vítima deixou parente (vereador)?

☐ Sim☐ Não

Esse documento é o que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte aos seus beneficiários que se apresentarem e comprovarem a ocorrência, dentro do prazo, de qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por violação do artigo 299 do Código Penal.

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

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

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

37 - Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

38 - Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: Recife, 23.01.2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante):

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver):

43 - Assinatura do Procurador (se houver):



SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DE PERNAMBUCO

CERTIDÃO

Certidão nº 2019APH001350 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 certidão deve ser confirmada através do portal do Corpo de Bombeiros, no site <http://www.cbm.pe.gov.br/>, consultando protocolo nº 2019APH001350

Av. João de Barros, 399 - Boa Vista - Recife/PE - CEP 50050-180
Fone: (81) 3182-9126 / CNPJ: 00.358.773/0001-44



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



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. JOÃO DE BARROS, 111, BOA VISTA
RECIFE-PERNAMBUCO
CEP: 50060-900
CNPJ: 10.957.752/0001-38
INSCRIÇÃO ESTADUAL: 0005948-83



Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438 de 28/04/02
COMERCIAL 118 | FRONTOIDA 118
Atendimento ao deficiente auditivo ou de fala: 0800 281 0142
Ouvidoria: 0800 281 5579
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 tarifada
na origem para telefones celulares

DADOS DO CLIENTE MARIA LUCIA SOUZA DE SIQUEIRA	DATA DE VENCIMENTO 10/01/2020 TOTAL A PAGAR R\$ 231,51	DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL 19/12/2019 DATA DA APRESENTAÇÃO 27/12/2019 NÚMERO DA NOTA FISCAL 089234595	CONTA CONTRATO 2832486011 CLASSIFICAÇÃO RESIDENCIAL Monofásico B1
ENDEREÇO RUA OPALA NEGRA, 311 - JARDIM ATLÂNTICO-OLINDA - 53060-450 OLINDA - PE -	PERÍODO CONSUMO 19/11/2019 a 19/12/2019		
CONSUMO 276			

BÔNUS - BASE DE CÁLCULO R\$ 9,00 Alíquota 25,00 valor do Imposto R\$ 2,25

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

VIA PARA PAGAMENTO

Data de emissão

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.
Pagamento através de Débito Automático em Conta Corrente.				AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

<https://pje.tipe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20082609351755100000065686679>

1/1



ATTORNAMENTO AVENIDA BRASIL - MUN - BORIS - LOMA 5 - CENTRO
AIRTEL A LIMA PE 51525-700

[illegible]

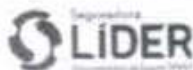
VENCONTATO: 20/11/2000 TOTAL A PAGAR: 74.38

PENSAUM:

PROCESO DE FOM. A. BARRIO: LUGAR ALCOOLICOS, BARRIOS

(45) 32/1-7340/88436-1/67

[illegible]



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

Para mais esclarecimentos, ligue-se no 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)
Capital e regiões metropolitanas: 4020-1596 / 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 Ouvidoria: 0800 021 91 35

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.cusep.gov.br/8181/OTECAWEB/DOCORIGINAIS/FX7TIPO=1&CODIGO=22622>

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

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF¹.

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS - SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELA CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA, APOSENTADORIA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. ² COMISSÃO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS - COAF, ÓRGÃO-INTERLOCUTOR DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILCITAS PREVISTAS NA LEI Nº 9.131/98.

Pelo depósito, eu LURIANNE DA SILVA OLIVEIRA

Inscrito (a) no CPF/CNPJ 94609406, 63, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

ANTÔNIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR inscrito (a) no CPF sob o nº 225199.104, 10

do sinistro de DPVAT subscrito INVALIDEZ da vítima A MESMO

Inscrito (a) no CPF sob o nº _____, conforme determinação da Circular Susep 445/12;

Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso informar

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

Endereço: <u>RUA DOA SORTE</u>	Número: <u>312</u>	Complemento: <u>APTO 102</u>
Bairro: <u>DESTERRO</u>	Cidade: <u>ABREU LIMA</u>	Estado: <u>PE</u>
E-mail: <u>SORTE.DPVAT@HOTMAIL.COM.BR</u>	CEP: <u>53570-110</u>	
		TM (DDD): <u>81.99115.7471</u>

Local e Data: ABREU LIMA 08.01.2020

Assinatura do Declarante

DLR/LI.001 V001/2017



Atendimento: 1544476

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

Senha de Classificação:

0201

Paciente: 238138 MARIA LUCIA SOUZA DE SIQUEIRA Sexo: FEMININO -
Nome Social:
Data do Nascimento: 23/07/1957 Idade: 62 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: 53050450 Usuário Atendimento: WARRLASS
RG (Identidade): Data de Emissão:
CPF (Cadastro de Pessoa Física): Fone: 88961476
CRN (Certidão de Registro de Nasc): Data de Emissão CRN:

RESUMO DE TRATAMENTO

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

Queixa Principal

Canal de dor
inferior.

Exame Físico

Exame físico normal.

Hipótese Diagnóstica

(0303070200) Fractura distal do osso metacarpo E
(0303190227) Fractura distal do osso metacarpo E

Tratamento

Tratamento com analgésicos e anti-inflamatórios.

Prescrição Médica

Fala passada ex-l-pulso
Fala passada ex-l-pulso

IMOBILIZAÇÃO

Destino:

Encaminhado ao Ambulatório

Transferido:

Para:

= Sala imobilização =

Carimbo Médico

SE HHA
3804249

H.M.A.



1544476

Dr. Antonio YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR
CRM: 1234567

UPA OLINDA - OLINDA



UPA 24 HORAS - OLINDA

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

PROTOCOLO CLASSIFICAÇÃO REDE IMP

Data e hora retirada da senha: 29/10/2019 13:11

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:	SAME

Período: 29/10/2019 13:12 - 29/10/2019 13:14

MARIA ROSECLEIDE MOREIRA - COREN: 176668 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - CLASSIFICAÇÃO

Prioridade: **URGENTE - AMARELO**

Cor: **AMARELO**

Queixa Principal: TRAZIDO PELO CB RELATO: QUEDA DE MOTO DOR + EDEMA JOELHO D + ESCORIAÇÕES PERNA D NEGA VÔMITO NEGA DESMAIO

Observação: ALERG- DM - HA S-

Fluxograma sintoma: TRAUMA

Discriminador(es): - DOR MODERADA (4 - 7/10)

Especialidade: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Sinais Vitais Lidos: - FREQUENCIA CARDIACA: 84.00 BPM

Acolhido(a) por: MARIA ROSECLEIDE MOREIRA - COREN: 176668 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data impressão: 29/10/2019 13:14

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco

Página 1 de 1



Atendimento: 501872

Senha da Classificação:

0002

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

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: 2346
Endereço: RUA OPALA NEGRA 271 Bairro: FRAGOSO
Cidade/UF: OLINDA 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

Voz baixa, dor no pescoço com dificuldade para engolir e dor no peito.

Exame Físico

- Dor no pescoço e dificuldade para engolir.

Hipótese Diagnóstico

Fx. Rótula (L) / Fx. Dito Tibial lateral (L) / Fx. Dito (L)

Prescrição Médica

Interno Pronto

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

PROTOCOLO CLASSIFICAÇÃO REDE IMIP

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

Nome Paciente: 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 UPÁ DEOLINDA COM SENHA 5604248 COM HDI FRATURA DISTAL ANTEBRAÇO E+ FRATURA 1/3 SUPERIOR PERNA DI FRATURA DE PATELA VITIMA DE ACIDENTE AUTOMOBILISTICO HA APROX 48/ 52 HORAS

Observação: NEGA ALÉRGICAS MEDICAMENTOSA

Fluxograma sintoma: TRAUMA

Discriminador(es):
- DOR LEVE (1-3/10)
- EVENTO (TRAUMA) HA MAIS DE 8 HORAS
- SEM PERDA DA FUNÇÃO
- SEM PERDA DE CONSCIÊNCIA, NÁUSEA, VÔMITOS, CRISE CONVULSIVA OU FERIMENTO PERFURANTE

Especialidade: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Sinais Vitais Lidos:
- SACR - REGUA DE DOR: 0
- SACR - ESCALA DE GLASGOW: 15
- FREQUÊNCIA CARDÍACA: 84.00 BPM
- GLICOSE: 134.00 MG/DL
- P.A. SISTOLICA: 130.00 MMHG
- P.A. DISTOLICA: 70.00 MMHG
- SATURAÇÃO DE OXIGÊNIO: 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



Ficha de Cirurgia Descritiva

Assist de Cirurgia: 80951 Sala: 0002
 Paciente: 130889 MARIA LUCIA SOUZA DE
 Serviço Atend: 1 SUS - INTERNACAO
 Leito: 54 ORTO-507-LEITO 002
 Dt. Inicio: 17/11/2019 08:10 Dt. Fim: 17/11/2019 10:45

Atendimiento: 502032
Categoría:
Igualdad de Años

Procedimientos

Procedimento: 0408020407	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA EXTREMIDADE / METAFISE DISTAL DO GCS ANTERAO (PRINCIPAL)
Convênio: 001	SUS - INTERNACAO
Anestesia: 39	BLOQUEIO DE PLEXO BRAQUIAL + SEDACAO

Equipe Médica

CIRURGIÃO	18757	JEFFERSON CALUME DE OLIVEIRA JUNIOR
ANESTESISTA	14582	FELIPE CESAR LINS MENDES

Descrição	Valor
1. Salário	1.000,00
2. Aluguel	500,00
3. Alimentação	200,00
4. Transporte	100,00
5. Saúde	150,00
6. Educação	100,00
7. Lazer	100,00
8. Outros	100,00
Total	2.150,00

Descrição Cirúrgica :

DIAGNÓSTICO: FRATURA DO 1/3 DISTAL DO RÁDIO ESQUERDO
CIRURGIA: OSTEOSÍNTESE COM PLACA 1/3 DE CANO 3.5 MM + FIOS K
CIRURGIÃO: DR. DR. JEFFERSON CALAME
AXILÁRIO: DR. LIVIO
AXILÁRIO: DR. IAN
ANESTESIA: BLOQUEIO DE PLEXO
ANESTESISTA: DR. DR. FELIPE MENDES

DESCRIÇÃO CIRÚRGICA

9. PACIENTE EM DECÚBITO DORSAL SOB BLOQUEIO DO PLEXO BRAQUIAL ESG.
10. RESPIRAÇÃO ANTI-REFLEXA DO MEMBRO SUPERIOR E
11. APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTERIS
12. GARGOTEAMENTO DO MEMBRO SUPERIOR ESG.
13. INCISÃO EM 1/3 DISTAL DA FACE VOLTAR DO PUNHO E DISSECÇÃO POR PLANOS
14. IDENTIFICADO FOCO DE FRATURA, COM REDUÇÃO CRUENTA E PASSAGEM DE 3 FIOS 4 X 1
15. OSTEOSSÍNTESE COM PLACA 1/3 DE CANTO 35 MM E 3 PARAFUSOS CORTICAIS PROXIMAIS
16. VERIFICADO ALINHAMENTO E COMPRIMENTO MANTIDOS ATÉ O SCOPIA
17. SUTURA POR PLANOS ANATÔMICOS COM VYCRIL 2-6 E NYLON 3-6
18. CURATIVO
19. RETIRADA DO GARGOTEAMENTO
20. OBSERVADA BOA PERFUSÃO DISTAL + TALA LUVA

Sangue e Derivados:

Q1. Solitons

2. CONCENTRADO DE HEMACIAS

Achados Cirúrgicos:

Descrição Complementar

HOSPITAL METROPOLITANO NORTE MIGUEL ARRAGES DE ALENCAR



EVOLUÇÃO CLÍNICA

NOME:MARIA LUCIA SOUZA DE SIQUEIRA

REG:130889

CLÍNICA:

ENFERMAGEM:

LEITO:

DATA/HORA	
31/10/2019	# SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA # 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 RADIO DISTAL ESQUERDO CD : INTERNO + SOLICITÓ PRE OPERATORIO ORIENTAÇÕES DR CRYSTIAN PEDROSA + DR CAIO FRANCISCO DE TH K





FICHA DE INTERNAÇÃO

Rua Estrada da Fazendinha, S/N
Jaqueribe - Paulista - PE
CEP: 53.400 - 000

Cód. Atendimento: 502032

UNUSUÁRIO: JULIANAPP

DADOS DO PACIENTE

Paciente: **MARIA LUCIA SOUZA DE SIQUEIRA** Prontuário: 130089
Idade: 62a 3m 12d Sexo: F Estado Civil: SOLTEIRO Data de Nascimento: 23/01/1957
Profissão: Escolaridade: Telefone: CEP: 5380450
R.G.: C.P.F.: 22519360410 Endereço: RUA OPALA NEGRA, 371 - FRAGOSO - OLINDA - PE
Dados da Internação
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.:
Endereço: Número:
Telefone: Cidade: Estado civil:

DADOS DA LIBERAÇÃO DO PACIENTE

Data da Alta: 10/11/19 Hora de Alta:

Motivo: ☒ Melhorado ☐ A Pedido ☐ Transferência ☐ Óbito ☐ Evasão

Condições de Alta: Bem

Diagnóstico Principal.....: Fr. plav. tibia + fr. plav. + fr. + fr. + fr. + fr.

Diagnóstico Secundário01.: —

Diagnóstico Secundário02.: —

Procedimento.....: 05/10 RFF y p... + p... + fr... + fr... + fr... + fr...
04/10 RFF y p... + p... + fr... + fr... + fr... + fr...

Médico e CRM:

Responsável pela retirada do paciente Assinatura e RG

TERMO DE RESPONSABILIDADE

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

Em 04 de Novembro de 2019

Assinatura e RG do paciente ou pessoa responsável



Laudo para solicitação de autorização de Internação

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

SELECCIONADO SOLICITANTE	HOSPITAL MIGUEL ARRAES	AT-502632	3-CNEB	8431569
SELECCIONADO EJECUTANTE	HOSPITAL MIGUEL ARRAES		4-CNEB	8431569

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

1 - Nome do Pai/mãe MARIA LUCIA SOUZA DE SIQUEIRA		6 - Nº Protocolo 130889	
7 - Centro Nacional de RDTs 22-222-222-222	8 - Data de Nascimento 23/07/1957	9 - Sexo <input type="checkbox"/> M <input checked="" type="checkbox"/> F	10 - Raca/Cor 03 - Parda
11 - Nome da Mãe LIDIA ALEXANDRE DE SIQUEIRA		12 - Telefone do Conselho 8198191581	
13 - Nome Responsável SANSÃO		14 - Telefone da Câmara	
15 - Endereço (Rua, Nº, Bairro) RUA OPALA NEGRA, 371 - FRAGOSO			
16 - Município	17 - IBGE 260960	18 - UF PE	19 - CEP 53050430

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

TELAVIMA GE ACIDENTE AUTOMOBILÍSTICO EVOLUINDO COM FRATURA DO TARSÓ DISTAL ESQUERDO = FRATURA DE PATELA DIREITA = FRATURA DE TIBIA LATERAL DIREITO

2. - Condições que permitem a internação
TRATAMENTO CIRÚRGICO

12 - Principais Resultados de Provas Oportunistas
ANÁLISE DE EXAME FÍSICO + RADIOGRAFIA

24 - Diagnóstico inicial / Clótipo	2A - CID-10 Principal	2B - CID-10 Secundário	2C - CID-10 Causa Associada
FRATURA DO PLATO TIBIAL DIREITO + FX DE PATELA DIREITA + FRATURA DE RADIO DISTAL ESQUERDO	S821	W199	

PROCEDIMIENTO SOLICITADO

TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DO PLANALTO TIBIAL		28 - Código do Procedimento	
		240505052	
30 - Caracter de Atendimento	31 - Documento	32 - Nº do Documento (CNSCP) do Profissional Solicitante/Assistente	
CIRÚRGICA	2	(X) CMS () CFF	580016004587974
33 - Assinatura do Profissional Solicitante/Assistente		34 - Data da Solicitação	35 - Assinatura e Carimbo (Nº de Registro do Conselho)
CRYSTIAN PEDROSA FERREIRA		31/10/2019	14352

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

26	Razão de Trazido	RE - CNPJ Seguradora	43 - Nº Síneca	44 - Síneca	
27	Razão Trazido Tipo	RE - CNPJ / Empresa	45 - CNAB / Empresa	46 - CGBR	
28	Razão Trazido Tráfego				
43	Visualizar com a Prevalência				
<input type="checkbox"/> Empregado <input type="checkbox"/> Empregador <input type="checkbox"/> Autônomo <input type="checkbox"/> Desempregado <input type="checkbox"/> Aposentado <input type="checkbox"/> Não Definido					

AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizador		47 - Cód. Órgão Emissor E2600000001
48 - Documento CNS / CPF	49 - Nº do Documento (CNS/CPF) do Profissional Autorizador	
50 - Data da Autorização	51 - Assinatura e Carimbo (1ª Região do Conselho)	

Código do Laudo: 521572

AIH
261910222847

AIH
261910222848



Ficha de Cirurgia Descritiva

Aviso de Cirurgia: 50807 Sala: 0001 SALA 01
Paciente: 130889 MARIA LÚCIA SOUZA DE SIQUEIRA
Convênio Atend.: 1 SUS - INTERNACAO Atendimento: 502032
Lado: 04 ORTO-507-LEITO 002 Camera
Dt. Início: 15/11/2019 08:20 Dt. Fim: 15/11/2019 10:40 Idade: 52 Anos
Cód. Pré-Operatório: 5621 FRATURA DA EXTREMIDADE PROXIMAL DA TIBIA
Cód. Pós-Operatório:

Procedimentos

Procedimento: 0408050551 TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DO PLANALTO TIBIAL (PRINCIPAL)
Convênio: 001 SUS - INTERNACAO
Anestesia: 05 RAQUI ANESTESIA

Equipe Médica

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

Descrição

Descrição Cirúrgica:

DIAGNÓSTICO: FRATURA DO PLANALTO TIBIAL DIREITO TIPO II DE SCHATZKER + FRATURA DE PATELA
INTERVENÇÃO: OSTEOSINTESE 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 + ANTISSEPSE + GARROTE POR ESVAZIAMENTO MID
3. APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTERÉIS
4. INCISÃO PELA VIA PARAPATELAR LATERAL, DIVULSÃO POR PLANOS ANATÔMICOS, HEMOSTASIA COM ELETROCAUTER
5. ORDAÇÃO DO FOCO DE FRATURA, REDUÇÃO CRUENTA
6. COLOCADOS 02 PARAFUSOS ESPONJOSOS
7. APLICADA PLACA EM L COM 2 PARAFUSOS ESPONJOSOS ROSCA PARCIAL PROXIMAIS E 3 PARAFUSOS CORTICAIS C.F.
8. VERIFICADA BOA REDUÇÃO E POSICIONAMENTO DA PLACA E DOS PARAFUSOS COM INTENSIFICADOR DE IMAGENS
9. LAVAGEM COM SF 0.2% 3.000ML
10. REALIZADA INCISÃO ENTERIOR DE 5 CM EM TOPOGRAFIA DE PATELA
11. DIVULSÃO POR PLANOS OBSERVADO FOCO DE FRATURA COM ÁREA DE FIBROSE
12. REALIZADO SUTURA KRACOW EM PATELA
13. OBSERVADO BOA REDUÇÃO SOB INTENSIFICADOR DE IMAGENS
14. SUTURA DOS PLANOS PROFUNDOS COM VICRYL 1 E DA PELE COM NYLON 3-0
15. CURATIVO
16. BOA PERFUSÃO PERIFÉRICA APÓS RETIRADA DO GARROTE
17. APOSIÇÃO DE TALA INGUINO MALEOLAR

DESEJAMOS PERMANECER COM TALA INGUINOMALEOLAR DIREITA, COM JOELHO EM EXTENSÃO ATÉ RETORNO AMBULATOR

Sangue e Derivados: Qt. Solicitada
2 CONCENTRADO DE HEMACIAS 2

Achados Cirúrgicos: Descrição Complementar

HOSPITAL METROPOLITANO NORTE MIGUEL ARRAES DE ALENCAR





HOSPITAL
MIGUEL ARRAES



RESUMO DE ALTA HOSPITALAR/ESCLARECIMENTO

NOME: MARIA LUCIA SOUZA DE SIQUEIRA

IDADE: 62 SEXO: FEMININO

DATA DA ADMISSÃO: 31/10/19

REG: 130889

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 COTOVELO 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(x) NÃO()

DATA DA CONSULTA AMBULATORIAL: ____/____/____

Dr. Luiz Rogério Maciel Gomes
Médico

+ Dr. Caio Cavalcanti
CRM-P

ASSINATURA DO MÉDICO, CARIMBO E CRM

Estrada da Fazendinha, S/N, Jaguaribe, CEP: 53400-000, Paulista - PE

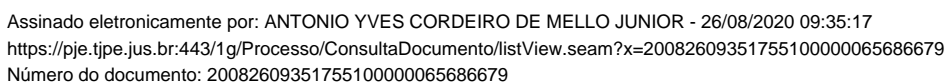




<https://cuiabak.bva.com/impl/OIdesp/Ida?version=2019110503.15&popup=2>

1/2





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

OUTORGANTE:

NOME: MARIA LUCIA SOUZA DE SIQUEIRA
NACIONALIDADE: BRASILEIRA ESTADO CIVIL: VIUVA
IDENTIDADE: 1961944 CPF: 225.993.604-10
ENDEREÇO: RUA OPALINA NEVES, 271 - JD. ATLANTICO - OLINDA - PE

OUTORGADO:

NOME: LUZIMAR DA SILVA OLIVEIRA
NACIONALIDADE: BRASILEIRA ESTADO CIVIL: CASADO
IDENTIDADE: 10.151.898 SD5/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 DPVAT.

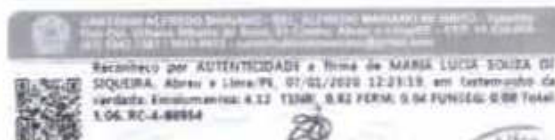


19/08/2020, 02 de JANUÁRIO de 2020

Maria Lucia Souza de Siqueira

Assinatura do Outorgante

Por autenticidade



Seio Digital: 0550407.0912202904.02019
Joelma F40x Carilacanti - Secretária



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 Carolyn Lins Veloso
CPF: 115.938.994-24

LUZIMAR DA SILVA OLIVEIRA

Steffany Carolyn Lins Veloso

