

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200152013 **Cidade:** Recife **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSANE GABRIELLY RODRIGUES CATANHO DA SILVA **Data do acidente:** 04/05/2017 **Seguradora:** Companhia de Seguros Previdência do Sul

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 27/04/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DE TIBIA E FIBULA DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (FIXADOR EXTERNO). ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE MEMBRO INFERIOR 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 LEVE DE MEMBRO INFERIOR DIREITO

**Documentos
complementares:**

Observações: PÁG.15/16_CIRURGIA.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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

Rio de Janeiro, 22 de Abril de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200152013

Vítima: JOSANE GABRIELLY RODRIGUES CATANHO DA SILVA

Data do Acidente: 04/05/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JOSEANE FRANCISCO DA SILVA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 29 de Abril de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200152013

Vítima: JOSANE GABRIELLY RODRIGUES CATANHO DA SILVA

Data do Acidente: 04/05/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: INTERRUÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), JOSEANE FRANCISCO DA SILVA

Comunicamos que o prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido do Seguro DPVAT foi interrompido para apuração de dados e informações adicionais e sua contagem será reiniciada imediatamente após a conclusão das verificações para esclarecimentos dos fatos. Por favor, aguarde contato e continue acompanhando o seu pedido de indenização através dos canais oficiais da Seguradora Líder-DPVAT.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 24 de Maio de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200152013

Vítima: JOSANE GABRIELLY RODRIGUES CATANHO DA SILVA

Data do Acidente: 04/05/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JOSEANE FRANCISCO DA SILVA

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\$ 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

Recebedor: JOSEANE FRANCISCO DA SILVA

Valor: R\$ 2.362,50

Banco: 001

Agência: 000001361-7

Conta: 000010046405-X

Tipo: CONTA POUPANÇA

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você





Ourocard
International



4001 6373 8466 5162

4001

GOOD
THRU 07/20

JOSEANE F SILVA

1361-7 46.405-8

VISA

Electro

Electronic use only / Apenas uso eletrônico

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2- "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

Nome completo da vítima

JOSEANE CARRELLY RODRIGES CATANHO DA SILVA

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo <u>JOSEANE FRANCISCO DA SILVA</u>		CPF titular da conta <u>067.956.3VX-40</u>	Profissão <u>DO LAR</u>
Endereço <u>RUA HENRIQUE DIAS</u>		Número	Complemento
Bairro <u>LDZ. AERONAUTA</u>	Cidade <u>JOIÃO PRAIA</u>	Estado <u>PE</u>	CEP <u>53640-578</u>
Email		Telefone (DDD) <u>81.9830X.8580</u>	

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

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

☐ **CONTA POUPANÇA** (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ BRADESCO (237) ☒ BANCO DO BRASIL (001) ☐ ITAÚ (341)
☐ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA NRO. 1361 D/V 7 CONTA NRO. 46405 D/V 8
(informar dígito se existir) (informar dígito se existir)

☐ **CONTA CORRENTE** (todos os bancos)

BANCO Nome BRB NRO. 05.902.494/0001-41
 AGÊNCIA NRO. 06 D/V 06 CONTA NRO. 0001 D/V 41
(informar dígito se existir) (informar dígito se existir)

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

1 A JUN 2018

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

JOIÃO PRAIA 06 de JUNHO de 2018
 Local e Data

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



Ourocard
International



4001 6373 8466 5162

4001

GOOD
THRU 07/20

JOSEANE F SILVA

1361-7 46.405-8

VISA

Electro

Electronic use only / Apenas uso eletrônico



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 006ª CIRCUNSCRIÇÃO - CORDEIRO -
DP6ªCIRC DIM/2ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **17E0096004584**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **04/08/2017** às
13:02

**ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que
aconteceu no dia 4/5/2017 às 01:00**

Fato ocorrido no endereço: **AVENIDA CAXANGA, 2500 - Bairro: IPUTINGA -
RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **NÃO INFORMADO**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

**DURVAL JOSE DA SILVA (AUTOR/ AGENTE)
JOSEANE FRANCISCO DA SILVA (VITIMA)
ROGERIO FRANCISCO DA SILVA (VITIMA)
JAIRANNY WALLESCA DA SILVA (VITIMA)
JOSANE GRABRIELLY RODRIGUES CATANHÔ DA SILVA (VITIMA)**

**05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA**

1 A JUN 2018

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

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

**VEÍCULO: (usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a)
Sr(a): DURVAL JOSE DA SILVA**

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

**JOSEANE FRANCISCO DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: Feminino Mãe: VANDETE
MARIA DA SILVA Pai: SEVERINO FRANCISCO DA SILVA Data de Nascimento: 21/9/1986 Naturalidade:
IGARASSU / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 7422789/SDS/PE (RG) Estado Civil: SOLTEIRO(A)
Escolaridade: 1ª. GRAU COMPLETO Profissão: CAMAREIRO(A) Telefones Celulares:
- 983393602**

**ROGERIO FRANCISCO DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: VANDETE
MARIA DA SILVA Pai: SEVERINO FRANCISCO DA SILVA Data de Nascimento: 25/10/1991 Naturalidade:
IGARASSU / PERNAMBUCO / BRASIL**

**JAIRANNY WALLESCA DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: Feminino Mãe: JOSEANE
FRANCISCO DA SILVA Pai: JAILSON INACIO DA SILVA Data de Nascimento: 8/7/2003 Naturalidade:
RECIFE / PERNAMBUCO / BRASIL**

DURVAL JOSE DA SILVA (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Naturalidade: NÃO

INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

JOSANE GRABRIELLY RODRIGUES CATANHO DA SILVA (não presente ao plantão) - Sexo: Fem Início Data de Nascimento: 22/11/2009 Naturalidade NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

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

FIAT, UNO (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): DURVAL JOSE DA SILVA, que estava em posse do(a) Sr(a): DURVAL JOSE DA SILVA
Categoria/Marca/Modelo: AUTOMOVEI/NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO Objeto apreendido: Não
Quantidade: (UNIDADE NÃO INFORMADA)

Complemento / Observação

AS VÍTIMAS PRESENTES RELATAM QUE TRAFEGAVAM NA AVENIDA CAXANGA SENTIDO CIDADE NO VEICULO DO SENHOR DURVAL QUANDO O MESMO PERDEU O CONTROLE DO CARRO E SE CHOCOU COM UM POSTE.

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

JOSEANE FRANCISCO DA SILVA
(VITIMA)

ROGERIO FRANCISCO DA SILVA
(VITIMA)

JAIRANNY WALLESCA DA SILVA
(VITIMA)

B.O. registrado por: ANTONIO FERRAZ GOIANA LEAL - Matrícula: 272788-9

Antonio Ferraz Goian Leal



05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

14 JUN 2018

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

RECIFE-PE

04/08/17, 12:

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:

Casos com vítima entre 0 a 15 anos - O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

Casos com vítima entre 16 e 17 anos - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima interditada com curador - Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima

JOSANE GABRIELLY RODRIGUES CAMANHO DA SILVA

CPF da Vítima

Data do Acidente

04.05.17

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

JOSANE FRANCISCO DA SILVA

CPF do Representante legal

067.956-344-00

Email

Telefone (DDD)

81.98304.8580

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:

Assinalar uma das opções abaixo:

- ☒ Não há estabelecimento do IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- ☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- ☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência 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 da 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 Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau de lesão, ou lesões, para os fins do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

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

05.802.494/0001-41

EMPRESA CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

18 JUN 2018

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

JOSANE, 06 de JUNHO de 2018

Local e Data

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

REPÚBLICA FEDERAL DO BRASIL

SERVIÇO DE REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS

RECIFE - PE

CARTÓRIO DE CASA AMARELA

Maria da Conceição da Costa Lima

Delegatário

Sandra L. Maciel

Substituto

Risolene Pereira

Escrevente Autorizado

CARTÓRIO DE REGISTRO CIVIL
DO 13º DISTRITO JUDICIÁRIO
CASA AMARELA
RECIFE - PERNAMBUCO
Mª DA CONCEIÇÃO DA COSTA LIMA
Oficial
RISOLENE PEREIRA - SANDRA L. MACIEL
Substitutas

CERTIDÃO DE NASCIMENTO

Certifico que às fls. 20, sob o nº 180150, do livro nº A-250 de assentamentos de nascimentos, está registrado o de

JOSANE GABRIELLY RODRIGUES CATANHO DA SILVA,

do sexo feminino, ocorrido no(a) Maternidade Barros Lima - Casa Amarela, Recife-PE, no vigésimo segundo dia de novembro de dois mil e nove às 18:34 horas

O(A) registrado(a) é filho(a)

de JOSIAS RODRIGUES CATANHO DA SILVA

e de JOSEANE FRANCISCO DA SILVA

sendo avós

paternos

JOSÉ SEBASTIÃO DA SILVA

MARTA DO CARMO RODRIGUES CATANHO

maternos

SEVERINO FRANCISCO DA SILVA

VANDETE MARIA DA SILVA

Foi declarante o pai. Apresentou DNV nº 30504967772.

OBSERVAÇÕES:

Registro feito no dia 23/11/2009.

05.802.494/0001-41
TRACÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

1 A JUN 2019

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

TERMINAL DE JUSTIÇA DE PERNAMBUCO

Selo de Autenticidade

Assinatura com o Selo

Assinatura e Focalização

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

O referido é verdade e dou fé.

Recife, 25 de novembro de 2009

Maria da Conceição da Costa Lima

Oficial

Rua Dona Ana Xavier, 15E, loja 5 - CEP.: 52.070-060 - Casa Amarela - Recife - PE - C.N.P.J.: 22.886.580/0001-07

Este documento foi assinado digitalmente pelo Oficial do Registro Civil.

Para verificar a sua autenticidade acesse o site: <http://www.programaminhacertidao.pe.gov.br/terc/consultacertidao.jsp>

Informe o código: 90C37215-DF67-45D8-9926-88F2731A00A6

Data do Registro: 23/11/2009 14:18:09

TERMINAL DE JUSTIÇA DE PERNAMBUCO - PERNAMBUCO - BRASIL

Estado de Pernambuco



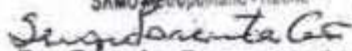
Secretaria de Saúde
Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO

DA Nº: 014.04.2018
EM: 09.04.2018

Atendendo ao requerimento da Sra. **JOSEANE FRANCISCO DA SILVA**, portadora do Documento de Identidade nº **7422789** SDS/PE e inscrita no CPF/MF sob o nº **067.956.344-00**, declaramos que consta em nossos arquivos a ocorrência de nº **S-327403**, que no dia 04 de maio de 2017, a paciente Menor **JOSANE GABRIELLY RODRIGUES CATANHO DA SILVA**, foi atendida por nosso Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU Metropolitano do Recife, por volta das 01h30, vítima envolvida em colisão entre automóvel com poste, na Avenida Caxangá, imediações ao Colégio CFI, Caxangá, Recife/PE e, sendo encaminhada para o Hospital da Restauração. Recife, 09 de abril de 2018.

Dr. Sérgio Parente Costa
Gerente de Informação e Avaliação
SAMU Metropolitano - Recife


Dr. **Sérgio Parente Costa**
Gerente de Informação e Avaliação
SAMU Metropolitano do Recife

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

11 JUN 2018

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

DADOS DO CLIENTE
LEONARDO CANDIDO GOMES

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
RUA HENRIQUE DIAS 225

CPF 932.425.734-04

CENTRO/IGARASSU
IGARASSU-PE
53640-578

CLASSIFICAÇÃO
B3 COMERCIAL
COMERCIAL
Monofásico

CONTA/CONTRATO 2857358018 MÊS/ANO 07/2017
DATA DE VENCIMENTO 31/07/2017 DATA PREVISTA PRÓXIMA LEITURA 23/08/2017
TOTAL A PAGAR (R\$) 26,03

Nº DA NOTA FISCAL	SÉRIE	EMIÇÃO
002760093	UNICA	24/07/2017
APRESENTAÇÃO	Nº DO CLIENTE	Nº DA INSTALAÇÃO
24/07/2017	2001500817	1338414

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo (kWh)	20 0000000	0,71598873	21,47
Acréscimo Bandeira AMARELA			0,57
Contribuição Iluminação Pública			2,18
IGMS-Supervisão - CDE NF 002759186-23/05/17			0,52
Multa por atraso - NF 002823216 - 22/08/17			0,45
Juros por atraso - NF 002823210 - 22/08/17			0,08
PRO-CRIANÇA (05113412-9850 0900 031 6988)			0,98

TOTAL DA FATURA

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR DATA	ANTERIOR LEITURA	ATUAL DATA	ATUAL LEITURA	Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (kWh)
002760093	CAT	22/06/2017	5 092,00	24/07/2017	5 518,24	12	1 000,00		23,20

HISTÓRICO DE CONSUMO

MÊS/ANO kWh

Jul 17 30

Abr 17 30

Mar 17 34

Dez 17 30

INFORMAÇÕES DO FRUITOR

BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
ICMS	22,00	5,52
PIS	22,00	0,30
COFINS	22,00	1,43

Faturado pelo Fornecedor
Custo de Disponibilidade
Artigo 5º, Resolução ANEEL
414/2014

DADOS DO CLIENTE
LEONARDO CANDIDO GOMES

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
 RUA HENRIQUE DIAS 225

CPF 932.425.734-04

CENTRO/IGARASSU
 IGARASSU-PE
 53640-578

CLASSIFICAÇÃO
 B3 COMERCIAL
 COMERCIAL
 Monofásico

CONTA/CONTRATO 2857358018 **MÊS/ANO** 07/2017
DATA DE VENCIMENTO 31/07/2017 **DATA PREVISTA PRÓXIMA LEITURA** 23/08/2017
TOTAL A PAGAR (R\$) 26,03

Nº DA NOTA FISCAL	SÉRIE	EMIÇÃO
002760093	UNICA	24/07/2017
APRESENTAÇÃO	Nº DO CLIENTE	Nº DA INSTALAÇÃO
24/07/2017	2001508817	1338414

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo (kWh)	20 0000000	0,71598873	21,47
Acréscimo Bandeira AMARELA			0,57
Contribuição Iluminação Pública			2,18
ICMS-Supervisão - CDE NF 002759186-23/05/17			0,32
Multa por atraso - NF 002823216 - 22/08/17			0,45
Juros por atraso - NF 002823210 - 22/08/17			0,08
PRO-CRIANÇA (05113412-9850 0900 031 6988)			0,98

TOTAL DA FATURA

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR DATA	ANTERIOR LEITURA	ATUAL DATA	ATUAL LEITURA	Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (kWh)
002760093	CAT	22/06/2017	5 092,00	24/07/2017	5 318,24	12	1 000,00		23,20

HISTÓRICO DE CONSUMO

MÊS/ANO kWh

Jul 17	30
Ago 17	30
Set 17	34
Out 17	30

INFORMAÇÕES DO FRUITOR

BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
ICMS	22,00	5,52
PIS	1,40	0,30
COFINS	6,50	1,47

Faturado pelo Fornecedor
 - Custo de Disponibilidade
 Artigo 5º, Resolução ANEEL
 414/2014



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
Hospital da Restauração

Ficha de Atendimento

Numero do Registro

PRÓTESE

05.802.494/0001-41
TRACÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

14 JUN 2019

ETIQUETA

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

(ALERGICA A DIPIRONA)

803937

Data e Hora de Atendimento:
04/05/2017 02:23

Local de Entrada: EMERGENCIA PEDIATRICA

Atendimento Manual:

Cod. Paciente: 1587827

Paciente: JOSANE GABRIELE RODRIGUES CATANHO DA SILVA SIC

Data de nascimento: 22/11/2009

Idade: 7a 5m 11d

Sexo: FEMININO

Estado Civil: SOLTEIRO

Profissão:

Acompanhante:

SEM ACOMPANHANTE

DOC ID / Data expedição

Mãe: JOSEANE FRANCISCA SILVA

Pai: Josias Rodrigues Catanho da Silva

Cartão SUS:

Endereço: RUA LAJES

Bairro: MUSTARDINHA

Cidade: RECIFE

Numero 49

Complemento:

UF: PE

Telefone: 988213040 / fôno

corrências:

Ene do fal: 987693199

Amigo do
padrinho.

ativo do atendimento: ACIDENTE COLISAO (ARVORE, MURO, POSTE)

Procedência: VIA PUBLICA

Informações do Serviço Social:

Confirmação de nome:

Redigido atendimento inicial
de genitor da criança 04/05/2017 Fones:

Confirmação de endereço:

Providências:

Alta

Caso Social

Encaminhamentos:

Rede de Apoio

GPCA

Cons Tutelar

Delegacias

Minist. Publico

Outros

Observação:

Notificado 915117

Vigilância Epidemiológica Hospitalar

VEH-HR/SES - NEPI

Assistente Social

Assistente Social

História Clínica:

criança vítima de acidente de carro de alto
impacto (padrinho que estava dirigindo se evadiu
do carro, mãe gestante foi na maternidade do Inua e tio
que estava no carro chegou intubado ao HR) sem informante
em acompanhante há 1h e 40min.

Nega vômitos e perda de consciência (medica da transferência

Atendimento Médico
Perda de consciência: Sim ☐ Não ☐ Episódio Emético: Sim ☐ Não ☐ Acidente de Trabalho: Sim ☐ Não ☐
Acidente de Trânsito: Sim ☐ Não ☐ Tipo: Transporte realizado Por: Refere da
Imobilização Cervical: Sim ☐ Não ☐ Sofreu Queda: Sim ☐ Não ☐ Altura: em M.D.
Condições de imobilização adequadas: Sim ☐ Não ☐ Por Quê?

Exame Físico:

A: Geral Via aérea está pervia: Sim ☐ Não ☐ O paciente fala: Sim ☐ Não ☐ Temp:

ECR com hidratação eufêmica, afirme, consciente, querolada, ativa

B: Respiratório

W ⊕ em AUS/RA satO2 = 98% ac amb

C: Circulatório

PA: X mm

Pulso: bpm

RCR em 2T BNF SIS FC = 130 bpm pulso cheio

APÓIO
FACHA

D: Exame Neurológico	Deficiência motora: MSD <input type="checkbox"/> MSE <input type="checkbox"/> MID <input type="checkbox"/> MIE <input type="checkbox"/>	Pupilas: Isocóricas, <input checked="" type="checkbox"/> Anisocóricas
Glasgow: Abertura Ocular Escore: 9 Hora:	Glasgow: Resposta Verbal Escore: 5 Hora:	Glasgow: Resposta Motora Escore: 6 Hora:

ECG - R Pupilas isocóricas ☐

E: Exposição/Abdômen: fechado, macio

SMT: dor à palpação de tórax dorsal de MID.

Diagnóstico Inicial: ~~Potrotrauma~~ TCE leve

Fratura exposta MID?

Cod. Procedimento

Conduta:

Interno
Traumato IR-x MID / IR-x tórax / bacai
NCR / Cipe
MB / HT
amixase

Ass. Médico

Dr. Thais Abreu
CRM 20.834

05.802.494/0001-41
TRACÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

Evolução de Enfermagem:

Ass. Enfermagem

14 JUN 2017
Ruanda Aurora, 175, SL 902 BL C
Boa Vista - CEP 50.060-010

Definição do Caso:

☐ Internamento ☐ Cirurgia ☐ Óbito ☐ Termo de Alta a Pedido ☐ Evadiu-se ☒ Alta

Internado na Clínica:

Transferido para:

Condição de Alta:

☐ Curado ☒ Melhorado
☐ Inalterado ☐ Piorado
☐ Óbito

Autorização para Alta / Internamento / Transferência:

Médico:

Data: 10/3/17 Hora: 14h

Termo de responsabilidade para internamento:

- Estou ciente das normas existentes neste hospital, quais aceito integralmente e autorizo a realização de tratamento, clínico e/ou cirúrgicos inclusive transfusões e sem exames complementares e transporte se forem necessários.

Data:

Nome completo legível:

No. da identidade:

Assinatura:

Termo de responsabilidade de alta a pedido:

- Responsabilizo-me pela imediata retirada do paciente neste nosocômio, bem como tenho absoluto conhecimento sobre todas as consequências que deste ato possam advir.

Data:

Nome completo legível:

No. da identidade:

Assinatura:

Data e Hora Impressão: 04-May-17

02h50' ORTOPEDIA Pm e mostra fratura exposta do 1º diafragma
→ Potrotrauma, deformidade e perfuração do co-ferimento no
punto de fratura e fratura lateral (1/3 distal) do perno ②
com fratura de 1º + 3º - L AD Perno 6m 5v lero

② curativo

③ taxa caso possível.

④ Atividade de recuperação da NCR

Dr. Fagner Athayde
Médico Ortopedista
CRM 15863 - TEOT 12551

HOSPITAL DA RESTAURACAO

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

MANCHESTER_V2

04/05/2017 02:17

Nome Paciente: JOSANE GABRIELE RODRIGUES CATANHO DA SIL
Cód. Paciente:
Data de Nascimento: 22/11/2009
Sexo: Feminino
Idade: 7
Senha: EP0008
Convênio:
Atendimento:

04/05/2017 02:17 - RUTHEANNE MELO DE SIQUEIRA - COREN: 308201 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) -

Prioridade:

AMARELO - URGENTE

Cor:

AMARELO

Queixa Principal:

VÍTIMA DE ACIDENTE DE CARRO POR VOLTA DAS 01 HORA DE HOJE. APRESENTA FRATURA EXPOSTA EM MID. NEGA PERDA DE CONSCIENCIA E VÔMITOS.

Observação:

SAMU

Fluxograma sintoma:

PROBLEMAS EM EXTREMIDADES

Discriminador(es):

- FRATURA EXPOSTA?

Especialidade:

PEDIATRIA

Alergia(s):

Sinais Vitais Lidos:

- REGUA DE DOR: 3

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

14 JUN 2018

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

Genitora: polielínica do Ibura

4/5 - TC
4:00 - Fratura Mid

Ponto lesionado lateral
apresenta dor de
caráter e movimento; cor: 15, 17, 18.

Genitor: Sólido TC crânio e/ou coluna cervical
P/AVATAR Liberação P/avaliação ortopédica

Kaue Franke
Neurocirurgia
CRM-PV: 25349
CRM-PB: 10362

Externa: TC crânio
S:10 n/ lesões nos

Libero p/
procedimento
ortopedico

Kaue Franke
Neurocirurgia
CRM-PV: 25349
CRM-PB: 10362

Acolhido(a) por: RUTHEANNE MELO DE SIQUEIRA
Data: 04/05/2017 02:17



TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO PARA CIRURGIA ORTOPÉDICA

Por este instrumento particular o(a) paciente JOANE GABRIELE RODRIGUES C. ou seu responsável legal JOANE GABRIELE RODRIGUES C. internado neste Hospital com o registro 1587827, declara, para todos os fins legais, especialmente do disposto no artigo 39, VI, da Lei 8.078/90 que dá plena autorização ao (à) médico(a) assistente, Dr. [assinatura], para proceder as investigações necessárias ao diagnóstico do seu estado de saúde, bem como executar o tratamento cirúrgico designado de TRATAMENTO DE DORSAL DA MÃO (D), e todos os procedimentos que o incluem, inclusive anestésias ou outras condutas médicas que tal tratamento médico possa requerer, podendo o referido profissional valer-se do auxílio de outros profissionais de saúde. Declara, outrossim, que o referido(a) médico(a), atendendo ao disposto no art. 59º do Código de Ética Médica e no art. 9º da Lei 8.078/90, sugeriu o tratamento médico-cirúrgico anteriormente citado, restando informações detalhadas sobre o diagnóstico e sobre os procedimentos a serem adotados no tratamento sugerido e ora autorizado.

POSSÍVEIS COMPLICAÇÕES:

1. Infecção local, regional ou disseminada;
2. O surgimento de inchaço pós-operatório pode se estender por meses ou anos;
3. A dor pode acompanhar o paciente por tempo variável;
4. Necrose da pele;
5. Rejeição do material;
6. Pseudoartrose ou não consolidação óssea;
7. Possibilidade de cicatrizes com formação de quelóides;
8. Possibilidade de necessitar novo procedimento cirúrgico complementar;
9. Parestesia e Paraplegia
10. Riscos inerentes ao procedimento anestésico
11. Morte

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

JUN 2018
Rua da Aurora, 175, SL 902 BL. C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE

Declara ainda, ter lido as informações contidas no presente instrumento, as quais entendeu perfeitamente e aceitou, comprometendo-se respeitar integralmente as instruções fornecidas pelo(a) médico(a), estando ciente de que sua não observância poderá acarretar riscos e efeitos colaterais a si (ou ao paciente).

Declara, igualmente, estar ciente de que o tratamento adotado não assegura a garantia de cura, e que a evolução da doença e do tratamento podem obrigar o(a) médico(a) a modificar as condutas inicialmente propostas, sendo que, neste caso, fica o(a) mesmo(a) autorizado(a), desde já, a tomar providências necessárias para tentar a solução dos problemas surgidos, segundo seu julgamento.

Finalmente, declara ter sido informado a respeito de métodos terapêuticos alternativos e estar atendido em suas dúvidas e questões, através de linguagem clara e acessível. Assim, tendo lido, entendido e aceito as explicações sobre os mais comuns RISCOS E COMPLICAÇÕES deste procedimento, expressa seu pleno consentimento para sua realização.

Recife, 4 de MAIO de 2017.

Assinatura do(a) paciente

Assinatura do(a) responsável

Assinatura do(a) médico(a)

RG

RG nº 040.742.994-88

CRM:

Nome

Nome

Nome



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco

HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO



PERNAMBUCO

Paciente

Enfermaria/Leito

Registro

Joseane Guedes R. C. Silva

80397

EVOLUÇÃO CLÍNICA

04/05/17

09:40s

Paciente recebida à admissão
tríplice de febre e exantema
conjugativo, negativos de amni
do sangue, 7/3 dental. (08h de
Guedes)

1
J. Lobo
Oreolado - Transmissão
CRM 112957-07/2013

05.802.494/0001-41

TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

14 JUN 2019

Rua da Aurora, nº 175, SL 902 BL. C.

Boa Vista - CEP: 50.060-010

RECIFE-PE



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco

HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO



PERNAMBUCO
GOVERNO DO ESTADO

Paciente

Josane Gabrielle

Enfermaria/Leito

Registro

EVOLUÇÃO CLÍNICA

04/05/17

CIFE

08:20

PCT vítima de acidente automobilístico
com fratura exposta da perna direita.
Maga dor abdominal

Abdomen flácido, dimensível e
indolor à palpação

COI aparentemente sem TAF
Libero p cirurgia da fratura

Poliana
Enfermeira
CRM 15139

05.802.494/0001-41

TRACÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

1 a JUN 2018

Rua da Aurora, 1175, SL 902 BLC. C
Boa Vista - CEP: 50.060-010

04/05/17

NCR

06:45h

Consciente, orientada, contr.

lha, reações, MGE normal, diáfragma normal,
sem lateralização. G= 15

TACC= sem lesão.

Do ponto de vista da NCR
é lha e OPA por causa zero pl cirurgia
da fratura, sem contra-indicações da NCR pl cirurgia
de fratura

Libero sem

04/05/17

- TRAUMATOLOGIA

Suzana Serra
Neurocirurgia Infantil
CRM 8226

07:20h

Fratura exposta de crânio de mesa

No Bloco cirúrgico

Jerônimo Lobo
Geriatria - Traumatologia
CRM 1255 - TEST 798

COD. 0123

04/05/17

STPA

FDI Fed. esporte anos
de juízo @

Mena asente, resto,
empresas

FC = 96

12 M 10 + 11 M

Cel: Albe de sr sps futo
mortuário

de Queiroz Valença
biologista
CRM: 12518

05.802.494/0001-41
TRACÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

14 JUN 2018

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

04/05/17 para admitir o FDI de Oros de Pau
(10:55h) @, Alonzo, aspersão, Horta, 100g
LAT, mortuário de 10 g de sementes de S. cast
Est. 99h no 100 mg, 100g de 100g
Braz
Entomologia
CORSA 10485

04/05/17- Empunhaque

Mena admissão nessa infusão, presente da
SA acordada, afil, empunha, hipocriola, finada
extremo em M. D. + 100mg. 100g de 100g
em unidades. 100g @

100g
100g
100g



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco



HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO

PERNAMBUCO
GOVERNO DO ESTADO

Paciente

Enfermaria/Leito

Registro

Domene Gehrle

411-02

EVOLUÇÃO CLÍNICA

04/05/17

* Enfermaria Geriatria

Menor com EGR, consciente, afébril, aceita dieta, pele íntegra, AVP em MISE, com uso de Fixador em MID doloroso linfático de pescoço, exames após pelo MMSS, com HDT + Shuntal fixo, alergia a derivados, mantendo observações, sem maiores queixas no momento, segue aos cuidados de enfermaria com anomalias da comunicação.

Em tempo: Às 21:33 menor apresenta náuseas e vômito. episódio de vômito (vômito).

Abundante
vômito
Líquido. Enfiado
em 04/05/17

04/05/17 Menor ainda afébril, sem queixas. mantendo observações. Aconselha-se uso de Tetracil, 2g, 4x/dia, fixador externo MID e das medicações e terapêuticas.

05.802.494/0001-41
TRACÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

14 JUN 2018

05-05-17

C. PE

Rua da Aurora, nº 175, SL 902 BL. C
Boa Vista - CEP 51060-010
RECIFE-PE

+ Diarreia (+) clara; sem sangue e bolores em tosse.

+ RX Tórax - normal

RX Abdome - se fraco e sem alterações em função da pelve.

ECG, afébril, sem queixas, porém com febre baixa. Menor com febre, frívola, 1-2 dias. Cuidado com a vida.

COD. 0123

05/05/2017 Enfermeira

Muito evoluído e EG regular; consciente; ative /
suprimido; hidratado; agitado; dieta oral; venoclave em
V- periferia no MSD; fixador externo no MID; elevado
em potes; dor (+) eucardia (+)

Dr. João A. de Jesus
ENFERMEIRO
COREN-PA 3019

06/05/17 Menor ativo, agitado, eucardia, hidratado
normotensão, afebril, em uso. Vite com P.
Dureza de ar MID. Se manuseio + sinal (+).
Fixador externo MID local sem sinais
um mais flogísticos. Se perfusões e
temperatura - MID.

Dr. João A. de Jesus
ENFERMEIRO
COREN-PA 92065

06/05/017

Menor consciente, orientado, suprimido, agitado. Em
ar ambiente. MID e fixador externo, elevado em periferia.
Acuidade auditiva CO. PVP. Dor e hipertensão

Dr. João A. de Jesus
ENFERMEIRO
COREN-PA 3019

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

14 JUN 2019

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

EVOLUÇÃO MÉDICA TRAUMATO

5/05/17 - 14:00

411-2 (1587827) - Josane Gabriele Rodrigues Catanho da Silva [Px 9/05]

7a ; Acidente automobilístico (4/05)

Fx exp. Ossos Perna D ; 1ª DPO tto cir. Fx exp. + FE Transarticular TNZ D

D1 Cefalotina / Clexane -

Evolui ainda com dor na perna e cefaléia, mas estável clinicamente ; Ao Exame: MID (NeuroVascular + Mobilidade presentes) ; FO secreativa

HPP: NDN

CD: Checo Pré-op + Checo Rx + Acompanhamento conjunto com NCR e CIPE

Daniel Lewi L. Montezuma
Residente Ortopedia/Traumatologia
CREMEPE 24.401

06/05/17 #Traumatologia

HO: O fratura exposta de perna do lado direito
Realizar colocação de fixador externo
na emergência

Queixa de dor e mobilização de MID.

Ao exam. Boa perfusão distal, neurovascular preservada
Edema moderado no MID.

CP: O Condutor mantido.

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

14 JUN 2018

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

EVOLUÇÃO MÉDICA TRAUMATO

6/05/17 – 14:00

411-2 (1587827) – Josane Gabriele Rodrigues Catanho da Silva [Px 9/05]

7a ; Acidente automobilístico (4/05)

Fx exp. Ossos Perna D ; 2º DPO tto cir. Fx exp. + FE Transarticular TNZ D

D2 Cefalotina / Clexane -

Evolui ainda com dor na perna D e cefaléia, mas estável clinicamente ; Ao Exame: MID (NeuroVascular + Mobilidade presentes) ; FO secretiua

HPP: NDN

CD: Aguarda cirurgia + Acompanhamento conjunto com NCR

Daniel Lewi L. Montezuma
Residente Ortopedia/Traumatologia
CREMEPE 24.401



05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

1 de JUN 2018

Rua da Aurora, Nº 175, Sl 902 B/L C
Boa Vista - CEP 50.060-010
RECIFE-PE

EVOLUÇÃO MÉDICA TRAUMATO

7/05/17 – 14:00

411-2 (1587827) – Josane Gabriele Rodrigues Catanho da Silva [Px 9/05]

7a ; Acidente automobilístico (4/05)

Fx exp. Ossos Perna D ; 3ª DPO tto cir. Fx exp. + FE Transarticular TNZ D

D3 Cefalotina / Clexane -

Evolui assintomática e estável clinicamente ; Ao Exame: MID (NeuroVascular + Mobilidade presentes) ; FO secretiava

HPP: NDN

CD: Aguarda cirurgia + Acompanhamento conjunto com NCR

Daniel Lewi L. Montezuma
Residente Ortopedia/Traumatologia
CREMEPE 24.401



05.802.494/0001-41

TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

14 JUN 2018

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C

Boa Vista - CEP: 50.060-010

RECIFE-PE

EVOLUÇÃO MÉDICA TRAUMATO

8/05/17 - 14:00

411-2 (1587827) - Josane Gabriele Rodrigues Catanho da Silva [Px 9/05]

7a ; Acidente automobilístico (4/05)

Fx exp. Ossos Perna D ; 4º DPO tto cir. Fx exp. + FE Transarticular TNZ D

D4 Cefalotina / Clexane -

Evolui assintomática e estável clinicamente ; Ao Exame: MID (NeuroVascular + Mobilidade presentes) ; FO limpa

HPP: NDN

CD: Aguarda cirurgia + Acompanhamento conjunto com NCR

Daniel Lewi L. Montezuma
Residente Ortopedia/Traumatologia
CREMEPE 24.401



05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

14 JUN 2018

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

08/05/17 Menor ativa, assint, exames indicados
normalidade c/te de DW. Consulta, orientada.
Foi vista c/pe por Dr. Eugene Sene. Fixador
gastro MTD. Exame ++/4+ MTD. Anest. de
de dor. Menor melhora muito de colocar
MTD na pele.

Atestado
Exatidão
COMEN - 92015

Unidade de Saúde : HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO

Paciente : *Jonas Rodrigues Catão da Silva*

Nº do Registro : *1581562*

Clinica : *Imunopatologia*

Nº do Leito :

Operador : *Dr. Jairo*

1º Assistente : *Dr. Dias*

2º Assistente :

Instrumentador :

Anestesista : *Dra. Cristina*

Anestesia : *gnd*

Duração :

Data da Operação : *04/05/17*

Início :

Fim :

Diagnóstico Pré-Operatório :

Fratura exposta de omoplata direita (D)

Diagnóstico Pós-Operatório :

(D) membro

Operação Proposta : *Tratamento cirúrgico de fratura de omoplata direita (D)*

Operação Realizada : *A mesma.*

05.802.494/0001-41

TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

14 JUN 2018

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C

Boa Vista - CEP: 50.060-010

RECIFE-PE

DESCRIÇÃO DO ATO OPERATÓRIO

1) Paciente em DDH sob efeito de analgesia

2) Anestesia e antineprisa + Colocação de campos estéril

3) Ampliação e desbridamento de ferimento com irrigação latral de omoplata (D) expondo o foco de fratura

4) Colagem óssea de ferimento com SFQ.S+.

5) Redução da fratura

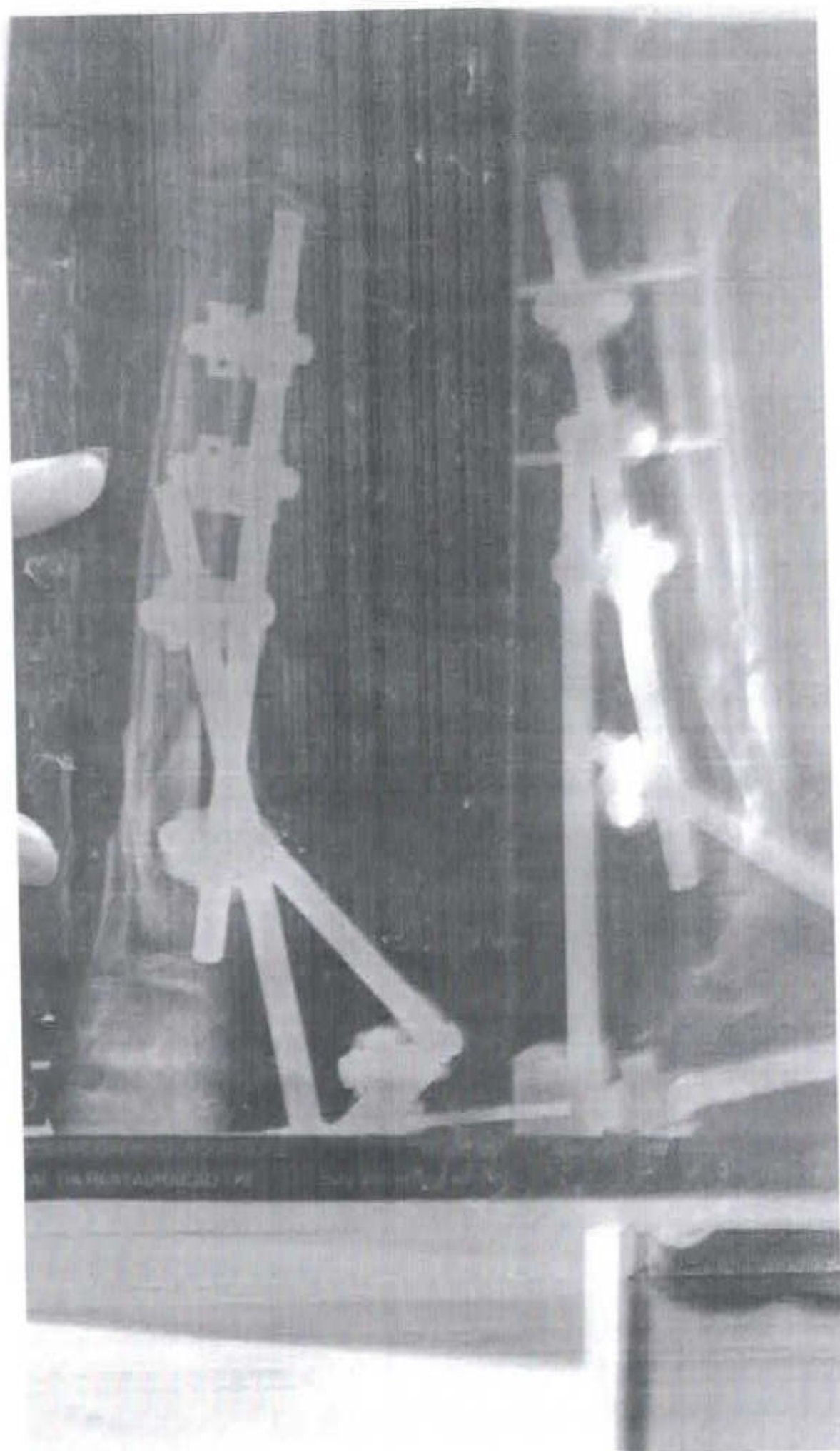
6) Colocação de prisma externo tubo a tubo, transtendentes com 09 pontos de Schanz

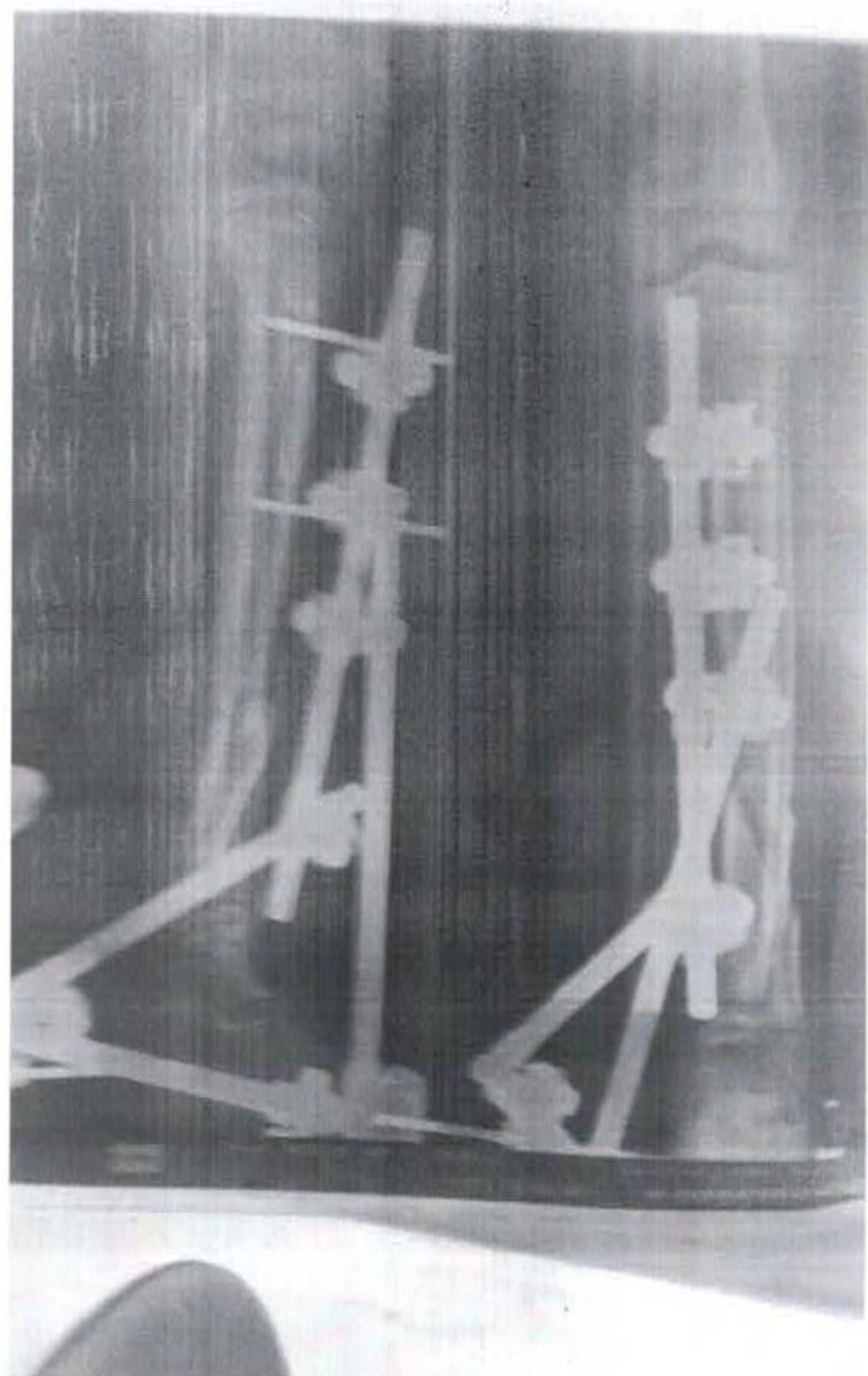
7) Sutura do ferimento

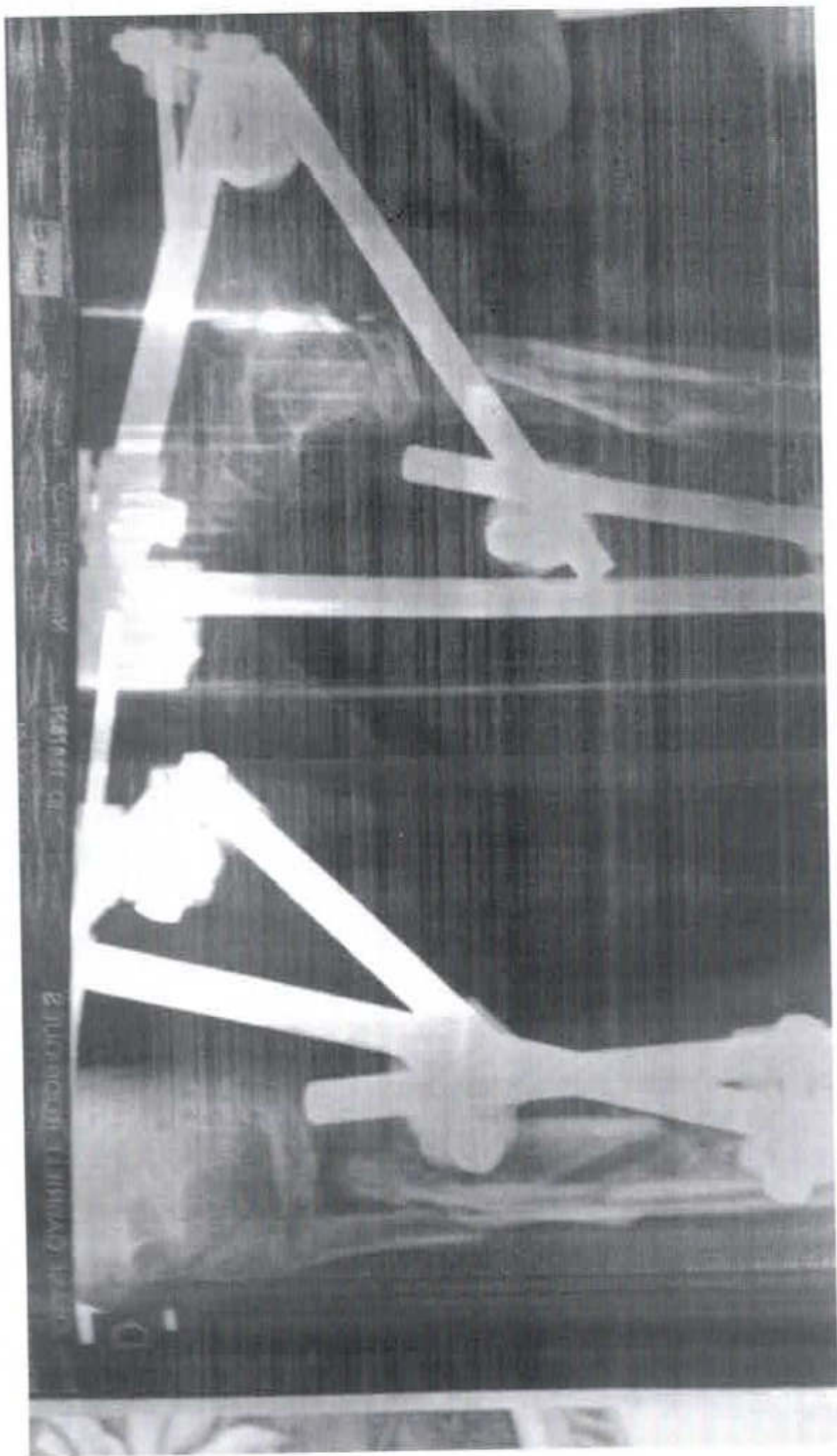
8) Curativo.

J.







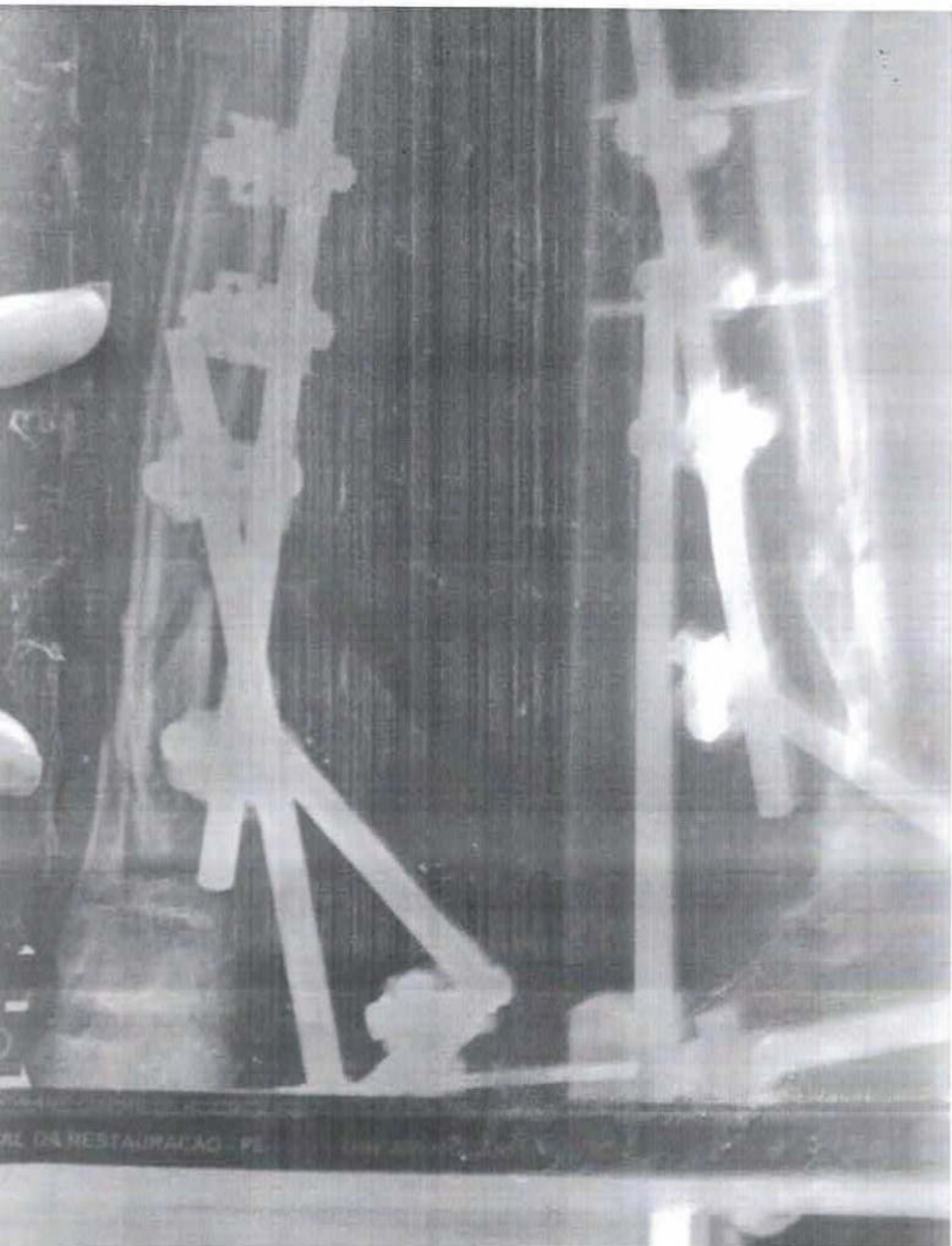


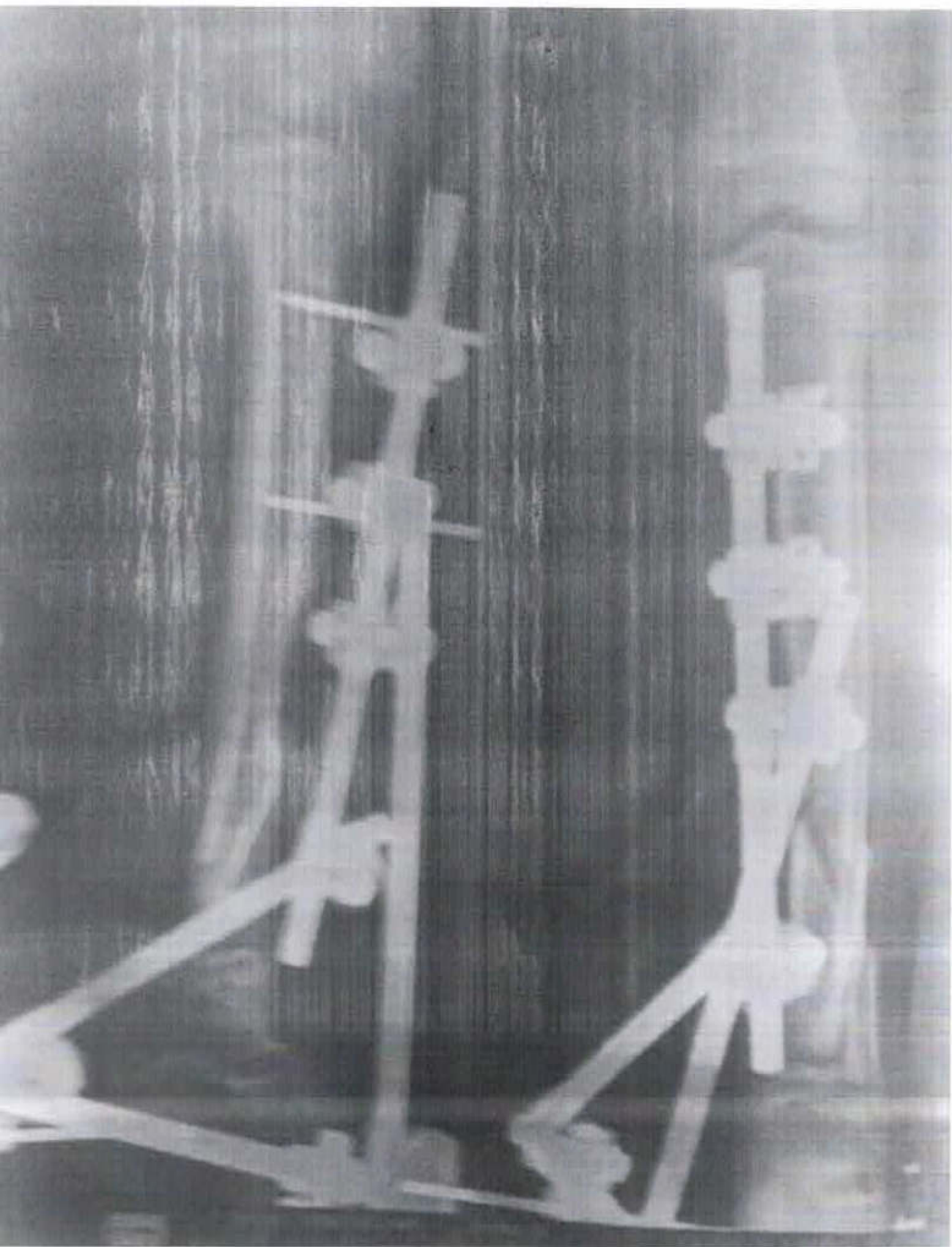
2 JULY 1964

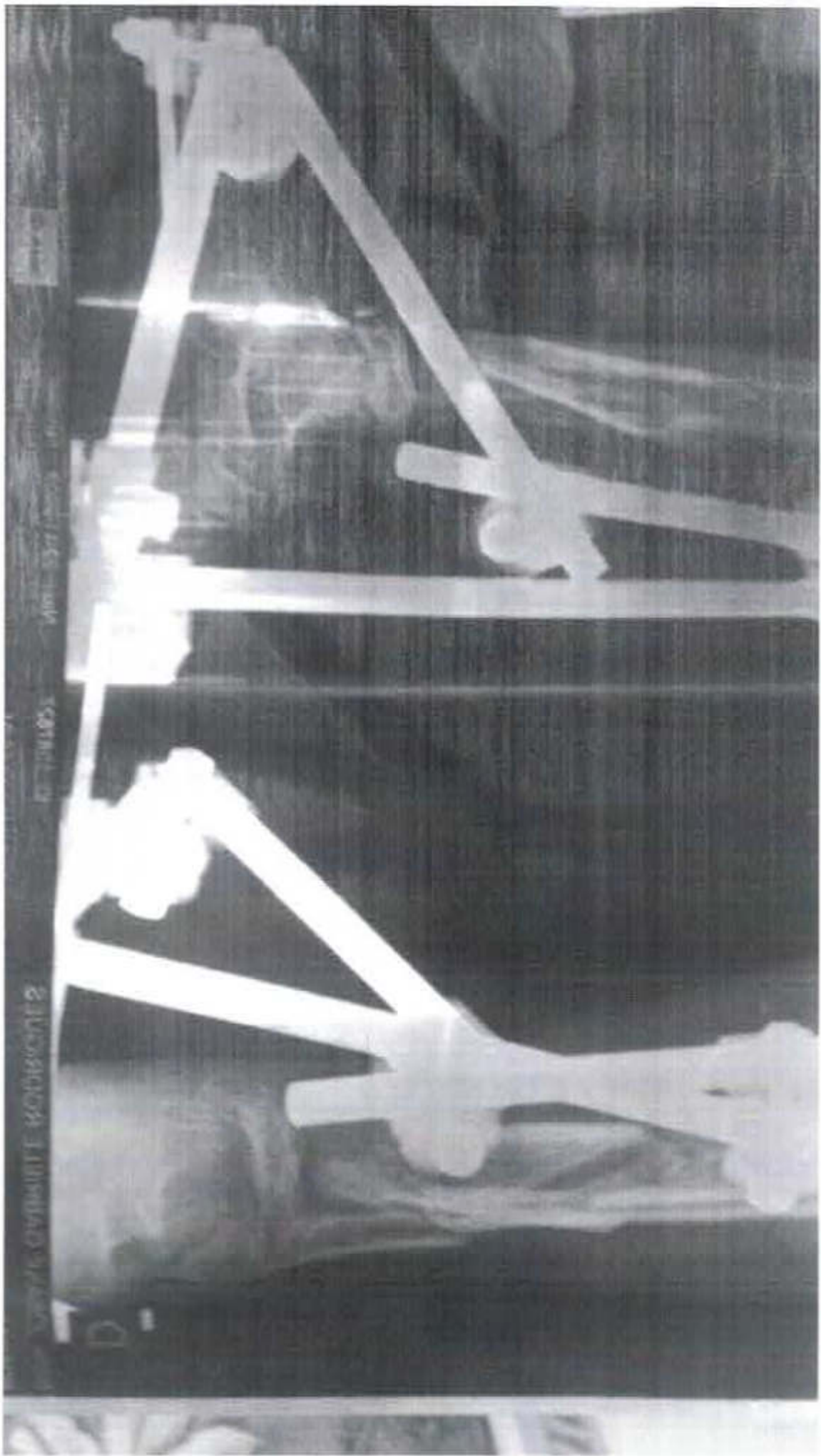
100000

100000

100000







REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE PERNAMBUCO

SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA

DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

IDENTIDADE

JOSEANE FRANCISCO DA SILVA

ART. 174 - F. 165 - C. 165 - C. 165 - C. 165

7.422.789 03/07/2007

<< JOSEANE FRANCISCO DA SILVA >>

<< SEVERINO FRANCISCO DA SILVA >>

<< VANDETE MARIA DA SILVA >>

IGARASSU - PE 21/09/1986

<< CN. 24687-L. 67 - F. 165 - CART. SEDR

IGARASSU-PE-17 10/1991 >>

067.956.344-00

Ministério da Justiça

LEI Nº 7.112/2006

05.802.494/0001-41

TRACÃO CORRETORA

DE SEGUROS LTDA

11 JUN 2013

Rua da Aurora, nº 175, SL 902 BL. C

Boa Vista - CEP: 50.060-010

RECIFE-PE

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE PERNAMBUCO

SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA

DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

IDENTIDADE

JOSEANE FRANCISCO DA SILVA

ART. 174 - F. 165 - C. 165 - C. 165

7.422.789 03/07/2007

<< JOSEANE FRANCISCO DA SILVA >>

<< SEVERINO FRANCISCO DA SILVA >>

<< VANDETE MARIA DA SILVA >>

IGARASSU - PE 21/09/1986

<< CN/24687-L.67-F. 165-CART. SEDR

IGARASSU-PE-17.10.1991 >>

067.956.344-00

Ministério da Justiça

LEI Nº 11.127/2005

05.802.494/0001-41

TRACÃO CORRETORA

DE SEGUROS LTDA

11 JUN 2013

Rua da Aurora, nº 175, SL 902 BL. C

Boa Vista - CEP: 50.060-010

RECIFE-PE

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200152013 **Cidade:** Recife **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSANE GABRIELLY RODRIGUES CATANHO DA SILVA **Data do acidente:** 04/05/2017 **Seguradora:** Companhia de Seguros Previdência do Sul

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 27/04/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DE TIBIA E FIBULA DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (FIXADOR EXTERNO). ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE MEMBRO INFERIOR 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 LEVE DE MEMBRO INFERIOR DIREITO

**Documentos
complementares:**

Observações: PÁG.15/16_CIRURGIA.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0118345/20

Vítima: JOSANE GABRIELLY RODRIGUES CATANH

CPF: 067.956.344-00

CPF de: Representante

Data do acidente: 04/05/2017

Titular do CPF: JOSEANE FRANCISCO DA SILVA

Seguradora: Companhia de Seguros Previdência do Sul

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

JOSEANE FRANCISCO DA SILVA : 067.956.344-00

Autorização de pagamento
Comprovante de residência
Documentos de identificação

JOSANE GABRIELLY RODRIGUES CATANHO DA SILVA : 067.956.344-00

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: 20/04/2020
Nome: JOSEANE FRANCISCO DA SILVA
CPF: 067.956.344-00

JOSEANE FRANCISCO DA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 20/04/2020
Nome: Steffany Carolyn Lins Veloso
CPF: 115.938.994-24

Steffany Carolyn Lins Veloso

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 19/05/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOSEANE FRANCISCO DA SILVA

BANCO: 001

AGÊNCIA: 01361-7

CONTA: 000010046405-X

Nr. da Autenticação 2F9BD5112FFF45DD

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2- "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL	CPF da Vítima	Nome completo da vítima JOSEANE CARRELLY RODRIGES CATANHO DA SILVA
---------------------------	---------------	--

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo JOSEANE FRANCISCO DA SILVA		CPF titular da conta 067.956.3VX-40	Profissão DO LAR
Endereço RUA HENRIQUE DIAS		Número	Complemento
Bairro LDZ. AERONAUTA	Cidade JOIÃO PRAIA	Estado PE	CEP 53640-578
Email		Telefone (DDD) 81.9830X.8580	

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
<input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00	
<input type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) <input type="checkbox"/> BRADESCO (237) <input checked="" type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001) <input type="checkbox"/> ITAÚ (341) <input type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)		<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (todos os bancos)	
AGÊNCIA NRO. 1361 DIV 7 (informar dígito se existir)		BANCO Nome BRASIL NRO. 0001-41 AGÊNCIA NRO. 06 DIV 06 CONTA NRO. 46405 DIV 8 (informar dígito se existir)	

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

1 A JUN 2018

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

JOIÃO PRAIA **06** de **JUNHO** de **2018**
Local e Data

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



Ourocard
International



4001 6373 8466 5162

4001

GOOD
THRU 07/20

JOSEANE F SILVA

1361-7 46.405-8

VISA

Electro

Electronic use only / Apenas uso eletrônico

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2- "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

Nome completo da vítima

JOSEANE CARRELLY RODRIGES CATANHO DA SILVA

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo <u>JOSEANE FRANCISCO DA SILVA</u>		CPF titular da conta <u>067.956.3VX-40</u>	Profissão <u>DO LAR</u>
Endereço <u>RUA HENRIQUE DIAS</u>		Número	Complemento
Bairro <u>LDZ. AERONAUTA</u>	Cidade <u>JOIÃO PRAIA</u>	Estado <u>PE</u>	CEP <u>53640-578</u>
Email		Telefone (DDD) <u>81.9830X.8580</u>	

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

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

☐ **CONTA POUPANÇA** (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ BRADESCO (237) ☒ BANCO DO BRASIL (001) ☐ ITAÚ (341)
☐ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA NRO. 1361 D/V 7 CONTA NRO. 46405 D/V 8
(informar dígito se existir) (informar dígito se existir)

☐ **CONTA CORRENTE** (todos os bancos)

BANCO Nome BRB NRO. 05.902.494/0001-41
 AGÊNCIA NRO. 06 D/V 06 CONTA NRO. 0001 D/V 41
(informar dígito se existir) (informar dígito se existir)

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

1 A JUN 2018

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

JOIÃO PRAIA 06 de JUNHO de 2018
Local e Data

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



Ourocard
International

Electronico use only / Apenas uso eletrônico



4001 6373 8466 5162

4001

GOOD
THRU 07/20

JOSEANE F SILVA

1361-7 46.405-8

VISA

Electronico



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 006ª CIRCUNSCRIÇÃO - CORDEIRO -
DP6ªCIRC DIM/2ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **17E0096004584**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **04/08/2017** às
13:02

**ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que
aconteceu no dia 4/5/2017 às 01:00**

Fato ocorrido no endereço: **AVENIDA CAXANGA, 2500 - Bairro: IPUTINGA -
RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **NÃO INFORMADO**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

**DURVAL JOSE DA SILVA (AUTOR/ AGENTE)
JOSEANE FRANCISCO DA SILVA (VITIMA)
ROGERIO FRANCISCO DA SILVA (VITIMA)
JAIRANNY WALLESCA DA SILVA (VITIMA)
JOSANE GRABRIELLY RODRIGUES CATANHÔ DA SILVA (VITIMA)**

**05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA**

1ª JUN 2018

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

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

**VEICULO: (usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a)
Sr(a): DURVAL JOSE DA SILVA**

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

**JOSEANE FRANCISCO DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: Feminino Mãe: VANDETE
MARIA DA SILVA Pai: SEVERINO FRANCISCO DA SILVA Data de Nascimento: 21/9/1986 Naturalidade:
IGARASSU / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 7422789/SDS/PE (RG) Estado Civil: SOLTEIRO(A)
Escolaridade: 1ª. GRAU COMPLETO Profissão: CAMAREIRO(A) Telefones Celulares:
- 983393602**

**ROGERIO FRANCISCO DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: VANDETE
MARIA DA SILVA Pai: SEVERINO FRANCISCO DA SILVA Data de Nascimento: 25/10/1991 Naturalidade:
IGARASSU / PERNAMBUCO / BRASIL**

**JAIRANNY WALLESCA DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: Feminino Mãe: JOSEANE
FRANCISCO DA SILVA Pai: JAILSON INACIO DA SILVA Data de Nascimento: 8/7/2003 Naturalidade:
RECIFE / PERNAMBUCO / BRASIL**

DURVAL JOSE DA SILVA (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Naturalidade: NÃO

INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

JOSANE GRABRIELLY RODRIGUES CATANHO DA SILVA (não presente ao plantão) - Sexo: Fem Início Data de Nascimento: 22/11/2009 Naturalidade NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

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

FIAT, UNO (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): DURVAL JOSE DA SILVA, que estava em posse do(a) Sr(a): DURVAL JOSE DA SILVA
Categoria/Marca/Modelo: AUTOMOVEI/NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO Objeto apreendido: Não
Quantidade: (UNIDADE NÃO INFORMADA)

Complemento / Observação

AS VÍTIMAS PRESENTES RELATAM QUE TRAFEGAVAM NA AVENIDA CAXANGA SENTIDO CIDADE NO VEICULO DO SENHOR DURVAL QUANDO O MESMO PERDEU O CONTROLE DO CARRO E SE CHOCOU COM UM POSTE.

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

JOSEANE FRANCISCO DA SILVA
(VITIMA)

ROGERIO FRANCISCO DA SILVA
(VITIMA)

JAIRANNY WALLESCA DA SILVA
(VITIMA)

B.O. registrado por: ANTONIO FERRAZ GOIANA LEAL - Matrícula: 272788-9

Antonio Ferraz Goian Leal



05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

14 JUN 2018

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

RECIFE-PE

04/08/17, 12:

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:

Casos com vítima entre 0 a 15 anos - O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

Casos com vítima entre 16 e 17 anos - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima interditada com curador - Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima

JOSANE GABRIELLY RODRIGUES CAMANHO DA SILVA

CPF da Vítima

Data do Acidente

04.05.17

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

JOSANE FRANCISCO DA SILVA

CPF do Representante legal

067.956-344-00

E-mail

Telefone (DDD)

01.98304.8580

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:

Assinalar uma das opções abaixo:

- ☒ Não há estabelecimento do IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- ☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- ☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência 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 da 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 Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau de lesão, ou lesões, para os fins do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

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

05.802.494/0001-41

EMPRESA CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

18 JUN 2018

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

JOSANE , 06 de JUNHO de 2018

Local e Data

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

SERVIÇO DE REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS

RECIFE - PE

CARTÓRIO DE CASA AMARELA

Maria da Conceição da Costa Lima

Delegatário

Sandra L. Maciel

Substituto

Risolene Pereira

Escrevente Autorizado

CARTÓRIO DE REGISTRO CIVIL
DO 13º DISTRITO JUDICIÁRIO
CASA AMARELA
RECIFE - PERNAMBUCO
Mª DA CONCEIÇÃO DA COSTA LIMA
Oficial
RISOLENE PEREIRA - SANDRA L. MACIEL
Substituta

CERTIDÃO DE NASCIMENTO

Certifico que às fls. 20, sob o nº 180150, do livro nº A-250 de assentamentos de nascimentos, está registrado o de

JOSANE GABRIELLY RODRIGUES CATANHO DA SILVA,

do sexo feminino, ocorrido no(a) Maternidade Barros Lima - Casa Amarela, Recife-PE, no vigésimo segundo dia de novembro de dois mil e nove às 18:34 horas

O(A) registrado(a) é filho(a)

de JOSIAS RODRIGUES CATANHO DA SILVA

e de JOSEANE FRANCISCO DA SILVA

sendo avós

paternos

JOSÉ SEBASTIÃO DA SILVA

MARTA DO CARMO RODRIGUES CATANHO

maternos

SEVERINO FRANCISCO DA SILVA

VANDETE MARIA DA SILVA

Foi declarante o pai. Apresentou DNV nº 30504967772.

OBSERVAÇÕES:

Registro feito no dia 23/11/2009.

05.802.494/0001-41
TRACÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

1 A JUN 2019

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



Assinado com o Selo
de Autenticidade e Focalização

O referido é verdade e dou fé.

Recife, 25 de novembro de 2009

Maria da Conceição da Costa Lima

Oficial

Rua Dona Ana Xavier, 15E, loja 5 - CEP.: 52.070-060 - Casa Amarela - Recife - PE - C.N.P.J.: 22.886.580/0001-07

Este documento foi assinado digitalmente pelo Oficial do Registro Civil.

Para verificar a sua autenticidade acesse o site: <http://www.programaminhacertidao.pe.gov.br/terc/consultacertidao.jsp>

Informe o código: 90C37215-DF67-45D8-9926-88F2731A00A6

Data do Registro: 23/11/2009 14:18:09

Estado de Pernambuco



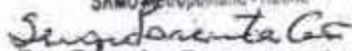
Secretaria de Saúde
Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO

DA Nº: 014.04.2018
EM: 09.04.2018

Atendendo ao requerimento da Sra. **JOSEANE FRANCISCO DA SILVA**, portadora do Documento de Identidade nº **7422789** SDS/PE e inscrita no CPF/MF sob o nº **067.956.344-00**, declaramos que consta em nossos arquivos a ocorrência de nº **S-327403**, que no dia 04 de maio de 2017, a paciente Menor **JOSANE GABRIELLY RODRIGUES CATANHO DA SILVA**, foi atendida por nosso Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU Metropolitano do Recife, por volta das 01h30, vítima envolvida em colisão entre automóvel com poste, na Avenida Caxangá, imediações ao Colégio CFI, Caxangá, Recife/PE e, sendo encaminhada para o Hospital da Restauração. Recife, 09 de abril de 2018.

Dr. Sérgio Parente Costa
Gerente de Informação e Avaliação
SAMU Metropolitano - Recife


Dr. **Sérgio Parente Costa**
Gerente de Informação e Avaliação
SAMU Metropolitano do Recife

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

11 JUN 2018

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

DADOS DO CLIENTE
LEONARDO CANDIDO GOMES

CPF 932.425.734-04

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
RUA HENRIQUE DIAS 225

CENTRO/IGARASSU
IGARASSU-PE
53640-578

CLASSIFICAÇÃO
B3 COMERCIAL
COMERCIAL
Monofásico

CONTA/CONTRATO 2857358018 MÊS/ANO 07/2017
DATA DE VENCIMENTO 31/07/2017 DATA PREVISTA PRÓXIMA LEITURA 23/08/2017
TOTAL A PAGAR (R\$) 26,03

Nº DA NOTA FISCAL	SÉRIE	EMIÇÃO
002760093	UNICA	24/07/2017
APRESENTAÇÃO	Nº DO CLIENTE	Nº DA INSTALAÇÃO
24/07/2017	2001508817	1338414

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo (kWh)	20 0000000	0,71598873	21,47
Acréscimo Bandeira AMARELA			0,57
Contribuição Iluminação Pública			2,18
ICMS-Supervisão - CDE NF 002759186-23/05/17			0,32
Multa por atraso - NF 002823216 - 22/08/17			0,43
Juros por atraso - NF 002823210 - 22/08/17			0,08
PRO-CRIANÇA (06) 13412-9850 0900 031 6989			0,98

TOTAL DA FATURA

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR DATA	ANTERIOR LEITURA	ATUAL DATA	ATUAL LEITURA	Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (kWh)
002760093	CAT	22/06/2017	5 092,00	24/07/2017	5 316,2	12	1 000,00		23,20

HISTÓRICO DE CONSUMO

MÊS/ANO kWh

Jul 17 30

Abr 17 30

Mai 17 34

Abr 17 30

INFORMAÇÕES DO FRUITOR

BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
ICMS	22,00	5,52
PIS	22,00	0,30
COFINS	22,00	1,43

Faturado pelo Fornecedor
Custo de Disponibilidade
Artigo 5º, Resolução ANEEL
414/2014

DADOS DO CLIENTE
LEONARDO CANDIDO GOMES

CPF 932.425.734-04

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
RUA HENRIQUE DIAS 225

CENTRO/IGARASSU
IGARASSU-PE
53640-578

CLASSIFICAÇÃO
B3 COMERCIAL
COMERCIAL
Monofásico

CONTA/CONTRATO 2857358018 MÊS/ANO 07/2017
DATA DE VENCIMENTO 31/07/2017 DATA PREVISTA PRÓXIMA LEITURA 23/08/2017
TOTAL A PAGAR (R\$) 26,03

Nº DA NOTA FISCAL	SÉRIE	EMIÇÃO
002760093	UNICA	24/07/2017
APRESENTAÇÃO	Nº DO CLIENTE	Nº DA INSTALAÇÃO
24/07/2017	2001500817	1338414

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo (kWh)	20 0000000	0,71598873	21,47
Acréscimo Bandeira AMARELA			0,57
Contribuição Iluminação Pública			2,18
IGMS-Supervisão - CDE NF 002759186-23/05/17			0,32
Multa por atraso - NF 002823216 - 22/08/17			0,43
Juros por atraso - NF 002823210 - 22/08/17			0,08
PRO-CRIANÇA (06113412-9850 0900 031 6988)			0,98

TOTAL DA FATURA

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR DATA	ANTERIOR LEITURA	ATUAL DATA	ATUAL LEITURA	Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (kWh)
002760093	CAT	22/06/2017	5 092,00	24/07/2017	5 316,2	12	1 000,00		23,20

HISTÓRICO DE CONSUMO

MÊS/ANO	CONSUMO (kWh)
Jul 17	30
Jun 17	30
Mai 17	34
Abr 17	30

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS

BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
ICMS	22,00	1,52
PIS	22,00	0,30
COFINS	22,00	1,43

Faturado pelo Centro de
Custo de Distribuição de
Energia de Pernambuco (CDE)
4142014



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
Hospital da Restauração

Ficha de Atendimento

Numero do Registro

PRÓTESE

05.802.494/0001-41
TRACÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

14 JUN 2019

ETIQUETA

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

(ALERGICA A DIPIRONA)

803937

Data e Hora de Atendimento:
04/05/2017 02:23

Local de Entrada: EMERGENCIA PEDIATRICA

Atendimento Manual:

Cod. Paciente: 1587827

Paciente: JOSANE GABRIELE RODRIGUES CATANHO DA SILVA SIC

Data de nascimento: 22/11/2009

Idade: 7a 5m 11d

Sexo: FEMININO

Estado Civil: SOLTEIRO

Profissão:

Acompanhante:

SEM ACOMPANHANTE

DOC ID / Data expedição

Mãe: JOSEANE FRANCISCA SILVA

Pai: Josias Rodrigues Catanho da Silva

Cartão SUS:

Endereço: RUA LAJES

Bairro: MUSTARDINHA

Cidade: RECIFE

Numero 49

Complemento:

UF: PE

Telefone: 988213040 / fôno

corrências:

Ene do fal: 987693199

Amigo do
padrinho.

Evento do atendimento: ACIDENTE COLISAO (ARVORE, MURO, POSTE)

Procedência: VIA PUBLICA

Informações do Serviço Social:

Confirmação de nome:

Redigido atendimento inicial
de genitor da criança 04/05/2017 Fones:

Confirmação de endereço:

Providências:

Alta

Caso Social

Encaminhamentos:

Rede de Apoio

GPCA

Cons. Tutelar

Delegacias

Minist. Publico

Outros

Observação:

Notificado 915117

Vigilância Epidemiológica Hospitalar

VEH-HR/SES - NEPI

Assistente Social

Assistente Social

História Clínica:

criança vítima de acidente de carro de alto
impacto (padrinho que estava dirigindo se evadiu
do carro, mãe gestante foi na maternidade do Inua e tio
que estava no carro chegou intubado ao HR) sem informante
em acompanhante há 1h e 40min. no momento
sem vômitos e perda de consciência (medica da transferência
informou) Refere dor
em M.D.

Atendimento Médico

Perda de consciência: Sim ☐ Não ☐

Episódio Emético: Sim ☐ Não ☐

Acidente de Trabalho: Sim ☐ Não ☐

Tipo:

Transporte realizado Por:

Acidente de Trânsito: Sim ☐ Não ☐

Sofreu Queda: Sim ☐ Não ☐

Altura:

Imobilização Cervical: Sim ☐ Não ☐

Condições de imobilização adequadas: Sim ☐ Não ☐ Por Quê?

Exame Físico:

A: Geral

Via aérea está pervia: Sim ☐ Não ☐

O paciente fala: Sim ☐ Não ☐

Temp:

B: Respiratório

PA: X mm

Pulso: bpm

C: Circulatório

FC = 130 bpm

pulso cheio

ROR em 2T BNF SIS

FC = 130 bpm

pulso cheio

ECR com hidratação eufêmica, afirme, consciente

em AUTS/RA satO2 = 98% ar amb

superfície

PA: X mm

Pulso: bpm

FC = 130 bpm

ROR em 2T BNF SIS

FC = 130 bpm

pulso cheio

ECR com hidratação eufêmica, afirme, consciente

em AUTS/RA satO2 = 98% ar amb

superfície

PA: X mm

Pulso: bpm

FC = 130 bpm

ROR em 2T BNF SIS

FC = 130 bpm

pulso cheio

ECR com hidratação eufêmica, afirme, consciente

em AUTS/RA satO2 = 98% ar amb

superfície

PA: X mm

Pulso: bpm

FC = 130 bpm

ROR em 2T BNF SIS

FC = 130 bpm

pulso cheio

ECR com hidratação eufêmica, afirme, consciente

em AUTS/RA satO2 = 98% ar amb

superfície

PA: X mm

Pulso: bpm

FC = 130 bpm

ROR em 2T BNF SIS

FC = 130 bpm

pulso cheio

ECR com hidratação eufêmica, afirme, consciente

em AUTS/RA satO2 = 98% ar amb

superfície

PA: X mm

Pulso: bpm

FC = 130 bpm

D: Exame Neurológico	Deficiência motora: MSD <input type="checkbox"/> MSE <input type="checkbox"/> MID <input type="checkbox"/> MIE <input type="checkbox"/>	Pupilas: Isocóricas, <input checked="" type="checkbox"/> Anisocóricas
Glasgow: Abertura Ocular Escore: 9	Glasgow: Resposta Verbal Escore: 5	Glasgow: Resposta Motora Escore: 6

ECG - IR Pupilas isocóricas

E: Exposição/Abdômen: fechado, macioso

SMT: dor à palpação de tórax dorsal de MID.

Diagnóstico Inicial: ~~Pontitoma~~ TCE leve

Fratura exposta MID?

Cod. Procedimento

Conduta:

Interno
Traumato IR-x MID / IR-x tórax / bacula
NCR / Cipe
MB / HT
aminox

Ass. Médico

Dr. Thais Abreu
CRM 20.834

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

Evolução de Enfermagem:

Ass. Enfermagem

14 JUN 2017
Ruanda Aurora, 175, SL 902 BL C
Boa Vista - CEP 50.060-010

Definição do Caso:

☐ Internamento ☐ Cirurgia ☐ Óbito ☐ Termo de Alta a Pedido ☐ Evadiu-se ☒ Alta

Internado na Clínica:

Transferido para:

Condição de Alta:

☐ Curado ☒ Melhorado
☐ Inalterado ☐ Piorado
☐ Óbito

Autorização para Alta / Internamento / Transferência:

Médico:

Data: 10/3/17 Hora: 14h

Termo de responsabilidade para internamento:

- Estou ciente das normas existentes neste hospital, quais aceito integralmente e autorizo a realização de tratamento, clínico e/ou cirúrgicos inclusive transfusões e sem exames complementares e transporte se forem necessários.

Data:

Nome completo legível:

No. da identidade:

Assinatura:

Termo de responsabilidade de alta a pedido:

- Responsabilizo-me pela imediata retirada do paciente neste nosocômio, bem como tenho absoluto conhecimento sobre todas as consequências que deste ato possam advir.

Data:

Nome completo legível:

No. da identidade:

Assinatura:

Data e Hora Impressão: 04-May-17

02h50' ORTOPEDIA Pm e mostra fratura exposta por diáfise
→ PONTITOMA, DEFORMIDADE e PERNA ② com ferimento
PUNTIPOCISTO e FRAZ LATERA (1/3 DISTAL) DE PERNA ②
CD-CE FRAZ 1g + 30-L AD PARECE 6m 50 LERO

② CONTINUA

③ TELA COM PONTITOMAS

④ ATENDIMENTO REMOVIDO DA NCR

Dr. Fagner Athayde
Médico Ortopedista
CRM 15863 - TEOT 12551

HOSPITAL DA RESTAURACAO

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

MANCHESTER_V2

04/05/2017 02:17



Nome Paciente: JOSANE GABRIELE RODRIGUES CATANHO DA SIL
Cód. Paciente:
Data de Nascimento: 22/11/2009
Sexo: Feminino
Idade: 7
Senha: EP0008
Convênio:
Atendimento:

04/05/2017 02:17 - RUTHEANNE MELO DE SIQUEIRA - COREN: 308201 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) -

Prioridade:

AMARELO - URGENTE

Cor:

AMARELO

Queixa Principal:

VÍTIMA DE ACIDENTE DE CARRO POR VOLTA DAS 01 HORA DE HOJE. APRESENTA FRATURA EXPOSTA EM MID. NEGA PERDA DE CONSCIENCIA E VÔMITOS.

Observação:

SAMU

Fluxograma sintoma:

PROBLEMAS EM EXTREMIDADES

Discriminador(es):

- FRATURA EXPOSTA?

Especialidade:

PEDIATRIA

Alergia(s):

Sinais Vitais Lidos:

- REGUA DE DOR: 3

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

14 JUN 2018

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

Genitora: policlínica do Ibura

4/5 - TC
4:00 - Fratura Mid

Ponto lesionado lateral
apresenta dor de
caráter e movimento; cor: 15, 17, 18.

Genitor: TC crivo s/consul e cons. cat
P/AVATAR Liçãoção P/consulção ortopédica

Kate Franke
Neurocirurgia
CRM-PB: 25349
CRM-PB: 10362

Entrega: TC crivo
5:10 s/ lesões nec

Libero p/
procedimento
ortopédico

Kate Franke
Neurocirurgia
CRM-PB: 25349
CRM-PB: 10362

Acolhido(a) por: RUTHEANNE MELO DE SIQUEIRA
Data: 04/05/2017 02:17



TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO PARA CIRURGIA ORTOPÉDICA

Por este instrumento particular o(a) paciente JOANE GABRIELE RODRIGUES C. ou seu responsável legal JOANE GABRIELE RODRIGUES C. internado neste Hospital com o registro 1587027 declara, para todos os fins legais, especialmente do disposto no artigo 39, VI, da Lei 8.078/90 que dá plena autorização ao (à) médico(a) assistente, Dr. Carlos Rodrigues Catão da Silva, para proceder as investigações necessárias ao diagnóstico do seu estado de saúde, bem como executar o tratamento cirúrgico designado de Tratamento de Oros da Perna (D), e todos os procedimentos que o incluem, inclusive anestésias ou outras condutas médicas que tal tratamento médico possa requerer, podendo o referido profissional valer-se do auxílio de outros profissionais de saúde. Declara, outrossim, que o referido(a) médico(a), atendendo ao disposto no art. 59º do Código de Ética Médica e no art. 9º da Lei 8.078/90, sugeriu o tratamento médico-cirúrgico anteriormente citado, restando informações detalhadas sobre o diagnóstico e sobre os procedimentos a serem adotados tratamento sugerido e ora autorizado.

POSSÍVEIS COMPLICAÇÕES:

1. Infecção local, regional ou disseminada;
2. O surgimento de inchaço pós-operatório pode se estender por meses ou anos;
3. A dor pode acompanhar o paciente por tempo variável;
4. Necrose da pele;
5. Rejeição do material;
6. Pseudoartrose ou não consolidação óssea;
7. Possibilidade de cicatrizes com formação de quelóides;
8. Possibilidade de necessitar novo procedimento cirúrgico complementar;
9. Parestesia e Paraplegia
10. Riscos inerentes ao procedimento anestésico
11. Morte

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

JUN 2018
Rua da Aurora, 175, SL 902 BL. C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE

Declara ainda, ter lido as informações contidas no presente instrumento, as quais entendeu perfeitamente e aceitou, comprometendo-se respeitar integralmente as instruções fornecidas pelo(a) médico(a), estando ciente de que sua não observância poderá acarretar riscos e efeitos colaterais a si (ou ao paciente).

Declara, igualmente, estar ciente de que o tratamento adotado não assegura a garantia de cura, e que a evolução da doença e do tratamento podem obrigar o(a) médico(a) a modificar as condutas inicialmente propostas, sendo que, neste caso, fica o(a) mesmo(a) autorizado(a), desde já, a tomar providências necessárias para tentar a solução dos problemas surgidos, segundo seu julgamento.

Finalmente, declara ter sido informado a respeito de métodos terapêuticos alternativos e estar atendido em suas dúvidas e questões, através de linguagem clara e acessível. Assim, tendo lido, entendido e aceito as explicações sobre os mais comuns RISCOS E COMPLICAÇÕES deste procedimento, expressa seu pleno consentimento para sua realização.

Recife, 4 de Mar. de 2017.

Assinatura do(a) paciente

Assinatura do(a) responsável

Assinatura do(a) médico(a)

RG

RG nº 040.742.994-88

CRM:

Nome

Nome

Nome



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco

HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO



PERNAMBUCO

Paciente

Enfermaria/Leito

Registro

Joseane Guedes R. C. Silva

80397

EVOLUÇÃO CLÍNICA

04/05/17

09:40s

Paciente acordada e orientada
temporal de futuro exame
comunitário, negando de uso
de suco, 1/3 de 1. (08h de
Guilherme)

1
J. Lobo
Oreolob - Telemática
CRM 112957-07/2008

05.802.494/0001-41

TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

14 JUN 2019

Rua da Aurora, nº 175, SL 902 BL. C.

Boa Vista - CEP: 50.060-010

RECIFE-PE



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco

HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO



PERNAMBUCO
GOVERNO DO ESTADO

Paciente

Josane Gabrielle

Enfermaria/Leito

Registro

EVOLUÇÃO CLÍNICA

04/05/17

CIFE

08:20

PCT vítima de acidente automobilístico com fratura exposta da perna direita. MGA dor abdominal

Abdomen flácido, dimensível e indolor à palpação

COI aparentemente sem TAF. Libero p. cirurgia da traumato

Poliana
Enfermeira
CRM 15139

05.802.494/0001-41
TRACÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

1 a JUN 2018

Rua da Aurora, 1175, SL 902 BLD C
Boa Vista - CEP: 50.060-010

04/05/17

NCR

06:45h

Consciente, orientada, contr.

lha, reações, MGE normal, drenais normais, sem lateralização. G=15

TACC=sem lesão.

Do ponto de vista da NCR
é lha dubi e OPA por falta zero pl cirurgia
da traumato, sem contr-indicações da NCR pl cirurgia
de traumato

Libero sem

04/05/17

- TRAUMATOLOGIA -

07:20h

Fratura exposta de crânio de nível

Suzana Serra
Neurocirurgiã Infantil
CRM 8226

Jerônimo Lobo
Geriatria - Traumatologia
CRM 1255 - TEST 798

No Bloco cirúrgico

COD. 0123

04/05/17

SLPΔ

FOI Fed. exparte asse
da juve @

Major results, results, expenses

$$FC = 9\%$$

42. $\sim \neg \oplus \sim$

Cal: Albe de sr sps fnt
inertion

Dr. Quintero Valencia
Biologista
CRM: 12578

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA.

1 JUN 2018

Rua da Aurora, Nº 175, SL 912 BL. C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE

advised / 17
(10:55h) (1), Alomosa, suspension, transition; PO of
LAT; mention of PO of Luis de Sarmiento de Caceres
Est. 996 in the minutes; some on commission

041051A- Емпириче

041051A- Empuacque
Nemur aduictos nura infuaria, prout da
5A acordada, afelil, empua, hipocada, finado,
extimo eu MI D. + isowau. Itada VCA Sigur
eu Unidos. Penne ④

~~Cyanide~~

05/05/2017 Enfermeira

Muito evoluído e EG regular; consciente; ative /
suprima; hidratada; agitado; dieta oral; venoclus em
v. punção no MSD; fixador externo no MID; elevado
em potes; dor (+) eucardia (+)

Dr. João A. de Jesus
ENFERMEIRO
COREN-PA 3019

06/05/17 Menor ativo, agitado, eucardia, hidratado
normotensão, afebril em av. v. fe com p.
Dureza de ar MID. Se manuseio + insel. (+).
Fixador externo MID local sem sinais
um mais flogísticos. Se punções e
temperatura - MID.

Dr. João A. de Jesus
ENFERMEIRO
COREN-PA 92065

06/05/017

Muito consciente, orientado, suprima, agitado. Com
ar amarelado. MID e fixador externo, elevado em punção.
Acidose distal CO. PUF. Dureza esplenica

Dr. João A. de Jesus
ENFERMEIRO
COREN-PA 3019

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

14 JUN 2019

Rua da Aurora, 775, SL 902 BL. C
Boa Vista - CEP 50.060-010
RECIFE-PE

EVOLUÇÃO MÉDICA TRAUMATO

5/05/17 - 14:00

411-2 (1587827) - Josane Gabriele Rodrigues Catanho da Silva [Px 9/05]

7a ; Acidente automobilístico (4/05)

Fx exp. Ossos Perna D ; 1ª DPO tto cir. Fx exp. + FE Transarticular TNZ D

D1 Cefalotina / Clexane -

Evolui ainda com dor na perna e cefaléia, mas estável clinicamente ; Ao Exame: MID (NeuroVascular + Mobilidade presentes) ; FO secreativa

HPP: NDN

CD: Checo Pré-op + Checo Rx + Acompanhamento conjunto com NCR e CIPE

Daniel Lewi L. Montezuma
Residente Ortopedia/Traumatologia
CREMEPE 24.401

06/05/17 #Traumatologia

HO: O fratura exposta de perna do lado direito
Realizar colocação de fixador externo
na emergência

Queixa de dor e mobilização de MID.

Ao exam. Boa perfusão distal, neurovascular preservada
Edema moderado no MID.

CP: O Condutor mantido.

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

14 JUN 2018

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

EVOLUÇÃO MÉDICA TRAUMATO

6/05/17 – 14:00

411-2 (1587827) – Josane Gabriele Rodrigues Catanho da Silva [Px 9/05]

7a ; Acidente automobilístico (4/05)

Fx exp. Ossos Perna D ; 2º DPO tto cir. Fx exp. + FE Transarticular TNZ D

D2 Cefalotina / Clexane -

Evolui ainda com dor na perna D e cefaléia, mas estável clinicamente ; Ao Exame: MID (NeuroVascular + Mobilidade presentes) ; FO secretiua

HPP: NDN

CD: Aguarda cirurgia + Acompanhamento conjunto com NCR

Daniel Lewi L. Montezuma
Residente Ortopedia/Traumatologia
CREMEPE 24.401



05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

1 de JUN 2018

Rua da Aurora, Nº 175, Sl 902 B/L C
Boa Vista - CEP 50.060-010
RECIFE-PE

EVOLUÇÃO MÉDICA TRAUMATO

7/05/17 – 14:00

411-2 (1587827) – Josane Gabriele Rodrigues Catanho da Silva [Px 9/05]

7a ; Acidente automobilístico (4/05)

Fx exp. Ossos Perna D ; 3ª DPO tto cir. Fx exp. + FE Transarticular TNZ D

D3 Cefalotina / Clexane -

Evolui assintomática e estável clinicamente ; Ao Exame: MID (NeuroVascular + Mobilidade presentes) ; FO secretiava

HPP: NDN

CD: Aguarda cirurgia + Acompanhamento conjunto com NCR

Daniel Lewi L. Montezuma
Residente Ortopedia/Traumatologia
CREMEPE 24.401



05.802.494/0001-41

TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

14 JUN 2018

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C

Boa Vista - CEP: 50.060-010

RECIFE-PE

EVOLUÇÃO MÉDICA TRAUMATO

8/05/17 - 14:00

411-2 (1587827) - Josane Gabriele Rodrigues Catanho da Silva [Px 9/05]

7a ; Acidente automobilístico (4/05)

Fx exp. Ossos Perna D ; 4º DPO tto cir. Fx exp. + FE Transarticular TNZ D

D4 Cefalotina / Clexane -

Evolui assintomática e estável clinicamente ; Ao Exame: MID (NeuroVascular + Mobilidade presentes) ; FO limpa

HPP: NDN

CD: Aguarda cirurgia + Acompanhamento conjunto com NCR

Daniel Lewi L. Montezuma
Residente Ortopedia/Traumatologia
CREMEPE 24.401



05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

14 JUN 2018

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

08/05/17 Menor ativa, assint, exames indicados
normalidade ceto se DW. Consulta, orientada.
Foi vista no p. por Dr. Eugene Sene. Fixador
gastro MTD. Exame ++/4+ MTD. Anest. a
di. Menor melhora muito de colocar
MTD na perna.

Atestado
Exatidão
COMEN - 92015

Unidade de Saúde : HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO

Paciente : *Jonas Rodrigues Catão da Silva*

Nº do Registro : *1581562*

Clinica : *Imunopatologia*

Nº do Leito :

Operador : *Dr. J. J. Dias*

1º Assistente : *Dr. J. J. Dias*

2º Assistente :

Instrumentador :

Anestesista : *Dra. Cristina*

Anestesia : *Genl*

Duração :

Data da Operação : *04/05/17*

Início :

Fim :

Diagnóstico Pré-Operatório :

Fratura exposta de omoplata direita (D)

Diagnóstico Pós-Operatório :

(D) membro

Operação Proposta : *Tratamento cirúrgico de fratura de omoplata direita (D)*

Operação Realizada : *A mesma.*

05.802.494/0001-41

TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

14 JUN 2018

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C

Boa Vista - CEP: 50.060-010

RECIFE-PE

DESCRIÇÃO DO ATO OPERATÓRIO

1) Paciente em DDH sob efeito de analgesia

2) Anestesia e antinepraxia + Colocação de campos estéril

3) Ampliação e desbridamento de ferida com irrigação latral de omoplata (D) expondo o foco de fratura

4) Colagem óssea de ferida com SFQ.S+.

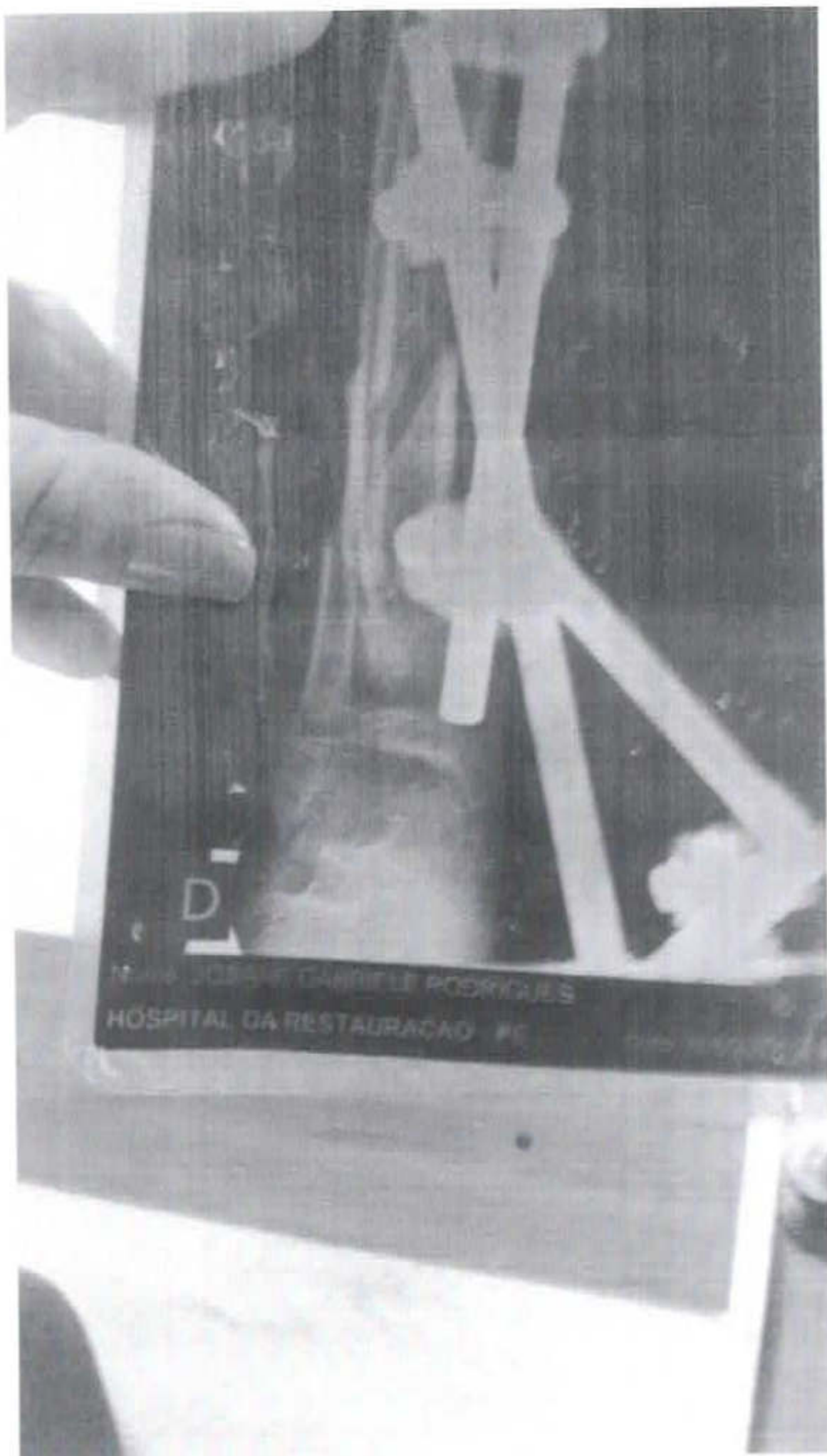
5) Redução da fratura

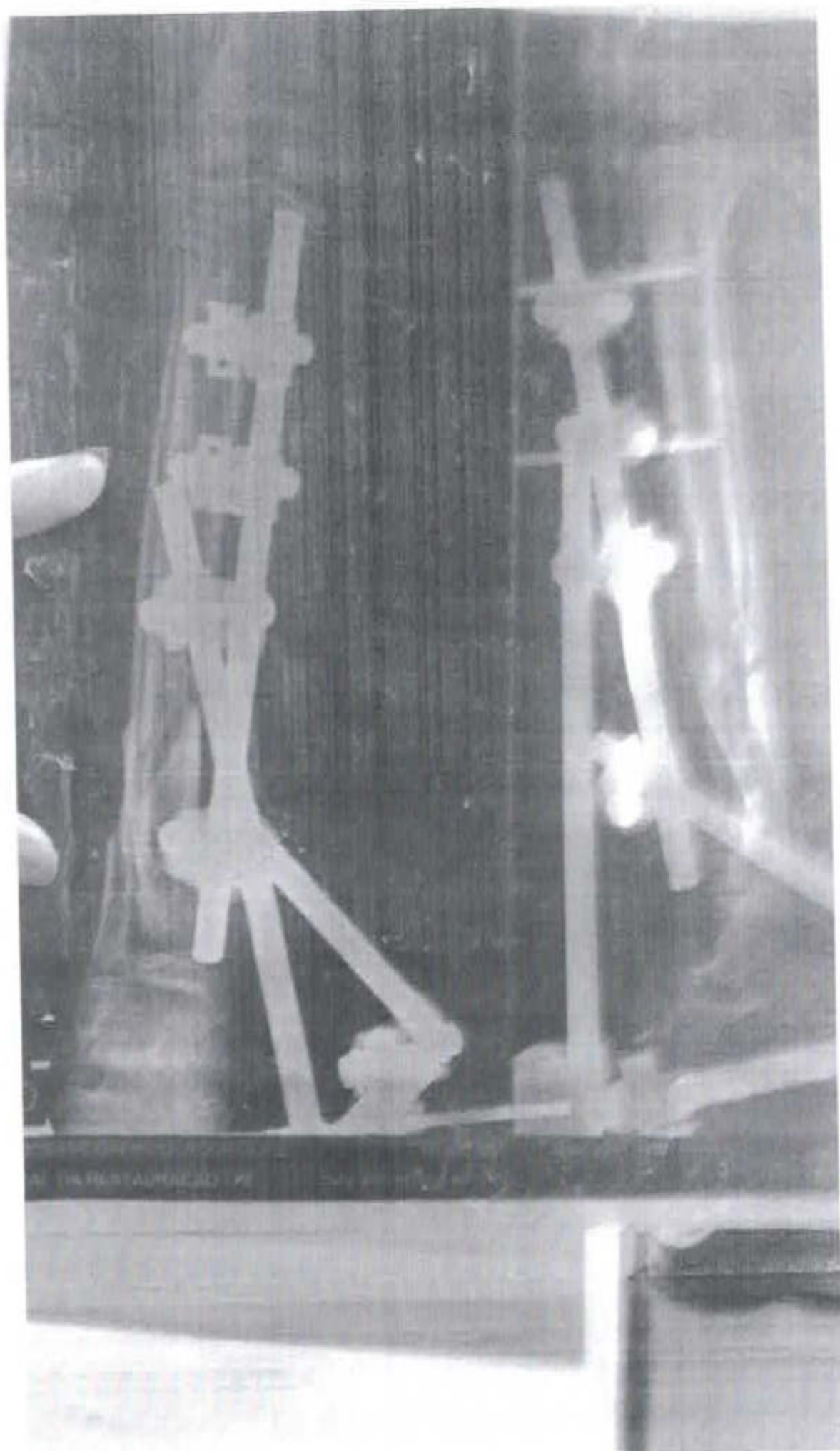
6) Colocação de prisma externo tubo a tubo, transtendentes com 09 pontos de Schanz

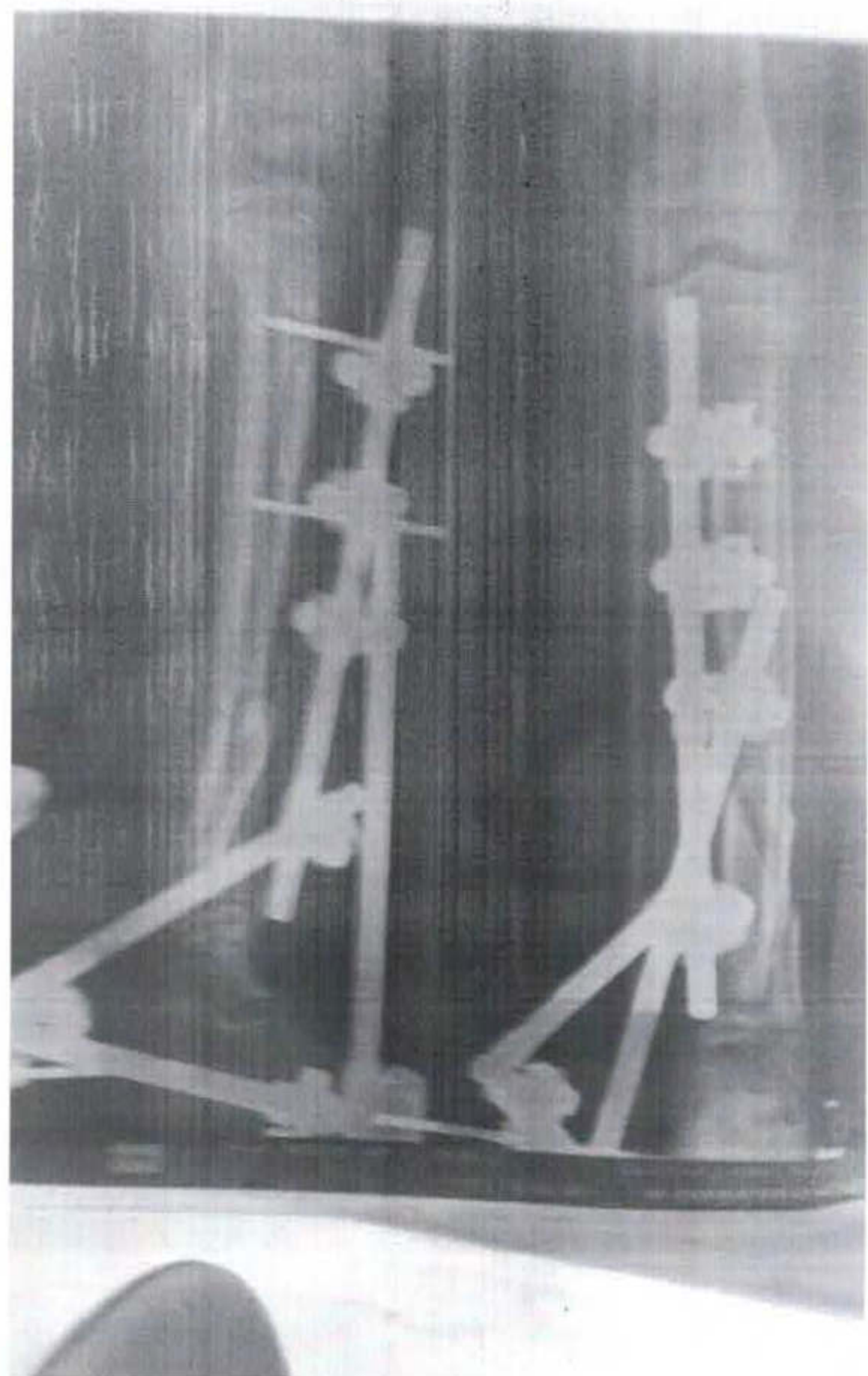
7) Sutura do ferimento

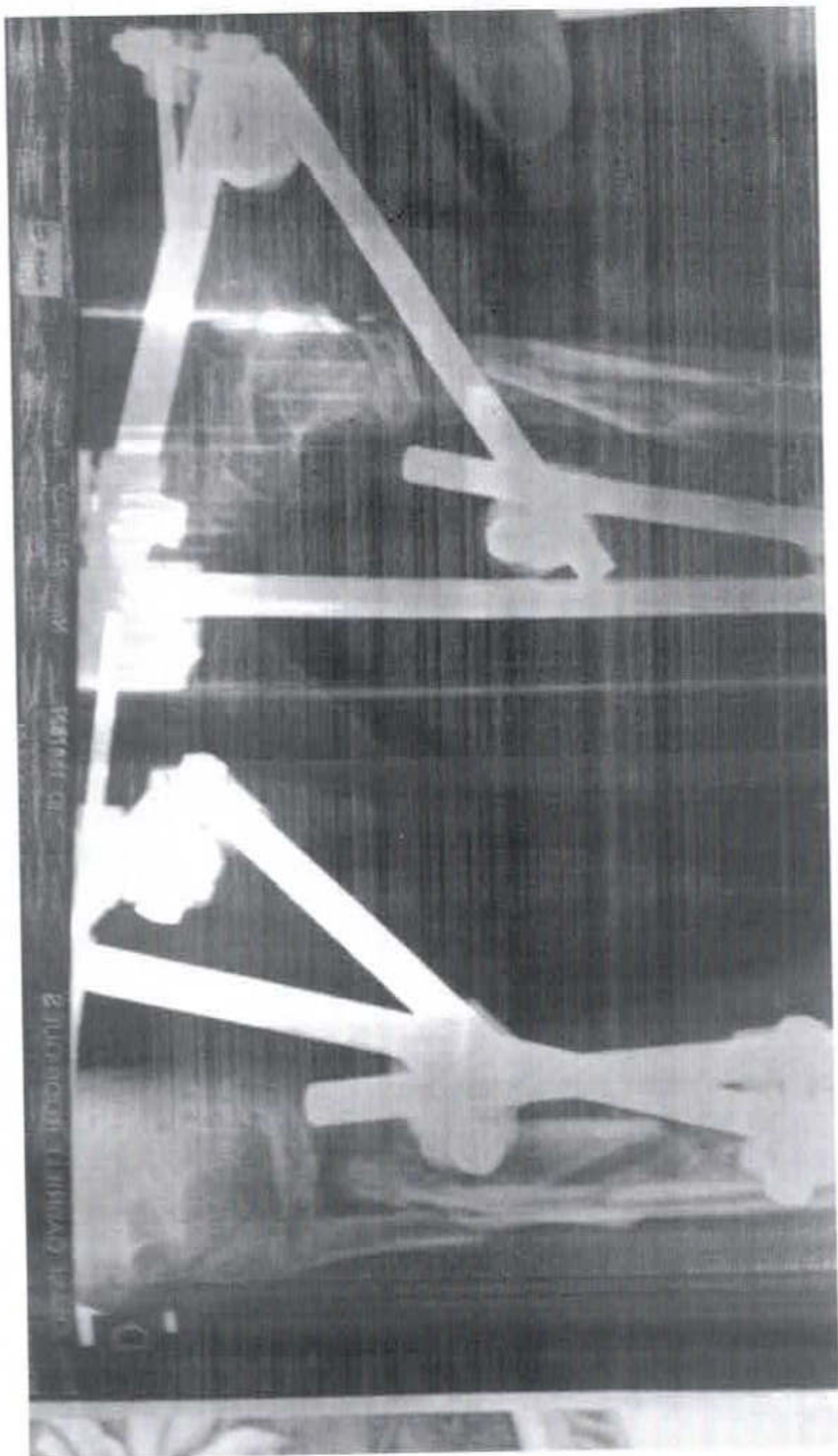
8) Curativo.

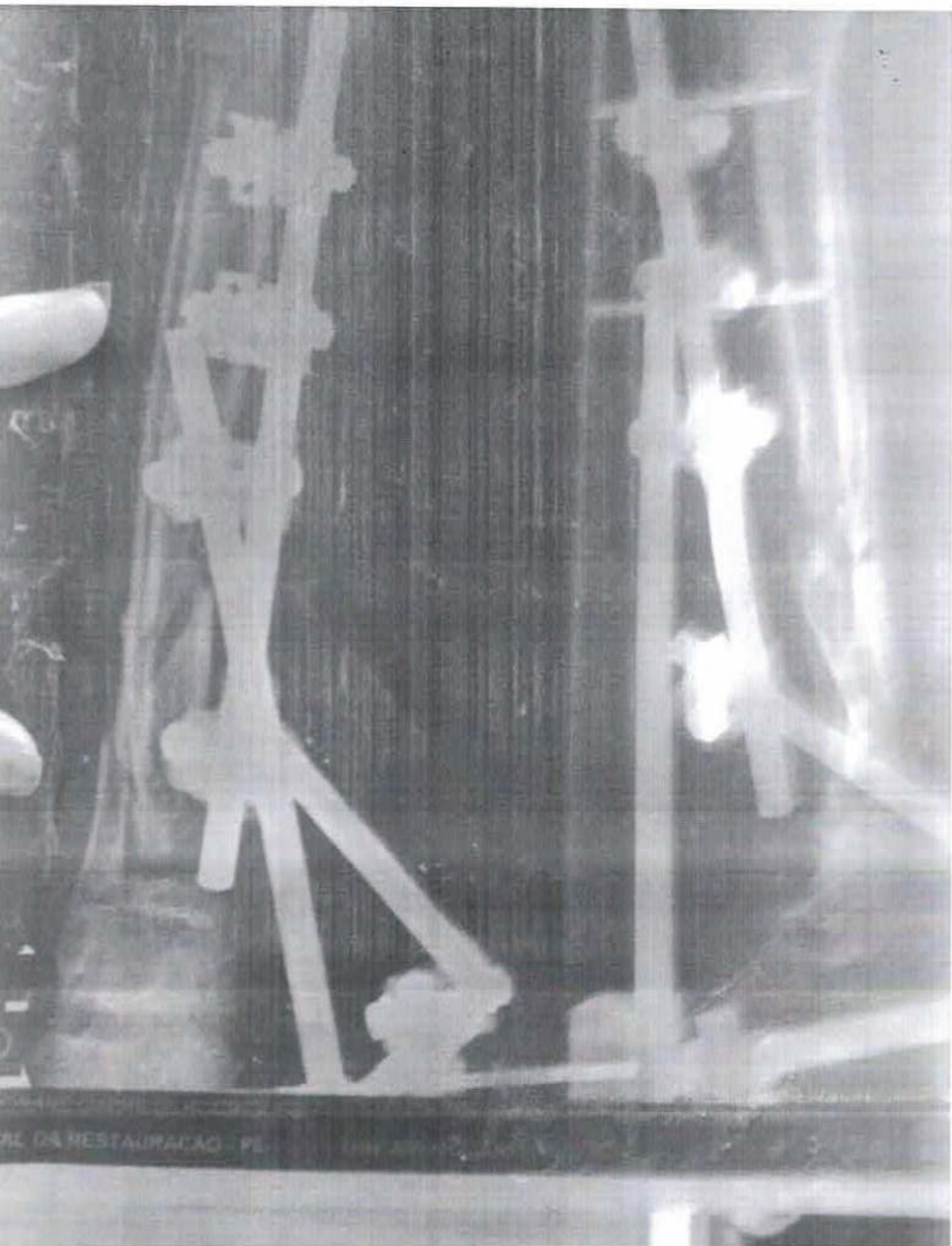
J. J. Dias



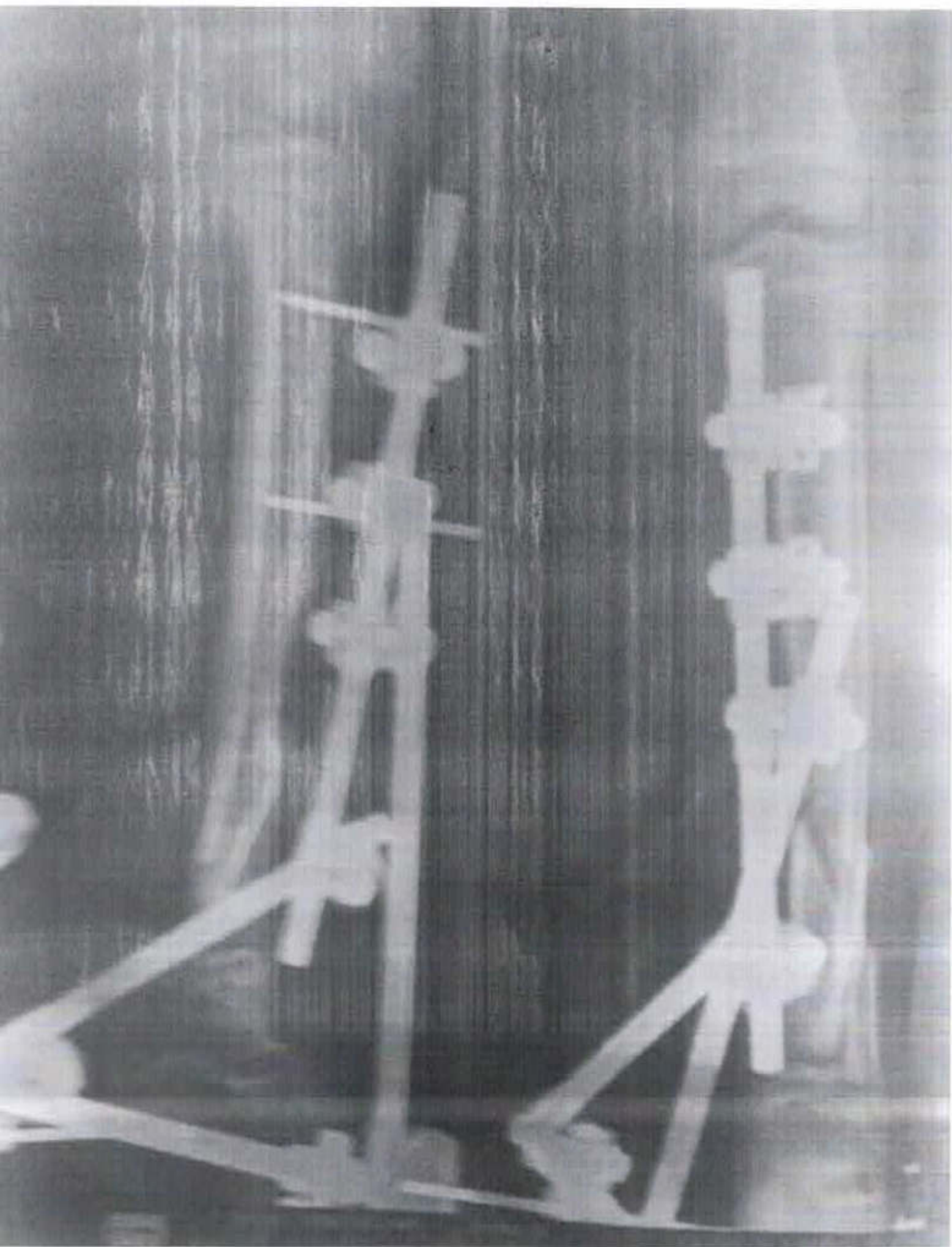


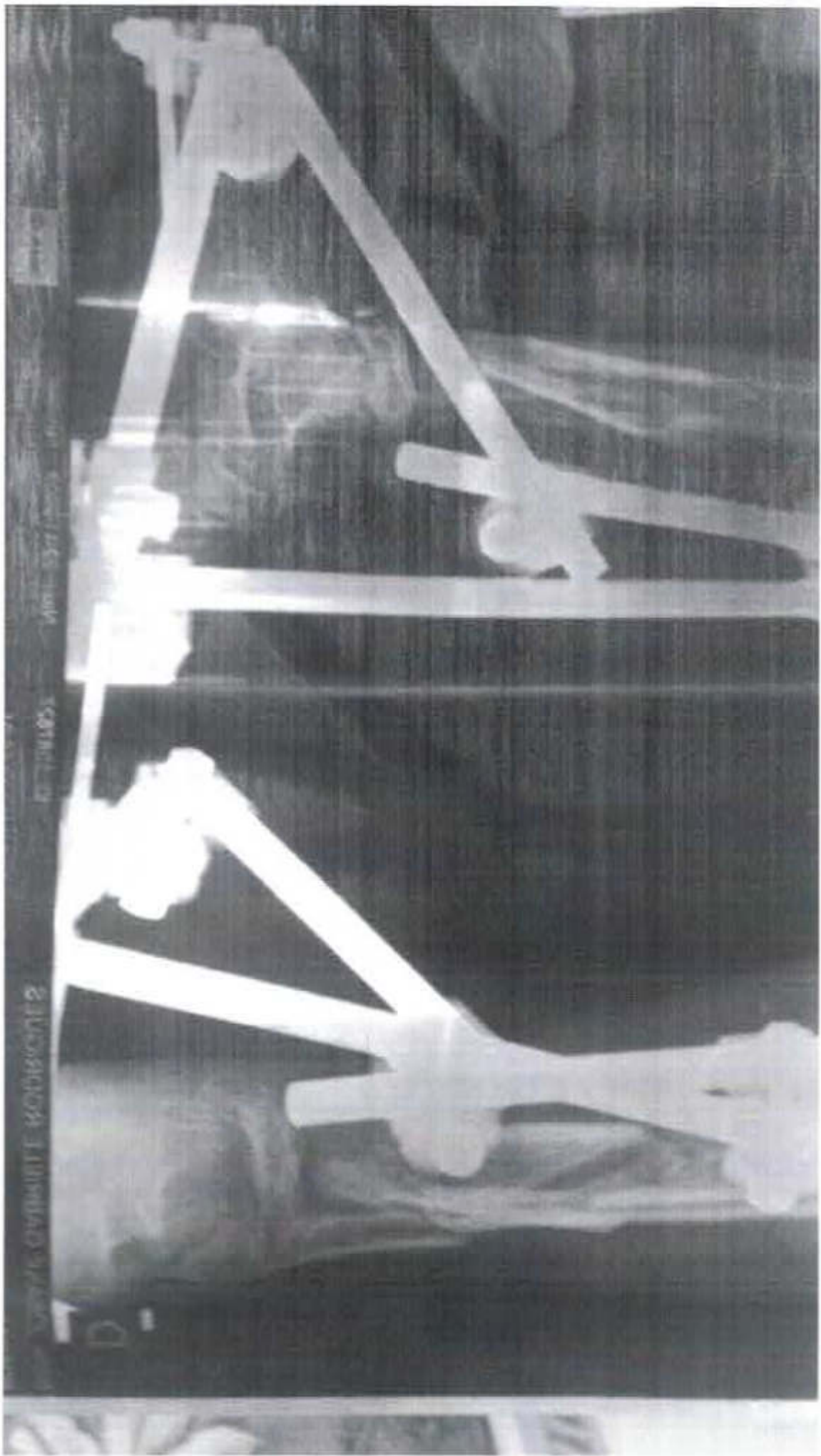






AL DA RESTAURAÇÃO - PE





REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE PERNAMBUCO

SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA

DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

IDENTIFICAÇÃO

JOSEANE FRANCISCO DA SILVA

ART. 174 - C. DE IDENT. - N.º 1.000.000.000

7.422.789 03/07/2007

<< JOSEANE FRANCISCO DA SILVA >>

<< SEVERINO FRANCISCO DA SILVA >>

<< VANDETE MARIA DA SILVA >>

IGARASSU - PE 21/09/1986

<< CN. 24687-L.67-F. 168-CART. SEDR

IGARASSU-PE-17.10.1991 >>

067.956.344-00

Ministério da Justiça

LEI Nº 11.127/2005

05.802.494/0001-41

TRACÃO CORRETORA

DE SEGUROS LTDA

11 JUN 2013

Rua da Aurora, nº 175, SL 902 BL. C

Boa Vista - CEP: 50.060-010

RECIFE-PE

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE PERNAMBUCO

SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA

DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

IDENTIFICAÇÃO

Joseane Francisco da Silva

ART. 174 - DENTIDADE

7.422.789 03/07/2007

<< JOSEANE FRANCISCO DA SILVA >>

<< SEVERINO FRANCISCO DA SILVA >>

<< VANDETE MARIA DA SILVA >>

IGARASSU - PE 21/09/1986

<< CN. 24687-L.67-F. 168-CART. SEDR

IGARASSU-PE-17.10.1991 >>

067.956.344-00

Ministério da Justiça

LEI Nº 11.127/2005

05.802.494/0001-41

TRACÃO CORRETORA

DE SEGUROS LTDA

11 JUN 2013

Rua da Aurora, nº 175, SL 902 BL. C

Rua Vista - CEP: 50.060-010

RECIFE-PE

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0116259/20

Vítima: JOSEANE GABRIELLY RODRIGUES CATAN

CPF: 067.956.344-00

Seguradora: SINAF PREVIDENCIAL CIA. DE SEGUROS

Data do acidente: 04/05/2017

CPF de: Representante

Titular do CPF: JOSEANE FRANCISCO DA SILVA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

JOSEANE FRANCISCO DA SILVA : 067.956.344-00

Autorização de pagamento
Comprovante de residência
Documentos de identificação

JOSEANE GABRIELLY RODRIGUES CATANHO DA SILVA : 067.956.344-00

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: 16/04/2020
Nome: JOSEANE FRANCISCO DA SILVA
CPF: 067.956.344-00

JOSEANE FRANCISCO DA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 16/04/2020
Nome: Steffany Carolyn Lins Veloso
CPF: 115.938.994-24

Steffany Carolyn Lins Veloso

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 19/05/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOSEANE FRANCISCO DA SILVA

BANCO: 001

AGÊNCIA: 01361-7

CONTA: 000010046405-X

Nr. da Autenticação 2F9BD5112FFF45DD