

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

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

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 27/04/2020

**Valorização 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
		<b>Total</b>	<b>17,5 %</b>	<b>R\$ 2.362,50</b>

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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, 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



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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, 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: INTERRUPÇÃO 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



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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 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, retorno ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você





**AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO  
DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12**

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221200 (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

**DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL**

Nome completo <b>JOSEANE FRANCISCO DA SILVA</b>	CPF titular da conta <b>067.956.344-40</b>	Profissão <b>DO LAR</b>
Endereço <b>RUA HENRIQUE MASI</b>	Número	Complemento
Bairro <b>LDT. AREAMARON</b>	Cidade <b>38400-000</b>	Estado <b>AC</b>
Email	Telefone (DDD) <b>61 98304-8580</b>	

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Lider – 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)			
AGÊNCIA NRO.	DIV	CONTA NRO.	DIV
1361	7	46 405	8
(Informar digito se existir)		(Informar digito se existir)	
<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (todos os bancos)			
BANCO	Nome _____		
Name	_____		
AGÊNCIA NRO.	DIV	CONTA NRO.	DIV
_____	_____	_____	_____
(Informar digito se existir)		(Informar digito se existir)	

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

14 0901 2018

Basis da Atenção - nº 175 - 51-902-BL-G

Boa Vista - CEP: 59006-010  
RÉGISTRE

JORDANSEN, OG de JUNHO de 2018

Local e Data

**Campo 1 - Assinatura do Beneficiário**

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

**Outogate**

International



Electronic Use Only / Apenas uso eletrônico

4001 6373 8466 5162

0000  
07/20

JOSEANE F SILVA

46.405-8  
1361-7

VISA

Electro



**AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO  
DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12**

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221200 (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

**DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL**

Nome completo <b>JOSEANE FRANCISCO DA SILVA</b>	CPF titular da conta <b>067.956.344-40</b>	Profissão <b>DO LAR</b>
Endereço <b>RUA HENRIQUE MAS</b>	Número	Complemento
Bairro <b>LDP. AREAMARON</b>	Cidade <b>38400-000</b>	Estado <b>AC</b>
		CEP <b>53640-578</b>
Email		Telefone (DDD) <b>81.98304.8580</b>

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Lider – 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)			
AGÊNCIA NRO.	DIV	CONTA NRO.	DIV
1361	7	46 405	8
(Informar digito se existir)		(Informar digito se existir)	
<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (todos os bancos)			
BANCO			
Name			
AGÊNCIA NRO.	DIV	CONTA NRO.	DIV
(Informar digito se existir)		(Informar digito se existir)	

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

14 09/2018

Basis da Atenção - nº 175 - 51-902-BL-G

Boa Vista - CEP: 590060-010

ITAPAJUCA, 06 de JUNHO de 2018

Local e Data

**Campo 1 - Assinatura do Beneficiário**

**Campo 2 - Assinatura do Representante Legal**

**Outogate**

International



Electronic Use Only / Apenas uso eletrônico

4001 6373 8466 5162

0000  
07/20

JOSEANE F SILVA

46.405-8  
1361-7

VISA

Electro



**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 N°. 17E0096004584**

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

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

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

**Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:**

**05.802.494/0001-41**

**TRAÇÃO CORRETORA  
DE SEGUROS LTDA**

**14 JUN 2018**

**Rua da Aurora, nº 175, SL 902 BL C  
Bela Vista - CEP: 50.060-010**

**RECIFE-PE**

**Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:**

**VEÍCULO: (verso 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 Mês: VANDETE  
MARIA DA SILVA Pai: SEVERINO FRANCISCO DA SILVA Data de Nascimento: 21/9/1986 Naturalidade:  
IGARASSU / PERNAMBUCO / BRASIL Documento: 7422789/SDS/PE (RG) Estado Civil: SOLTEIRO(A)  
Escolaridade: 1º GRAU COMPLETO Profissão: CAMAREIRO(A) Telefones Celulares:  
- 983393602**

**ROGERIO FRANCISCO DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mês: 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 Mês: 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: Feminino Data de Nascimento: 22/11/2009 Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

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

**FIAT , UNO (VEICULO)** de propriedade do(s) Sr(a): DURVAL JOSE DA SILVA, que estava em posse do(a) Sr(a) DURVAL JOSE DA SILVA  
 Categoria/Marca/Modelo: AUTOMOVEL/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) *Rogério Francisco da Silva*

**JAIRANNY WALLESCA DA SILVA**  
 (VITIMA) *Jairanny Wallasca da Silva*

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

*Antônio Ferraz Goiana 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 0221200 (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 CARVALHO 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 atende 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 Lider 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.

05.802.494/0001-41

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 contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DE CORRETORA  
DE SEGUROS LTDA

11 JUN 2018

Rua da Aurora, nº 175, SL 902 BL. C

Boa Vista - CEP: 50.060-010

RECIFE-PE

JUNHO , 06 de JUNHO de 2.018

Local e Data

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal





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

*Sérgio Parente Costa*

**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

Tarifa Social de Energia Elétrica-Criada pela Lei 10.438, de 26/04/02  
 NOTA FISCAL FATURA - CONTA DE ENERGIA DE JULHO  
 Companhia Energetica de Pernambuco  
 Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife, Pernambuco - CEP 52050-902  
 CNPJ 10.555.912/0001-08 | Insc. Est. 0005943-93 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE  
 LEONARDO CANDIDO GOMES

CPF: 932.425.734-04

CLASSIFICAÇÃO  
 B1 COMERCIAL  
 COMERCIAL  
 Monofásico

ENDERECO DA UNIDADE CONSUMIDORA  
 RUA HENRIQUE DURS 2251

CENTRO/ARASSU  
 IRAPASSUPE  
 53640-578

Nº DA NOTA FISCAL	SÉRIE	EMISSÃO	DATA DE VENCIMENTO	MÊS/ANO	DATA PREVISTA PRÓXIMA LEITURA
002760093	UNICA	24/07/2017	31/07/2017	07/2017	23/08/2017
APRESENTAÇÃO	Nº DO CLIENTE	Nº DA INSTALAÇÃO	TOTAL A PAGAR (R\$)		
24/07/2017	2001500817	1338419	26,03		

#### DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (%)
Consumo Ativo(kWh)	26 CONDUCCO	0,71599573	21,47
Acréscimo Bandeira AMARELA			0,51
Contribuição Iluminação Pública			2,18
ICMS Subvenção CDF-NF 002759195-23/05/17			0,22
Multa por atraso-NF 002923216 - 22/08/17			0,45
Juros do atraso-NF 002923210 - 22/08/17			0,08
PRO-CRANCA-(08) 13412-38600800091 6988			0,98

#### TOTAL DA FATURA

#### Demonstrativo de consumo desta nota fiscal

Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR		ATUAL		Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (kWh)
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA				
NA29074	CAT	22/06/2017	539200	24/07/2017	539320	14	10000		23,00

#### INFORMAÇÕES DE PIS/COFINS

VALOR DO PIS/COFINS

VALOR DO IPI

VALOR DO ICMS

VALOR DO PIS

VALOR DO COFINS

VALOR DO IPI

VALOR DO PIS

VALOR DO COFINS

VALOR DO IPI

VALOR DO PIS

VALOR DO COFINS

VALOR DO IPI

VALOR DO PIS

VALOR DO COFINS

VALOR DO IPI

VALOR DO PIS

VALOR DO COFINS

VALOR DO IPI

VALOR DO PIS

VALOR DO COFINS

VALOR DO IPI

VALOR DO PIS

VALOR DO COFINS

VALOR DO IPI

VALOR DO PIS

VALOR DO COFINS

VALOR DO IPI

VALOR DO PIS

VALOR DO COFINS

VALOR DO IPI

VALOR DO PIS

VALOR DO COFINS

VALOR DO IPI

VALOR DO PIS

VALOR DO COFINS

VALOR DO IPI

VALOR DO PIS

VALOR DO COFINS

VALOR DO IPI

VALOR DO PIS

VALOR DO COFINS

VALOR DO IPI

VALOR DO PIS

VALOR DO COFINS

VALOR DO IPI

VALOR DO PIS

VALOR DO COFINS

VALOR DO IPI

VALOR DO PIS

VALOR DO COFINS

VALOR DO IPI

VALOR DO PIS

VALOR DO COFINS

VALOR DO IPI

VALOR DO PIS

VALOR DO COFINS

VALOR DO IPI

VALOR DO PIS

VALOR DO COFINS

VALOR DO IPI

VALOR DO PIS

VALOR DO COFINS

VALOR DO IPI

VALOR DO PIS

VALOR DO COFINS

VALOR DO IPI

VALOR DO PIS

VALOR DO COFINS

VALOR DO IPI

VALOR DO PIS

VALOR DO COFINS

VALOR DO IPI

VALOR DO PIS

VALOR DO COFINS

VALOR DO IPI

VALOR DO PIS

VALOR DO COFINS

VALOR DO IPI

VALOR DO PIS

VALOR DO COFINS

VALOR DO IPI

VALOR DO PIS

VALOR DO COFINS

VALOR DO IPI

VALOR DO PIS

VALOR DO COFINS

VALOR DO IPI

VALOR DO PIS

VALOR DO COFINS

VALOR DO IPI

VALOR DO PIS

VALOR DO COFINS

VALOR DO IPI

VALOR DO PIS

VALOR DO COFINS

VALOR DO IPI

VALOR DO PIS

VALOR DO COFINS

VALOR DO IPI

VALOR DO PIS

VALOR DO COFINS

VALOR DO IPI

VALOR DO PIS

VALOR DO COFINS

VALOR DO IPI

VALOR DO PIS

VALOR DO COFINS

VALOR DO IPI

VALOR DO PIS

VALOR DO COFINS

VALOR DO IPI

VALOR DO PIS

VALOR DO COFINS

VALOR DO IPI

VALOR DO PIS

VALOR DO COFINS

VALOR DO IPI

VALOR DO PIS

VALOR DO COFINS

VALOR DO IPI

VALOR DO PIS

VALOR DO COFINS

VALOR DO IPI

VALOR DO PIS

VALOR DO COFINS

VALOR DO IPI

VALOR DO PIS

VALOR DO COFINS

VALOR DO IPI

VALOR DO PIS

VALOR DO COFINS

VALOR DO IPI

VALOR DO PIS

VALOR DO COFINS

VALOR DO IPI

VALOR DO PIS

VALOR DO COFINS

VALOR DO IPI

VALOR DO PIS

VALOR DO COFINS

VALOR DO IPI

VALOR DO PIS

VALOR DO COFINS

VALOR DO IPI

VALOR DO PIS

VALOR DO COFINS

VALOR DO IPI

VALOR DO PIS

VALOR DO COFINS

VALOR DO IPI

VALOR DO PIS

VALOR DO COFINS

VALOR DO IPI

VALOR DO PIS

VALOR DO COFINS

VALOR DO IPI

VALOR DO PIS

VALOR DO COFINS

VALOR DO IPI

VALOR DO PIS

VALOR DO COFINS

VALOR DO IPI

VALOR DO PIS

VALOR DO COFINS

VALOR DO IPI

VALOR DO PIS

VALOR DO COFINS

VALOR DO IPI

VALOR DO PIS

VALOR DO COFINS

VALOR DO IPI

VALOR DO PIS

VALOR DO COFINS

VALOR DO IPI

VALOR DO PIS

VALOR DO COFINS

VALOR DO IPI

VALOR DO PIS

VALOR DO COFINS

VALOR DO IPI

VALOR DO PIS

VALOR DO COFINS

VALOR DO IPI

VALOR DO PIS

VALOR DO COFINS

VALOR DO IPI

VALOR DO PIS

VALOR DO COFINS

VALOR DO IPI

VALOR DO PIS

VALOR DO COFINS

VALOR DO IPI

VALOR DO PIS

VALOR DO COFINS

VALOR DO IPI

VALOR DO PIS

VALOR DO COFINS

VALOR DO IPI

VALOR DO PIS

VALOR DO COFINS

VALOR DO IPI

VALOR DO PIS

VALOR DO COFINS

VALOR DO IPI

VALOR DO PIS

VALOR DO COFINS

VALOR DO IPI

VALOR DO PIS

VALOR DO COFINS

VALOR DO IPI

VALOR DO PIS

VALOR DO COFINS

VALOR DO IPI

VALOR DO PIS

VALOR DO COFINS

VALOR DO IPI

VALOR DO PIS

VALOR DO COFINS

VALOR DO IPI

VALOR DO PIS

VALOR DO COFINS

VALOR DO IPI

VALOR DO PIS

VALOR DO COFINS

VALOR DO IPI

Tarifa Social de Energia Elétrica-Criada pela Lei 10.438, de 26/04/02  
 NOTA FISCAL FATURA - CONTA DE ENERGIA DE JULHO  
 Companhia Energetica de Pernambuco  
 Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife, Pernambuco - CEP 52050-902  
 CNPJ 10.555.932/0001-08 | Insc. Est. 0005943-93 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE  
 LEONARDO CANDIDO GOMES

CPF: 932.425.734-04

CLASSIFICAÇÃO  
 B1 COMERCIAL  
 COMERCIAL  
 Monofásico

ENDERECO DA UNIDADE CONSUMIDORA  
 RUA HENRIQUE DURS 2251

CENTRO/ARASSU  
 IRAPASSUPE  
 53640-578

Nº DA NOTA FISCAL	SÉRIE	EMISSÃO	DATA DE VENCIMENTO	MÊS/ANO	DATA PREVISTA PRÓXIMA LEITURA
002760093	UNICA	24/07/2017	31/07/2017	07/2017	23/08/2017
APRESENTAÇÃO	Nº DO CLIENTE	Nº DA INSTALAÇÃO	TOTAL A PAGAR (R\$)		
24/07/2017	2001500817	1338419	26,03		

#### DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (%)
Consumo Ativo(kWh)	20 CONDUCCO	0,71599573	21,47
Acréscimo Bandeira AMARELA			0,51
Contribuição Iluminação Pública			2,18
ICMS Subvenção CDF-NF 002759195-23/05/17			0,22
Multa por atraso-NF 002923216-22/08/17			0,45
Juros do atraso-NF 002923210-22/08/17			0,08
PRO-CRANCA-(08) 13412-38600800091 6988			0,98

#### TOTAL DA FATURA

#### Demonstrativo de consumo desta nota fiscal

Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR		ATUAL		Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (kWh)
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA				
NA29074	CAT	22/06/2017	539200	24/07/2017	539320	12	10000		23,00

#### INFORMAÇÕES DE PIS/COFINS

PERÍODO DE REFERÊNCIA	VALOR DO PIS	VALOR DO COFINS
JUL/17	30	
AGOSTO/17	30	
SETEMBR/17	30	
OUTUBR/17	34	
NOV/17	34	
DEZ/17	30	

BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
22,00	5,5%	1,21
22,00	0,30	0,06
22,00	3,43	0,75

FOLHADO DE PIS/COFINS  
 COM BASE NO VALOR  
 ATUAL DA REFERÊNCIA ANTES  
 01/07/2017

# PRÓTESE

05.802.494/0001-11  
TRAÇÃO CORRETORA  
DE SEGUROS LTDA  
11 JUN 2019  
ETIQUETA  
RUA AUTOR, Nº 175, SL 902 BL C  
Belo Horizonte - CEP: 50.050-010  
RECIFE PE

Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco  
Hospital da Restauração

Número do Registro

## Ficha de Atendimento

(ALERGICA A DIPIRONA)

Número do Registro	Data e Hora de Atendimento:	Local de Entrada:
803937	04/05/2017 02:23	EMERGENCIA PEDIATRIC
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	Cartão SUS:
	Pai: Josane Rodrigues Catano da Silva	
Endereço: RUA LAJES		Numero 49
Bairro: MUSTARDINHA		Complemento:
Cidade: RECIFE		UF: PE Telefone: 988213040   fábio
corrências:	E-mail do paciente: 987693193	Amigo do paciente.
Objeto do atendimento: ACIDENTE COLISAO (ARVORE, MURO, POSTE)		
Procedência: VIA PUBLICA		
Informações do Serviço Social: Realizado atendimento inicial		
Confirmação de nome: 04/05/2017 Fones:		
Confirmação de endereço:		
Providências: Alta <input type="checkbox"/> Caso Social <input type="checkbox"/>	Assistente Social	
Encaminhamentos: Rede de Apoio <input type="checkbox"/> GPCA <input type="checkbox"/> Cons. Tutelar <input type="checkbox"/> Delegacias <input type="checkbox"/> Minist. Público <input type="checkbox"/>		
Outros <input type="checkbox"/>		
Observação: Notificado 91517	Assistente Social	
Vigilância Epidemiológica Hospitalar		
VEH-HR/SES - NEPI		
História Clínica: Criancinha vítima de acidente de carro de auto impacto (padrasto que estava dirigindo se evadiu do carro, mãe gestante foi pra Maternidade do Ipiranga e filha que estava no carro chegou intubada ao HR) sem informante, sem acompanhante há 7 hr e 40min. No momento nega vômitos e perda de consciência (medida da translação)		
Perda de consciência: Sim <input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/> Episódio Emético: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Acidente de Trabalho: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Atendimento Médico (informar)		
Acidente de Trânsito: Sim <input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/> Tipo: Sofreu Queda: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Altura: Transporte realizado Por:		
Imobilização Cervical: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Condições de imobilização adequadas: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Por Quê?	Refere dor em M/D.	
Exame Físico:		
A: Geral	Via aérea está pélvia: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	O paciente fala: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Temp:
B: Respiratório RR: 24 coordas hidratadas e simétricas, apneia, consciente, orientada, ativa		
C: Circulatório PA: X mm Hg		
Pulso: bpm		

RR em 2T BNP 815 FC = 130 bpm pulos cheios

APÓIO  
FACHA

D: Exame Neurológico	Deficiência motora: <input type="checkbox"/> MSD <input type="checkbox"/> MSE <input type="checkbox"/> MID <input type="checkbox"/> MIE <input type="checkbox"/>	Pupilas: <input type="checkbox"/> Isocônicas <input checked="" type="checkbox"/> Anisocônicas
Glasgow: Abertura Ocular Escore: 4	Hora: 10:00	Glasgow: Resposta Verbal Escore: 5
Glasgow: Resposta Motora Escore: 5	Hora:	

ECG -> R Pupilas fotonegantes

E: Exposição/Abdômen: fechado, moleiro

Sint: dor à palpação ac. tresp. distal de MID.

Diagnóstico Inicial: <b>Positivaura: +CE leve</b>	Cod. Procedimento
<b>Fratura exposta MID?</b>	

Conduta: <b>interno</b> <b>traumato /R-x MID /R-x torax /bacia</b> <b>NCR / cipe</b> <b>AMB / HT</b> <b>anuizare</b>	Ass. Médico
<b>Dra. Thais Abravanel</b> <b>CRM-SP 20.634</b>	05.802.494/0001-41 TRIACAO CORRETORA DE SEGUROS LTDA

Evolução de Enfermagem:	14 JUN 2010 Rua da Aurora, nº 175, Sl. 902 Bl. C Boa Vista - CEP: 50.060-010	Ass. Enfermagem
-------------------------	--	-----------------

Definição do Caso:	Condição de Alta:
<input type="checkbox"/> Internamento <input type="checkbox"/> Cirurgia <input type="checkbox"/> Óbito <input type="checkbox"/> Termo de Alta a Pedido <input type="checkbox"/> Evadiu-se <input checked="" type="checkbox"/> Alta	<input type="checkbox"/> Curado <input checked="" type="checkbox"/> Melhorado <input type="checkbox"/> Inalterado <input type="checkbox"/> Piorado <input type="checkbox"/> Óbito
Internado na Clínica:	
Transferido para:	

Autorização para Alta / Internamento / Transferência: Médico: <b>Thais Abravanel CRM-SP 20.634</b>	Data: <b>10/3/17</b> Hora: <b>14h</b>
---	---------------------------------------

Termo de responsabilidade para Internamento:  
- Estou ciente das normas existentes neste hospital, as 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 nosocomio, 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 Fiz e mostro fratura exposta por diafragma  
→ Ponto morto, deformidade e perna (D) com ferimento purulento e fric latente (1/3 distal) da perna (D)  
com edema 1g + 30-40 mm IV dextro

(D) curvado

(D) talas colas positivas.

(D) avulsão remanescente NCR

Dr. Fagner Athayde  
Médico Ortopedista  
CRM 16863 - 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

1 A JUN 2018

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

Gnitoria: policlínica do sburu

- Anos 1, Piorismo  
4/5 - TCC  
1:00 - Fratura mid

Point malaligned mid  
exposio mid 4d  
corrente e osteosintese; oco 15, PEP,  
P/ AVANT L'osmose > / amarrao osteosint

Ganho/Defeito = 0 crivo c/consenso, c/evitac  
P/ AVANT L'osmose > / amarrao osteosint

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

Enfermeira: TC nova  
5:10 > / lesões nov

Libero p/  
procedimento  
ortopédico

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

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



Estrada do Encanamento, 61 - Parnamirim

CEP: 52.060-210 - Recife - PE

CNCF-1 24 061 657/0001-27 Inst. Est. 18.1.001-0140069-5

Fones: (81) 3268-8554 / 3441-6966 Fax: (81) 3269-6781

REF ID: A03937 / 1587827

## **CONTROLE DE MATERIAIS**

#### **UTILIZADOS EM CIRURGIA**

(RQ-06)

Nº 045397

1º Via Fixa

Hospital: ITB Convênio: \_\_\_\_\_ Cidade: Recreio - RJ

### **Convênio:**

Cidade:

Rechte-Pc

Nome do Paciente: Josiane Gabriele Rodrigues Castanho da Silva Data da Cirurgia: 04.05.2017

Joséane Gabriele Rodrigues Castanho da Silva Data da Cirurgia: 04.05.2017

Médico: José Wilson Gómez Membro Operado: W.F.D.

PARAFUSOS CORTICais	Nº				
	QUANT.				
	LOTE				
PARAFUSOS DE BLOQUEIO	Nº				
	QUANT.				
	LOTE				
PARAFUSOS PARA HASTE BLOQUEADA	Nº	05-002-104/0001-11			
	QUANT.	TRACAO CORRETORA			
	LOTE	DE SEGUROS LTDA			
PARAFUSOS CANULADOS	Nº	1 A JUN 2018			
	QUANT.	Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BLC			
	LOTE	Bela Vista - CEP: 50.060-010			
PARAFUSOS DE INTERFERÊNCIA	Nº	RECEP-PE			
	QUANT.				
	LOTE				

**VENDEDOR/INSTRUMENTADOR:**



TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO PARA CIRURGIA ORTOPÉDICA

Por este instrumento particular o(a) paciente Josiane Gabriele Rodrigues C- internado neste Hospital com o registro 05.802.494/0001-41 ou seu responsável legal 05.802.494/0001-41, 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, Josiane Gabriele Rodrigues C-, para proceder as investigações necessárias ao diagnóstico do seu estado de saúde, bem como executar o tratamento cirúrgico designado de Fratura de Ossos do Pé, e todos os procedimentos que o incluem, inclusive anestesias 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, nrestando 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, Nº 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, compromissando-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

RG \_\_\_\_\_  
Nome \_\_\_\_\_

Assinatura do(a) responsável

RG nº 040.742.994-98  
Nome \_\_\_\_\_

Assinatura do(a) médico(a)

CRM: \_\_\_\_\_  
Nome \_\_\_\_\_



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco



HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO

PERNAMBUCO  
SEU FUTURO É NA SAÚDE

Paciente

Enfermaria/Leito

Registro

Joséne Gómez n. c. 1016

- 803907

## EVOLUÇÃO CLÍNICA

04/05/17

Paciente recém-nascido i distinta  
tripla de futura expectativa  
concomitante, origem da origem  
de seu 7/3 dntl. (03 d.  
gravid.)

1º gnr  
Jônimo Lobo  
Crespo - Recife  
CRM 1129 - 25/07/2002

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

Josiane Galvão

Enfermaria/Leito

Registro

## EVOLUÇÃO CLÍNICA

04/05/17

Cipe

6:20

PCT vítima de acidente automobilístico com fratura exposta da perna dianteira e giga do abdominal.

Abdome flácido, dimensões  
indolor à palpação

CO: aparentemente seu TAF  
libres pt obstrução da traumato

*[Handwritten signature]*

05.802.494/0001-41

TRÂNSITO CORRETORA

DE SEGUROS LTDA

11 JUN 2018

04/05/17 NR 06:45h

Rua da Aurora, nº 175, SC 902 BL C

Belo Horizonte - CEP: 50.060-010

Consciência: orientada, conturbada, vocácia, MOC normal, dancas monodicas, seu lateralizações. G = 15

TAC = seu lusos.

Do ponto de vista da NR  
é bizarra dura e OPA que dura juro pt amputação  
da traumato, seu motivo indicado da NR pt amputação  
de traumato

Suzana Serra CRM 8226  
Neurocirurgia / Traumatologia

04/05/17 - TRAUMATOLOGIA -

07:20h Fratura exposta de esquerda de braço

No bloco cirúrgico *[Signature]* Jerônimo Lobo  
Ginecologista - Traumatologista  
04/05/2017 - TEOT COD. 0123

# STADA #

04/  
05/  
17

# PDI Frd. exige os es  
de juncos  $\oplus$

Maca completa, rasteira,  
espuma

FC = 96

Ar m u  $\oplus$  m m

# Cl: Alba de SR epis. ab  
mörtis

Y. Quirino Vilela  
M. Biólogo  
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 Maca completa no PDI de Orixim da Fuma  
(0:55h)  $\oplus$ , Alergias, suspirar, tosse; APOL  
EST; ausculta de PO q tem a sensação de estrangulo na trai-  
lha, qgl em an pungente; Sono de sono 

04/05/17 Entupimento

Nova admissão nessa infusaria, paciente da  
SA acordada, afibril, espuma hipersecreta, farinxa  
extrema em MT D + escorvado. Itanda NCE superior  
em cuidados. Pausa  $\oplus$



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco

HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO



**PERNAMBUCO**  
GOVERNO DO ESTADO

Paciente

Enfermaria/Leito

Registro

Jomane Gehrke

611-02

## EVOLUÇÃO CLÍNICA

04/05/17

\* Enfermeira em V.

Menor com EGR, consciente, alerta, aceita dieta, vóle integral, AVP em MSE, um Uro de Fixador em MID doloroso (cresce e desce), exame cutâneo pelo MMSS, um HDT + Transtorno do sono, alergia a: aspirina, manta, roupas, nem mais queixas no momento, segue os cuidados de enfermeira em comunicação.

Em tempo: às 21:33 menor apreende náusea leve, episódio de fôlego (vômito).

paciente visto  
Acad. Enferm.  
SBOH/ES

04/05/17 Menor anas, apesar, vóies mudaram. menores. Aparece dor. Tensão, dísp. fixador intra muscular MIO e Boa condição e respiração.

05.802.494/0001-41  
TRAÇÃO CORRETORA  
DE SEGUROS LTDA

11 JUN 2019

05-05-17

CPE

Rua da Aurora, nº 175, sl. 902 BL C

Bela Vista - CEP 50000-000

RECIFE-PE

\* Diarreia (+) c/febre; dor abdominal em torno.  
+ RX Tórax - normal  
RX Abd - se proceder ao exame  
examinação pélvica.  
TOB, febre superior, perda  
cheias constante.  
Abd - doloroso, firme, indolor  
CGR alta da ordem

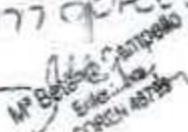
05/05/2017 Enfermeira

Menor evolução q EG regular; constante, ativa /  
expansão / indolor; agudizante oral; vereduras em  
superfície do M1D; fixador externo no M1D; elevado  
em potencial dureza  $\oplus$  lucidez  $\oplus$

Dr. Sérgio Alves  
ENFERMEIRO  
COREN-SC 019

06/05/17 menor ativa, aguda, evolução ligeiramente  
modificada, menor dor. Nesse sentido.  
Observar-se de dor M1D. Elétrica + intel.  $\oplus$ .  
Fixador externo M1D local sem sensações  
distorcionadas. Kee para futura e  
mais níveis de progressos. Kee para futura e  
temporanea - M1D -   
COREN-SC 02055

06/05/017

Venho comentei, orientado, expusso, aperte. Em  
at. amil. M1D fixador externo, elevado em potencial  
dureza dureza  $\oplus$  PUP. Dificuldade respiratória -   
COREN-SC 02055

05.802.494/0001-41

TRIÇÃO CORRETORA  
DE SEGUROS LTDA

11 JUN 2019

Rua da Automa, 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 ; 1º DPO tto cir. Fx exp. + FE Transarticular TNZ D

D1 Cefalotina / Clexane -

Evolui ainda com dor na perna e céfaleia, mas estável clínicamente ; Ao Exame: MID (NeuroVascular + Mobilidade presentes) ; FO secretiva

HPP: NDN

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

Daniel Lewi L. Montazuma  
Residente Ortopedia/Traumatologia  
CREMEPE 24.401

06/05/17 # Traumatologo  
HO: O fratura exposta da perna do pernão  
realizar colocação de fixador externo  
na enjambante  
queixa de dor à mobilização da MID.  
Ao exam. Boa perfusão distal, neuromotor preservado.  
Coluna macerada na MID.  
cp: O condutor mortidio.

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  
RECORTE

## 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 secretiva

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

11 JUN 2013

Rua da Aurora, nº 175, Sl. 902 Bl. 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 ; 3º DPO tto cir. Fx exp. + FE Transarticular TNZ D

D3 Cefalotina / Clexane -

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

HPP: NDN

CD: Aguarda cirurgia + Acompanhamento conjunto com NCR

Oanil Lewi L. Montezuma  
Residente Ortopedista/Traumatologista  
CREMEPE 24.401



05.802.494/0001-41  
TRAÇÃO CORRETORA  
DE SEGUROS LTDA

14 JUN 2018

Rua da Aurora, Nº 375, SL 902 BL. C  
Sua Vista - CEP: 50.060-010  
RECIFE-PF

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 atingiu acidente expõe fratura hemicôndilo  
nervoso everte-se DVO. Consulto, orientado.  
Foi visto hoje por Dr. Suzene Sime. Fixador  
externo MTS. Coluna ++/++ MTS. Quero dizer  
que Dr. Menor velarne muito de colocar  
MTS na ferida.

WILHELMUS  
ESTERECIMENTO  
CORON - 9205

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO



Unidade de Saúde : HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO

Paciente:	Jovane Rodrigues Catorho da Silveira		Nº do Registro: 1581562
Clinica:	Traumatologia		Nº do Leito:
Operador:	Dr. Júnior		
1º Assistente:	Vl. Dias	2º Assistente:	
Instrumentador:			Anestesista: Dra. Cristina
Anestesia:	Gral	Duração:	
Data da Operação:	04/05/17	Inicio:	Fim:

Diagnóstico Pré-Operatório:

Fratura exposta de onda da perna ①

Diagnóstico Pós-Operatório:

O mesmo

Operação Proposta: Tratamento cirúrgico de fratura de onda da perna ①

05.807.494/0001-41  
TRAÇÃO CORRETORA  
DE SÍSTOMOS LFB/4

Operação Realizada: A mesma.

11 JUN 2018

Rua da Aurora, nº 175, 51.902 BL C

Boa Vista - CEP: 50.060-010

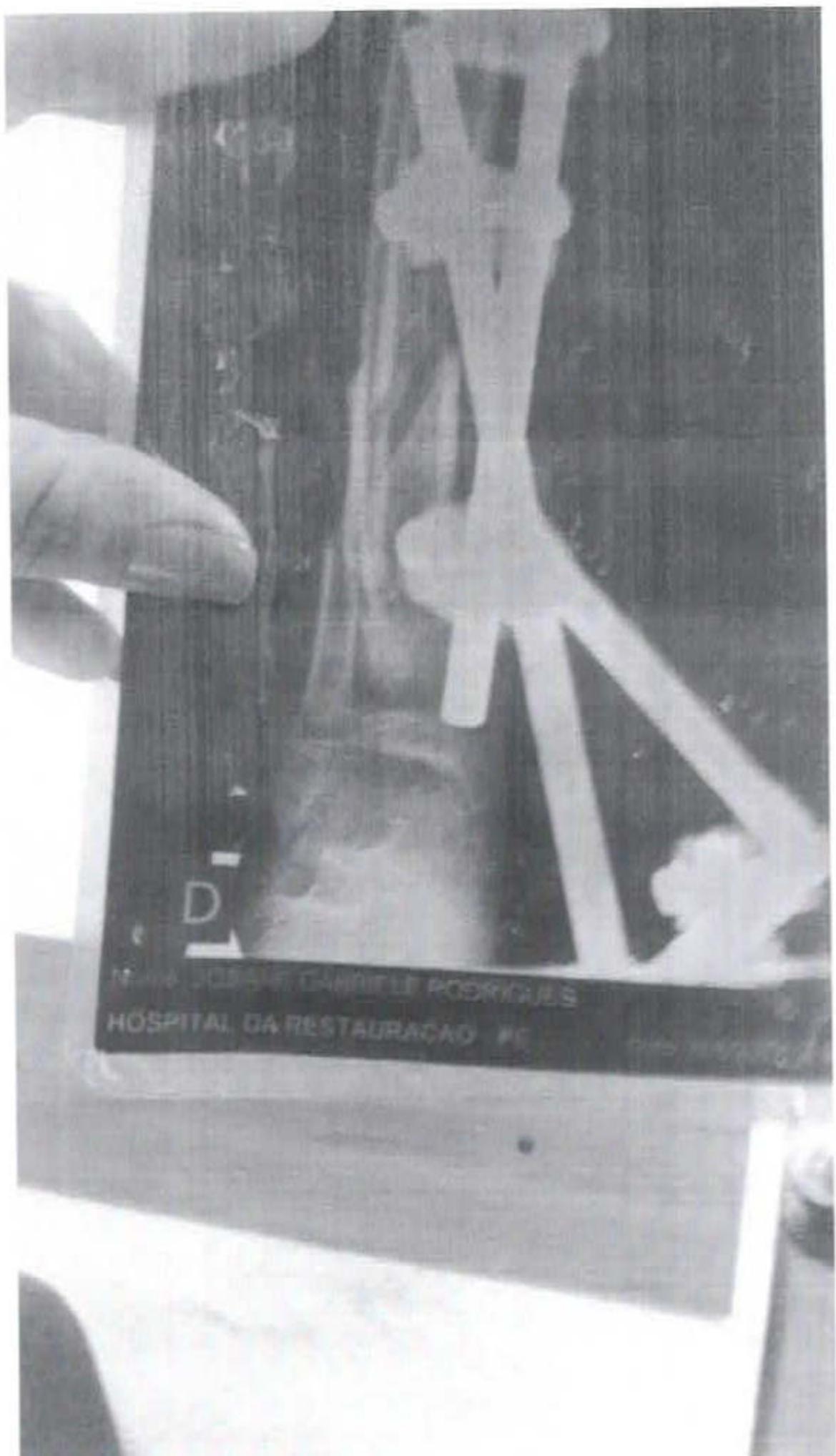
RECIFE-PE

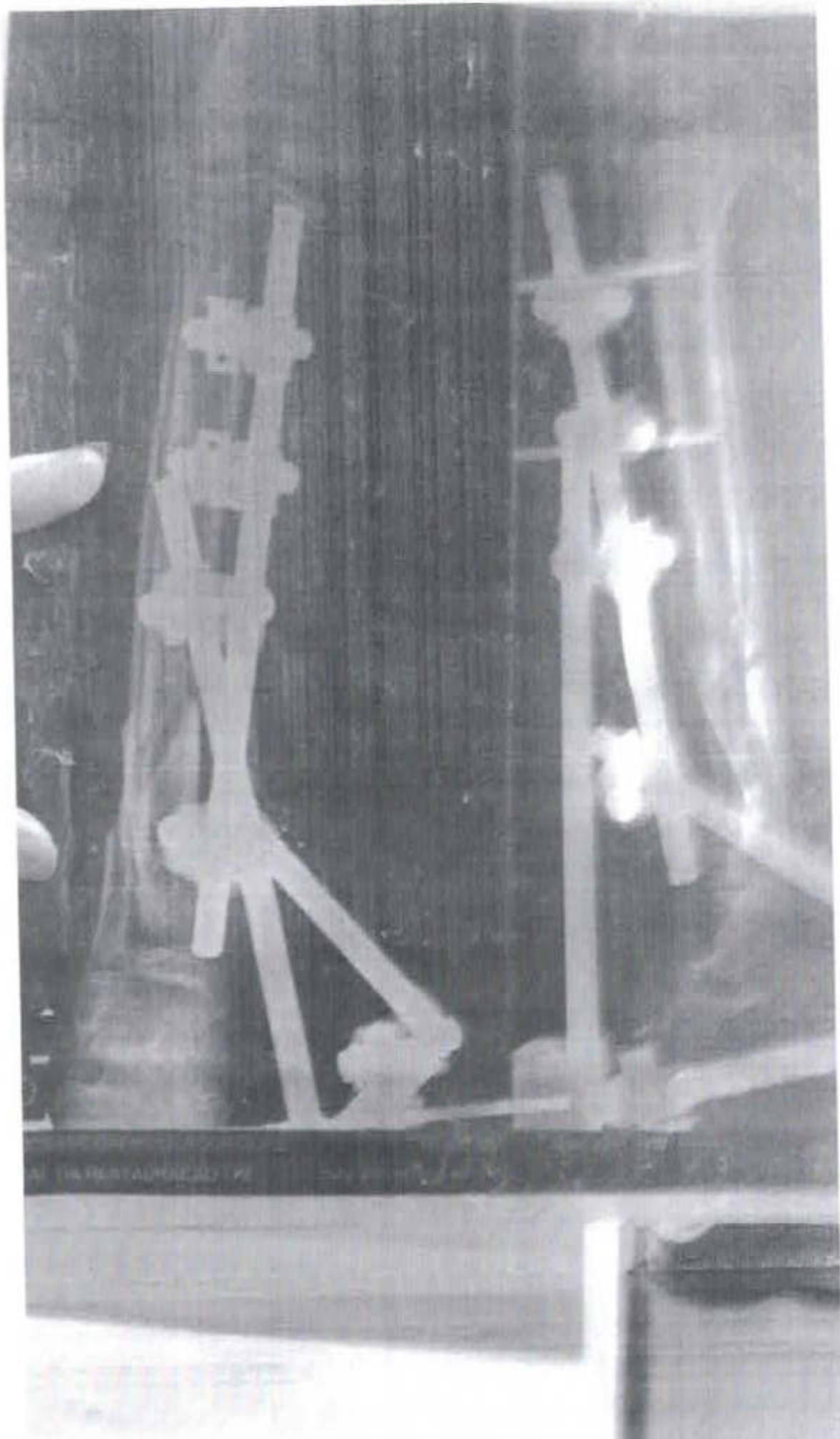
DESCRÍÇÃO DO ATO OPERATÓRIO

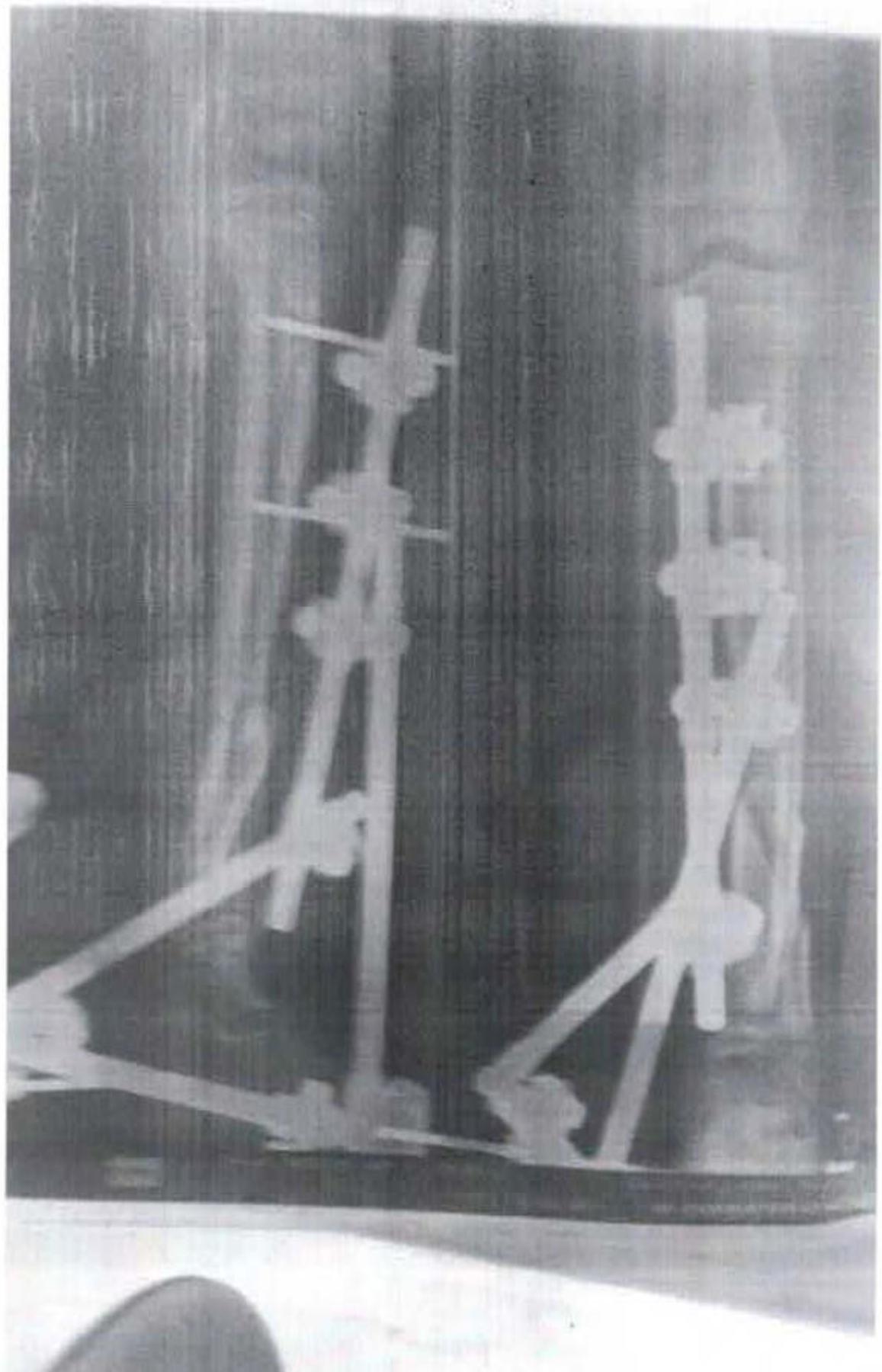
- ① Paciente em DDH sob gato de arteria
- ② Ampliação e osteotomia + colocação de corpos interosseos
- ③ Ampliação e deslocamento do fêmur em regiões laterais de perna ④ abrindo o fêmur de fôtuos
- ⑤ Osteotomia excentrica do fêmur com SFA 3+
- ⑥ Redução do fêmur
- ⑦ Colocação do fêmur sobre tubo a tubo, frontofrontal com 09 par de Schanz
- ⑧ Sutura do fêmur
- ⑨ Curativo.

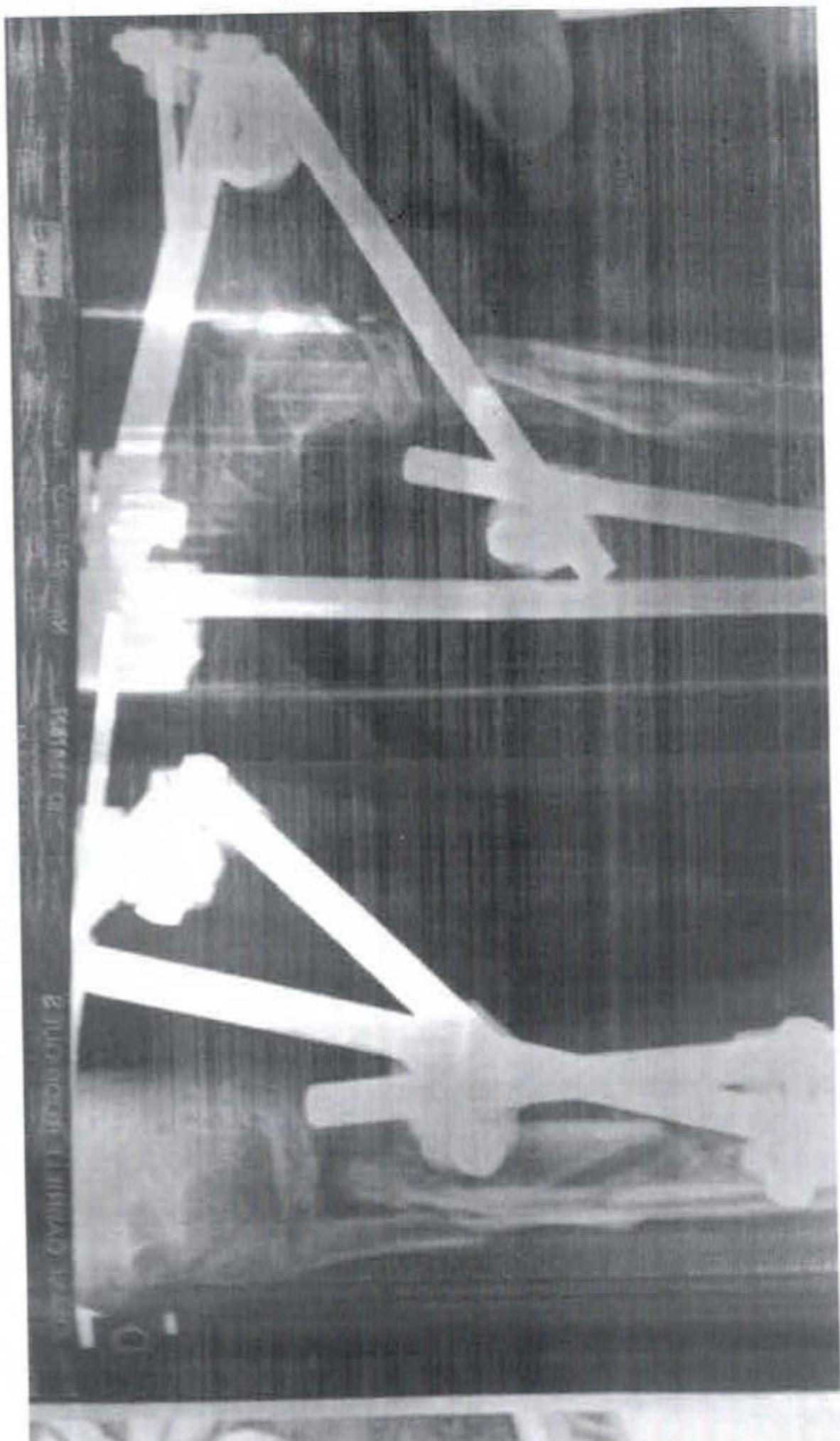
J

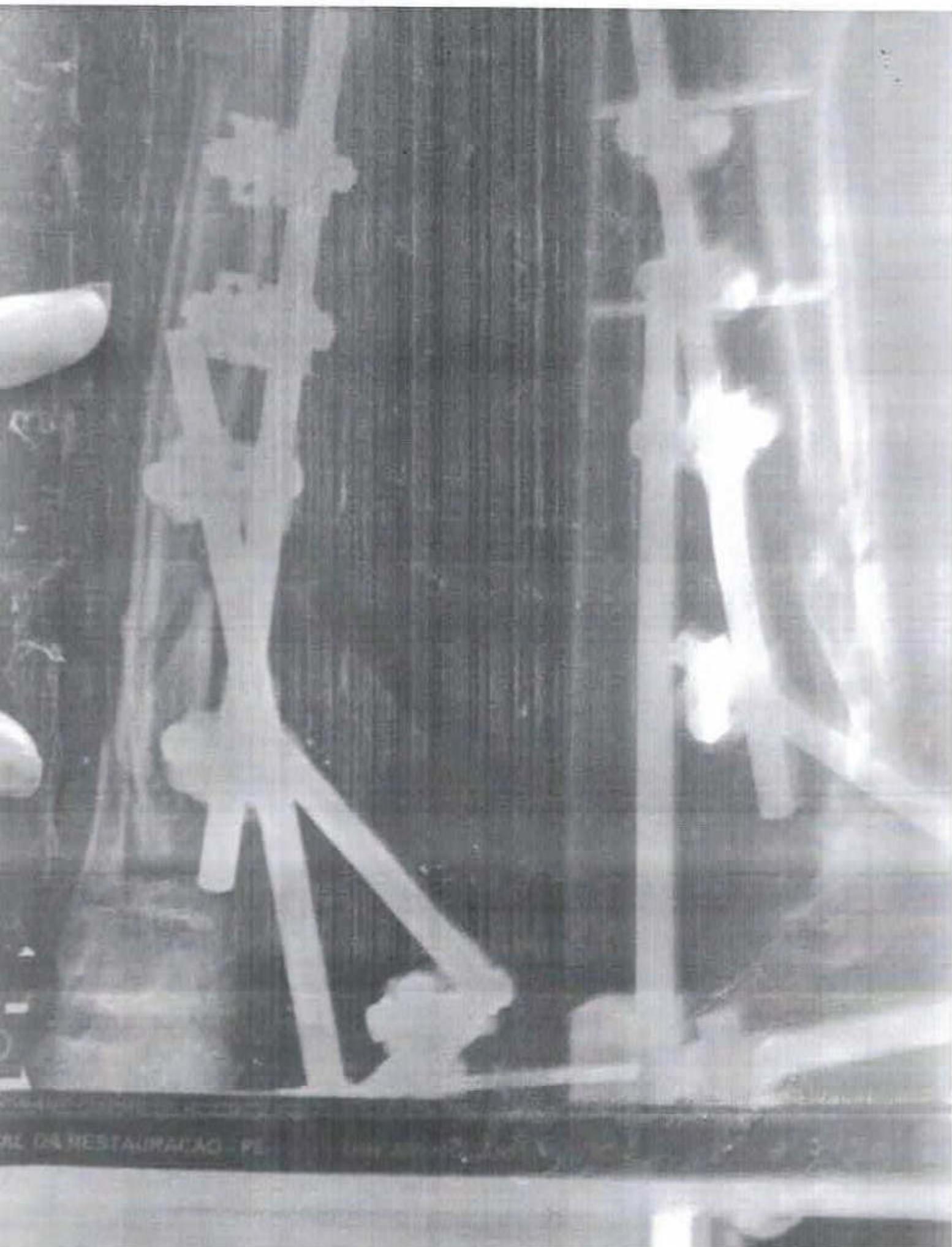


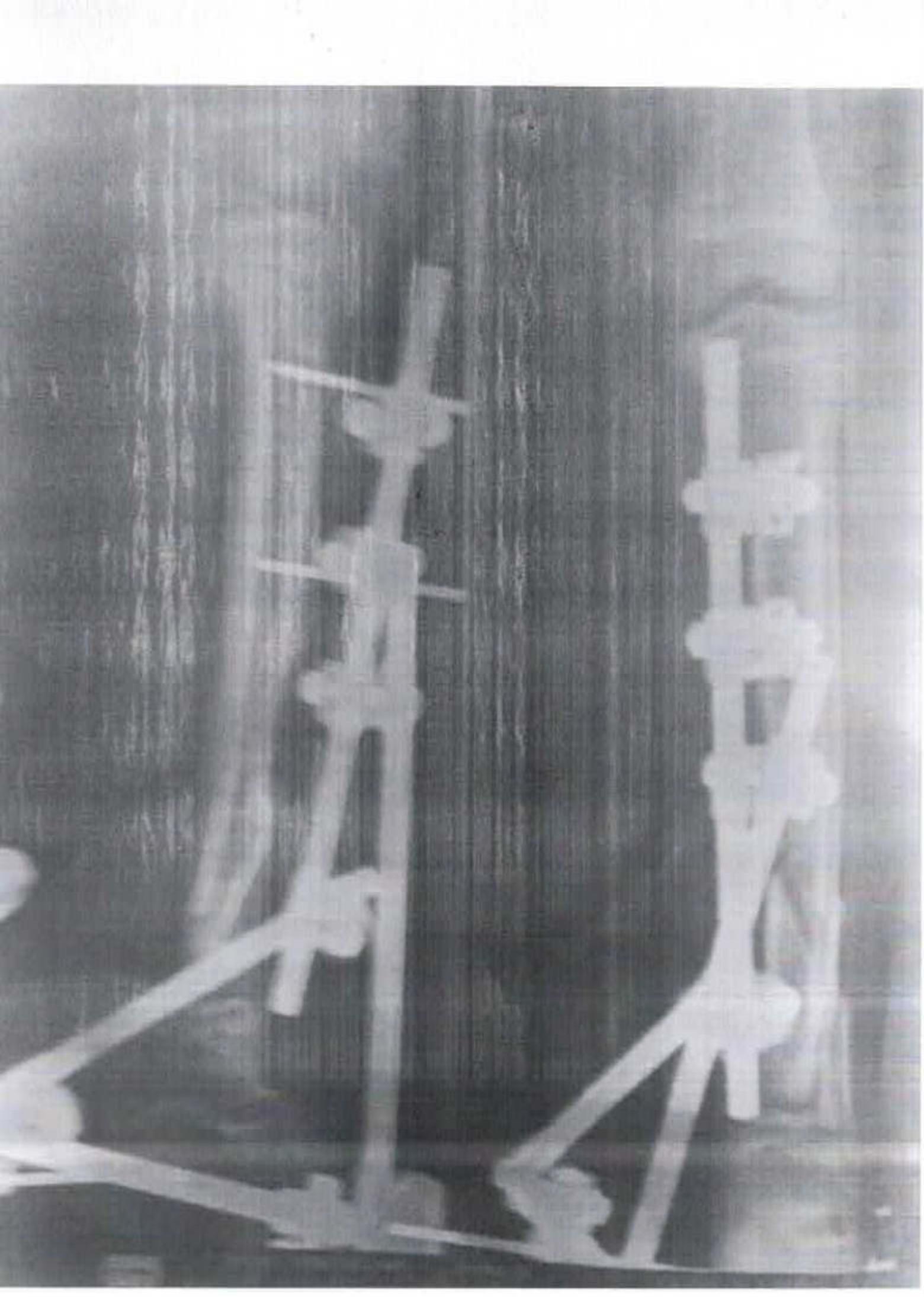


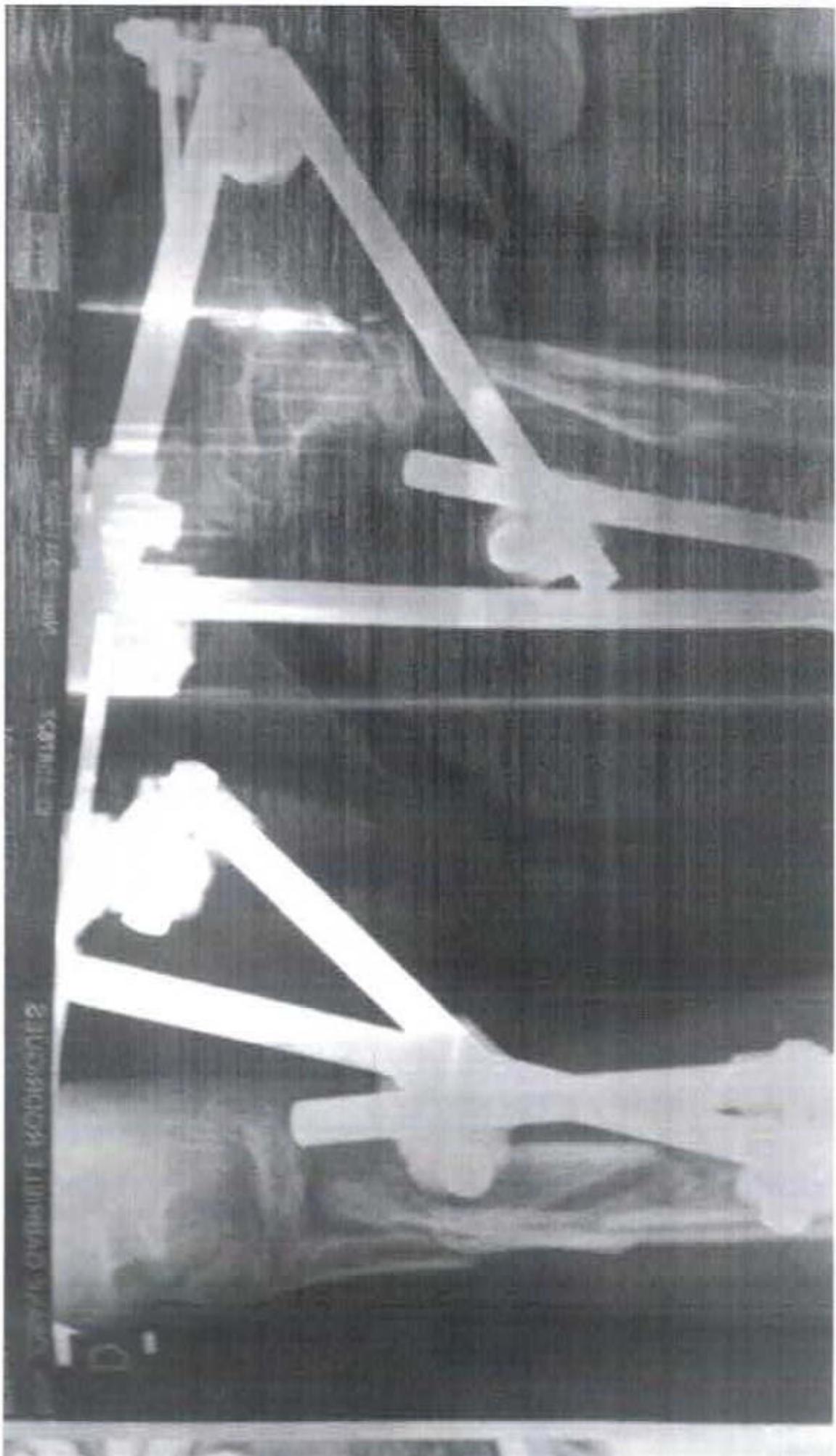












© 2001 CHRYSLER CORPORATION



AVADA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

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.G/F. JOE-CART. GEDC  
IGARASSU-PE-17 10.1991 > #  
067.955.344-00

05.802.494/0001-41  
TRAÇÃO CORRETORA  
DE SEGUROS LTDA

11 JUN 2013

Rua da Aurora, 10 175, SL 902 BL C  
Bela Vista - CEP 50.060-010  
RECIFE-PE



*Joseane Francisco da Silva*

DATA DE DEBITO: 03/07/2007

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.G/F. JOE-CART. GEDR

IGARASSU-PE-17 10.1991>#

067.955.344-00

MARQUINHA E FILHOS

LIN 711228000

05.802.494/0001-41  
TRAÇÃO CORRETORA  
DE SEGUROS LTDA

11 JUN 2007

Rua da Aurora, 10 175, SL 902 BL C  
Bela 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      **Data do acidente:** 04/05/2017      **Seguradora:** Companhia de Seguros  
CATANHO DA SILVA      Previdência do Sul

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 27/04/2020

**Valorização 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
		<b>Total</b>	<b>17,5 %</b>	<b>R\$ 2.362,50</b>

# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0118345/20

**Vítima:** JOSANE GABRIELLY RODRIGUES CATANHO

**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](http://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

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

JOSEANE FRANCISCO DA SILVA

Steffany Caroliny 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



**AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO  
DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12**

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221200 (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

**DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL**

Nome completo <b>JOSEANE FRANCISCO DA SILVA</b>	CPF titular da conta <b>067.956.344-40</b>	Profissão <b>DO LAR</b>
Endereço <b>RUA HENRIQUE MAS</b>	Número	Complemento
Bairro <b>LDP. AREAMARON</b>	Cidade <b>38400-000</b>	Estado <b>AC</b>
		CEP <b>53640-578</b>
Email		Telefone (DDD) <b>81.98304.8580</b>

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Lider – 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)			
AGÊNCIA NRO.	DIV	CONTA NRO.	DIV
1361	7	46 405	8
(Informar digito se existir)		(Informar digito se existir)	
<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (todos os bancos)			
BANCO	Nome _____		
Name	_____		
AGÊNCIA NRO.	DIV	CONTA NRO.	DIV
_____	_____	_____	_____
(Informar digito se existir)		(Informar digito se existir)	

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro autorizado, 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.

14 09/2018

Basis da Atenção - nº 175 - 51-902-BL-G

Boa Vista - CEP: 590060-010

ITAPAJUCA, 06 de JUNHO de 2018

Local e Data

**Campo 1 - Assinatura do Beneficiário**

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

**Outogate**

International



Electronic Use Only / Apenas uso eletrônico

4001 6373 8466 5162

0000  
07/20

JOSEANE F SILVA

46.405-8  
1361-7

VISA

Electro

**AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO  
DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12**

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  
*JOSANE FRANCISCO DA SILVA*

**DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL**

Nome completo <i>JOSANE FRANCISCO DA SILVA</i>	CPF titular da conta <i>067.956.344-40</i>	Profissão <i>DO LAR</i>
Endereço <i>RUA HENRIQUE MIAZ</i>	Número	Complemento
Bairro <i>LOP. ATAMANOV</i>	Cidade <i>ITAPASSA</i>	Estado <i>AC</i>
Email	CEP <i>53640-578</i>	
	Telefone (DDD) <i>61.98304.8580</i>	

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"/> RECUZO 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 |  |

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

AGÊNCIA Nº <i>1361</i>	D/V <i>7</i>	CONTA Nº <i>46 405</i>	D/V <i>8</i>
------------------------------	-----------------	------------------------------	-----------------

(Inserir dígito se existir)

(Inserir dígito se existir)

- CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO Nome	REC:
<input type="text"/>	<input type="text"/>

AGÊNCIA Nº <input type="text"/>	D/V <input type="text"/>	CONTA Nº <input type="text"/>	D/V <input type="text"/>
---------------------------------------	-----------------------------	-------------------------------------	-----------------------------

(Inserir dígito se existir)

Informar dígito se existir  
**05.802.454/0001-41**

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.

**11 JUN 2018**

Rua da Aurora, nº 175, SL 902 BL C

Boa Vista - CEP: 50.060-010

BRF/ST/PE

*ITAPASSA, 06 de JUNHO de 2018*

Local e Data

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

**Outogate**

International



Electronic Use Only / Apenas uso eletrônico

4001 6373 8466 5162

0000  
07/20

JOSEANE F SILVA

46.405-8  
1361-7

VISA

Electro



**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 N°. 17E0096004584**

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

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

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

**Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:**

**05.802.494/0001-41**

**TRAÇÃO CORRETORA  
DE SEGUROS LTDA**

**14 JUN 2018**

**Rua da Aurora, nº 175, SL 902 BL C  
Bela Vista - CEP: 50.060-010**

**RECIFE-PE**

**Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:**

**VEÍCULO: (verso 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 Mês: VANDETE  
MARIA DA SILVA Pai: SEVERINO FRANCISCO DA SILVA Data de Nascimento: 21/9/1986 Naturalidade:  
IGARASSU / PERNAMBUCO / BRASIL Documento: 7422789/SDS/PE (RG) Estado Civil: SOLTEIRO(A)  
Escolaridade: 1º GRAU COMPLETO Profissão: CAMAREIRO(A) Telefones Celulares:  
- 983393602**

**ROGERIO FRANCISCO DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mês: 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 Mês: 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: Feminino Data de Nascimento: 22/11/2009 Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

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

**FIAT , UNO (VEICULO)** de propriedade do(s) Sr(a): DURVAL JOSE DA SILVA, que estava em posse do(a) Sr(a) DURVAL JOSE DA SILVA  
Categoria/Marca/Modelo: AUTOMOVEL/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 0221200 (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 CARVALHO 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 atende 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 Lider 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.

05.802.494/0001-41

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 contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DE CORRETORA  
DE SEGUROS LTDA

11 JUN 2018

Rua da Aurora, nº 175, SL 902 BL. C

Boa Vista - CEP: 50.060-010

RECIFE-PE

JUNHO , 06 de JUNHO de 2.018

Local e Data

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

## 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 - PERNAMBUCOM. DA CONCEIÇÃO DA COSTA LIMA  
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 dn:

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 PATRÍCIO RODRIGUES CATANHO

maternos SEVERINO FRANCISCO DA SILVA  
VANDETE MARIA DA SILVA

Foi declarante o pai. Apresentou DNV nº 30504967772.

05.802.494/0001-41  
TRACÃO CORRETORA  
DE SEGUROS LTDA

1 A JUN 2019

Rua da Aurora, nº 175, bl. 902 bl. C  
Boa Vista - CEP 50.060-010  
RECIFE-PEAssinada com o Selo  
Digital e Ficou Assinada

O referido é verdade e dou fé.

Recife, 25 de novembro de 2009

Oficial

Rua Dona Ana Xavier, 155, loja 6 - CEP.: 52.070-060 - Casa Amarela - Recife - PE - C.N.P.J.: 22.886.580/0001-07

Este documento foi emitido digitalmente pelo Oficial do Registro Civil.

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

Informe o código: 90C37215-CFB7-43D1-9926-6BF2731AD0A6

Data do Registro: 23/11/2009 14:12:09



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

*Sérgio Parente Costa*

**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

Tarifa Social de Energia Elétrica-Criada pela Lei 10.438, de 26/04/02  
 NOTA FISCAL FATURA - CONTA DE ENERGIA DE JULHO  
 Companhia Energetica de Pernambuco  
 Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife, Pernambuco - CEP 52050-902  
 CNPJ 10.555.932/0001-08 | Insc. Est. 0005943-93 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE  
 LEONARDO CANDIDO GOMES

CPF: 932.425.734-04

CLASSIFICAÇÃO  
 B1 COMERCIAL  
 COMERCIAL  
 Monofásico

ENDERECO DA UNIDADE CONSUMIDORA  
 RUA HENRIQUE DURS 2251

CENTRO/ARASSU  
 IRAPASSUPE  
 53640-578

Nº DA NOTA FISCAL	SÉRIE	EMISSÃO	DATA DE VENCIMENTO	MÊS/ANO	DATA PREVISTA PRÓXIMA LEITURA
002760093	UNICA	24/07/2017	31/07/2017	07/2017	23/08/2017
APRESENTAÇÃO	Nº DO CLIENTE	Nº DA INSTALAÇÃO	TOTAL A PAGAR (R\$)		
24/07/2017	2001500817	1338419	26,03		

#### DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (%)
Consumo Ativo(kWh)	26 CONDUCCO	0,71599573	21,47
Acréscimo Bandeira AMARELA			0,51
Contribuição Iluminação Pública			2,18
ICMS Subvenção CDF-NF 002759195-23/05/17			0,22
Multa por atraso-NF 002923216 - 22/08/17			0,45
Juros do atraso-NF 002923210 - 22/08/17			0,08
PRO-CRANCA-(08) 13412-38600800091 6988			0,98

#### TOTAL DA FATURA

#### Demonstrativo de consumo desta nota fiscal

Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR		ATUAL		Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (kWh)
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA				
NA29074	CAT	22/06/2017	539200	24/07/2017	539320	14	10000		23,00

#### INFORMAÇÕES DE PIS/COFINS

VALOR DO PIS/COFINS

VALOR DO ICMS

VALOR DO PIS

VALOR DO COFINS

#### INFORMAÇÕES DE BASE DE CÁLCULO

BASE DE CÁLCULO

%

VALOR DO IMPOSTO

FATURADO PELO CONSUMIDOR

COM DESCONTO DA

ALÍquota PIS/COFINS ANEXA

ATÉ 12/2016

ATÉ 12/2017

ATÉ 12/2018

ATÉ 12/2019

ATÉ 12/2020

ATÉ 12/2021

ATÉ 12/2022

ATÉ 12/2023

ATÉ 12/2024

ATÉ 12/2025

ATÉ 12/2026

ATÉ 12/2027

ATÉ 12/2028

ATÉ 12/2029

ATÉ 12/2030

ATÉ 12/2031

ATÉ 12/2032

ATÉ 12/2033

ATÉ 12/2034

ATÉ 12/2035

ATÉ 12/2036

ATÉ 12/2037

ATÉ 12/2038

ATÉ 12/2039

ATÉ 12/2040

ATÉ 12/2041

ATÉ 12/2042

ATÉ 12/2043

ATÉ 12/2044

ATÉ 12/2045

ATÉ 12/2046

ATÉ 12/2047

ATÉ 12/2048

ATÉ 12/2049

ATÉ 12/2050

ATÉ 12/2051

ATÉ 12/2052

ATÉ 12/2053

ATÉ 12/2054

ATÉ 12/2055

ATÉ 12/2056

ATÉ 12/2057

ATÉ 12/2058

ATÉ 12/2059

ATÉ 12/2060

ATÉ 12/2061

ATÉ 12/2062

ATÉ 12/2063

ATÉ 12/2064

ATÉ 12/2065

ATÉ 12/2066

ATÉ 12/2067

ATÉ 12/2068

ATÉ 12/2069

ATÉ 12/2070

ATÉ 12/2071

ATÉ 12/2072

ATÉ 12/2073

ATÉ 12/2074

ATÉ 12/2075

ATÉ 12/2076

ATÉ 12/2077

ATÉ 12/2078

ATÉ 12/2079

ATÉ 12/2080

ATÉ 12/2081

ATÉ 12/2082

ATÉ 12/2083

ATÉ 12/2084

ATÉ 12/2085

ATÉ 12/2086

ATÉ 12/2087

ATÉ 12/2088

ATÉ 12/2089

ATÉ 12/2090

ATÉ 12/2091

ATÉ 12/2092

ATÉ 12/2093

ATÉ 12/2094

ATÉ 12/2095

ATÉ 12/2096

ATÉ 12/2097

ATÉ 12/2098

ATÉ 12/2099

ATÉ 12/2100

ATÉ 12/2101

ATÉ 12/2102

ATÉ 12/2103

ATÉ 12/2104

ATÉ 12/2105

ATÉ 12/2106

ATÉ 12/2107

ATÉ 12/2108

ATÉ 12/2109

ATÉ 12/2110

ATÉ 12/2111

ATÉ 12/2112

ATÉ 12/2113

ATÉ 12/2114

ATÉ 12/2115

ATÉ 12/2116

ATÉ 12/2117

ATÉ 12/2118

ATÉ 12/2119

ATÉ 12/2120

ATÉ 12/2121

ATÉ 12/2122

ATÉ 12/2123

ATÉ 12/2124

ATÉ 12/2125

ATÉ 12/2126

ATÉ 12/2127

ATÉ 12/2128

ATÉ 12/2129

ATÉ 12/2130

ATÉ 12/2131

ATÉ 12/2132

ATÉ 12/2133

ATÉ 12/2134

ATÉ 12/2135

ATÉ 12/2136

ATÉ 12/2137

ATÉ 12/2138

ATÉ 12/2139

ATÉ 12/2140

ATÉ 12/2141

ATÉ 12/2142

ATÉ 12/2143

ATÉ 12/2144

ATÉ 12/2145

ATÉ 12/2146

ATÉ 12/2147

ATÉ 12/2148

ATÉ 12/2149

ATÉ 12/2150

ATÉ 12/2151

ATÉ 12/2152

ATÉ 12/2153

ATÉ 12/2154

ATÉ 12/2155

ATÉ 12/2156

ATÉ 12/2157

ATÉ 12/2158

ATÉ 12/2159

ATÉ 12/2160

ATÉ 12/2161

ATÉ 12/2162

ATÉ 12/2163

ATÉ 12/2164

ATÉ 12/2165

ATÉ 12/2166

ATÉ 12/2167

ATÉ 12/2168

ATÉ 12/2169

ATÉ 12/2170

ATÉ 12/2171

ATÉ 12/2172

ATÉ 12/2173

ATÉ 12/2174

ATÉ 12/2175

ATÉ 12/2176

ATÉ 12/2177

ATÉ 12/2178

ATÉ 12/2179

ATÉ 12/2180

ATÉ 12/2181

ATÉ 12/2182

ATÉ 12/2183

ATÉ 12/2184

ATÉ 12/2185

ATÉ 12/2186

ATÉ 12/2187

ATÉ 12/2188

ATÉ 12/2189

ATÉ 12/2190

ATÉ 12/2191

ATÉ 12/2192

ATÉ 12/2193

ATÉ 12/2194

ATÉ 12/2195

ATÉ 12/2196

ATÉ 12/2197

ATÉ 12/2198

ATÉ 12/2199

ATÉ 12/2200

ATÉ 12/2201

ATÉ 12/2202

ATÉ 12/220

Tarifa Social de Energia Elétrica-Criada pela Lei 10.438, de 26/04/02  
 NOTA FISCAL FATURA - CONTA DE ENERGIA DE JULHO  
 Companhia Energetica de Pernambuco  
 Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife, Pernambuco - CEP 52050-902  
 CNPJ 10.555.932/0001-08 | Insc. Est. 0005943-93 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE  
 LEONARDO CANDIDO GOMES

CPF: 932.425.734-04

CLASSIFICAÇÃO  
 B1 COMERCIAL  
 COMERCIAL  
 Monofásico

ENDERECO DA UNIDADE CONSUMIDORA  
 RUA HENRIQUE DURS 2251

CENTRO/ARASSU  
 IRAPASSUPE  
 53640-578

Nº DA NOTA FISCAL	SÉRIE	EMISSÃO	DATA DE VENCIMENTO	MÊS/ANO	DATA PREVISTA PRÓXIMA LEITURA
002760093	UNICA	24/07/2017	31/07/2017	07/2017	23/08/2017
APRESENTAÇÃO	Nº DO CLIENTE	Nº DA INSTALAÇÃO	TOTAL A PAGAR (R\$)		
24/07/2017	2001500817	1338419	26,03		

#### DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (%)
Consumo Ativo(kWh)	26 CONDUCCO	0,71599573	21,47
Acréscimo Bandeira AMARELA			0,51
Contribuição Iluminação Pública			2,18
ICMS Subvenção CDF-NF 002759195-23/05/17			0,22
Multa por atraso-NF 002923216-22/08/17			0,45
Juros do atraso-NF 002923210-22/08/17			0,08
PRO-CRANCA-(08) 13412-38600800091 6988			0,98

#### TOTAL DA FATURA

#### Demonstrativo de consumo desta nota fiscal

Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR		ATUAL		Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (kWh)
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA				
NA29074	CAT	22/06/2017	539200	24/07/2017	539320	14	10000		26,03

#### INFORMAÇÕES DE PIS/COFINS

PERÍODO DE REFERÊNCIA	VALOR DO PIS	VALOR DO COFINS
JUL/17	30	
AGOSTO/17	30	
SETEMBR/17	30	
OUTUBR/17	34	
NOV/17	34	
DEZ/17	30	

BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
22,10	5,5%	1,20
22,10	0,30	0,07
22,10	1,41	0,31
22,10	0,51	0,11

FOLHADO DE PIS/COFINS  
 COM BASE NO VALOR  
 ATUAL DA TARIFA DE AMARELA  
 01/07/2017

# PRÓTESE

05.802.494/0001-11  
TRAÇÃO CORRETORA  
DE SEGUROS LTDA  
11 JUN 2019  
ETIQUETA  
RUA AUTOR, Nº 175, SL 902 BL C  
Belo Horizonte - CEP: 50.050-010  
RECIFE PE

Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco  
Hospital da Restauração

Número do Registro

## Ficha de Atendimento

(ALERGICA A DIPIRONA)

Número do Registro	Data e Hora de Atendimento:	Local de Entrada:
803937	04/05/2017 02:23	EMERGENCIA PEDIATRIC
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	Cartão SUS:
	Pai: Josane Rodrigues Catano da Silva	
Endereço: RUA LAJES		Numero 49
Bairro: MUSTARDINHA		Complemento:
Cidade: RECIFE		UF: PE Telefone: 988213040   fábio
corrências:	E-mail do paciente: 987693193	Amigo do paciente.
Objeto do atendimento: ACIDENTE COLISAO (ARVORE, MURO, POSTE)		
Procedência: VIA PUBLICA		
Informações do Serviço Social: Realizado atendimento inicial		
Confirmação de nome: 04/05/2017 Fones:		
Confirmação de endereço:		
Providências: Alta <input type="checkbox"/> Caso Social <input type="checkbox"/>	Assistente Social	
Encaminhamentos: Rede de Apoio <input type="checkbox"/> GPCA <input type="checkbox"/> Cons. Tutelar <input type="checkbox"/> Delegacias <input type="checkbox"/> Minist. Público <input type="checkbox"/>		
Outros <input type="checkbox"/>		
Observação: Notificado 91517	Assistente Social	
Vigilância Epidemiológica Hospitalar		
VEH-HR/SES - NEPI		
História Clínica: Criancinha vítima de acidente de carro de auto impacto (padrasto que estava dirigindo se evadiu do carro, mãe gestante foi pra Maternidade do Ipiranga e filha que estava no carro chegou intubada ao HR) sem informante, sem acompanhante há 7 hr e 40min. No momento		
Nega vômitos e perda de consciência (medida da translação)		
Perda de consciência: Sim <input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/> Episódio Emético: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Acidente de Trabalho: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Atendimento Médico (informar)		
Acidente de Trânsito: Sim <input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/> Tipo: Sofreu Queda: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Altura: Transporte realizado Por:		
Imobilização Cervical: Sim <input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/> Sofreu Queda: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Altura: Refere dor em M/D.		
Condições de imobilização adequadas: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Por Quê?		
Exame Físico:		
A: Geral	Via aérea está pélvia: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	O paciente fala: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Temp:
B: Respiratório RR: 24 coordas hidratadas e simétricas, apneia, consciente, orientada, ativa		
B: Respiratório RR: 24 coordas hidratadas e simétricas, apneia, consciente, orientada, ativa		
C: Circulatório PA: X mm	P脉: bpm	

RR em 2T BNP 815 FC = 130 bpm pulos cheios

APÓIO  
FACHA

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

ECG -> R Pupilas fotonegantes

E: Exposição/Abdômen: fechado, moleiro

Sint: dor à palpação ac. tresp. distal de MID.

Diagnóstico Inicial: <b>Positivaura: +CE leve</b>	Cod. Procedimento
<b>Fratura exposta MID?</b>	

Conduta: <b>interno</b> <b>traumato /R-x MID /R-x torax /bacia</b> <b>NCR / cipe</b> <b>HBS / HT</b> <b>anuizex</b>	Ass. Médico
<i>Dra. Thais Abravanel CRM-SP 20.634</i>	05.802.494/0001-41 TRIACAO CORRETORA DE SEGUROS LTDA

Evolução de Enfermagem:	14 JUN 2010 Rodovia Aurora, nº 175, Sl. 902 Bl. C Boa Vista - CEP: 50.060-010	Ass. Enfermagem
-------------------------	---	-----------------

Definição do Caso:	Condição de Alta:
<input type="checkbox"/> Internamento <input type="checkbox"/> Cirurgia <input type="checkbox"/> Óbito <input type="checkbox"/> Termo de Alta a Pedido <input type="checkbox"/> Evadiu-se <input checked="" type="checkbox"/> Alta	<input type="checkbox"/> Curado <input checked="" type="checkbox"/> Melhorado <input type="checkbox"/> Inalterado <input type="checkbox"/> Piorado <input type="checkbox"/> Óbito
Internado na Clínica: Transferido para:	

Autorização para Alta / Internamento / Transferência: Médico: <i>Thais Abravanel CRM-SP 20.634</i>	Data: <i>10/3/17</i> Hora: <i>14h</i>
---	---------------------------------------

Termo de responsabilidade para Internamento:  
- Estou ciente das normas existentes neste hospital, as 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 nosocomio, 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 Fiz e mostro fratura exposta por diafragma  
→ Ponto morto, deformidade e perna (D) com ferimento purulento e fric latente (1/3 distal) da perna (D)  
com edema 1g + 30 - AD paroxi em 5x/dia

(2) curativo

(2) tala colo postura.

(2) anel de remoção da NCR

Dr. Fagner Athayde  
Médico Ortopedista  
CRM 16863 - 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

1 A JUN 2018

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

Gnitoria: policlínica do sburu

- Anos 1, Piorismo  
4/5 - TCC  
1:00 - Fratura mid

Ponto malociente mid  
exposicão mid 4d  
corrente e osteosíntese; oco 15, pfrz,

Gancho/colute tc crico c/colute, c/colute  
P/AVANT Ligançao p/ curvatura anterior

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

Enferm: tc crico  
5:10 p/ lesões nos

Uberg p/  
procedimento  
ortopédico

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

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



Estrada do Encanamento, 61 - Parnamirim

CEP: 52.060-210 - Recife - PE

CNCF-1 24 061 657/0001-27 Inst. Est. 18.1.001-0140069-5

Fones: (81) 3268-8554 / 3441-6966 Fax: (81) 3269-6781

REF ID: A03937 / 1587827

## **CONTROLE DE MATERIAIS**

#### **UTILIZADOS EM CIRURGIA**

(RQ-06)

Nº 045397

1º Vla Fixa

Hospital: ITB Convênio: \_\_\_\_\_ Cidade: Recreio - RJ

### **Convênio:**

**Cidade:**

Rechte-Pc

Nome do Paciente: Josiane Gabriele Rodrigues Castanho da Silva Data da Cirurgia: 04.05.2017

Joséane Gabriele Rodrigues Castanho da Silva Data da Cirurgia: 04.05.2017

Médico: Scoville Membro Operado: WJD

PARAFUSOS CORTICais	Nº					
	QUANT.					
	LOTE					
PARAFUSOS DE BLOQUEIO	Nº					
	QUANT.					
	LOTE					
PARAFUSOS PARA HASTE BLOQUEADA	Nº	05-002-194/0001-11				
	QUANT.	TRACAO CORRETORA				
	LOTE	DE SEGUROS LTDA				
PARAFUSOS CANULADOS	Nº	1 A JUN 2010				
	QUANT.	803 Bloco Aurora, Nº 175, SL 902 BL C				
	LOTE	Bela Vista - CEP: 50.060-010				
PARAFUSOS DE INTERFERÊNCIA	Nº	RECIFE-PE				
	QUANT.					
	LOTE					

**VENDEDOR/INSTRUMENTADOR:**



TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO PARA CIRURGIA ORTOPÉDICA

Por este instrumento particular o(a) paciente Josiane Gabriele Rodrigues C- internado neste Hospital com o registro 05.802.494/0001-41 ou seu responsável legal 05.802.494/0001-41, 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, Josiane Gabriele Rodrigues C-, para proceder as investigações necessárias ao diagnóstico do seu estado de saúde, bem como executar o tratamento cirúrgico designado de Fratura de Ossos do Pé, e todos os procedimentos que o incluem, inclusive anestesias 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, nrestando 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, Nº 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, compromissando-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

RG \_\_\_\_\_  
Nome \_\_\_\_\_

Assinatura do(a) responsável

RG nº 040.742.994-98  
Nome \_\_\_\_\_

Assinatura do(a) médico(a)

CRM: \_\_\_\_\_  
Nome \_\_\_\_\_



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco



HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO

PERNAMBUCO  
SEU FUTURO É NA SAÚDE

Paciente

Enfermaria/Leito

Registro

Joséne Gómez n. c. 1016

- 803907

## EVOLUÇÃO CLÍNICA

04/05/17

Paciente recém-nascido i distinta  
tripla de futura expectativa  
coninutiva, origem da ora  
de seu 1/3 dental. (03 d.  
graves)

1º dia  
Jônimo Lobo  
Crespo - Recife  
CRM 1129 - 25/07/2002

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

Josiane Galvão

Enfermaria/Leito

Registro

## EVOLUÇÃO CLÍNICA

04/05/17

Cipe

6:20

PCT vítima de acidente automobilístico com fratura exposta da perna dianteira e giga do abdominal.

Abdome flácido, dimensões  
indolor à palpação

CO: aparentemente seu TAF  
libres pt obstrução da traumato

*[Handwritten signature]*

05.802.494/0001-41

TRÂNSITO CORRETORA

DE SEGUROS LTDA

11 JUN 2018

04/05/17 NR 06:45h

Rua da Aurora, nº 175, SC 902 BL C

Belo Horizonte - CEP: 50.060-010

Consciência: orientada, conturbada, vocácia, MOC normal, dancas monodicas, seu lateralizações. G = 15

TAC = seu lusos.

Do ponto de vista da NR  
é bizarra dura e OPA que dura juro pt amputação  
da traumato, seu motivo indicado da NR pt amputação  
de traumato

Suzana Serra CRM 8226  
Neurocirurgia / Traumatologia

04/05/17 - TRAUMATOLOGIA -

07:20h Fratura exposta de esquerda de braço

No bloco cirúrgico *[Signature]* Jerônimo Lobo  
Ginecologista - Traumatologista  
04/05/2017 - TEOT COD. 0123

# STPDA #

04/05/17

# FOI Fac. exerce esse  
de jure Ⓛ

*Mina soleata*, nests,  
expres  
 $FC = 96$

AN M V + M N

# Col: Albo de Sra ipsa que  
mentira

CRM: 12316  
Motorist license  
Quebec

05.802.494/0001-41  
TRACÃO CORRETORA  
DE SEGUROS LTDA

LA JUN 2018

Rua da Aurora, nº 175, SJ 902 BL C  
Boa Vista - CEP: 50.060-010  
RECIFE-PB

Sept/17 were present in lot of 000s at time  
(10:55h) (1), Alonzo, suspension, Houston; AD of  
LST, numbers & no of men to San Jacinto to take  
ship, 996 in the transports; some in command, <sup>Bray</sup>  
<sup>Emmett</sup> CORSA 10185

04105154- Empressor

04/10/51 SA- Enfermeira  
Menor admissão nessa enfermaria, provavel da  
SA acordada, afibril, eupneia, hipotensão, fibrilação  
externa em MI D. + escorvado. Estado VCE Sogno  
em cuidados. Pausa  $\oplus$



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco

HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO



**PERNAMBUCO**  
GOVERNO DO ESTADO

Paciente

Enfermaria/Leito

Registro

Jomane Gehrke

611-02

## EVOLUÇÃO CLÍNICA

04/05/17

\* Enfermeira em V.

Menor com EGR, consciente, alerta, aceita dieta, vótei integral, AVP em MSE, um uso de Fexador em MID dolendo ligeiramente, exame cutâneo pelo MMSS, um HDT + Transtorno leve, alergia a: aspirina, manteiga, chocolate, nem maiores queixas no momento, segue os cuidados de enfermeira em comunicação.

Em tempo: às 21:33 menor apreço menor leve episódio de fome (lúmen).

paciente visto  
Acad. Enferm.  
SBOH/ES

04/05/17 Menor anas, apesar, vótei integral, menor apreço.  
menos sede. Aconselha uso. Tratamento: Fexador em MSE e uso de perdição e terapêutica.

05.802.494/0001-41  
TRATAMENTO CORRETOR  
DE SEGUROS LTDA

11 JUN 2019

05-05-17

CPE

Rua da Aurora, nº 175, sl. 902 BL C

Bela Vista - CEP 50000-000

RECIFE-PE

\* Diarreia (+) c/febre; dor abdominal em torno.  
+ RX Tórax - normal  
RX Abd - se proceder ao exame  
ou fechar pélvico.  
TOB, febre, dor abdominal, febre  
chocante constipação, febre  
Vótei glábulos, flácido, 1-2 defec.  
CGR alta da oftalmo

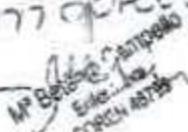
05/05/2017 Enfermeira

Menor evolução q EG regular; constante, ativa /  
expansão / indolor; agudizante oral; vereduras em  
superfície do M1D; fixador externo no M1D; elevado  
em potencial dureza  $\oplus$  lucidez  $\oplus$

Dr. Sérgio Alves  
ENFERMEIRO  
COREN-SC 019

06/05/17 menor ativa, aguda, evolução ligeiramente  
modificada, menor dor. Nafe com  $\downarrow$ .  
Normalização, menor dor.  $\oplus$  menor + nível  $\oplus$ .  
Observar-se de dor M1D. Se mantém + nível  $\oplus$ .  
Fixador externo M1D local sem sensações  
diferentes qntos M1D. Kee para futuramente  
sem novas alterações. Kee para futuramente  
temperatura  $\leftarrow$  M1D.   
COREN-SC 02055

06/05/017

Venho comunicar, orientado, expusse, aparelho. Em  
at. amanhecer. M1D fixador externo, elevado em potencial  
dureza duração PUP. Dificuldade respiratória   
CORCH 05/05/2017

05.802.494/0001-41

TRIÇÃO CORRETORA  
DE SEGUROS LTDA

11 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 ; 1º DPO tto cir. Fx exp. + FE Transarticular TNZ D

D1 Cefalotina / Clexane -

Evolui ainda com dor na perna e céfaleia, mas estável clínicamente ; Ao Exame: MID (NeuroVascular + Mobilidade presentes) ; FO secretiva

HPP: NDN

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

Daniel Lewi L. Montazuma  
Residente Ortopedia/Traumatologia  
CREMEPE 24.401

06/05/17 # Traumatologo  
HO: O fraturou exposta da ossos do perna (O)  
realizar colocação de fixador externo  
na enjambante  
queixa de dor é mobilização da MID.  
Ao exam. Boa perfusão distal, neuromotor preservado  
Coluna macerada no MID.  
cp: O Condutor mortidio.

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  
RECORTE

## 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 secretiva

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

11 JUN 2013

Rua da Aurora, nº 175, Sl. 902 Bl. 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 ; 3º DPO tto cir. Fx exp. + FE Transarticular TNZ D

D3 Cefalotina / Clexane -

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

HPP: NDN

CD: Aguarda cirurgia + Acompanhamento conjunto com NCR

Oanil Lewi L. Montezuma  
Residente Ortopedista/Traumatologista  
CREMEPE 24.401



05.802.494/0001-41  
TRAÇÃO CORRETORA  
DE SEGUROS LTDA

14 JUN 2018

Rua da Aurora, Nº 375, SL 902 BL. C  
Sua Vista - CEP: 50.060-010  
RECIFE-PF

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 atingiu acidente expõe fratura hemicôndilo  
nervoso direito e fratura DVO. Consulto, orientado.  
Foi visto hoje por Dr. Suzene Sime. Fixador  
externo MTS. Coluna ++/++ MTS. Quero dizer  
que Dr. Menor velarne muito de colocar  
MTS na fratura.

WILHELMUS  
ESTERECIMENTO  
CORON - 9205

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO



Unidade de Saúde : HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO

Paciente:	Jovane Rodrigues Catorho da Silveira		Nº do Registro:	1581562
Clinica:	Traumatologia		Nº do Leito:	
Operador:	Dr. Júnior			
1º Assistente:	Vál. Dias	2º Assistente:		
Instrumentador:			Anestesista:	Mrs. Cristina
Anestesia:	Gral	Duração:		
Data da Operação:	04/05/17	Inicio:	Fim:	

Diagnóstico Pré-Operatório:

Fratura exposta de onda da perna ①

Diagnóstico Pós-Operatório:

O mesmo

Operação Proposta: Tratamento cirúrgico de fratura de onda da perna ①

05.807.494/0001-41  
TRAÇÃO CORRETORA  
DE SÍSTOMOS LFBIA

Operação Realizada: A mesma.

11 JUN 2018

Rua da Aurora, nº 175, 51.902 BL C

Boa Vista - CEP: 50.060-010

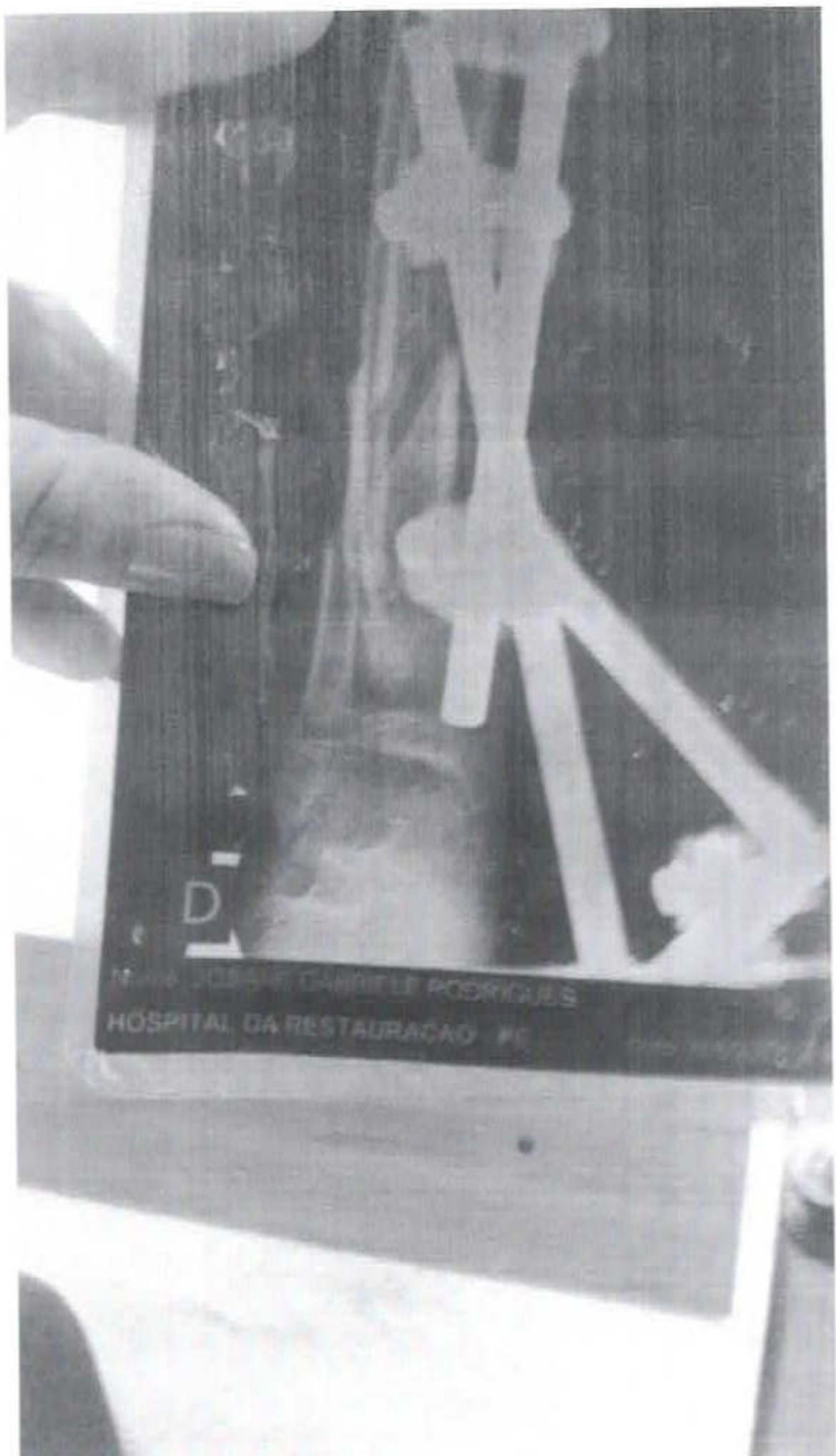
RECIFE-PE

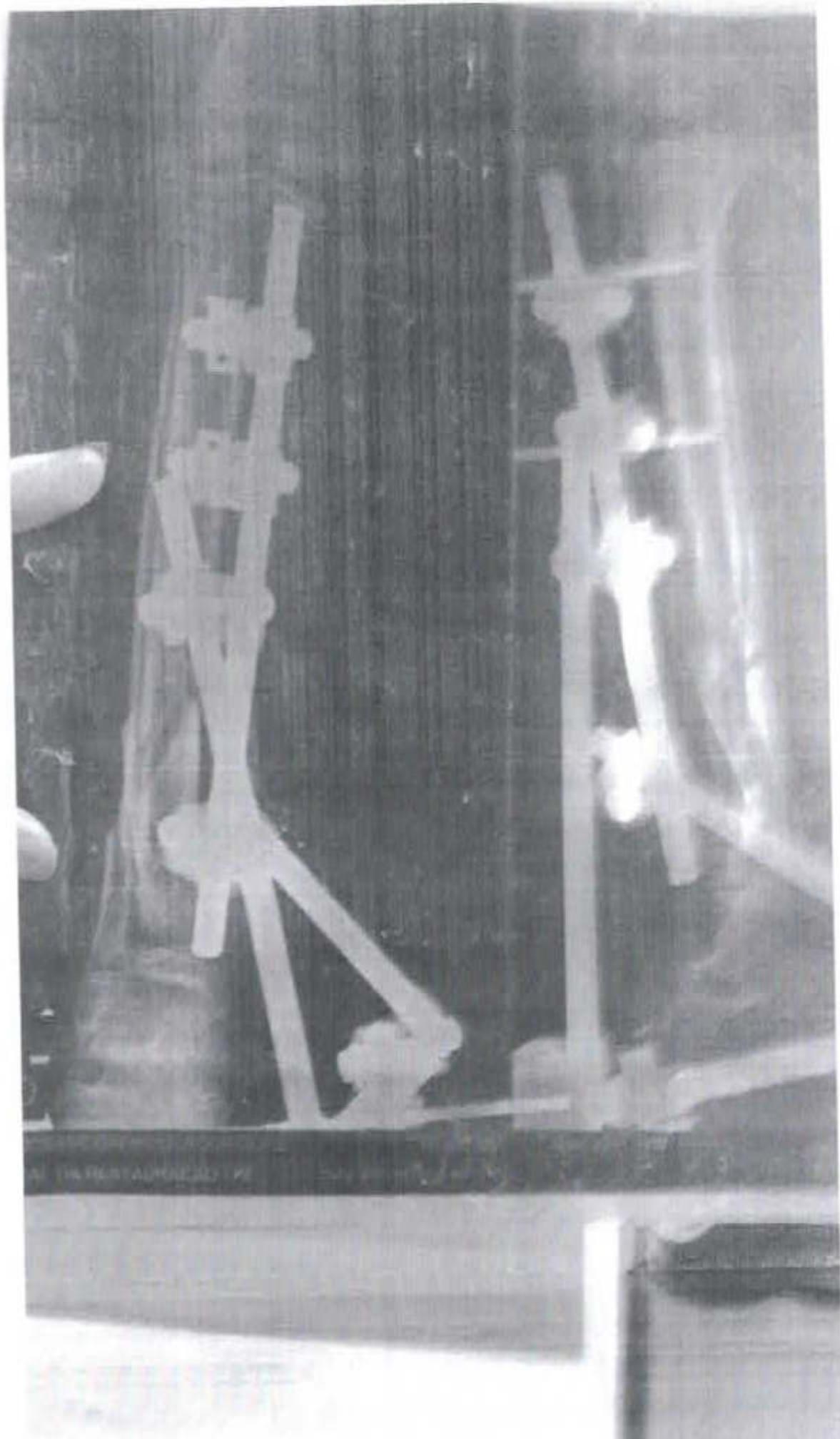
DESCRÍÇÃO DO ATO OPERATÓRIO

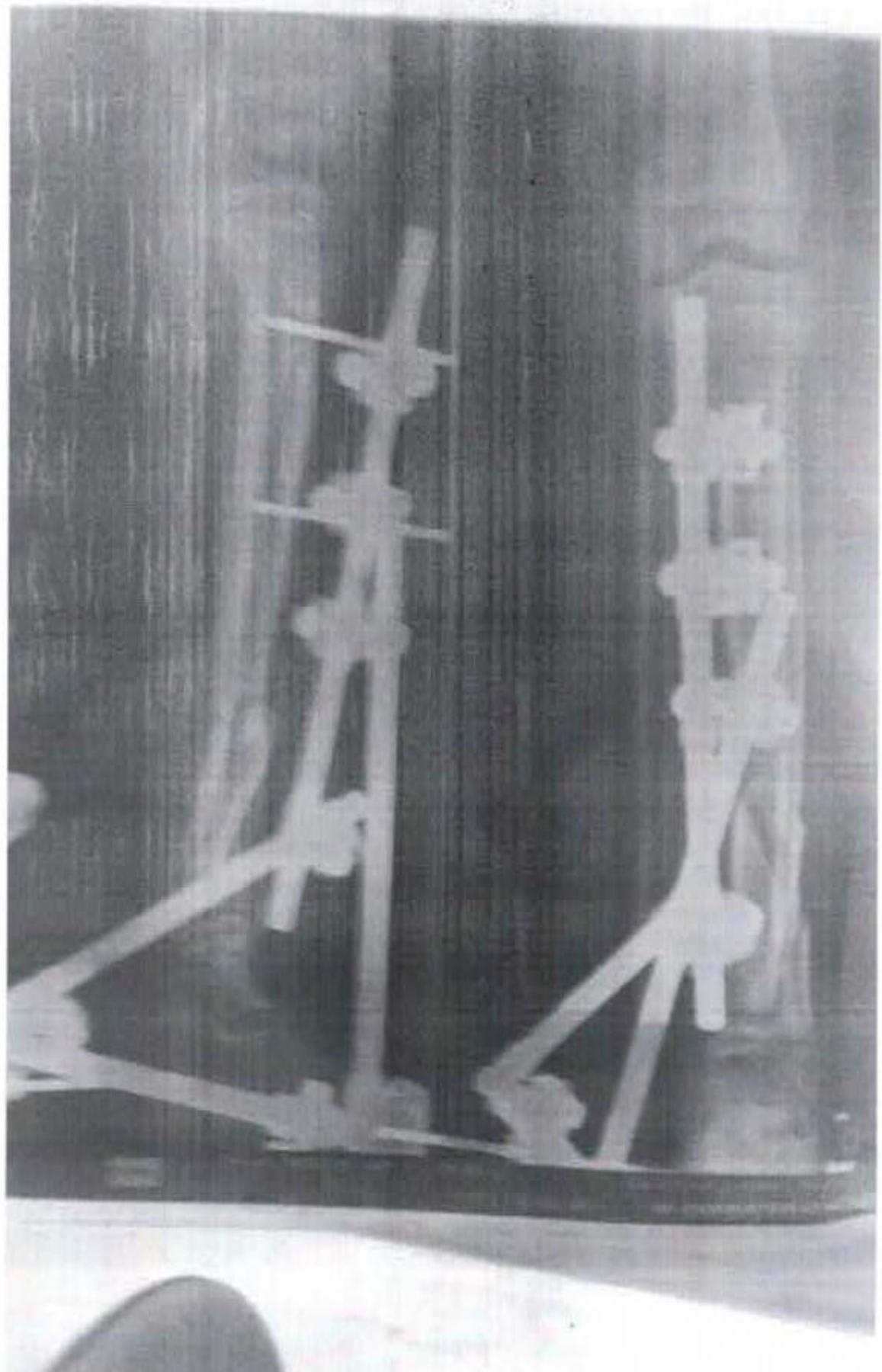
- ① Paciente em DDH sob gasto de arteria
- ② Amputação e artinéresis + Colocação de corpos internos
- ③ Ampliação e deslocamento do fêmur em regiões laterais de perna ④ abrindo o fêmur de fato
- ⑤ Osteotomia excentrica do fêmur com SFA 3+
- ⑥ Redução do fêmur
- ⑦ Colocação do fêmur sobre tubo a tubo, frontofrontal com 09 par de Schanz
- ⑧ Sutura do fêmur
- ⑨ Curativo.

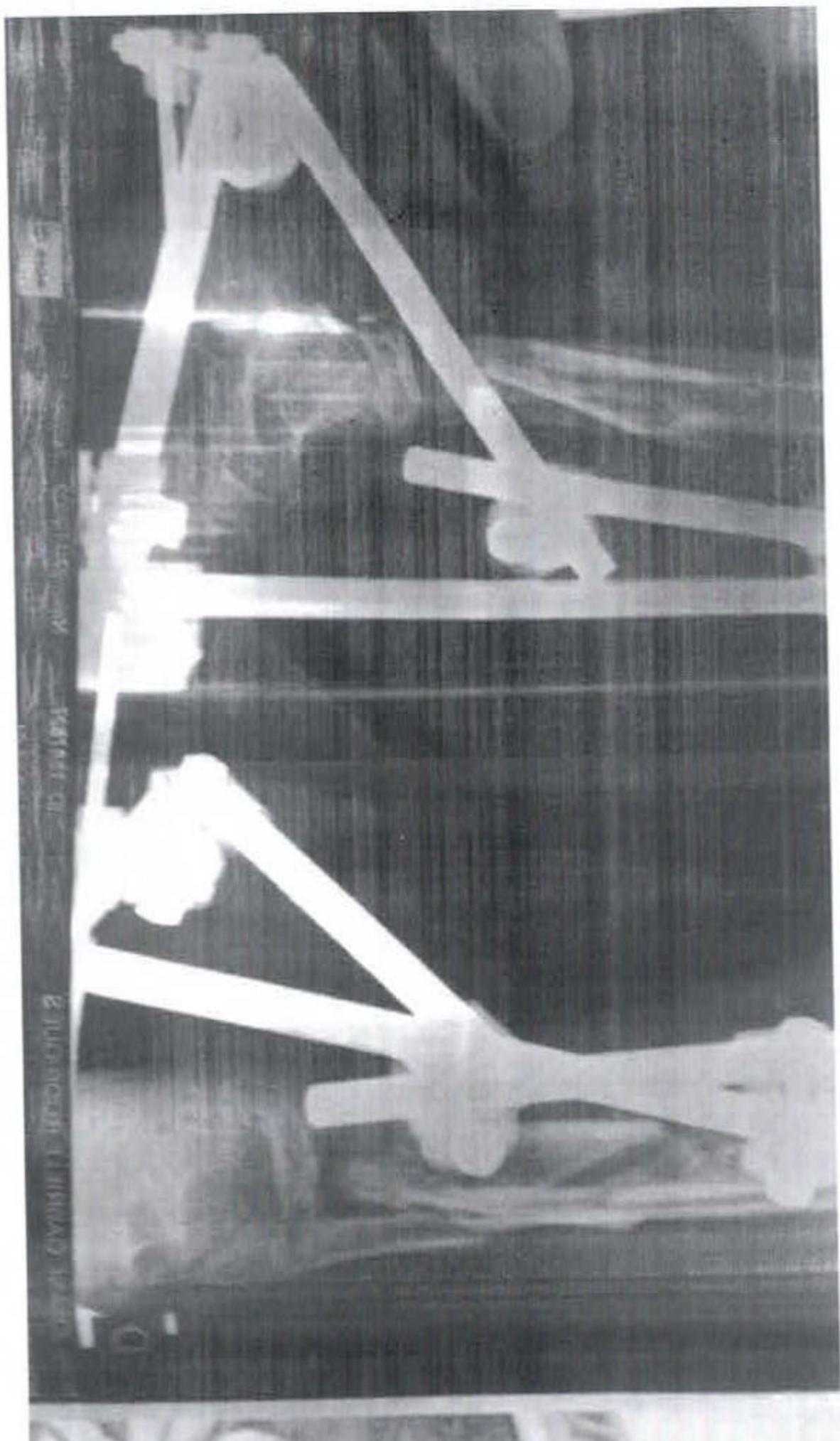
J

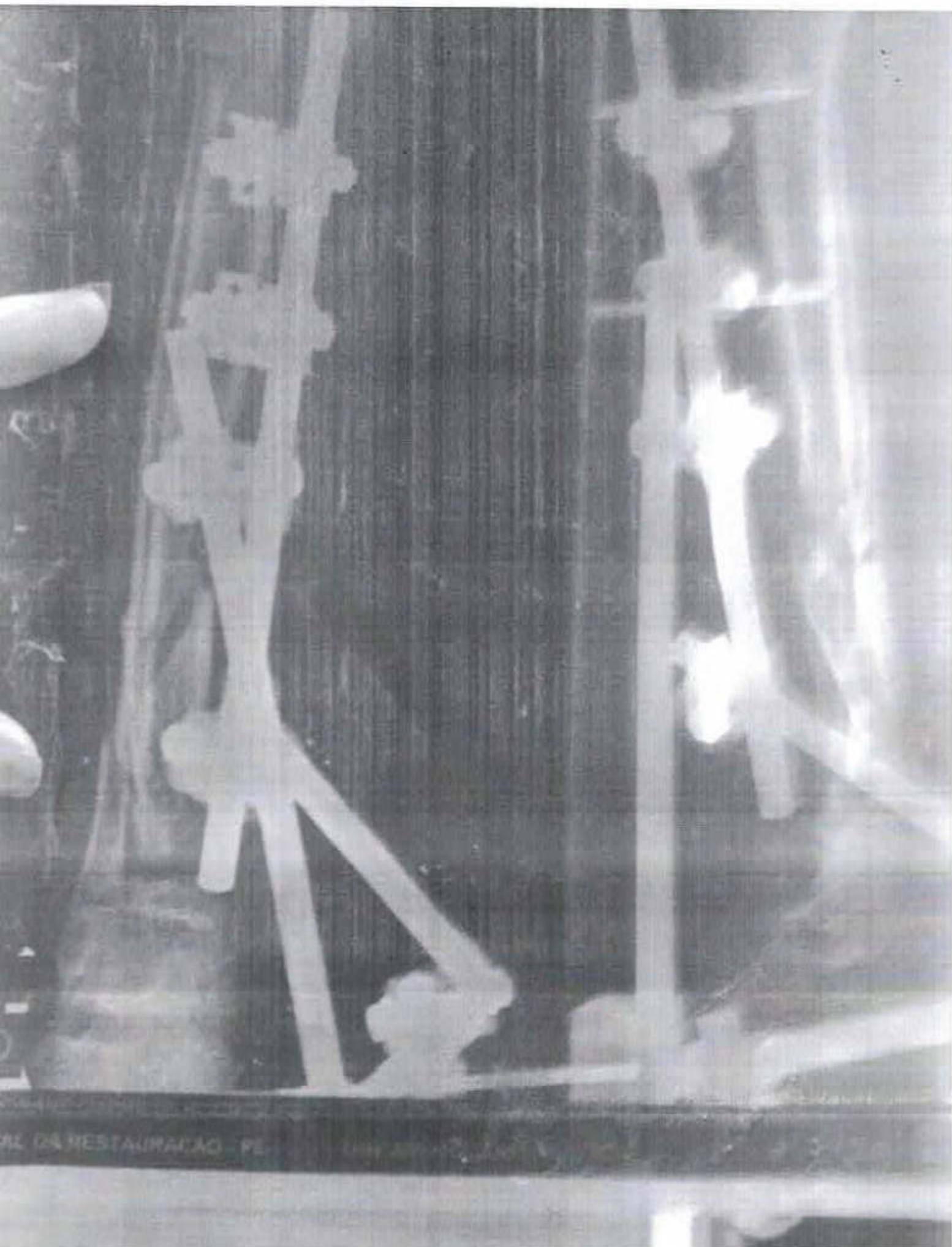


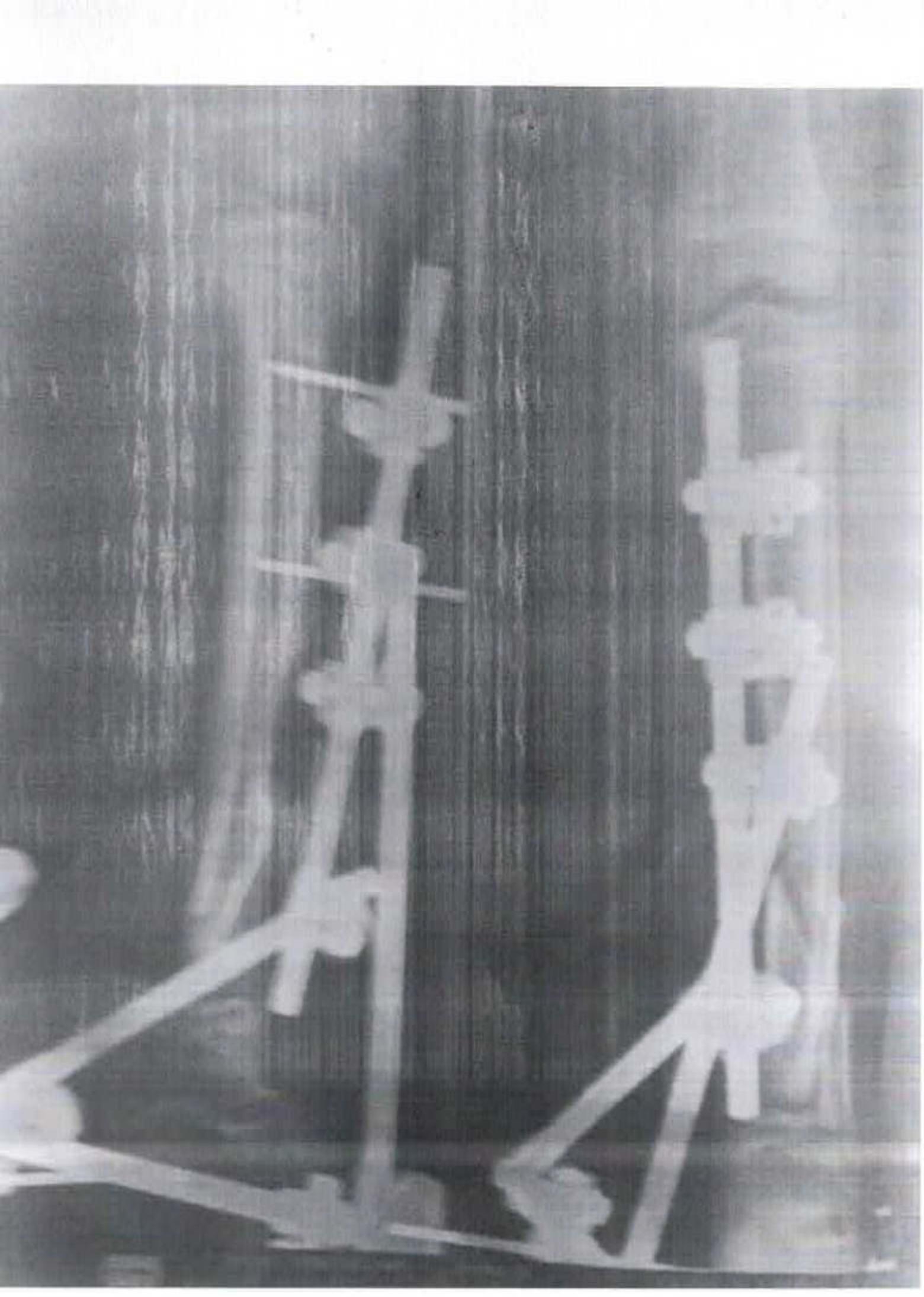


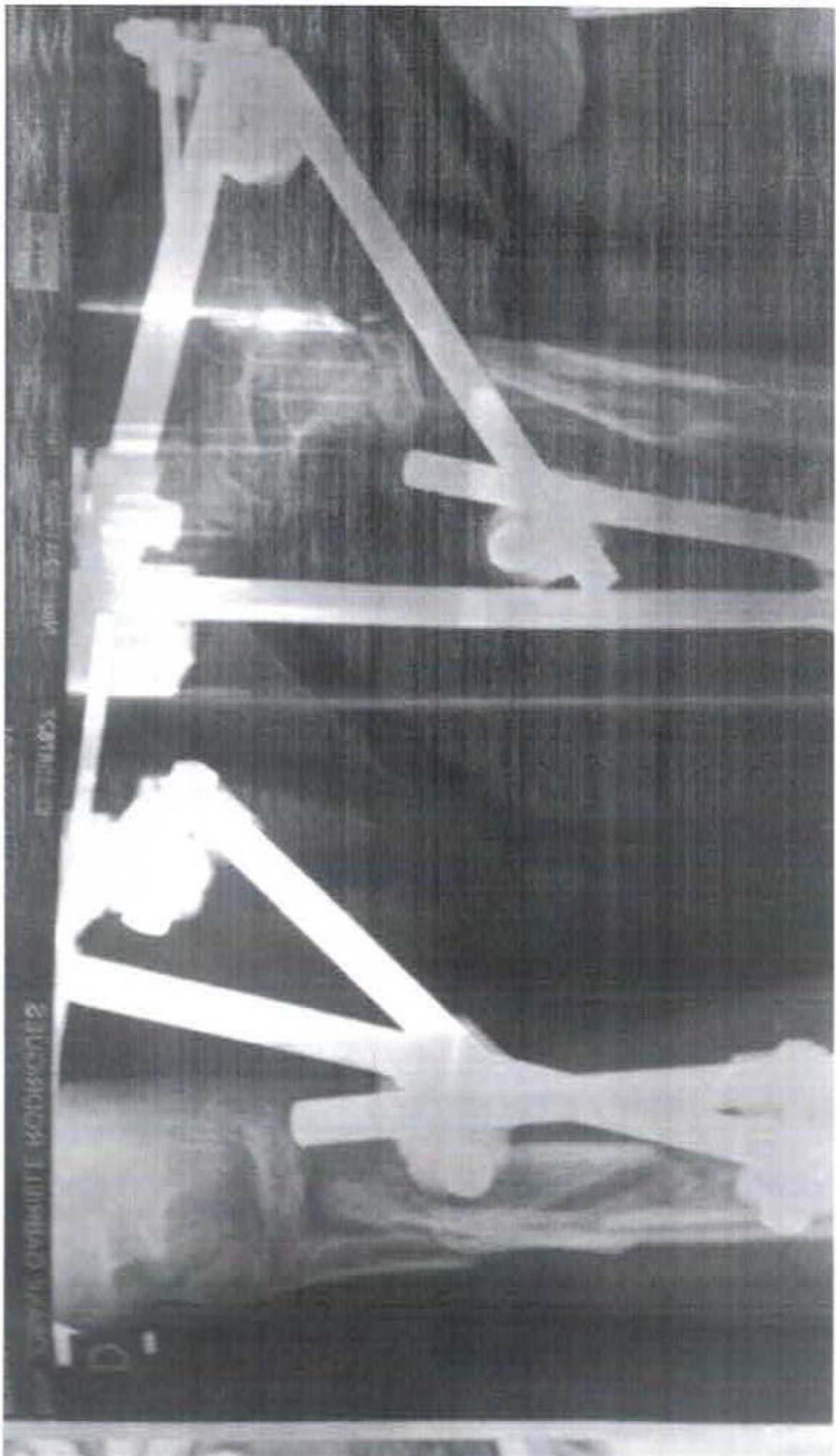












BY CLAUDIO RODRIGUES



Joseane Francisco da Silva

NOME + DESENHO IDENTITÁRIO

7.422.789

03/07/2007

&lt;&lt; JOSEANE FRANCISCO DA SILVA &gt;&gt;

&lt;&lt; SEVERINO FRANCISCO DA SILVA &gt;&gt;

IGARASSU - PE

21/09/1986

<< CN.24687-L.G/F. JOE-CART. GEDR  
IGARASSU-PE-17 10.1991>>

067.955.344-00

MATERIAL DE SUSTENTO  
LEIA TÉLÉGRAMA

05.802.494/0001-41  
TRAÇÃO CORRETORA  
DE SEGUROS LTDA

11 JUN 2013

Rua da Aurora, 10 175, SL 902 BL C  
Bela Vista - CEP 50.060-010  
RECIFE-PE



*Joseane Francisco da Silva*

DATA DE DEBITO: 03/07/2007

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.G/F. JOE-CART. GEDR

IGARASSU-PE-17 10.1991>#

067.955.344-00

MARQUINHA E FILHOS

LIN 711228000

05.802.494/0001-41  
TRAÇÃO CORRETORA  
DE SEGUROS LTDA

11 JUN 2007

Rua da Aurora, 10 175, SL 902 BL C  
Bela 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

**CPF de:** Representante

**Data do acidente:** 04/05/2017

**Titular do CPF:** JOSEANE FRANCISCO DA SILVA

**Seguradora:** SINAF PREVIDENCIAL CIA. DE SEGUROS

## 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](http://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

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

JOSEANE FRANCISCO DA SILVA

Steffany Caroliny 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