

Rio de Janeiro, 14 de Maio de 2018

Aos Cuidados de: **ALIETE SANTINA DA SILVA DOS SANTOS**

Nº Sinistro: **3180216479**

Vitima: **ALIETE SANTINA DA SILVA DOS SANTOS**

Data do Acidente: **29/05/2017**

Cobertura: **INVALIDEZ**

**Assunto: AVISO DE SINISTRO**

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180216479**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

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

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Carta nº 12795882



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

336.159.898-21

Nome completo da vítima

ALIETE SANTINA DA SILVA DOS SANTOS

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

Nome completo ALIETE SANTINA DA SILVA DOS SANTOS		CPF titular da conta 336.159.898-21	Profissão DO LAR
Endereço SÍTIO SAMAN		Número 40	Complemento
Bairro CRUZ DE REBOUÇAS	Cidade GARASSU	Estado PE	CEP 53.600-000
Email		Telefone (DDD) 81.98680.5660	

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

**FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS**

☐ RECUSO INFORMAR

☒ SEM RENDA

☐ ATÉ R\$ 1.000,00

☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00

☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00

☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00

☒ **CONTA POUPANÇA** (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ BRADESCO (237)

☐ BANCO DO BRASIL (001)

☐ ITAÚ (341)

☒ **CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)**

AGÊNCIA

NRO. 3231

(Informar dígito se existir)

D/V

CONTA

NRO. 019605

(Informar dígito se existir)

op=013

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

BANCO

Nome

NRO

AGÊNCIA

NRO.

D/V

CONTA

NRO.

D/V

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

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

Garassu, 23 de Fevereiro de 2018

Local e Data

alietesantina dasilva dos santos

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO  
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 027ª CIRCUNSCRIÇÃO - ABREU E LIMA -  
DP27ªCIRC DIM/8ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **18E0117001099**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **03/05/2018** às  
**10:39**

**ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado)**  
que aconteceu no dia **29/5/2017** no período da Manhã

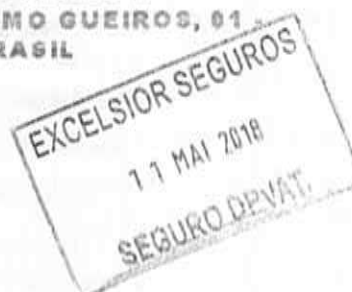
Fato ocorrido no endereço: **CENTRO DE ABREU E LIMA - ABREU E LIMA/PERNAMBUCO/BRASIL** Próximo a: **RUA JERONIMO GUEIROS, 01**  
Bairro: **CENTRO - ABREU E LIMA/PERNAMBUCO/BRASIL**  
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

CONDUTOR DESCONHECIDO (AUTOR / AGENTE)  
ALIETE SANTINA DA SILVA DOS SANTOS (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

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



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

**ALIETE SANTINA DA SILVA DOS SANTOS (presente ao plantão) - Sexo: Feminino** Mãe: **ALMIRA SANTINA DA SILVA** Pai: **SEVERINO PEDRO DA SILVA** Data de Nascimento: **30/10/1959** Naturalidade: **ABREU E LIMA / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **1927992/SDS/PE (RG), 33615539821 (CPF)** Estado Civil: **CASADO(A)** Escolaridade: **ANALFABETO** Profissão: **DO LAR** Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE ABREU E LIMA, 01 - CEP: 0 - Bairro: DESTERRO - ABREU E LIMA/PERNAMBUCO/BRASIL, UPINHA DE ABREU E LIMA.**

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

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

**MOTOCICLETA (VEICULO)** de propriedade do(a) Sr(a): **CONDUTOR DESCONHECIDO**, que estava em posse do(a) Sr(a): **CONDUTOR DESCONHECIDO**  
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO** Objeto

apreendido: Não

Cor: VERMELHA - Quantidade: 1 (UNIDADE)

Complemento / Observação

INFORMA A QUEIXOSA FOI ATROPELADA POR UM CONDUTOR DE UMA MOTOCICLETA DESCONHECIDA NO DIA 29/05/2017 PELA MANHÃ NO CENTRO DE ABREU E LIMA/PE, SENDO SOCORRIDA PELO CORPO DE BOMBEIROS ATÉ A UPA DE CRUZ DE REBOUÇAS/IGARASSU/PE E DEPOIS FOI ENCAMINHADA ATÉ O HOSPITAL MIGUEL ARRAS EM PAULISTA/PE. PELO EXPOSTO A QUEIXOSA PEDE PROVIDÊNCIA POLICIAL QUE O CASO REQUER.

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


ALIETE SANTINA DA SILVA DOS SANTOS  
(VITIMA)

*x aliete santina da Silva dos Santos*

B.O. registrado por: JOSÉ FERNANDO DA SILVA - Matrícula: 3243888

*[Handwritten signature]*

EXCELSIOR SEGUROS  
11 MAI 2018  
SEGURO DPVAT.

  
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO  
DELEGACIA DE POLÍCIA DE ABREU E LIMA  
27ª CIRCUNSCRIÇÃO

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

**INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:**

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

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

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

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

Nome Completo da Vítima

ALIETE SANTINA DA SILVA DOS SANTOS

CPF da Vítima

336.159.898-21

Data do Acidente

30-05-2017

**REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA**

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante legal

Email

Telefone (DDD)

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

**Assinalar uma das opções abaixo:**

- ☒ Não há estabelecimento do IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- ☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- ☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido.

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

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



Igamaru, 28 de Fevereiro de 2018

Local e Data

Aliete Santina da Silva dos Santos

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

# BANCO DO BRASIL

## COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

---

DATA DA TRANSFERENCIA: 22/05/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.531,25

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ALIETE SANTINA DA SILVA DOS SANTOS

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03231

CONTA: 000000019605-0

---

Nr. da Autenticação 6E09A65361EFE848



**SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL**  
**CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DE PERNAMBUCO**

**CERTIDÃO**

**Certidão nº 2018APH000453 Div. Op.**

Com fulcro no art. 5º XXXIV, letra "b" da Constituição Federal Brasileira, venho por meio de solicitação feita pelo(a) Sr(ª). MARIA AUREA LUCENA DE QUEIROZ VEIGA, 33 anos, BRASILEIRA(a), SOLTEIRO(a), RG nº 6359362 SDS/PE, inscrito(a) na Receita Federal sob o CPF nº 059.058.754-48, residente à RUA TOMAS GONZAGA, nº 248, ZUMBI, RECIFE-PE, certificar que este Grupamento de Bombeiros de Atendimento Pré-Hospitalar atendeu a uma ocorrência no dia 29/05/2017, por volta das 09:33 hs, no endereço: AV JERONIMO QUEIROZ, XXX, CENTRO ABREU E LIMA-PE, referente a um(a) ATROPELAMENTO, envolvendo PREJUDICADO, no(a) qual fora vitimado(a) o(a) Sr(ª) ALIETE SANTINA DA SILVA SANTOS, inscrito sob o CPF nº 336.159.898-21 e Registro Geral nº 1927992, atendido(a) pela Unidade Tática de Resgate do Grupamento de Bombeiros de Atendimento Pré-Hospitalar, comandada pelo(a) CB SENA. Foi transportado(a) para o UPA DE IGARASSU. Registrado(a) com o prontuário nº XXX. Ficou aos cuidados do médico XXX, registro XXX. Os registros desta Certidão foram extraídos dos arquivos da Divisão de Operações / GBAPH.

Posição em 02/05/2018

*A autenticidade desta certidão deve ser confirmada através do portal do Corpo de Bombeiros, no site <http://www.cbm.pe.gov.br/>, consultar protocolo nº 2018APH000453*



Av. João de Barros, 399 - Boa Vista - Recife/PE - CEP 50050-180

Fone: (81) 3182-9126 / CNPJ: 00.358.773/0001-44





Companhia Energética de Pernambuco  
Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife, Pernambuco - CEP 50050-602  
CNPJ 10.535.932/0001-08 | Ins. Est. 0655943-03 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE  
ROBANE MARIA DA ASSUNCAO

CPF: 069.676.074-35 NIS: 10586364597

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA  
SITIO IAMANICRUZ DE REBOUCAS  
IGARASSU PE  
53600-000

CLASSIFICAÇÃO  
B1 RESIDENCIAL  
BARRAGEM COM NIS  
Monofásico

CONTA CONTRATO 4010470361 11/2017  
DATA DE VENCIMENTO 28/11/2017  
DATA PREVISTA PARA A QUOTA 21/12/2017  
OTC/A FOMAR (R\$) 27,54

Nº DA NOTA FISCAL	SERIE ÚNICA	EMISSÃO
002374228		21/11/2017
APRESENTAÇÃO	Nº DO CLIENTE	Nº DA INSTALAÇÃO
21/11/2017	2002043527	1304816

Consumo Ativo até 30 kWh  
Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh  
Acréscimo Bandeira VERMELHA  
Multa por atraso-NF 002348420 - 20/09/17  
Juros por atraso-NF 002348420 - 20/09/17  
Atualização IGP-M-NF 002348420 - 20/09/17  
Compensação DIC Trimestral 03/17

QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
30,0000000	0,17378417	5,21
65,0000000	0,29791657	19,38
		2,33
		0,39
		0,22
		0,04
		-0,01
		27,54

TOTAL DA FATURA

Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	DATA	ANTERIOR	LEITURA	DATA	ATUAL	LEITURA	Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (kWh)
7109304	CA1	20/11/2017	12	12	21/11/2017	12	12	22	1,0000		95,00



CONSUMO (kWh)	VALOR DO IMPORTE	%
24,36	1,00	0,38
25,39	4,54	1,22

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO	
Geração de Energia	R\$ 11,00 43,46%
Transmissão	R\$ 0,87 3,01%
Distribuição de Energia	R\$ 7,99 28,70%
Perdas da Energia	R\$ 2,40 8,52%
Energia Entregue	R\$ 2,37 8,91%
Tributos	R\$ 1,48 5,50%
Total	R\$ 25,00 100%

EXCELSIOR SEGUROS

11 MAI 2018

SEGURO DPVAT

Informações importantes para o consumidor: A Companhia Energética de Pernambuco (CELPE) é uma empresa de capital aberto, listada na Bolsa de Valores de São Paulo (B3) sob o ticker CELPE3. A CELPE é uma empresa de capital aberto, listada na Bolsa de Valores de São Paulo (B3) sob o ticker CELPE3. A CELPE é uma empresa de capital aberto, listada na Bolsa de Valores de São Paulo (B3) sob o ticker CELPE3.

Descrição	Valor	Descrição	Valor
Consumo até 30 kWh	5,21	Consumo até 30 kWh	5,21
Consumo superior a 30 kWh	19,38	Consumo superior a 30 kWh	19,38
Acréscimo Bandeira VERMELHA	2,33	Acréscimo Bandeira VERMELHA	2,33
Multa por atraso-NF	0,39	Multa por atraso-NF	0,39
Juros por atraso-NF	0,22	Juros por atraso-NF	0,22
Atualização IGP-M-NF	0,04	Atualização IGP-M-NF	0,04
Compensação DIC Trimestral	-0,01	Compensação DIC Trimestral	-0,01
<b>Total</b>	<b>27,54</b>	<b>Total</b>	<b>27,54</b>

Itaucard 2.0

Itaú



CTC RECIFE PE 41  
MARIA AUREA LUCENA DE QUEIROZ VEIGA  
R TOMAZ GONZAGA 248  
ZUMBI  
50711-090 RECIFE - PE



Postagem: 18/01/2018  
Vencimento: 28/01/2018  
Emissão: 16/01/2018  
Faturamento próxima fatura: 23/02/2018

**Resumo da fatura em R\$**

Total da fatura anterior	1.701,12
Pagamentos efetuados	- 1.617,00
Saldo fixado	84,12
Encargos (financiamento + mercadorias)	98,23
Pagamentos atuais	1.581,39
<b>Total desta fatura</b>	<b>1.763,74</b>

Titular **MARIA AUREA LUCENA DE QUEIROZ VEIGA**  
Cartão **5232.XXXX.XXXX.4654**

Pra que esperar a fatura impressa chegar em casa? Muito agora para a Fatura Digital. Acesse: [itau.com.br/itauoes/cadastro-fatura-digital](http://itau.com.br/itauoes/cadastro-fatura-digital)

Vencimento  
**28/01/2018**

A) pagamento total R\$ ou  
**1.763,74**

B) pagamento para notário (a partir de) R\$ ou  
**386,07**

C) parcelas fixas R\$ ou  
**159,72 +23x 159,72**

D) pagamento mínimo para R\$ ou  
**Não Disponível**

Consulte outras opções

Para opções de pagamento:  
O pagamento mínimo para  
financiamento, quando disponível,  
é o valor pago sem considerar como  
entrada de um financiamento, e  
o saldo restante vai ser dividido em  
parcelas fixas com juro fixo, ao  
do parcelamento (Parcela Fixa)  
da fatura. Se você efetuar um  
pagamento inferior ao pagamento  
mínimo para financiamento, você  
estará em atraso, tornando em  
juros, multa e mora.

**Limites de crédito R\$**

Limite total de crédito	6.750,00
Limite utilizado no mês	5.173,15
Resto de recursos (Pós-saque)	520,00
Resto de recursos (Antes-saque)	6.750,00
<b>Programa Sempre Presente</b>	
Saldo de pontos acumulados no programa em 01/2018*	4.376
Pontos a expirar no programa em 02/2018	0
Saldo utilizado no consumo dos pontos	3.47

\* Consolidação de pontos dos cartões participantes.  
Os pontos adquiridos nesta fatura, após a compensação do pagamento mínimo, serão demonstrados no saldo de pontos da próxima fatura e no site [itau.com.br/itauoes](http://itau.com.br/itauoes)

**Pagamentos efetuados**

DATA	VALOR EM R\$
26/12 PAGAMENTO EFETUADO 5894	- 820,00
03/01 PAGAMENTO EFETUADO 5894	- 397,00
03/01 PAGAMENTO EFETUADO 5894	- 400,00
<b>Total dos pagamentos</b>	<b>- 1.617,00</b>

**Lançamentos: compras e saques**

DATA	VALOR EM R\$
26/12 ESTABILIZAMENTO	- 84,88
26/12 CLARO	- 0,10

EXCELSIOR SEGUROS  
1.1 MAI 2018  
SEGURO PRIVAT

**DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO**  
**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 IMPORTANTES:**

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP<sup>1</sup> nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF<sup>2</sup>**.

<sup>1</sup> Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

<sup>2</sup> Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº9.613/98.

Pelo exposto, eu MARIA AUREA LUCENA DE OLIVEIRA <sup>VEIGA</sup> inscrito (a) no CPF sob o Nº 059.058.754 / 48 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário ALIETE SANTINA DA SILVA DOS SANTOS inscrito (a) no CPF sob o Nº 336.159.898 / 21, do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima ALIETE SANTINA DA SILVA DOS SANTOS, inscrito (a) no CPF sob o Nº 336.159.898 / 21, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

☐ Declaro Profissão: \_\_\_\_\_ Renda: \_\_\_\_\_ e apresento os documentos comprobatórios:

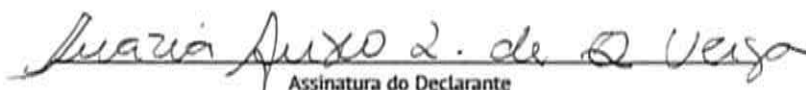
☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço <u>RUA TOMAZ GONZAGA</u>		Número <u>248</u>	Complemento
Bairro <u>ZUMBI</u>	Cidade <u>RECIFE</u>	Estado <u>PE</u>	CEP <u>50.711-090</u>
Email		Telefone comercial(DDD) <u>(81) 3542.6913</u>	Telefone celular (DDD) <u>(81) 98680.5660</u>

JOGARAS V, 28 de Fevereiro de 2018  
 Local e Data

  
 Assinatura do Declarante

Atendimento: 380871

Senha da Classificação:

0010

Data e Hora: 30/05/2017 07:34

Paciente: 103843 ALIETE SANTINA DA SILVA DOS SANTOS Sexo: MASCULINO  
 Data do Nascimento: 30/10/1959 Idade: 57 anos Convenio: 2 SUS - EXTERNO / URGENCIA  
 Nome da Mãe: ALMIRA SANTINA DA SILVA Nome do Pai: SEVERINO PEDRO DA SILVA  
 Estado Civil: SOLTEIRO Nome do Médico: PLANTONISTA ORTOPEDIA CRM: 12346  
 Endereço: AVENIDA TRANSAMAZONICA - 129 Bairro: FOSFATO  
 Cidade/UF: ABREU E LIMA PE Usuário Atendimento: JOSAFAXA

**Informações Associadas a Pacientes Estrangeiros / Visitantes**

Data Entrada Brasil:  
 Nacionalidade: BRASILEIRA Nr Documento Estrangeiro:  
 Observação:

**RESUMO DE TRATAMENTO**

Peso: \_\_\_\_\_ Altura: \_\_\_\_\_ Temperatura: \_\_\_\_\_ Hora: 11:00

**Queixa Principal**

Paciente vítima de deslocamento no 1º M. com trauma em TNZ ①.  
 Não comorbididades, não medicações.

**Exame Físico**

Ed. membros, membros, membros, consciente.  
 Passagem de dor a medicação em TNZ ①.  
 Auscultação evidenciou ruídos cardíacos em TNZ ②.

**Hipótese Diagnóstica**

1º. BEM-ESTAR em TNZ ①

**Prescrição Médica**

①. Transdermal fentanyl + fentanyl 50 µg/h, ev, 10mg ②.

cd. ①. Iracema

**Daniel Gabriel**  
 Ortopedista Traumatologista  
 CRM/PE 24.031

**EXCELSIOR SEGUROS**  
 11 MAI 2018  
 SEGURO DPVAT.

Assinatura e Carimbo/Médico

Destino: ( ) Encaminhado ao Ambulatório ( ) Residência

( ) Transferido: Para

Senha:

( ) Encaminhado ao setor de internação



# ATROPELAMENTO - PROTOCOLO NORTE MIGUEL ARRAES

Classificação de Risco - Protocolo

PROTOCOLO CLASSIFICACAO REDE IMIP

hora retirada da senha: 30/05/2017 07:28



Nome Paciente: ALIETE SANTINA DA SILVA DOS SANTOS  
Cód. Paciente: 103843  
Data de Nascimento: 30/10/1959  
Sexo: Masculino  
Idade: 57  
Senha: 0010  
Convênio: 2 - SUS - EXTERNO / URGENCIA  
Atendimento: 380871  
SAME: 91840

Período: 30/05/2017 07:40 - 30/05/2017 07:48

BARBARA KEYTH DE CASTRO FORTE ROCHA - COREN: 266532 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - Classificação

Prioridade: URGENCIA AMARELO

Cor: AMARELO

Queixa Principal: PACIENTE ENCAMINHADA DA UPA DE IGARASSU COM SENHA: 5179343 VÍTIMA DE ATROPELAMENTO COM TRAUMA EM TNZ DIREITO EDEMA E LIMITAÇÃO FUNCIONAL DO MEMBRO.

Observação: NEGA ALERGIAS

Programa sintoma: TRAUMA

Discriminador(es): - SUSPEITA DE FRATURA OU LUXAÇÃO SEM DEFORMIDADE  
- DOR MODERADA (4-7/10)

Especialidade: CIRURGIA GERAL

Sinais Vitais Lidos: - FREQUENCIA CARDIACA: 84.00 BPM  
- FREQUENCIA RESPIRATORIA: 20.00 RPM  
- P.A. SISTOLICA: 160.00 MMHG  
- P.A. DISTOLICA: 100.00 MMHG  
- SATURAÇÃO DE OXIGÊNIO: 98.00 %

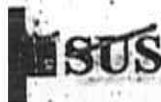
REVISADO  
NEPI-HMA

Acolhido(a) por: BARBARA KEYTH DE CASTRO FORTE ROCHA - COREN: 266532 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 30/05/2017 07:48

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco

Página 1 de 1



# Laudo para solicitação de autorização de internação

## IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

ESTABELECIMENTO SOLICITANTE	HOSPITAL MIGUEL ARRAES	2 - CNES	6431569
ESTABELECIMENTO EXECUTANTE	HOSPITAL MIGUEL ARRAES	4 - CNES	6431569

## IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome do Paciente	ETE SANTINA DA SILVA DOS SANTOS			6 - Nº Prontuário	103843
Artigo Nacional do SUS	8 - Data de Nascimento	9 - Sexo	10 - Raça/Cor	10.1 - Étnia	
201681321693	30/10/1959	X 1	03 - Parda	0000 - Não Se Aplica	
Nome da Mãe	MIRA SANTINA DA SILVA			12 - Telefone do Contato	8198158010
Nome Responsável	ALMA FERREIRA			14 - Telefone do Contato	
Endereço (Rua, Nº, Bairro)	ENIDA TRANSMAZONICA, 129 - FOSFATO				
Município	17 - IBGE	18 - UF	19 - CEP		
IREU E LIMA	260005	PE	53580135		

## LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

Principais Sinais e Sintomas Clínicos  
ANTE SEM COMORBIDADES VITIMA DE ATROPELAMENTO HA 1 DIA, ENCAMINHADO DA UPA DE IGARASSU, ADMITIDA COM DOR EM TORNOZELO DIREITO, RADIOGRAFIA DE TORNOZELO DIREITO REVELA FRATURA BIMALEOLAR DE TORNOZELO DIREITO; AO EXAME FÍSICO PACIENTE EM ESTADO GERAL BOM, ANCIÉTICA, ANICTÉRICA, NORMOCORADA, HIDRATADA. EXAME FÍSICO NÃO HÁ EVIDÊNCIA DE EXPOSIÇÃO DE FRATURA

Condições que justificam a internação  
AMNESE + EXAME FÍSICO + RADIOGRAFIA

Principais Resultados de Provas Diagnósticas  
AMNESE + EXAME FÍSICO + RADIOGRAFIA

Diagnóstico Inicial / Código	24 - CID 10 Principal	25 - CID 10 Secundário	26 - CID 10 Causas Associadas
FRATURA DO MALEOLO LATERAL	S826	W199 V09.2	S825

## PROCEDIMENTO SOLICITADO

Descrição do Procedimento Solicitado	28 - Código do Procedimento		
TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA BIMALEOLAR / TRIMALEOLAR / DA FRATURA-LUXAÇÃO DO TORNOZELO	0408050497		
Especialidade	30 - Caracter de Atendimento	31 - Documento	32 - Nº do Documento (CNS/CPF) do Profissional Solicitante/Assistente
CIRÚRGICA	2	OO CNS ( ) CPF	980016000814998
Nome do Profissional Solicitante/Assistente	34 - Data da Solicitação	35 - Assinatura e Carimbo (Nº de Registro no Conselho)	
FAGNER FONSECA DE ATHAYDE	30/05/2017	Dr. Thiago Mendonça Ferreira 16863	

## PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIA)

36 - ( ) Acidente de Trânsito	39 - CNPJ Seguradora	40 - Nº Bilhete	41 - Série
37 - ( ) Acid. Trabalho Típico	42 - CNPJ Empresa	43 - CNAE / Empresa	44 - CBOR
38 - ( ) Acid. Trabalho Trajeto			
15 - Vínculo com a Previdência	( ) Empregado ( ) Empregador ( ) Autônomo ( ) Desempregado ( ) Aposentado ( ) Não Segurado		

## AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizador	47 - Cód. Órgão Emissor
	E260000001
48 - Documento	49 - Nº do Documento (CNS/CPF) do Profissional Autorizado
( ) CNS ( ) CPF	
50 - Data da Autorização	51 - Assinatura e Carimbo (Nº Registro do Conselho)
17 MAI 2018	Dr. Luciana Moser CRM 17171 Ribeirão Preto - SP

AIH  
261710088774-2

AIH  
261710088775-3

Código do Laudo: 300071



# FICHA DE INTERNAÇÃO

HOSPITAL  
**MIGUEL ARRAES**

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

Cód. Atendimento: **381113**

Usuário: ANACS1

## DADOS DO PACIENTE

Paciente: **ALIETE SANTINA DA SILVA DOS SANTOS** Prontuário: 103843  
Idade: 57a 7m 6d Sexo: M Estado Civil: SOLTEIRO Data de Nascimento: 30/10/1959  
Profissão: Escolaridade: R.G.: 1927992 C.P.F.: 33615989821 Telefone: CEP 53580135  
Endereço: AVENIDA TRANSAMAZONICA, 129 - FOSFATO - ABREU E LIMA - PE  
Origem: URGENCIA/EMERGENCIA Data e Hora da Internação: 31/05/2017 07:34  
Convênio: SUS - INTERNACAO Plano: GERAL  
Unidade Internação: VERDE 2 ORTOPEDIA Acomodação: ENFERMARIA DE OBSERVACAO Leito: VERDE-15  
Médico Internação: PLANTONISTA ORTOPEDIA **30A-01**

## DADOS DO RESPONSÁVEL

Nome: **FATURADO** R.G.: C.P.F.:  
Endereço: **CL. DE VANDERLEIA** Número: Estado civil:  
Telefone: **081** Cidade: **JOÃO PESSOA**

## DADOS DA LIBERAÇÃO DO PACIENTE

Data da Alta: **02/06/17** Hora da Alta: **06:45**  
Motivo: ☒ Melhorado ☐ A Pedido ☐ Transferência ☐ Óbito ☐ Evasão  
Condições de Alta: **Bom, no limbo**  
Diagnóstico Principal.....: **Fract. mimalhada**  
Diagnóstico Secundário01.:  
Diagnóstico Secundário02.:  
Procedimento.....: **RSPT cl. placa 113 de cons**

**Dr. Luciana Joser**  
CRM 15171  
Traumato - Ortopedia

**Médico e CRM:**  
**EXCELSIOR SEGUROS**  
11 MAI 2018  
SEGURO DPVAT.

**D. ALIETE SANTOS**  
Responsável pela retirada do paciente Assinatura e RG

## TERMO DE RESPONSABILIDADE

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

Em **05** de **06** de **17**

**D. ALIETE SANTOS**  
Assinatura e RG do paciente ou pessoa responsável

**EVOLUÇÃO CLÍNICA**

NOME: Aliete Santana da Silva dos Santos REG: 703843  
CLÍNICA: SOT ENFERMAGEM:  LEITO:

DATA/HORA	#SOT#
02/06/17 2,57a	
10:00R	#HD: 1) Ex fechada bimalar de TNZ (D) Uso: enoxaparina 40 mg/dia → Pto. refere dor lombar (D) (trauma- tico). BP: EGP, orientada, hidratada, expa- sa, corado, A.M. CD: 7 - Aguarda transferência para cirurgia.
03/06/17	#SOT# HD: Int. bivalar Ant Ponto ign. sobre, na gumi do tempo sepeleu bem

ddos Chou

Dr. Thiago M. da Silva  
Ferreira

EXCELSIOR SEGUROS  
11 MAI 2018  
SEGURO DPVAT

Claudio Costa Neto  
Ortopedia / Traumatologia  
CRM-PE 24.189



**EVOLUÇÃO CLÍNICA**

NOME:

REG:

CLÍNICA:

ENFERMAGEM:

LEITO:

DATA/HORA	
02/06/17	# SOT #
07:00	HO: 1) FX BILATERAL TNE (D)
	PO 05% TO MORTO.
	LT. EGA, EUPNEIA, COGN. CONS. ORIENT.
	TOSS.
	C. 1) Novas prescrições citadas.
	Dr. Ayron Ferraz
	Ortopedia (traum. ortop.)
	CRM-PE 23230.
05/06/17	# SOT #
06:30	# HA: 1) FX BILATERAL TNE (D)
	PAUENTE ASSINTOMÁTICA
	# E.F: EGB, EUPNEIA, COGN. CONS. ORIENT.
	ORIENTADA
	# CD: 1) MANEJO JEJUM
	2) BLOCO H2O

EXCELSOR SEGUROS  
11.04.2018  
SEGURO PRIVAT

CRM-PE 34.000  
Cláudio Costa Neto  
Ortopedia e Traumatologia

**EVOLUÇÃO CLÍNICA**

NOME: Aliete Sontima da Silva dos Santos  
CLÍNICA: Ortopedia

ENFERMAGEM:

REG: 103843  
LEITO: 509-1

DATA/HORA	#SOT#
06/06/17 07h	<p># 140: ① Fratura bimalelar em tornozelo ①</p> <p>② 1º DPO redução imediata + Fixador externo transarticular.</p> <p>* Em uso de Enxapamina 40mg/d</p> <p>* Paciente segue estável. Refere dor em fixador e em região lombar. Diz não associar há 1 semana.</p> <p>* Ao exame:</p> <p>- EGB, hidratada, corada, suplexica, afável ao toque.</p> <p>- FO: bom aspecto, 0/ flexão. Presença de flectema acima de malleolo medial de MIP.</p> <p>* Co: ① Aguarda P. cardíaca</p> <p>② Solicita radiografia de tornozelo 11 e perf</p> <p>③ Aguarda melhorias de pele p/ possível cirurgia.</p> <p>④ Enxap Hect crema 1g/20g</p>
07/06/17 07h	<p>#SOT# 57a. 9.</p> <p>* UD: ① Fratura bimalelar em tornozelo direito, 11 e 12</p> <p>② 2º DPO redução imediata + Fixador externo transarticular</p> <p>* Em uso de Enxapamina 40mg/d</p> <p>* Paciente segue estável. Refere dor em MIP. Diurese e evacuação presentes.</p> <p>* Ao exame: EGB, hidratada, corada, suplexica, afável.</p> <p>- FO: bom aspecto, 0/ flexão. Edema +3/4.</p>

Mariana Gualcanti  
Ortopedia e Traumatologia  
Médica Residente  
CRM-PE 24973

EXCELSIOR SEGUROS  
11 MAI 2018  
SEGURO DPVAT



**EVOLUÇÃO CLÍNICA**

NOME: Alcete Santana da Silva dos Santos  
CLÍNICA: Ortopedia ENFERMAGEM: \_\_\_\_\_

REG: 103843  
LEITO: \_\_\_\_\_

DATA/HORA	
07/06/12	<p>Continuação:</p> <p>* CD: ① Aguarda melhora de pele p/ procedimento cirúrgico.</p>
08/06/12	<p># SOT # 57a, 9</p> <p>* HD: ① Fract. Trimalleolar em torniquete ①</p> <p>② 3-DRP Redução imediata + Fixação externa transcuticular</p> <p>* Em uso de: Enxerto ósseo 40mg/dl + (Cefazolina 0.5/0.6)</p> <p>* Paciente segue estável, sem queixas momentâneas.</p> <p>* Ao exame:</p> <p>- EGS: Indentada, corada, supurada, afilada no pique</p> <p>- F.O: Bom aspecto, al. flegm. Presença de flicterma estenuado.</p> <p>* CD: ① Aguarda melhora de pele</p> <p>② Solicito TAC de T12 D</p>
09/06/12	<p># SOT # 57a, 9</p> <p>* HD: ① Fractura Trimalleolar em torniquete ①</p> <p>② 4-DRP Redução imediata + Fixação externa transcuticular</p> <p>* Em uso de: Cefazolina (0.5/0.6)</p> <p>Enxerto ósseo 40mg/dl</p> <p>* Paciente segue estável, sem queixas no momento.</p>

EXCELSIOR SEGUROS  
11 MAI 2018  
SEGURO PRIVAT

**Ficha de Cirurgia Descritiva**

Aviso de Cirurgia : 43374

Paciente : 103843

Convênio Atend. : 1

Leito : 61

Dt. Início : 11/06/2017 09:02

Id Pré-Operatório : S826

d Pós-Operatório :

Sala : 0002

SALA 02

ALIETE SANTINA DA SILVA DOS SANTOS

SUS - INTERNACAO

ORTL-509-LEITO 001

Dt. Fim : 11/06/2017 10:58

FRATURA DO MALEOLO LATERAL

Atendimento : 381113

Carteira :

Idade : 57 Anos 12 Dias 11 Horas

**Procedimentos**

Procedimento: 0408050497

TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA BIMALEOLAR / TRIMALEOLAR / DA FRATURA-LUXAÇÃO DO TORNOZELO (PRINCIPAL)

Convênio: 001

SUS - INTERNACAO

Anestesia: 05

RAQUI ANESTESIA

**Equipe Médica**

CIRURGIAO

19797 ANTONIO JOSE OLIVEIRA DE A. QUEIROZ

**Descrição**

**Descrição Cirúrgica :**

DIAGNÓSTICO: FRATURA DO TORNOZELO DIREITO BIMALEOLAR D  
CIRURGIA: REDUÇÃO ABERTA COM FIXAÇÃO INTERNA COM PLACA DE SUPORTE POSTERIOR E PARAFUSO INTERFRAGMENTARIO PELA PLACA EM MALEOLO LATERAL E REDUÇÃO E FIXAÇÃO COM PARAFUSO ESPONJOSO E ARRUEL EM MALEOLO MEDIAL  
CIRURGIÃO: DR ANTONIO  
1º AUXÍLIO: DR CAIO + DR RENATO  
ANESTESIA: RAQUIANESTESIA

1. PACIENTE EM DDH SOB ANESTESIA;
2. ASSEPSIA E ANTISSEPISIA;
3. APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTÉREIS;
4. INCISÃO DE PELE DE 10CM NA FACE LATERAL DO TORNOZELO;
5. DISSECÇÃO POR PLANOS;
6. REDUÇÃO CRUENTA DE FRATURA DO MALÉOLO LATERAL ;
7. FIXADO FRATURA COM PLACA E PARAFUSO
8. CONTROLE COM INTENSIFICADOR DE IMAGENS;
9. INCISÃO DE PELE NA FACE MEDIAL DO TORNOZELO;
10. DISSECÇÃO POR PLANOS;
11. REDUÇÃO CRUENTA DE FRATURA DO MALÉOLO MEDIAL ;
12. FIXADO FRATURA COM PARAFUSO
13. CONTROLE COM INTENSIFICADOR DE IMAGENS;
14. LIMPEZA COM SF 0,9%;
15. SUTURA POR PLANOS;
16. CURATIVO;
17. CONTROLE COM RX;



Achados Cirúrgicos:



Descrição Complementar

FATURADO  
20/06/17  
CLAUDEVAN SOUSA  
FATURISTA

DR(A) : ANTONIO JOSE OLIVEIRA DE A. QUEIROZ  
CRM : 19797

**EVOLUÇÃO CLÍNICA**

NOME: Aliete Santana da Silva dos Santos REG: 103843  
CLÍNICA: Ortopedia ENFERMAGEM: LEITO: 5094

DATA/HORA	
	- continuação:
09/06/17 09h	* Ao exame: - EGs, inchada, corada, supura, afébil ao toque. - F.O: Bom aspecto, s/ pleore. Presença de flicteru rompid. * CD: ① Aguarda melhora de pele ② Montanha Atb.
	Dr. 
10/06/17	<b>ASOT A</b> HD: 5º DPO RIFE transitar de MID Uso: Cefazolina D1=05/06 Pct estável e s/ Queixas POB: consistente, inchada, corada, corada FO = Bom aspecto, s/ pleore, flicteru rompid on TNR ①: Ag. proarranhar cirurgia.
	Dr. 
12/06/17 10h45	<b>ASOT A</b> * HD: 1º Frat. bilateral ① - 1º DPO RIFE Pct volume do brr diminuiu, - mm queixas. POB, consistente, inchada, corada FO: limpo, n/c, mm pleora Rx - o brr volume e p/ce cap ao: Alta hospitalar cl ciclo III + acompanhamento com tubercul - ai mte cange qrs + anastis dição

EXCELSIOR SEGUROS  
11 MAI 2018  
SEGURO DPVAT.

Luciana  
CRM 11171  
Ortopedia



visão de Cirurgia : 43269 Sala : 0002 SALA 02  
Paciente : 103843 ALIETE SANTINA DA SILVA DOS SANTOS Atendimento : 381113  
Convênio Atend. : 1 SUS - INTERNACAO Carteira :  
Leito : 891 VERD2-15 Idade : 57 Anos 6 Dias 10 Horas  
Dt. Início : 05/06/2017 09:30 Dt. Fim : 05/06/2017 10:35  
Pré-Operatório :  
Pós-Operatório :

Procedimento: 0408050497 TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA BIMALEOLAR / TRIMALEOLAR / DA FRATURA-LUXA  
DO TORNOZELO (PRINCIPAL)  
Convênio: 001 SUS - INTERNACAO  
Anestesia: 05 RAQUI ANESTESIA

CIRURGIAO 15570 ROMERO MONTENEGRO NERY

Descrição Cirúrgica :

DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO: FRATURA BIMALEOLAR DO TORNOZELO DIREITO

TIPO DE INTERVENÇÃO: REDUÇÃO INCRUENTA + FIXADOR EXTERNO TRANSARTICULAR

OPERADOR: DR ROMERO NERY

1º AUXILIAR: DR GUSTAVO PEZZI

2º AUXILIAR: DR AYRON FERRAZ

ANESTESIA: RAQUI ANESTESIA

ANESTESISTA: DRA SIMONE

01. PACIENTE EM DECÚBITO DORSAL SOB ANESTESIA

02. ASSEPSIA + ANTISSEPSIA MID

03. APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTÉREIS

04. REDUÇÃO INDIRETA DA FRATURA BIMALEOLAR SOB ESCOPIA

05. COLOCADO FIXADOR EXTERNO TRANSARTICULAR EM DELTA EM TORNOZELO DIREITO PARA MANTER REDUÇÃO,  
VERIFICADO SOB INTENSIFICADOR DE IMAGENS

06. LIMPEZA COM SF0,9%

07. CURATIVO

08. OBSERVADA BOA PERFUSÃO PERIFÉRICA DO MID

Achados Cirúrgicos:

Descrição Complementar

FATURADO  
20/06/17  
CLAUDEVAN SOUSA  
FATURISTA

Dra. Simone Adair  
Médica  
CRM 25.493

DR(A) : ROMERO MONTENEGRO NERY  
CRM : 15570

# RESUMO DE ALTA HOSPITALAR/ESCLARECIMENTO

NOME: ALIETE SANTINA DA SILVA DOS SANTOS REG:103843

IDADE: 57 SEXO: F DATA DA ADMISSÃO 30/5/2017

DIAGNÓSTICO: 1) Fratura bimalar (D) (11/06/17)

## TRATAMENTO REALIZADO:

1) Redução cirúrgica + fixação externa realizada em 05/06/17

2) RFI com placa - parafusos realizados em 11/06/17

## ORIENTAÇÃO:

1) NÃO PIQAR!

2) Cuidar do dia a dia

3) Mexer o tornozelo.

## PROGRAMA APÓS ALTA:

AMBULATÓRIO DE EGRESSO SIM ( ) NÃO ( )

DATA DA CONSULTA AMBULATORIAL: (com 2 semanas)



Dra. Luciana Moser  
CRM 17171  
Traumato - Ortopedia

ASSINATURA DO MÉDICO, CARIMBO E CRM

EXCELSIOR SEGUROS

11 MAI 2018

SEGURO DPVAT.

RECEITUÁRIO

LAUDO MÉDICO

Atesto para fins trabalhistas  
que a senhora Eliete Santana  
da Silva dos Santos foi submetida  
a tratamento cirúrgico com  
linabolan em 7 (7) dia 11/05/17  
neste serviço em acompanhamento  
ambulatorial. Necessite agendamento  
atividades laborais pelo menos 90 dias.

CSN: 582.5

582.6

27/6/17

EXCELSIOR SEGUROS  
11 MAI 2018  
SEGURO PRIVAT.



VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

NÚMERO 1.927.992 DATA DE EMISSÃO 10/05/2016

<< ALIETE SANTINA DA SILVA DOS SANTOS >>

FILIAÇÃO

<< SEVERINO PEDRO DA SILVA >>  
<< ALMIRA SANTINA DA SILVA >>

NATURALIDADE DATA DE NASCIMENTO

ABREU E LIMA - PE 30/10/1959

DOC. ORIGINAL << 115212 01 55 2010 2 00025 082 >>

0007232 14 GUARUJATUBA - SP

CPF 336.159.898-21

ASSINATURA DO DETENTOR

LEI Nº 7.116 DE 29/06/03

4159446822091547005870746 F-71 74.264 - 3032

EXCELSIOR SEGUROS  
11 MAI 2018  
SEGURO DPVAT

CARTEIRA DE IDENTIDADE

ALIETE SANTINA DA SILVA DOS SANTOS

03M-03

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTERIO DAS CIDADES  
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO  
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

MARIA AUREA LUCENA DE OLIVEIRA VEIGA

DOC. IDENTIDADE / DATA EMISSÃO / UF  
4359362 RDD PE

CPF  
059.058.754-48 DATA NASCIMENTO  
07/01/1985

PLACAO  
MARCOS ANTONIO DE  
OLIVEIRA VEIGA  
RUA AUREA DE LUCENA AN  
AGAO DE OLIVEIRA VEIGA

PURIFICACAO  
ACE CAT HAB  
3

Nº PERMITE  
02946519314 VALIDADE  
01/04/2020 PRAZIBILIDADE  
18/07/2003

sem observações

*Maria A. L. de O. Veiga*

LOCAL  
RECIFE - PE DATA EMISSÃO  
06/04/2015

*[Assinatura]*

31999841756  
PE045874730

DETRAN - PE (PERNAMBUCO)

EXCELSIOR SEGUROS  
11 MAI 2018  
SEGURO DPVAT.



Seguradora Líder - DPVAT

SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS

ID

016 9483118

## IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA Alcides Santana da Silva dos Santos

DATA DO ACIDENTE \_\_\_\_\_ CPF DA VÍTIMA 336.159.898-21

## PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO

QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR ( ) VÍTIMA ( ) REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COM

A VÍTIMA É \_\_\_\_\_

ENDEREÇO DO PORTADOR \_\_\_\_\_

Nº \_\_\_\_\_ COMPLEMENTO \_\_\_\_\_ BAIRRO \_\_\_\_\_

CIDADE \_\_\_\_\_ UF \_\_\_\_\_ CEP \_\_\_\_\_

E-MAIL \_\_\_\_\_ TELEFONE (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

## DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

(X) REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICA E LEGÍVEL)

(X) CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTeira DE TRABALHO OU CARTeira NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

(X) CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

( ) LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICA E LEGÍVEL)

(X) NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML: DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML (ORIGINAL) ASSINADA PELA VÍTIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA

(X) BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

(X) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

(X) AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFEREM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

## DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

( ) CARTeira DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTeira DE TRABALHO OU CARTeira NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

( ) CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

( ) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

## DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

( ) REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICA E LEGÍVEL)

( ) CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTeira DE TRABALHO OU CARTeira NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

( ) CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

( ) RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SOFRIDAS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

( ) COMPROVANTES (ORIGINALS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUINTAS

( ) NOTAS FISCAIS (ORIGINALS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITUÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

( ) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

( ) AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFEREM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

## DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

( ) CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTeira DE TRABALHO OU CARTeira NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

( ) CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

( ) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

## INFORMAÇÕES IMPORTANTES

VALORES DE INDENIZAÇÃO

- MORTE = R\$ 13.500,00
- INVALIDEZ PERMANENTE - ATÉ R\$ 13.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRADITUDE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/74.
- DESPESAS MÉDICAS (DAMS) = REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO). ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.

• O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA

• COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO

• PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSSE [WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR](http://WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR) OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

## PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA \_\_\_\_\_

IDENTIDADE \_\_\_\_\_

ASSINATURA \_\_\_\_\_

## RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA 03.05.18

NOME \_\_\_\_\_

ASSINATURA Reinold

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180216479 **Cidade:** Abreu e Lima **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** ALIETE SANTINA DA SILVA DOS SANTOS **Data do acidente:** 29/05/2017 **Seguradora:** Investprev Seguradora S/A

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

**Data da análise:** 17/05/2018

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** TRAUMA DE TORNOZELO DIREITO

**Resultados terapêuticos:** DEFICIT FUNCIONAL

**Sequelas permanentes:** DEBILIDADE SEVERA DE TORNOZELO DIREITO

**Sequelas:** Com sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** TORNOZELO 75%

**Documentos complementares:**

**Observações:**

## DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau intenso - 75 %	18,75%	R\$ 2.531,25
Total			18,75 %	R\$ 2.531,25

## PRESTADOR

AMORIM E MATTOS SERVIÇOS MÉDICOS ESPECIALIZADOS LT

**Nome do médico:** JORGE DA SILVA MOTTA

**CRM do médico:** 52.31398-4

**UF do CRM do médico:** RJ

**Assinatura do médico:**

*Jorge da Silva Motta*

## PROCURAÇÃO

**Outorgante:** ALIETE SANTINA DA SILVA DOS SANTOS, brasileiro (a), estado civil: CASADA, profissão: DO LAR, residente e domiciliado à Rua SÍTIO JAMAN, nº 40, bairro: SÍTIO JAMAN, Município de AGARASSU, Estado de (o) PERNAMBUCO.

Cep: 53.600 - 000

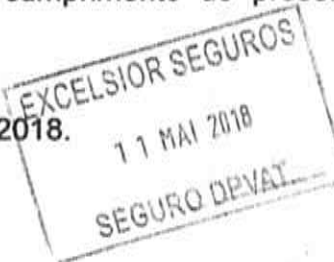
Portador (a) do RG: 1.927.992, CPF: 336.159.898 - 21

**Outorgado:** MARIA ÁUREA LUCENA DE QUEIROZ VEIGA brasileiro (a), estado civil SOLTEIRA, profissão EMPRESARIA, residente e domiciliado (a) à Rua Tomaz Gonzaga, nº 248, bairro: Zumbi, Município de RECIFE, Estado de (o) PERNAMBUCO - CEP.: 50.711-090, portador (a) do RG nº 6.359.362 SDSPE/ e CPF nº 059.058.754-48.

Por este instrumento particular de procuração, o (a) outorgante nomeia e constitui o(a) outorgado(a) seu bastante procurador(a), para o fim especial de requerer junto à qualquer seguradora integrante do Consórcio Seguro DPVAT, o pagamento do sinistro, que vitimou em acidente de trânsito o(a) Sr.(a) ALIETE SANTINA DA SILVA DOS SANTOS ocorrido em 30-05-2017 conforme registrado pelo B.O anexo ao processo.

Podendo dito(a) procurador(a), representar o(a) outorgante como se o(a) próprio(a) fosse, podendo requerer, assinar recibos, assinar Declarações de endereço, assinar Autorização de Pagamento/Crédito de Indenização de Sinistro DPVAT, para o pagamento de quitação da Indenização de Sinistro DPVAT, solicitar declaração do Bombeiro ou declaração do SAMU, enfim requerer e assinar todos os papéis e documentos que forem precisos e praticar todos os demais atos necessários para o mais amplo e fiel cumprimento do presente mandato.

A. E. Lima, 16 de FEVEREIRO de 2018.



aliete santina da silva dos santos  
Outorgante  
CPF Nº .....

Obs.: Reconhecer firma em cartório por autenticidade ou verdadeira

