
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



**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

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 SITIO JAMA N	Número 40	Complemento
Bairro CRUZ DE REBOUÇAS	Cidade JGARASSU	Estado PE
Email	CEP 53.600-000	
	Telefone (DDD) 81.98680.5660	

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 type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR | <input checked="" 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
NRO.

D/V

CONTA
NRO.

D/V

3231

019605

0

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

gp = 013

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO

Nome

NRO

AGÊNCIA

NRO.

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.

Jgarassu, 28 de Fevereiro de 2018

Local e Data

alietesantina dasilva dosantos

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal





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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N°. 18E0117001099

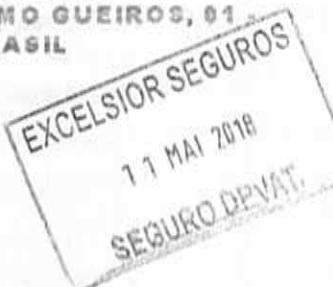
Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 03/05/2018 às
10:39

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (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, 61
Bairro: CENTRO - ABREU E LIMA/PERNAMBUCO/BRASIL
Local do Fato: VIA PÚBLICA

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 Mae: ALMIRA SANTINA DA SILVA Pai: SEVERINO PEDRO DA SILVA Data de
Nascimento: 30/10/1959 Naturalidade: ABREU E LIMA / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos:
1927892/SDS/PE (RG), 33615588821 (CPF) Estado Civil: CASADO(A) Escolaridade:
ANALFABETO Profissão: DO LAR
Endereço Residencial: MUNICIPIO DE ABREU E LIMA, 61 - CEP: 8 - 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 28/05/2017 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 ARRAES EM PAULISTA/PE. PELO EXPOSTO A QUEIXOSA PEDE PROVIDÊNCIA POLICIAL QUE O CASO REQUER.

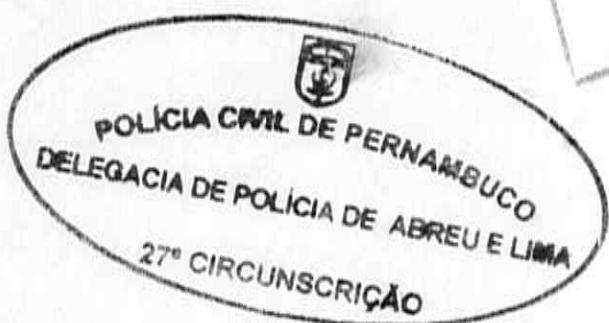
Assinatura da(s) pessoa(s) presente neste unidade policial

ALIETE SANTINA DA SILVA DOS SANTOS
(VITIMA)

xaliet Santina da Silva Santos
B.O. registrado por: JOSÉ FERNANDO DA SILVA - Matrícula: 3242066



EXCELSIOR SEGUROS
11 MAI 2018
SEGURÓ DPVAT.



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)

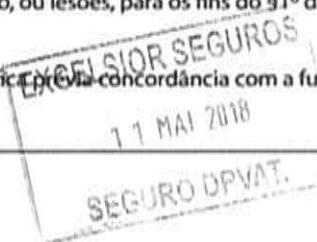
Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

Assinalar uma das opções abaixo:

- Não há estabelecimento do IML que 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 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.



Jogavam, 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**

C E R T I D Ã O

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

Tarifa Social de Energia Elétrica Criada pela Lei 10.438, de 26/04/02



Companhia Energética de Pernambuco
Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife, Pernambuco - CEP 50050-002

DADOS DO CLIENTE
ROSAINE MARIA DA ASSUNCAO

EMPRESCO DA UNIDADE CONSUMIDORA
LI JAMAN 40

CPF: 069.576.074-35 NIS: 16566364597

LAW & POLITICS

**CLASSIFICAÇÃO
B1 RESIDENCIAL
BAIXA NENDA COM NIS
MINISTÉRIO**

CONTA CONTRATO 4010470361 MÊS/ANO 11/2017

Nº DA NOTA FISCAL
002374229 | SÉRIE
UNICA | EMISSÃO
21/11/2017

Consumo Ativo até 30 kWh
Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh
Acréscimo Bandeira VERMELHA
Multa por atraso-IEF 002348420 - 20/03/17
Juros por atraso-NF 002348420 - 20/03/17
Atualização ICPI-MF 002348420 - 20/03/17
Compensação DIC Trimestre 03/17

QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
30.0000000	0,173784887	5,21
95.0000000	0,297816657	19,38
		2,35
		0,38
		0,22
		0,04
		-0,01

37-54

TOTAL DA FATURA

Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO (c)	DATA ANTERIOR LEITURA	ATUAL LEITURA	DATA ZMH 10/01/07	DATA ZMH 10/01/08	Nº DE DIAS	CONSTANTES	AUSTRI	W.D.
7083000	C1	21.700000	12.700000	12	1.200000	12	1.200000	1.200000	W.D.

MES/ANO	GRUPO DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPORTE	Geração de Energia	R\$	11,08	43,48
				Transmissão	R\$	0,07	3,08
				Distriuição (Carga)	R\$	7,99	35,79
				Péndula de Energia	R\$	2,49	0,58
				Energias Sustentá	R\$	2,37	0,82
				Tributos	R\$	1,48	9,12
				Total	R\$	38,35	100
NOV'17	95						
DEZ'17	95						
JAN'18	95						
FEB'18	95						
MAR'18	95						
ABR'18	122						
MAY'18	110						
JUN'18	102						
JUL'18	117						
AGO'18	97						
SETEMBR'18	91						
OCT'18	91						
NOV'18	93						
DEZ'18	94						

EXCELSIOR SEGUROS

11 MAI 2018

Naar de voorzitter van de Commissie voor de Rechten van de Mens en de Volksvertegenwoordiger
van de Republiek Nederland: De voorzitter van de Commissie voor de Rechten van de Mens en de Volksvertegenwoordiger heeft
op 15 februari 1988 een brief geschreven aan de minister van Binnenlandse Zaken, waarin hij de voorstellingen van de
Commissie voor de Rechten van de Mens en de Volksvertegenwoordiger voor de wijziging van de Wet op de Geneeskundige
Handel en de Wet op de Geneeskundige Handel met de gezondheidswetgeving heeft overgenomen. De voorzitter van de
Commissie voor de Rechten van de Mens en de Volksvertegenwoordiger heeft de voorstellingen van de Commissie voor de
Rechten van de Mens en de Volksvertegenwoordiger overgenomen.

Communication and propagation of uncertainty in stochastic models

Ensuite, nous devons nous rappeler que, si la ligne théorique de croissance passe à 50% de la population, alors une grande partie de la population mondiale sera dans la pauvreté.

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 SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro 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 COAF²**.

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

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu MARIA AUREA LUCENA DE AUGUSTO VIEIRA 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	Cidade	Número	Complemento
<u>Rua TOMAZ GONZAGA</u>		<u>248</u>	
Bairro		Estado	CEP
<u>Zumbi</u>	<u>Recife</u>	<u>PE</u>	<u>50.711-090</u>
Email	Telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDD)	
	<u>(81) 3542.6913</u>	<u>(81) 98680.5660</u>	

JGARAS>V, 28 de Fevereiro de 2018
Local e Data

Maria Auxo 2. de Q. Viesgo
Assinatura do Declarante

Atendimento: 380871

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

Senha da Classificação:

0010

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 Acidente de trânsito na 1ª m. car. mma.
 Em TNZ ①.
 Mtm comorfores, nlgas marcas.*

Exame Físico

*Fis. friozinho, cansa, malhum, constrição.
 Passos de dor e pressão em TNZ direito.
 Radiografia evidencia fratura bimarcada em TNZ ②*

Hipótese Diagnóstico

J Fr. bimarcado em TNZ ②

Prescrição Médica

① Transtil. 100mg + fomepizol 0,4% ev, nlgas 10%

Cdno ① Internamento

*Daniel Gobal
 Cirurgião-Residente
 CRMPE 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

PROP. NORTE MIGUEL ARRAES

Classificação de Risco - Protocolo

PROTÓCOLO CLASSIFICAÇÃO 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: **URGÊNCIA 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

rogramma 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 OXIGÉNIO: 98.00 %**REVISADO
NEPI-HMA**

SEGURADO DPVAT
11 MAI 2018
EXCELSIOR DE SEGUROS

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

Data Impressão: 30/05/2017 07:48

SUS

Laudo para solicitação de autorização de internação

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

ESTABELECIMENTO SOLICITANTE	HOSPITAL MIGUEL ARRAES	AT = 381113	2 - CNES 6431569
ESTABELECIMENTO EXECUTANTE	HOSPITAL MIGUEL ARRAES		4 - CNES 6431569

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome do Paciente	6 - N° Prontuário 103843		
ETE SANTINA DA SILVA DOS SANTOS	8 - Data de Nascimento 201681321693	9 - Sexo <input checked="" type="checkbox"/> X / <input type="checkbox"/>	10 - RacCor 03 - Parda 10.1 - Etnia 0000 - Não Se Aplica
Nome da Mãe	12 - Telefone de Contato 8198158010		
MIRA SANTINA DA SILVA	14 - Telefone de Contato		

Nome Responsável
ALMA FERREIRAEndereço (Rua, N°, Bairro)
ENIDA TRANSAMAZONICA, 129 - FOSFATO

Município	17 - IBGE IREU E LIMA	18 - UF PE	19 - CEP 53580135
-----------	--------------------------	---------------	----------------------

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

Principais Sinais e Sintomas Clínicos
VENTE SEM COMORBIDADES VITIMA DE ATROPELAMENTO HA 1 DIA, ENCAMINHADO DA UPA DE IGARASSU ADMITIDA COM DOR EM TORNOZELA, RADIografia DE TORNOZELO DIREITO REVELA FRATURA BIMALEOLAR DE TORNOZELO DIREITO; AO EXAME FÍSICO PACIENTE EM ESTADO GERAL ALCANOTICA, ANICTERICA, 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 RATURA DO MALELO LATERAL	24 - CID 10 Principal S826	25 - CID 10 Secundário W199	26 - CID 10 Causas Associadas 109.2 5825
--	-------------------------------	--------------------------------	---

PROCEDIMENTO SOLICITADO

- Descrição do Procedimento Solicitado TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA BIMALEOLAR / TRIMALEOLAR / DA FRATURA-LUXAÇÃO DO TORNOZEL.	28 - Código do Procedimento 0408050497		
- Especialidade CIRÚRGICA	30 - Carter de Atendimento 2	31 - Documento 00 CNS () CPF	32 - N° do Documento (CNS/CPF) do Profissional Solicitante/Assistente 980016000814998
Nome do Profissional Solicitante/Assistente FAGNER FONSECA DE ATHAYDE		34 - Data da Solicitação 30/05/2017	35 - Assinatura e Calímbio (Nº de Registro no Conselho) Dr. Thiago Mendonça Ferreira 16863

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIA)

36 - () Acidente de Trânsito	39 - CNPJ Seguradora	40 - N° Bilhete	41 - Série
37 - () Acid. Trabalho Típico	42 - CNPJ / Empresa	43 - CNAE / Empresa	44 - CBOR
38 - () Acid. Trabalho Trajeto			

I5 - Vínculo com a Previdência

() Empregado	() Empregador	() Autônomo	() Desempregado	() Aposentado	() Não Segurado
---------------	----------------	--------------	------------------	----------------	------------------

AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizador	47 - Cód. Órgão Emissor E260000001	AIH 261710088774-2
48 - Documento	49 - N° do Documento (CNS/CPF) do Profissional Autorizado	
() CNS () CPF		

50 - Data da Autorização	51 - Assinatura e Calímbio (Nº Registro do Conselho) Dr. Luciana Moyses CRM 17171 Data: 11/05/2018
--------------------------	--

Código do Laudo: 380871

AIH
261710088775-3



FICHA DE INTERNACÃO

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

Cód. Atendimento: 381113

Usuário: ANACSI

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
Dados da Internação
 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 OBSERVACA Leito: VERD2-15
 Médico Internação: PLANTONISTA ORTOPEDIA 509-01

DADOS DO RESPONSÁVEL

Nome: CLAUDE VAN EDUSA MATURÍSITA **R.G.:** _____ **C.P.F.:** _____
Endereço: 20, C.R. 17 **Numero:** _____ **Estado civil :** _____
Fone: _____ **Cidade:** S. Paulo

DADOS DA LIBERACÃO DO PACIENTE

Data da Alta: 12/06/14

Hora da Alta: 06 : 45

Motivo: Melhorado A Pedido Transferência Óbito Evasão

Condições de Alta: Boas po maus

Diagnóstico Principal.....: frwt - h'malwta

Diagnóstico Secundário 91:-

Diagnóstico Secundário 92.:

procedimiento..... 10 P.M. el día 13 de enero

10 Lucas Moser
CRM 13171
Tremont - Chapeau

Médico e CRM: EXCELSIOR SEGUROS

11 MAI 2018

~~EURO DPVAT~~

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, anestesias, transfusões, exames de sangue, ou qualquer outro tipo de exame médico e laboratorial) que se fizerem necessários para o diagnóstico, tratamento, cura e o bem estar do paciente.

Em 05 de 06 de 14

~~Diplosoma~~ SANTOS

Assinatura e RG do paciente ou pessoa responsável



PERNAMBUCO
ESTADO DO ESTADO

MIGUEL ARRAES



INSTITUTO DE MEDICINA LEGAL
Prof. Fernando Figueira

EVOLUÇÃO CLÍNICA

NOME: Alcides Santino da Silva dos Santos REG: 103843
CLÍNICA: SOT ENFERMAGEM: LEITO:

DATA/HORA	
02/06/17 01:57a	+SOT+
10:00R	FID: 1) Fx fechada bimolar de TNZ (1) • Ms: Enoxaparin 40 mg/dia → Pts. refere dor lombar (1) (trans- verso). GP: EGP, orientado, hidratada, expri- sa, corada, AAA.
	CD: 7 - Aguarda transferência pelo convívio.
03/06/17	<i>John Chou</i> Dr. Tiago Costa Neto +SOT+ 10= Fx Bimolar R/L Panels syn abas, no que Edo: Círculo Sepeda-leuc

EXCELSIOR SEGUROS
11 MAI 2018
SEGURADOPVAT

Claudio Costa Neto
Ortopedia / Traumatologia
CRM PE 24.099



PERNAMBUCO
GOVERNO DO ESTADO

MIGUEL ARRAES



Instituto de Medicina Integral
Prof. Fernando Figueira

Evolução Clínica

NOME:

REG:

CLÍNICA:

ENFERMAGEM:

LEITO:

DATA/HORA	
02/06/17	# SOT #
02:00	10:1) Fix. bimolar TNZ (5) por osteotomia. LT: easy, cosmetic, corona, concordante, ótima.
	C.) Novas pesquisas clínicas.
	Dr. Ayron Ferraz Otorrinolaringologista CRM-PE 22330.
05/06/17	# SOT #
06:30	# 11: 1) Fix. bimolar TNZ (5)
	Paciente assintomática
	A.E.F.: EGB, eupneia, sonhos, sonolência, orientação
	# 12: 1) Manha Jesus 2) Bloco Norte

EXCELSIOR SECURIS
CNPJ 11.312.312/0001-01
Av. Presidente Vargas, 1111
Maceió - AL - 57010-000
Fone/Fax: (82) 3222-1111

Evolução Clínica

NOME: Aliete Souto da Silva dos Santos
CLÍNICA: Ortopedia

REG: 103843
LEITO: 509.1

#SOT#

DATA/HORA	#SOT#
06/06/17 02h	<ul style="list-style-type: none"> * UD: ① Fratura bimaletalar em traçado ① ② FDP: Redução imprecisa + Fixador externo transarticular. * Tomo de Enxopenina 40mg/d * Paciente segue estabil. Refere dor em fixador e em região lombor. Diz não avaciar há 3 semanas. * No exame: - EGB, hidratada, corada, eupneica, afibril no toque - FD: bom aspecto, si ilugos. Presença de hictema acima do maléolo medial do Mi. * CP: ① Agudo P. cardíaco ② Série Radiografia de traçado ① e perfil ③ Agudo melhora d. pele p/ press. cianose. ④ Enxa fleef evanta aguda

EXCELSIOR SEGUROS

Mariana Gavaalcani
Ortopedia e Traumatologia
Médica Residente
CRM-PE 24973

11 MAI. 2018
SEGUR. DPVAT

DATA/HORA	#SOT# 57a. q.
02h	<ul style="list-style-type: none"> * UD: ① Fratura bimaletalar em traçado direito, dito Tmialolar ② FDP: Redução imprecisa + Fixador externo transarticular. * Tomo de Enxopenina 40mg/d * Paciente segue estabil. Refere dor em Mi - Diz que a evacuação permitiu. * No exame: EGB, hidratada, corada, eupneica, afibril - FD: bom aspecto, si ilugos. Edema + 1+4.

Evolução Clínica

NOME: Aline Santino da Silva dos Santos
CLÍNICA: Osteopatia

REG: 103843
LEITO:

DATA/HORA	
07/06/17	<p>- Continuação:</p> <p>* CD: ① Agudo de melhora de pele + procedimento cirúrgico.</p>
08/06/17	<p>#SOT # 57a, ♀</p> <p>* H.O: ① Endo Trimolester em tamagão ② 3:30 Redução imediata + Fixação extram tromenticular</p> <p>* Enx. uso de: Enoxaparina 40mg/l + Cigalofol 05/06</p> <p>* Paciente segue estabil, sem queixas relevantes.</p> <p>* Do exame:</p> <ul style="list-style-type: none"> - F.G: Indicador, corado, espesso, afivel no topo - F.O: Bom aspecto, s/ flagras. Presença de fístula estenada. <p>* CD: ① Agudo melhora de pele</p> <p>② Solicito TAC de TIV D</p>
09/06/17	<p>#SOT # 57a, ♀</p> <p>* H.O: ① Endo Trimolester em tamagão ② 4:30 Redução imediata + Fixação extram tromenticular</p> <p>* Enx. uso de: Cefotípima (01:05/06)</p> <p>Enoxaparina 40mg/l</p> <p>* Paciente segue estabil, sem queixas relevantes.</p>

EXCELSIOR SEGURANÇA
11/06/2018

Ficha de Cirugía Descriptiva

Aviso de Cirurgia : 43374
Paciente : 103843
Convênio Atend. : 1
Leito : 61
Dt. Inicio : 11/06/2017 09:02
Dt. Fim : 11/06/2017 10:58
Id Pré-Operatório : S826
Saia : 0002 SALA 02
ALIETE SANTINA DA SILVA DOS SANTOS
SUS - INTERNACAO
ORTL-509-LEITO 001
FRATURA DO MALEOLO LATERAL

Atendimento :381113
Carteira :
Idade :57 Anos 12 Dias 11 Horas

Precacidimicatos

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

Equipe M&dica

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 ANTISSEPSIA;
 3. APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTÉREIS;
 4. INCISÃO DE PELE DE 10CM NA FACE LATERAL DO TORNOZELO;
 5. DISSECCÃO 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. DISSECCÃO 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
CLAUDE VAN SOUSA
FATURISTA

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



PERNAMBUCO
GOVERNO DO ESTADO

MIGUEL ARRAES



Instituto de Medicina Integral
Prof. Fernando Figueira

Evolução Clínica

NOME: Aliete Santinha da Silva dos Santos REG: 103843
 CLÍNICA: Ortopédico ENFERMAGEM: _____ LEITO: 5094

DATA/HORA	EVOLUÇÃO:
09/06/17	<ul style="list-style-type: none"> - continuação: + Ao exame: • EGB, hinchada, com edema, supuração, abduz os tornos. • F-D: Bom aspecto, s/ flebite. Presença de fistula rompida. ► CD: (1) Agravado melhora de pele (2) Mantimento ATB. <p style="text-align: right;">Dra. </p>
10/06/17	<p style="text-align: center;">ASOT A</p> <p>HD: 5º DPO RIFE transabdominal de M13</p> <p>Uso: Cefazolina D1=05/06</p> <p>Pct estéril e 2 Querixas</p> <p>EGB, hinchada, supuração, com edema</p> <p>FO: Bom aspecto, s/ flebite, fistula rompida em T12</p> <p>CD: Ag prevenção correta.</p> <p style="text-align: right;">EXCELSIOR SEGUROS 11 MAI 2010 SEGURÓ DPVAT</p>
12/06/17	<p style="text-align: center;">ASOT A</p> <p>+ Uso! Frat. bimelhado (1) - 1º DPO RIFI</p> <p>Pct suculento em clínico, mm queixas</p> <p>EGB, vermelha, com edema, supuração</p> <p>FO: Unipro, m6, mm queixas</p> <p>Rx → boas indicações e previsão</p> <p>AO: Site suspeito cl cicatrizes</p>

+ acompanhamento com bacteriologia →
em ante coag. giro + curativo
diárias

LUCIANA MOREIRA
CRA-PE 11777
TURMO 1000

visor de Cirurgia : 43269
Paciente : 103843
Convênio Atend. : 1
Leito : 691
Dt. Início : 05/06/2017 09:30 Dt. Fim : 05/06/2017 10:35

Sala : 0002 SALA 02
ALIETE SANTINA DA SILVA DOS SANTOS
SUS - INTERNACAO
VERD2-15

Atendimento : 381113
Carteira :
Idade : 57 Anos 6 Dias 10 Horas

I Pré-Operatório :

I Pós-Operatório :

Procedimento: 0408050497

TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA BIMALEOLAR / TRIMALEOLAR / DA FRATURA-LUXAÇÃO 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

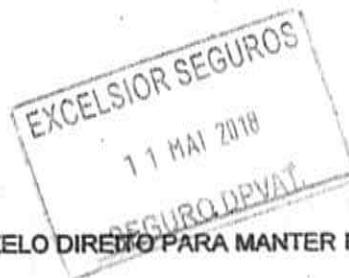
04. REDUÇÃO INDIRETA DA FRATURA BIMALEOLAR SOB ESCOPA

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

6. LIMPEZA COM SF0,9%

07. CURATIVO

08. OBSERVADA BOA PERFUSÃO PERIFÉRICA DO MID



Achados Cirúrgicos:

Descrição Complementar

Ora: 10:30h Adm.
Médica: Dr. Romero Nery
CRM: 15570

FATURADO
20/06/17
CLAUDEVAN SOUSA
FATURISTA

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: 11 Fratura bimalholar (D) (ischiofemoral)

TRATAMENTO REALIZADO:

11 Redução via canula + fixador externo
realizada em 05/06/17
21 R.A.F.I com placa + parafuso realizada
em 11/06/17

ORIENTAÇÃO:

- 1) Não pisar!
- 2) Andar no dia 10
- 3) Mixer e tamponar.

PROGRAMA APÓS ALTA:

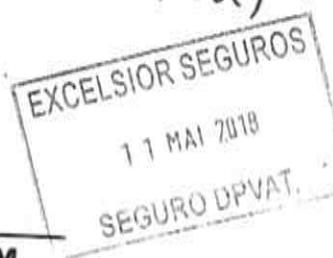
AMBULATÓRIO DE EGRESO SIM()

NÃO()

(com acompanhamento)

DATA DA CONSULTA AMBULATORIAL: _____


Dra Luciana Moser
CRM 17.171
Traumato - Ortopedia



ASSINATURA DO MÉDICO, CARIMBO E CRM



PERNAMBUCO
GOVERNO DO ESTADO



Instituto de Medicina Integral
Prof. Fernando Figueira



RECEITUÁRIO

LAVO MÉDICO

Atéto para fns babalhido
que a senhora Eliete Santino
de S. hro dos Santos foi admitida
a tratamento cirúrgico Gravidez
limbolar n.º ① dia 11/05/17
nesta unidade com acompanhamento
ambulatorial. Recentemente apresentou
necessidades laborais pelo menos 90 dias.
CID: S82.5
S82.6

27/05/17
EXCELSIOR SEGUROS
11 MAI 2018
SEGURO D'VAT

O LEITE MATERNO É O MELHOR ALIMENTO PARA SEU FILHO



EXCELSIOR SEGUROS
11 MAI 2018
SEGURÓ DPVAT



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIUDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

	
MARIA AURORA LUCHENA DE QUIROS VIEIRA	
SOC. IDENTIDADE / ODS EMISSOR / UF 4359342 SDR PE	
CPF	DATA NASCIMENTO
059.058.754-48 07/01/1981	
PLACAR	
MARCOS ANTONIO DE QUIROS VIEIRA MARIA AURORA DE LUCHENA AL AGAO DE QUIROS VIEIRA	
PERMISSÃO	Nº C
02846515314 01/04/2020 18/07/2003	
OBSERVAÇÕES SEM OBSERVAÇÕES	
<i>Laura Anna J. de Q. Vieira</i>	
LOCAL: RECIFE - PE DATA EMISSÃO: 06/04/2015	
1024537059	
DETTRAN - PE (PERNAMBUCO)	

EXCELSIOR SEGUROS
 11 MAI 2018
 SEGURO DPVAT

Seguradora Líder • DPVAT

SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS ID

IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA Alexis Bantana da Silva dos Santos

DATA DO ACIDENTE _____ CPF DA VÍTIMA 326.159.898-21

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO

QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR VÍTIMA REPRESENTANTE LEGAL, CUIO PARANTESCO COM A VÍTIMA É _____

ENDERECO DO PORTADOR _____

Nº _____ COMPLEMENTO _____

CIDADE _____ UF _____ BAIRRO _____

E-MAIL _____

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
 CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTERA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)

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 AFTA DEFINITIVA.

BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (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 CONFIRMEM 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 CARTERA 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)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

VALORES DE INDENIZAÇÃO • MORTE = R\$ 13.500,00

• INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R\$ 13.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE, 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, ACESSE WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTERA DE TRABALHO OU CARTERA 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

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE _____

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA _____

DATA _____

DATA 03.05.18

IDENTIDADE _____

NOME Ronalva

ASSINATURA _____

ASSINATURA _____

016 0483/118



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:

PROCURAÇÃO

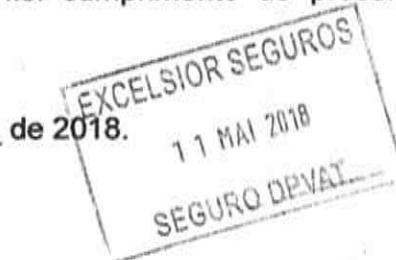
Outorgante: ALIETE SANTINA DA SILVA DOS SANTOS, brasileiro (a), estado civil: CASADA, profissão: DO LAR, residente e domiciliado à Rua SITIO JAMAN, nº 40, bairro: SITIO JAMAN, Município de AGARASSU, Estado de (o) PERNAMBUCO.
Cep: 53.600 - 000
Portador (a) do RG: 1.927.992, CPF: 336.159.898 - 21

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.E21.WT, 16 de fevereiro de 2018.



alieta Santina da Silva dos Santos
Outorgante
CPF Nº

Obs.: Reconhecer firma em cartório por autenticidade ou verdadeira

Cartório Alfredo Mariano TABELIONATO DE NOTAS E PROTESTO
BEL. ALFREDO MARIANO DE BRITO - Tabelião / Rio Cel. Utrílio Reis de Sá, N° 51 - Centro - Abreu e Lima/PE
Cep: 53.620-200 - Fones: (81) 3642-1381/3641-0972 | cartorioalfredomariano@gmail.com

Reconheço por AUTENTICIDADE a firma de ALIETE SANTINA DA SILVA DOS SANTOS, Abreu e Lima/PE, 16/02/2018 10:34:55, em testemunho da verdade. Emolumentos: R\$ 3,99 TSNR: R\$ 0,80 Total: 4,79 RC-3-54412

Luciana Oliveira de Lima Marques - Substituta
Selo digital: 0150607.DRF01201803.00673



consulte autenticidade em www.tjpe.jus.br/authdigital