
Rio de Janeiro, 06 de Maio de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190304830

Vítima: AGLAILDO ANTONIO DE SANTANA

Data do Acidente: 21/05/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: IVONILDO FERREIRA DE BARROS JUNIOR

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), AGLAILDO ANTONIO DE SANTANA

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. 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, 07 de Maio de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190304830

Vítima: AGLAILDO ANTONIO DE SANTANA

Data do Acidente: 21/05/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: IVONILDO FERREIRA DE BARROS JUNIOR

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Comunicamos que o pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado e está em análise e o prazo regulamentar de 30 dias foi interrompido para apuração de dados e informações adicionais. Assim que todas as informações forem finalizadas, o prazo voltará a seguir normalmente.

Por favor, aguarde contato e continue acompanhando o seu pedido de indenização através dos canais oficiais da Seguradora Líder DPVAT.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 18 de Maio de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190304830

Vítima: AGLAILDO ANTONIO DE SANTANA

Data do Acidente: 21/05/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: IVONILDO FERREIRA DE BARROS JUNIOR

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), AGLAILDO ANTONIO DE SANTANA

Informamos que o pagamento da indenização o Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 843,75

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um tornozelo 25%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 25%) 6,25%

Valor a indenizar: 6,25% x 13.500,00 = R\$ 843,75

Recebedor: AGLAILDO ANTONIO DE SANTANA

Valor: R\$ 843,75

Banco: 237

Agência: 00000836-2

Conta: 0000011973-3

Tipo: CONTA CORRENTE

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190304830

Cidade: Moreno

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: AGLAILDO ANTONIO DE SANTANA

Data do acidente: 21/05/2017

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

PARECER

Diagnóstico: Ferimento em cotovelo esquerdo, tornozelo esquerdo, mão esquerda

Descrição do exame físico: Vítima com cicatriz em cotovelo esquerdo, com dificuldade na mobilidade por conta de quadro algico. Tem dor e edema em tornozelo esquerdo, com cicatriz cirúrgica local, realiza flexão plantar a 40 graus, dorsal a 15 graus, sem deficit de marcha. Apresenta hipotrofia de ambas as mãos, com cicatriz em dorso da mão direita, tem dificuldade no movimento de preensão bilateral.

Resultados terapêuticos: Tratado cirurgicamente com sutura do ferimento em cotovelo e tornozelo esquerdo, evoluindo sem complicações. Fez fisioterapia. Alta há cerca de 6 meses

Sequelas permanentes: Deficit funcional leve (25%) em tornozelo esquerdo

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 09/05/2019

Conduta mantida:

Observações: O exame físico descrito demonstrou que após a consolidação das lesões ocorridas no trauma e o termino do tratamento, há um quadro sequelar caracterizado por restrição dos movimentos habituais em tornozelo esquerdo, portanto mantemos a conduta do médico examinador.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75

**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e
Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas de Seguro DPVAT**

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Número do Sinistro: 3190304830

Nome do(a) Examinado(a): AGLAILDO ANTONIO DE SANTANA

Endereço do(a) Examinado(a): RUA DOS MUSICOS, 31 - MORENO/PE -
CEP 54800-000

Identificação - Orgão Emissor/UF/Número : 4147903 - sds pe - 17/08/2018

Data e Local do Acidente : 21/05/2017 - Moreno/PE

Data e Local do Exame : 09/05/2019 AVENIDA GOVERNADOR AGAMENON
MAGALHÃES, 2615 - SALA 507 - RECIFE/PE - CEP 52021-170

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva o(s) diagnóstico(s) das lesões efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado.

ferimento em cotovelo esquerdo, tornozelo esquerdo, mão esquerda

II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.

Tratado cirurgicamente com sutura do ferimento em cotovelo e tornozelo esquerdo, evoluindo sem complicações.

Fez fisioterapia.

Alta há cerca de 6 meses

III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado.

vítima com cicatriz em cotovelo esquerdo, com dificuldade na mobilidade por conta de quadro algico. Tem dor e edema em tornozelo esquerdo, com cicatriz cirurgica local, realiza flexão plantar a 40 graus, dorsal a 15 graus, sem deficit de marcha. Apresenta hipotrofia de ambas as mãos, com cicatriz em dorso da mão direita, tem dificuldade no movimento de preensão bilateral.

IV. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente trânsito e comprovadas na documentação apresentada? [X] Sim [] Não

V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a qualquer medida terapêutica)? [X] Sim [] Não

VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:

limitação de grau leve de tornozelo esquerdo, com edema e bloqueio articular

VII. Segundo previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).

Vide motivo do impedimento no
campo das observações

() “Vítima em tratamento” Esta
avaliação médica deve ser repetida
em _____ dias

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

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

Região Corporal

tornozelo esquerdo

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

Região Corporal

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

Região Corporal

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

Região Corporal

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

VIII.* Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou a valoração do dano corporal.

vítima idosa, com quadro algíco em cotovelo, sem aparente sequela do ferimento. Não ha relato de fratura em mãos, apenas ferimento em mão esquerda, onde não foi evidenciado qualquer processo cicatricial. Não há elementos documentais para determinar sequela em mãos relacionada ao trauma.



LEONARDO DE FARIA NEVES CRM : 17742 / UF :PE

Nº DO SINIS

Autorização de pagamento



CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

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

EU, AGLAILDO ANTONIO DE SANTANA
PORTADOR(A) DO RG Nº 41.47903 EXPEDIDO POR SSP PE EM 20/05/1989
CPF 0842017054-05 /CNPJ 000000000000000000 PROFISSÃO _____
E RENDA MENSAL DE R\$ _____ (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA _____, AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(*) A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

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

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

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

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO 234 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 0836 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 11973-3

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

Nº do BANCO _____ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) _____ Nº da CONTA (com dígito, se existir) _____

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

moreno 19 de Dezembro de 2017

LOCAL E DATA

ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares.
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.seguradoralider.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.

အသုံးပြုသူများ၏ အကျိုးအမြတ်ကို ထိန်းသိမ်းရန် လိုအပ်ပါသည်။

$\frac{d}{dt} \left(\frac{\partial L}{\partial \dot{x}} \right) = \frac{\partial L}{\partial x}$

1941. 1942. 1943. 1944. 1945. 1946. 1947. 1948. 1949. 1950. 1951. 1952. 1953. 1954. 1955. 1956. 1957. 1958. 1959. 1960. 1961. 1962. 1963. 1964. 1965. 1966. 1967. 1968. 1969. 1970. 1971. 1972. 1973. 1974. 1975. 1976. 1977. 1978. 1979. 1980. 1981. 1982. 1983. 1984. 1985. 1986. 1987. 1988. 1989. 1990. 1991. 1992. 1993. 1994. 1995. 1996. 1997. 1998. 1999. 2000. 2001. 2002. 2003. 2004. 2005. 2006. 2007. 2008. 2009. 2010. 2011. 2012. 2013. 2014. 2015. 2016. 2017. 2018. 2019. 2020. 2021. 2022. 2023. 2024. 2025. 2026. 2027. 2028. 2029. 2030. 2031. 2032. 2033. 2034. 2035. 2036. 2037. 2038. 2039. 2040. 2041. 2042. 2043. 2044. 2045. 2046. 2047. 2048. 2049. 2050. 2051. 2052. 2053. 2054. 2055. 2056. 2057. 2058. 2059. 2060. 2061. 2062. 2063. 2064. 2065. 2066. 2067. 2068. 2069. 2070. 2071. 2072. 2073. 2074. 2075. 2076. 2077. 2078. 2079. 2080. 2081. 2082. 2083. 2084. 2085. 2086. 2087. 2088. 2089. 2090. 2091. 2092. 2093. 2094. 2095. 2096. 2097. 2098. 2099. 2100. 2101. 2102. 2103. 2104. 2105. 2106. 2107. 2108. 2109. 2110. 2111. 2112. 2113. 2114. 2115. 2116. 2117. 2118. 2119. 2120. 2121. 2122. 2123. 2124. 2125. 2126. 2127. 2128. 2129. 2130. 2131. 2132. 2133. 2134. 2135. 2136. 2137. 2138. 2139. 2140. 2141. 2142. 2143. 2144. 2145. 2146. 2147. 2148. 2149. 2150. 2151. 2152. 2153. 2154. 2155. 2156. 2157. 2158. 2159. 2160. 2161. 2162. 2163. 2164. 2165. 2166. 2167. 2168. 2169. 2170. 2171. 2172. 2173. 2174. 2175. 2176. 2177. 2178. 2179. 2180. 2181. 2182. 2183. 2184. 2185. 2186. 2187. 2188. 2189. 2190. 2191. 2192. 2193. 2194. 2195. 2196. 2197. 2198. 2199. 2200. 2201. 2202. 2203. 2204. 2205. 2206. 2207. 2208. 2209. 2210. 2211. 2212. 2213. 2214. 2215. 2216. 2217. 2218. 2219. 2220. 2221. 2222. 2223. 2224. 2225. 2226. 2227. 2228. 2229. 2230. 2231. 2232. 2233. 2234. 2235. 2236. 2237. 2238. 2239. 2240. 2241. 2242. 2243. 2244. 2245. 2246. 2247. 2248. 2249. 2250. 2251. 2252. 2253. 2254. 2255. 2256. 2257. 2258. 2259. 2260. 2261. 2262. 2263. 2264. 2265. 2266. 2267. 2268. 2269. 2270. 2271. 2272. 2273. 2274. 2275. 2276. 2277. 2278. 2279. 2280. 2281. 2282. 2283. 2284. 2285. 2286. 2287. 2288. 2289. 2290. 2291. 2292. 2293. 2294. 2295. 2296. 2297. 2298. 2299. 2300. 2301. 2302. 2303. 2304. 2305. 2306. 2307. 2308. 2309. 2310. 2311. 2312. 2313. 2314. 2315. 2316. 2317. 2318. 2319. 2320. 2321. 2322. 2323. 2324. 2325. 2326. 2327. 2328. 2329. 2330. 2331. 2332. 2333. 2334. 2335. 2336. 2337. 2338. 2339. 2340. 2341. 2342. 2343. 2344. 2345. 2346. 2347. 2348. 2349. 2350. 2351. 2352. 2353. 2354. 2355. 2356. 2357. 2358. 2359. 2360. 2361. 2362. 2363. 2364. 2365. 2366. 2367. 2368. 2369. 2370. 2371. 2372. 2373. 2374. 2375. 2376. 2377. 2378. 2379. 2380. 2381. 2382. 2383. 2384. 2385. 2386. 2387. 2388. 2389. 2390. 2391. 2392. 2393. 2394. 2395. 2396. 2397. 2398. 2399. 2400. 2401. 2402. 2403. 2404. 2405. 2406. 2407. 2408. 2409. 2410. 2411. 2412. 2413. 2414. 2415. 2416. 2417. 2418. 2419. 2420. 2421. 2422. 2423. 2424. 2425. 2426. 2427. 2428. 2429. 2430. 2431. 2432. 2433. 2434. 2435. 2436. 2437. 2438. 2439. 2440. 2441. 2442. 2443. 2444. 2445. 2446. 2447. 2448. 2449. 2450. 2451. 2452. 2453. 2454. 2455. 2456. 2457. 2458. 2459. 2460. 2461. 2462. 2463. 2464. 2465. 2466. 2467. 2468. 2469. 2470. 2471. 2472. 2473. 2474. 2475. 2476. 2477. 2478. 2479. 2480. 2481. 2482. 2483. 2484. 2485. 2486. 2487. 2488. 2489. 2490. 2491. 2492. 2493. 2494. 2495. 2496. 2497. 2498. 2499. 2500. 2501. 2502. 2503. 2504. 2505. 2506. 2507. 2508. 2509. 2510. 2511. 2512. 2513. 2514. 2515. 2516. 2517. 2518. 2519. 2520. 2521. 2522. 2523. 2524. 2525. 2526. 2527. 2528. 2529. 2530. 2531. 2532. 2533. 2534. 2535. 2536. 2537. 2538. 2539. 2540. 2541. 2542. 2543. 2544. 2545. 2546. 2547. 2548. 2549. 2550. 2551. 2552. 2553. 2554. 2555. 2556. 2557. 2558. 2559. 2560. 2561. 2562. 2563. 2564. 2565. 2566. 2567. 2568. 2569. 2570. 2571. 2572. 2573. 2574. 2575. 2576. 2577. 2578. 2579. 2580. 2581. 2582. 2583. 2584. 2585. 2586. 2587. 2588. 2589. 2590. 2591. 2592. 2593. 2594. 2595. 2596. 2597. 2598. 2599. 2600. 2601. 2602. 2603. 2604. 2605. 2606. 2607. 2608. 2609. 2610. 2611. 2612. 2613. 2614. 2615. 2616. 2617. 2618. 2619. 2620. 2621. 2622. 26

...and the other is the same as the first.

1985年2月24日 星期三

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

Nº do sinistro ou ASL: _____ CPF da vítima: 784.217.054-75 Nome completo da vítima: Aglaide Antonio de Santana

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

Nome completo: Aglaide Antonio de Santana CPF: 784.217.054-75

Profissão: Recuso Endereço: Rua dos Musicos Número: 33 Complemento: _____

Bairro: Olaria Cidade: Moreno Estado: PE CEP: 54800-000

E-mail: _____ Tel. (DDD): _____

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

RENDA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

☐ CONTA POUPANÇA (somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: CONTA:

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: Bradesco

AGÊNCIA: 0536 CONTA: 0034973

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

ARQUIVADA
03 MAI 2019

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____

Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Local e Data: Recife, 12 de fevereiro de 2019

Nome: ANDRÉIA SILVA de Santana

CPF: 707.209.874-76

Andréia Silva de Santana

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: MARICÉIA MARIA dos Santos

CPF: 053.429.484-96

Maria Cecilia Maria dos Santos

Assinatura

2ª | Nome: MARIA FEREZA dos Santos

CPF: 542.639.794-49

Maria Fereza dos Santos

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

ARIANA SECURADORA

03 MAI 2019



Emitido pelo Banco Bradesco S.A. em caso de perda ou roubo, comunique imediatamente.

AGÊNCIA: 0836 2
CONTA: 0011973 3

AUTHORIZED SIGNATURE

Fone Fácil Bradesco: 4002-0022 / 0800 570 0022
Acesso ao Exterior: +55 (31) 4002-0022
SAC: 0800 704-6383 (Diária) / 0800 727-9986 (Crédito)
Gratificação Auditiva ou de Fala: 0800 722-0099
Ouvidoria: 0800 727-9933
banco bradesco

NO EXTERIOR

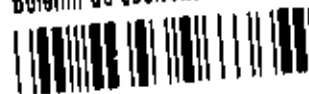
Banco24Horas

ATM
pulse

Direct Club
INTERNACIONAL

DISCOVER

ARUANA SEGURADORA
03 MAI 2019



1 | IN



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 021ª CIRCUNSCRIÇÃO - MORENO -
DP21ªCIRC DIM/6ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **17E0111000842**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **31/05/2017** às
12:08

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Doloso (Consumado) que
aconteceu no dia 21/5/2017 no período da Tarde

Fato ocorrido no endereço: MUNICÍPIO DE MORENO, 1, BR. 232, ENFRETE AO
ANTIGO POSTO DA POLICIA RODOVIARIA FEDERAL - Bairro: CENTRO -
MORENO/PERNAMBUCO/BRASIL
Local do Fato: RODOVIA FEDERAL

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR / AGENTE)
AGLAILDO ANTONIO DE SANTANA (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

ESPORTE / LAZER / AFINS: (Usado na geração da ocorrência) , que estava
em posse do(a) Sr(a): AGLAILDO ANTONIO DE SANTANA
VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a)
Sr(a): DESCONHECIDO

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

AGLAILDO ANTONIO DE SANTANA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: DORALICE
ANACIO DE SANTANA Pai: ANTONIO FRANCISCO DE SANTANA Data de Nascimento: 26/5/1967
Naturalidade: VITÓRIA DE SANTO ANTAO / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 4147903/SSP/PE
(RG), 78421705415 (CPF) Estado Civil: SOLTEIRO(A) Escolaridade: DESCONHECIDO Profissão:
SERVENTE DE PEDREIRO Telefones Celulares:
- 989440478

Endereço Residencial: MUNICÍPIO DE MORENO, 36, RUA MARIA HELENA - GALINHA D'AGUA - CEP:
55000-000 - Bairro: CENTRO - MORENO/PERNAMBUCO/BRASIL, MAGO DO CALALO

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

BICICLETA (ESPORTE / LAZER / AFINS) de propriedade do(a) Sr(a): AGLAILDO ANTONIO DE SANTANA, que estava em posse do(a) Sr(a): AGLAILDO ANTONIO DE SANTANA
Categoria/Marca/Modelo: BICICLETA/MONARK/NÃO INFORMADO Objeto apreendido: Não
Quantidade: 1 (UNIDADE NÃO INFORMADA)

VEICULO (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): DESCONHECIDO, que estava em posse do(a)

1 de 2

31/07/17, 09:40

Secretaria de Defesa Social :: INFOPOL

<http://200.238.83.36/pernambuco/VisualizaBO.do?idUn...>

Sr(a): DESCONHECIDO

Categoria/Marca/Modelo: AUTOMOVEL/DESCONHECIDO/NÃO INFORMADO Objeto apreendido: Não
Quantidade: (UNIDADE NÃO INFORMADA)

Complemento / Observação

INFORMA A VITIMA, QUE AO SE DESLOCAR EM UMA BICICLETA, DO BARREO DE BANANÇA PARA CIDADE DO MORENO, PELA RODOVIA - BR 232, AO APROXIMASSE NO ANTIGO POSTO DA POLICIA RODOVIARIA FEDERAL, FOI ATROPELADO POR UM VEICULO NAO IDENTIFICADO, APOS O ACIDENTE, SEGUNDO A VITIMA, O MESMO FOI SOCORRIDO PELO O SAMU, PARA O HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS, O MESMO PEDE AS DEVIDAS PROVIDENCIAS

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

AGLAILDO ANTONIO DE SANTANA
(VITIMA)

B.O. registrado por: BEROALDO ROSA DE MOURA - Matrícula: 319750-6

GERENCIAL LIBER PRINT AC

19-DEZ-2017 17:59 304560 1/1



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 021ª CIRCUNSCRIÇÃO - MORENO -
DP21ªCIRC DIM/6ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **17E0111000842**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **31/05/2017** às
12:08

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Doloso (Consumado) que
aconteceu no dia 21/5/2017 no período da Tarde

Fato ocorrido no endereço: **MUNICÍPIO DE MORENO, 1, BR. 232, ENFRETE AO
ANTIGO POSTO DA POLICIA RODOVIARIA FEDERAL - Bairro: CENTRO -
MORENO/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **RODOVIA FEDERAL**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR / AGENTE)
AGLAILDO ANTONIO DE SANTANA (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

ESPORTE / LAZER / AFINS: (Usado na geração da ocorrência) , que estava
em posse do(a) Sr(a): **AGLAILDO ANTONIO DE SANTANA**
VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a)
Sr(a): **DESCONHECIDO**

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

**AGLAILDO ANTONIO DE SANTANA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: DORALICE
ANACIO DE SANTANA Pai: ANTONIO FRANCISCO DE SANTANA Data de Nascimento: 26/5/1967
Naturalidade: VITORIA DE SANTO ANTAO / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 4147903/99P/PE
(RG)º 78421705415 (CPF). Estado Civil: SOLTEIRO(A) Escolaridade: DESCONHECIDO Profissão:
SERVENTE DE PEDREIRO Telefones Celulares:
- 989440478**

Endereço Residencial: **MUNICÍPIO DE MORENO, 35, RUA MARIA HELENA - GALINHA D'AGUA - CEP:
55000-000 - Bairro: CENTRO - MORENO/PERNAMBUCO/BRASIL, MAGO DO CALALO**

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



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

BICICLETA (ESPORTE / LAZER / AFINS) de propriedade do(a) Sr(a): **AGLAILDO ANTONIO DE SANTANA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **AGLAILDO ANTONIO DE SANTANA**

Categoria/Marca/Modelo: **BICICLETA/MONARK/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**

Quantidade: **1 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

VEICULO (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**, que estava em posse do(a)

1 de 2

31/07/17, 09:40

Secretaria de Defesa Social :: INFOPOL

<http://200.238.83.36/pernambuco/VisualizaBO.do?idUn...>

Sr(a): **DESCONHECIDO**

Categoria/Marca/Modelo: **AUTOMOVEL/DESCONHECIDO/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**

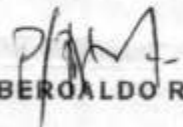
Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Complemento / Observação

.....
INFORMA A VITIMA, QUE AO SE DESLOCAR EM UMA BICICLETA, DO BARREO DE BANANÇA PARA CIDADE DO MORENO, PELA RODOVIA - BR 232, AO APROXIMASSE NO ANTIGO POSTO DA POLICIA RODOVIARIA FEDERAL, FOI ATROPELADO POR UM VEICULO NAO IDENTIFICADO, APOS O ACIDENTE, SEGUNDO A VITIMA, O MESMO FOI SOCORRIDO PELO O SAMU, PARA O HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS, O MESMO PEDE AS DEVIDAS PROVIDENCIAS

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


AGLAILDO ANTONIO DE SANTANA
(VITIMA)


B.O. registrado por: **BEROALDO ROSA DE MOURA** - Matrícula: **319750-6**

ARUANA SEGURADORA
03 MAI 2019

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

Nº do sinistro ou ASL: _____ CPF da vítima: 784.217.054-75 Nome completo da vítima: Aglaide Antonio de Santana

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

Nome completo: Aglaide Antonio de Santana CPF: 784.217.054-75

Profissão: Recuso Endereço: Rua dos Musicos Número: 33 Complemento: _____

Bairro: Olaria Cidade: Moreno Estado: PE CEP: 54800-000

E-mail: _____ Tel. (DDD): _____

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

RENDA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

☐ CONTA POUPANÇA (somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: CONTA:

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: Bradesco

AGÊNCIA: 0536 CONTA: 0034973

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

ARQUIVADA
03 MAI 2019

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____

Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Local e Data: Recife, 12 de fevereiro de 2019

Nome: ANDRÉIA SILVA de Santana

CPF: 707.209.874-76

Andréia Silva de Santana

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: MARICÉIA MARIA dos Santos

CPF: 053.429.484-96

Maria Cecilia Maria dos Santos

Assinatura

2ª | Nome: MARIA FEREZA dos Santos

CPF: 542.639.794-49

Maria Fereza dos Santos

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.



PREFEITURA MUNICIPAL DO MORENO
SECRETARIA DE SAÚDE
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA
(SAMU)



Comprovação de ato declaratório



DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins, que o Sr. AGLAILDO ANTÔNIO DE SANTANA, 60 anos, portador do CPF nº 784.217.054-15, foi atendido pelo SAMU MORENO, no dia 21/05/2017, às 17h12min, acionada através do número 192 da regulação médica do SAMU metropolitano Recife, ocorrência Nº S-334794. O mesmo foi vítima de ATROPELAMENTO CARRO X BICICLETA em via pública, sendo ele o condutor da BICICLETA. Segundo registro da equipe que realizou o atendimento, a vítima encontrava-se CONSCIENTE E ORIENTADO, COM MIALGIA EM MMSS E MMII + LICERAÇÕES EM MSD E MID + TCE, NEGANDO VÔMITO E DESMAIO. O mesmo foi removido para o HOSPITAL OTÁVIO DE FREITAS, onde ficou aos cuidados da equipe médica.

Sem mais para o momento.

Dr. Fagner Aleixo Salvador

Médico
CRM 17188

FAGNER ALEIXO SALVADOR
Coordenador SAMU/MORENO-PE

SENTEROORA LIVER DAVET AC

19-MZ-2017 17:59 304561 1/1



PREFEITURA MUNICIPAL DO MORENO
SECRETARIA DE SAÚDE
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA
(SAMU)



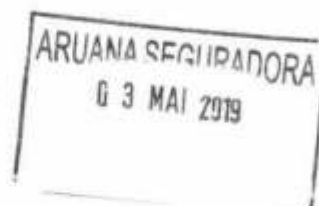
DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins, que o Sr. **AGLAILDO ANTONIO DE SANTANA**, 61 anos, portador do CPF nº 784.217.054-15 foi atendido pelo **SAMU MORENO**, no dia 21/05/2017, às 17h12min, acionado através do número 192 da regulação médica do SAMU metropolitano Recife, ocorrência Nº S.334794. O mesmo foi vítima de **ATROPELAMENTO** em via pública. Segundo registro da equipe que realizou o atendimento, a vítima encontrava-se **COM MIALGIA DE MEMBROS SUPERIORES E INFERIORES MAIS LICERAÇÃO DE MEMBRO SUPERIOR DIREITO E MEMBRO INFERIOR DIREITO E TCE. NEGA VÔMITOS, DIABETES, HIPERTENSÃO E CARDIOPATIA**. O mesmo foi removido para o **HOSPITAL OTÁVIO DE FREITAS**, onde ficou aos cuidados da equipe médica.

Sem mais para o momento.

Dr. OSMIR ALVES
Coord. SAMU
367914

OSMIR ALVES DE OLIVEIRA
Coordenador SAMU/MORENO-PE



BRABESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 237 AGÊNCIA: 2373-6 CONTA: 000000429200-6

DATA DA TRANSFERENCIA: 15/05/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 843,75

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: AGLAILDO ANTONIO DE SANTANA

BANCO: 237

AGÊNCIA: 00836-2

CONTA: 000000011973-3

Nr. Autenticação

BRABESCO150520190500000000002370083600000001197384375 PAGO

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, AGLAILDO ANTÔNIO DE SANTANA

RG nº 4147903 data de expedição 20/05/89 Órgão _____

CPF nº 784.217.054-15 venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

| | |
|-----------------------------------|-----------------------|
| Logradouro
(Rua/Avenida/Praça) | <u>MARIA HELENA</u> |
| Número | <u>S/N</u> |
| Apto / Complemento | |
| Bairro | <u>GALINHA D'ÁGUA</u> |
| Cidade | <u>MORENO</u> |
| Estado | <u>PERNAMBUCO</u> |
| CEP | <u>54800-000</u> |
| Telefone de Contato | <u>9-8466-4860</u> |
| E-mail | |

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: 25/10/17



Assinatura do Declarante: _____



Maria do Socorro de Sousa RG: 4885.921

CARTÓRIO ÚNICO DE NOTAS E REGISTROS - MORENO/PE

Praça da Bandeira, 73 - Centro - Moreno/PE - Fone/Fax: (0) 81 3535-1930 | Marcos José Freire Lopes - Titular

Reconheço a firma por Semelhança de MARIA DO SOCORRO DE SOUSA
Moreno-PE, 25/10/2017 10:57:26 Emol 3,33 - TSNR 0,78 - FERC 0,39 ISS
0,16 Selo 0077172.HEB09201701.04950 Consulte autenticidade em
www.tjpe.jus.br/selodigital. CLAUDIA CRISTINY MONTENEGRO MENDES
FERREIRA 2ª Substituta

CONSULTE AUTENTICIDADE EM www.tjpe.jus.br/selodigital



COMPANHIA ENERGÉTICA DE PERNAMBUCO
Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife, Pernambuco - CEP 50050-402
CNPJ 10.830.932/0001-06 | Insc. Est. 0050543-03 | www.cepem.com.br

DADOS DO CUENTE - 34
MARIA DE FÁTIMA DA SILVA

ENDEREGO DA UNIDADE CONSUMIDORA
RUA MARIA HELENA 35

CPF 821 703 724-72 Nº6 20110185001

GALINHA D'AGUA MORENO
MORENO PE
54604-000

CLASSIFICAÇÃO
B1. RESERVENÇA
BAIXA PENDA COMENT
Monografia

| | | |
|-------------------------------|--------------------------|-----------------------------|
| # FAX NOTES FROM
001030318 | 6808
CNCA | ENR5610
10/11/2018 |
| # FAX NOTES FROM
10C123112 | # 001035118
200724599 | # FAX NOTES FROM
5805993 |

| | |
|----------------------|---------------------------|
| CÓDIGO CONTRATO | FECHA |
| 7016279648 | 01/2018 |
| FECHA DE VENCIMIENTO | FECHA PAGAR, PAGAR, PAGAR |
| 17/01/2018 | 07/02/2018 |
| TOTAL A PAGAR (R\$) | 7,30 |

| | QUANTIDADE | PREÇO (R\$) | VALOR (R\$) |
|---|------------|-------------|-------------|
| Consumo Ativo até 30 kWh | 20,0000000 | 0,17118293 | 6,17 |
| Acréscimo Bônus da VEP/PLMA | | | 0,20 |
| Contribuição de Iluminação Pública | | | 1,00 |
| Multa por atraso e f. 006998-235 - 13x247 | | | 0,13 |
| Contribuição DUC 11/17 | | | -0,02 |

Comprovante de residencia



TOTAL DEFECTS

| DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL | | | | | | | | | |
|--|-------------------|----------|---------|----------|---------|---------------|-----------|--------|------------------|
| Nº DO
MEIADOR | TIPO DA
FUNÇÃO | ANTERIOR | | ATUAL | | Nº DE
DIAS | CONSTANTE | AJUSTE | CONSUMO (LITROS) |
| | | DATA | LEITURA | DATA | LEITURA | | | | |
| 2588 | 02 041 | 15-06-67 | 2112,50 | 20-07-67 | 2112,50 | | 1,0000 | | 1,00 |

[illegible]

INTRODUCTION AND IMPORTANCE

INFORMAÇÕES IMPORTANTES
 Os dados aqui apresentados são apenas de natureza informativa, não constituem oferta de valores mobiliários. Os dados aqui apresentados são apenas de natureza informativa, não constituem oferta de valores mobiliários. Os dados aqui apresentados são apenas de natureza informativa, não constituem oferta de valores mobiliários.

As condições de trabalho
desenvolvidas no setor de
1970-71, 1971-72, 1972-73, 1973-74,
1974-75, 1975-76 e 1976-77
foram de 1970-71 a 1976-77, com
1970-71, 1971-72, 1972-73, 1973-74,
1974-75, 1975-76 e 1976-77.

[illegible]

NOTA FISCAL | FATURA | CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA 2a VIA

COMPANHIA ENERGÉTICA
DE PERNAMBUCO
AV. JOÃO DE BARROS, 111, BOA VISTA,
RECIFE, PERNAMBUCO
CEP 50050-002
CNPJ 10.835.932/0001-08
INSCRIÇÃO ESTADUAL: 0005943-93



Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de 26/04/02
COMERCIAL 116 | PRONTIDÃO 116
Atendimento ao deficiente auditivo ou de fala: 0800 281 0142
Ouvidoria 0800 282 5599
Agência de Regulação dos Serviços Públicos Delegados do Estado
de Pernambuco-ARPE: 0800-727-0167-Ligação Gratuita de Telefones Fixos
Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL
167-Ligação Gratuita de telefones fixos e móveis

DADOS DO CLIENTE

ANDREIA SILVA DE SANTANA
CPF: 191.209.814-16 NIS: 16094893781

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

RUA DOS MUSICOS 31
OLARIA/MORENO
54800-090 MORENO PE

As condições gerais de fornecimento (Resolução ANEEL 414/2010), tarifas, produtos, serviços prestados e tributos se encontram à disposição, para consulta em nossas unidades de atendimento e no site www.celpe.com.br

DATA DE VENCIMENTO

17/01/2019

TOTAL A PAGAR (R\$)

32,45

DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL

10/01/2019

DATA DA APRESENTAÇÃO

10/01/2019

NÚMERO DA NOTA FISCAL

045996968

CONTA CONTRATO

007002504221

Nº DO CLIENTE

2010458445

Nº DA INSTALAÇÃO

0005148276

CLASSIFICAÇÃO

**B1 RESIDENCIAL - BAIXA RENDA COM NIS
Monofásico**

RESERVADO AO FISCO

6FE6.A0B3.ED93.E92F.6D1A.2311.99F2.E36C

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

| DESCRIÇÃO | QUANTIDADE | PREÇO | VALOR (R\$) |
|---|------------|------------|--------------|
| Consumo Ativo até 30 kWh | 30,00 | 0,18989318 | 5,42 |
| Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh | 89,00 | 0,31010260 | 21,38 |
| Contrib. Ilum. Pública Municipal | | | 5,64 |
| TOTAL DA FATURA | | | 32,45 |

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS

| ICMS | | | PIS | | | COFINS | | |
|-----------------|---|------------------|-----------------|------|------------------|-----------------|------|------------------|
| BASE DE CÁLCULO | % | VALOR DO IMPOSTO | BASE DE CÁLCULO | % | VALOR DO IMPOSTO | BASE DE CÁLCULO | % | VALOR DO IMPOSTO |
| 0,00 | | 0,00 | 26,81 | 0,45 | 0,12 | 26,81 | 2,09 | 0,56 |

EM ATÉ 15 DIAS, DÉBITOS EXISTENTES CAUSARÃO CORTE.

| Vencido | Dt Receb | Valor | Vencido | Dt Receb | Valor |
|----------|----------|-------|----------|----------|-------|
| 27/07/11 | 10/01/19 | 3,52 | 27/05/11 | 20/06/11 | 3,52 |
| 28/06/11 | 05/07/11 | 3,52 | | | |

Este comunicado NÃO substitui aviso de débitos anteriores e NÃO contempla débitos em discussão judicial. Caso a suspensão do fornecimento persista por dois ciclos de faturamento, poderá ocorrer o encerramento do contrato, podendo também existir cobrança conforme as condições definidas no Art. 89 REN 414/Anel. Podem ocorrer ações de cobrança, bem como inclusão nos registros de restrições de crédito SPC e SERASA.

Tarifas Aplicadas

Consumo Ativo até 30 kWh: 0,17829050
Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh: 0,32226000

HISTÓRICO DO CONSUMO

| | | | | | | | | | | | kWh |
|-----|----|--|--|--|--|--|--|--|--|--|-----|
| JAN | 19 | | | | | | | | | | 98 |
| DEZ | 18 | | | | | | | | | | 181 |
| NOV | 18 | | | | | | | | | | 139 |
| OUT | 18 | | | | | | | | | | 122 |
| SET | 18 | | | | | | | | | | 133 |
| AGO | 18 | | | | | | | | | | 155 |
| JUL | 18 | | | | | | | | | | 166 |
| JUN | 18 | | | | | | | | | | 173 |
| MAI | 18 | | | | | | | | | | 128 |
| ABR | 18 | | | | | | | | | | 166 |
| MAR | 18 | | | | | | | | | | 174 |
| FEV | 18 | | | | | | | | | | 163 |
| JAN | 18 | | | | | | | | | | 158 |

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

| | R\$ | % |
|----------------------|--------------|------------|
| Geração de Energia | 12,11 | 45,16 |
| Transmissão | 1,79 | 5,38 |
| Distribuição (Celpe) | 8,36 | 31,28 |
| Encargos Setoriais | 1,22 | 4,35 |
| Tributos | 0,98 | 2,54 |
| Perdas de Energia | 2,42 | 8,21 |
| TOTAL | 26,81 | 100 |

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

| NÚMERO DO MEDIDOR | TIPO DA FUNÇÃO | ANTERIOR | | ATUAL | | Nº DIAS | CONSTANTE | AJUSTE | CONSUMO kWh |
|-------------------|----------------|------------|----------|------------|----------|---------|-----------|--------|-------------|
| | | DATA | LEITURA | DATA | LEITURA | | | | |
| 00000000391003030 | CAT | 13/12/2018 | 8.188,00 | 18/01/2019 | 9.237,00 | 28 | 1,0000 | 0,00 | 99,00 |

ARUANA SEGURADORA
03 MAI 2019

DATA PREVISTA PARA A PRÓXIMA LEITURA: 05/02/2019

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPTÕES

| DESCRIÇÃO | CONJUNTO | VALOR APURADO | METAS MENSAL | METAS TRIMESTRAL | METAS ANUAL |
|--|----------|---------------|--------------|------------------|-------------------|
| nov/2018 | | | | | |
| DIC-Id. de horas sem Energia | | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| FIC-Id. de vezes sem Energia | | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| DMC-Duração máxima de interrupção contínua | | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| DICR-Duração de interrupção em dia crítico | | | | | Limite DICR: 0,60 |
| EUSD-Valor de Encargo de Uso | | | | | R\$ 13,35 |

Todos os consumidores podem solicitar a operação dos instrumentos DIC, FIC, DMC e DICR a qualquer tempo.

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Pague no ponto mais perto de você: foto ao João: r. dr. sofrônio portela nº 3628 centro / socorro farmaceutico sao miguel; av doutor sofrônio portela 3910 centroLieta completa em www.celpe.com.br.
Na data da leitura a bandeira em vigor é a Verde. Mais informações em www.aneel.gov.br.
O cliente é compensado quando há violação na continuidade individual ou do nível de tensão de fornecimento.
Pagto. em atraso gera multa 2%(Res414/ANEEL), Juros 1%(Lei 10.438/02) e atualização monetária no próx. mês
isenção do ICMS conforme art. 8, XLVIII, a, 2.2.2, do RICMS-PE.
Desconto pela aplicação da Tarifa Social de Energia Elétrica criada pela Lei nº 10.438 de 26/04/02 - R\$ 26,16.
O Cliente é compensado quando há descumprimento do prazo definido para os padrões de atendimento comercial.
Em caso de suspensão de fornecimento, o encerramento do contrato poderá ocorrer após 2 ciclos de faturamento, podendo também ser cobrado o custo de disponibilidade no ciclo em que ocorrer a suspensão.

NÍVEIS DE TENSÃO

| TENSÃO NOMINAL(V) | LIMITE DE VARIAÇÃO(V) | |
|-------------------|-----------------------|--------|
| | MÍNIMO | MÁXIMO |
| 220 | 202 | 231 |

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

DESTAQUE AQUI

| CONTA CONTRATO | MÊS/ANO | TOTAL A PAGAR(R\$) | VENCIMENTO | TALÃO DE PAGAMENTO |
|----------------|---------|--------------------|------------|---|
| 007002504221 | 01/2019 | 32,45 | 17/01/2019 | Evite dobrar, perfurar ou rasurar.
Este canhoto será usado em leitora ótica. |

838800000003 324500110073 002504221104 137751580037



AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

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/BIBLIOTECASWEB/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 COAF**².

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 nº9.613/98.

Pelo exposto, eu JOSÉ CARLOS FERRAZ DE BARRA JUNIOR inscrito (a) no CPF sob o Nº 794.699.224-68, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário AGLAÍDO ANTONIO DE SANTANA inscrito (a) no CPF sob o Nº 784.217.051-15, do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDA da Vitima AGLAÍDO ANTONIO DE SANTANA inscrito (a) no CPF sob o Nº 784.217.051-15, 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>R. JADNE FELIX BARNETO</u> | | Número
<u>13</u> | Complemento
<u>ESCRITÓRIO</u> |
| Bairro
<u>ZILVAMENTO</u> | Cidade
<u>VITÓRIA</u> | Estado
<u>PR</u> | CEP
<u>85602-360</u> |
| Email | Telefone comercial(DDD) | | Telefone celular (DDD)
<u>(91) 98877 6145</u> |

VITÓRIA de Fevereiro de 2019
Local e Data

José Carlos Ferraz de Barra Junior
Assinatura do Declarante

ARIANA SEGURADORA
03 MAI 2019

RECEITUÁRIO/REQUISIÇÃO DE EXAMES

Nome: _____ Registro: _____

Clinica: _____ Procedência: _____

Documentação médico - hospitalar

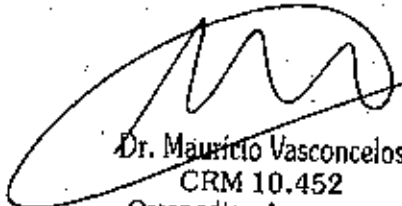


Flancox 400mg 10x
Tomar um comp. 12/12 horas via oral

CEFALEXINA 20 Comp.
Tomar 01 comp. 06/06 horas

SENARDO LIDER APOT RC

19-02-2017 17:59 304562 1/1


Dr. Maurício Vasconcelos
CRM 10.452
Ortopedia - Acupuntura

Data: ____/____/____

Médico-CRM



SES
HOSPITAL OTÁVIO DE FREITAS
SERVIÇO SOCIAL



ENTREVISTA SOCIAL

NOME: Aglaudo Antônio de Sant'ana SETOR: C. Sul
IDADE: 60s TELEFONE: 993323225 CEL: 9987529898
RESPONSÁVEL: Andressa Silve de Sant'ana (filha)
ENDEREÇO: 55 Travessa Rua dos Músicos nº 31
PONTO DE REFERÊNCIA: Assembleia de Deus - Olámp - Moreno
HISTÓRIAS: Admiral dia 21/05/17, com
histórico de acidente automobilístico (altera
placamento

- Solteiro, reside sozinho com um
amigo. Faz bicicleta, no momento está
sem condições de trabalhar por motivos de
saúde

- O quanto gastes hospitalar e libero
acompanhante.

3- Sul

ant. casa

Supl. por Miguel Aguiar de Silva
Outros quanto a natureza hospitalar

Luiza H. F. Freitas
Assistente Social
CRMSS 3607 - 2ª Região

24105017



HOSPITAL
DR. VÍTOR DE FREITAS

CDC/ELISA

CMS:706803271376022

Atendimento: 64718 5

Paciente: 1031662 **AGLAILDO ANTONIO DE SANTO**

Clinica: CORREDOR SUL

Leito : COR-47 -

Nasc.: 21/05/1957 Idade : 60 Anos 0 Mês Sexo MASCULINO

Mãe DORALICE INACIA DOS SANTOS

End.: 5/A TRAVESSA RUA DOS MILFEDOS

Nº: 31

Barro: CENTRO

Cidade: MORENO

Telephone: 558187529898

Data At: 22/05/2017 10:10

INTRO:

NOME :

CLÍNICA:

ENF.

LEITO:

DATA

НОКА

EVOLUCAO

22/05/17 4:30

Pracelita repae cloaca #16 e sua abertura irregular, oval.
Lado. segue sob cobertura. Em tempo luminoso, ou quando

03/05

Heinrich Heine

Paciente mulher 60a, desconhecida, Quirino,
Alagoas, atende no momento,
Oligomenorreia, ciclo de 7 dias com
intensas dores eliminando secreções
fúculas, há um ano e meio.

Maria Amélia da Silva
 Eng.ª de Edifícios
 COBEN - PE 493.121

2305/12

15.305

Black Canyon ✓

Paint is pinkish & yellow
+ green to all parts
leaves color is (K) - green
T.M. (K).

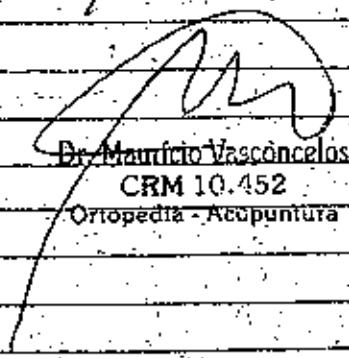
Carrots (1) 150g 2

24/17

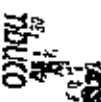
✓ 10 centuries in German aspect.
mainly archaic.

Dr. George Rocha
Ortopedia / Traumatologia
CRM 15896, RENO 1153

Dr. Mauricio Vasconcelos
CRM 10.452
Ortopedia - Acupuntura

| DATA | HORA | EVOLUÇÃO |
|----------|------|---|
| 25/01/17 | | Vi o acurdo em
condições for realizadas
ambulatorial
Alta regular |
| | | 
Dr. Maurício Vasconcelos
CRM 10.452
Ortopedia - Acupuntura |

Formulário



SES FUSAM
HOSPITAL GERAL OTÁVIO DE FREITAS

HOSPITAL GERAL OTÁVIO DE FREITAS

301-01

Nome do Paciente: *Adriana*

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Registro:

Enfermaria:

Leito:

Data / Horário

Data / Horário

Data / Horário

Data / Horário

Data / Horário

Data / Horário

Data / Horário

22/05/17

22/05

1) *Parla com dificuldade para se levantar*

22/05/17

22/05

2) *Parla com dificuldade para se levantar*

22/05/17

22/05

3) *Parla com dificuldade para se levantar*

22/05/17

22/05

4) *Parla com dificuldade para se levantar*

22/05/17

22/05

5) *Parla com dificuldade para se levantar*

22/05/17

22/05

6) *Parla com dificuldade para se levantar*

22/05/17

22/05

7) *Parla com dificuldade para se levantar*

22/05/17

22/05

8) *Parla com dificuldade para se levantar*

22/05/17

22/05

9) *Parla com dificuldade para se levantar*

22/05/17

22/05

10) *Parla com dificuldade para se levantar*

22/05/17

22/05

11) *Parla com dificuldade para se levantar*

22/05/17

22/05

12) *Parla com dificuldade para se levantar*

22/05/17

22/05

13) *Parla com dificuldade para se levantar*

22/05/17

22/05

14) *Parla com dificuldade para se levantar*

22/05/17

22/05

15) *Parla com dificuldade para se levantar*

22/05/17

22/05

Dr. Celso de Faria
Ortopedia e Traumatologia
CRM 11531

Dr. Maurício Vasconcelos
CRM 10452
Ortopedia e Acupuntura



** SES/PUSAM **

HOSPITAL GERAL OTÁVIO DE FREITAS

RELATÓRIO DA OPERAÇÃO

| | | |
|---|-------------------------------------|-------------------------------|
| NOME DO PACIENTE: <u>Antonio A. de S. Almeida</u> | | Nº DO REGISTRO: <u>031662</u> |
| CLÍNICO: <u>ORTOPEDISTA</u> | | Nº DO LEITO: <u> </u> |
| OPERADOR: <u>Dr. George V. Rocha</u> | | |
| 1º ASSISTENTE: | 2º ASSISTENTE: | |
| INSTRUMENTADOR: | ANESTESISTA: <u>Dr. D. M. Silva</u> | |
| ANESTESIA: <u>Proprioceção</u> | DURAÇÃO: <u> </u> | |
| DATA DA OPERAÇÃO: <u>23/05/11</u> | INÍCIO: <u> </u> | FIM: <u> </u> |
| DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: <u>Fratura de fêmur</u> | | |
| DIAGNÓSTICO PÓS-OPERAÇÃO: <u>O.K.</u> | | |
| OPERAÇÃO PROPOSTA: <u>Fixação com placa e parafusos</u> | | |
| OPERAÇÃO REALIZADA: <u>A mesma</u> | | |

DESCRIÇÃO DO ATO OPERATÓRIO

1) Posição do paciente: Supino

2) Anestesia: Proprioceção

3) Incisão: Curva de Scarpa

4) Exatidão da fratura: Distal

5) Redução: Redução fechada

6) Fixação: Placa e parafusos

7) Lavagem: Com solução fisiológica

8) Curativo: Curativo simples

9) Observações:

10) Assinatura: Dr. George V. Rocha

11) Data: 23/05/11

12) Local: Hospital Geral Otávio de Freitas



SAEP - SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM
 PÓS-OPERATÓRIO DE ENFERMAGEM - PREENCHIMENTO PELO ENFERMEIRO DA UNIDADE DE SRPA/UTI/SETOR
 PREENCHER TODOS OS CAMPOS OBRIGATORIAMENTE
 RESOLUÇÃO COFEN-272/2002 - Revogada pela Resolução cofen nº 358/2009

HOF
 HOSPITAL
 OTÁVIO DE FREITAS

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE NOME: Adriano Antonio de Santana RG: 1031666

PULSEIRA DE IDENTIFICAÇÃO

☒ SIM

☐ NÃO

ATENDIMENTO:

647934

HORÁRIO DE ADMISSÃO NA SRPA:

16:35h

ENFERMARIA:

S.R.

LEITO:

08

EQUIPAMENTOS



OXÍMETRO DE PULSO



ASPIRADOR



PNI



O₂



MONITOR CARDÍACO



CAPNÓGRAFO

AVALIAÇÃO: O paciente deverá ser avaliado a cada 15 minutos na primeira hora pós op.

| | CHEGADA | 15 min. | 30 min. | 45 min. | 60 min. | 1h 30min. | 2h |
|--------------------|----------------|----------------|----------------|---------------|--------------|----------------|---------------|
| Hora | <u>16:35</u> | <u>16:50</u> | <u>17:10</u> | <u>17:25</u> | <u>17:40</u> | <u>17:55</u> | <u>18:00</u> |
| Temperatura | <u>36</u> | <u>36</u> | <u>36</u> | <u>36</u> | <u>36</u> | <u>36</u> | <u>36</u> |
| Pulso | <u>77</u> | <u>78</u> | <u>79</u> | <u>78</u> | <u>79</u> | <u>79</u> | <u>85</u> |
| Respiração | <u>20</u> | <u>23</u> | <u>23</u> | <u>22</u> | <u>23</u> | <u>23</u> | <u>23</u> |
| Sat O ₂ | <u>95</u> | <u>95%</u> | <u>97%</u> | <u>98%</u> | <u>97%</u> | <u>97%</u> | <u>98%</u> |
| P (mmHg) | <u>162/112</u> | <u>162/113</u> | <u>163/111</u> | <u>155/73</u> | <u>155/</u> | <u>162/113</u> | <u>149/94</u> |

AValiação e diagnóstico de enfermagem do paciente na admissão e alta

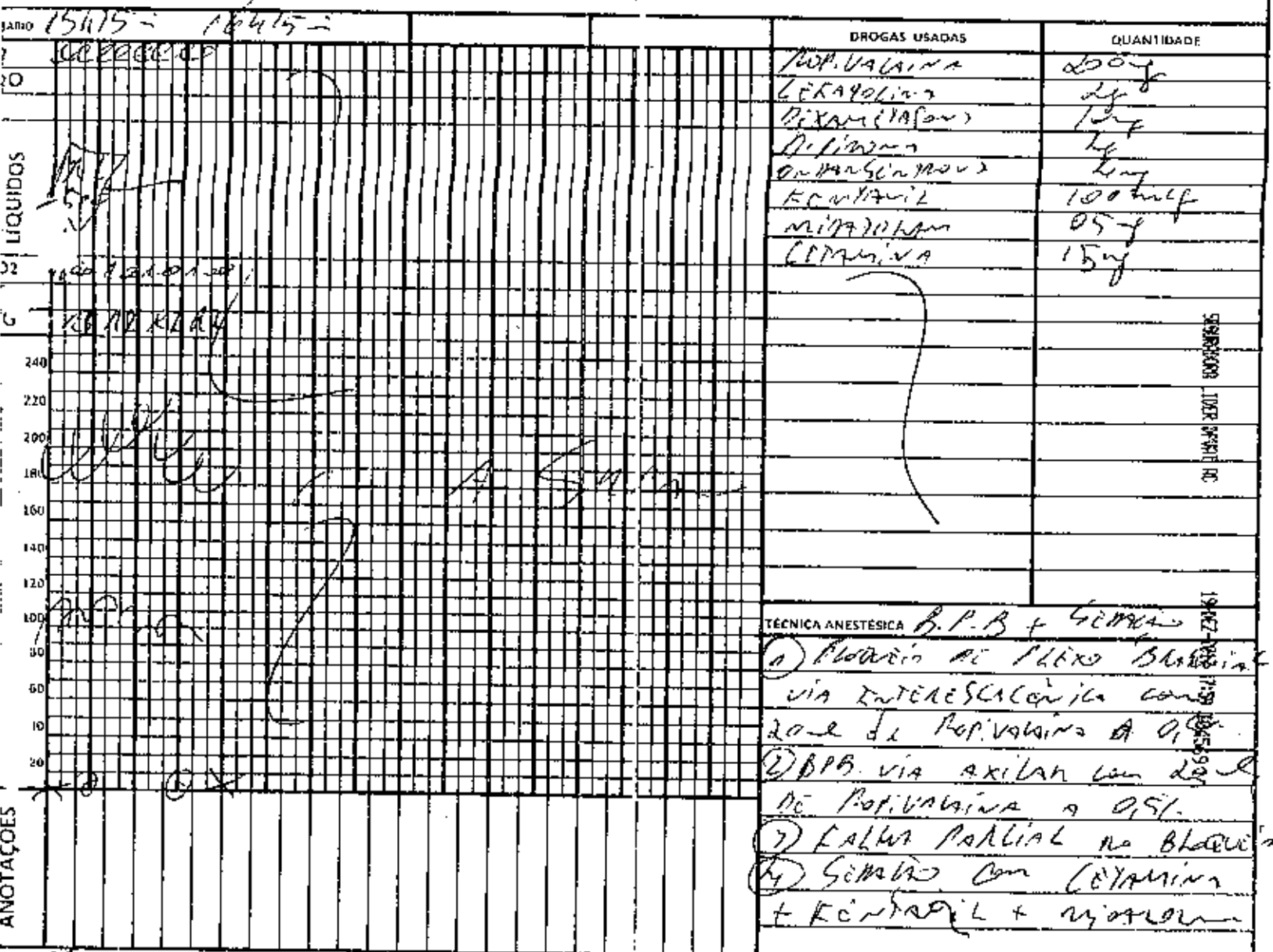
| Parâmetros a serem avaliados | Admissão | Observação | Alta | Observações |
|---|-------------|------------|------|-------------|
| Comportamento | | | | |
| Calmo (C) Agitado (A) | <u>C</u> | | | |
| Agressivo (AR) ou Apático (AP) | | | | |
| Sistema Respiratório | | | | |
| Via aëria pérvia (P) Entubado (ET) | <u>P</u> | | | |
| Narcose (N) Seminarcose (SN) Acordado (A) | <u>A</u> | | | |
| Sons: Murmúrio, Vesicular, Normal | <u>MBL</u> | | | |
| Roncos (R) Sibilos (S) | | | | |
| Estertores (ES) Estridor (ED) | | | | |
| Exp. Torácica: Sincrônica (S) Assincrônica (A) | <u>S</u> | | | |
| Sist. Neurológico | | | | |
| Retração muscular | | | | |
| Nível de consciência: Consciente (C) | <u>C</u> | | | |
| Inconsciente (I) Orientado (O) Desorientado (D) | <u>C</u> | | | |
| Pupila Isocóricas (PI) | <u>PI</u> | | | |
| Pupilas - Mioticas (m) ou Midriáticas (M) | | | | |
| Pupila - Pontiforme (P) | | | | |
| Pupila - Anisocóricas: D>E (A) E>D (B) | | | | |
| Sistema Cardiovascular | | | | |
| Ritmo: Sinusal | | | | |
| Bradicardia (B) Taquicardia (T) | | Valor: | | Valor: |
| Arritmia | | Local: | | Local: |
| Perfusão periférica | | Condição: | | Condição: |
| Sistema Digestório | | | | |
| Náuseas: presente (NP) | | | | |
| Ausente (NA) | <u>NA</u> | | | |
| Vômitos: presente (VP) | | | | |
| Ausente (VA) | <u>VA</u> | | | |
| Abdome: (P) Globoso (GL) | <u>P</u> | | | |
| Flácido (FL) Distendido (D) | <u>FL</u> | | | |
| Doloroso (DL) Indolor (ID) | <u>ID</u> | | | |
| Sistema Renal | | | | |
| Diurese Ausente (A) | | | | |
| Presente Espontâneo (F) | | | | |
| SVA ou SVD | | | | |
| Retenção (RU) Incontinência (IU) | | | | |
| Sistema Tegumentar | | | | |
| Hidratado (H) Desidratado (DH) | <u>H</u> | | | |
| Corado (C) Descolorido (DC) | <u>C</u> | | | |
| Inteiro (I) Frágil (F) | | | | |
| Edemaciado (E) | | | | |
| Dissecção venosa (DV) Punção subclávea (PC) | | | | |
| Punção jugular (PJ) | <u>PP</u> | | | |
| Punção periférica (PF) Cateter peridural (CP) | <u>115D</u> | | | |
| Lesão cutânea sim (S) não (N) | <u>S</u> | | | |
| Incisão Cirúrgica | | | | |
| Limpa | <u>MM</u> | | | |
| Parcialmente embebido de sangue | | | | |
| Totalmente embebido de sangue | | | | |
| Local | | | | |
| Drenos | | | | |



CNS: 706803271376022
Atendimento: 647%
Paciente: 1031662 AGLAILDO ANTONIO DE SANTA E
Clinica: CORREDOR SUL Leito: COR-42
Nasc.: 21/05/1957 Idade: 60 Anos 0 Mês Sexo: MASCULINO
Mãe: DORALICE INACIA DOS SANTOS
End.: 5/A TRAVESSA RUA DOS MUSICOS Nº: 31
Bairro: CENTRO Cidade: MORENO
Telefone: 558187529898 Data At: 22/05/2017 10:11



23-05-17
Paciente: AGLAILDO ANTONIO DE SANTA E
Nome do Anestesta: DANIELLI VERISSIMO
Indicação Pré-Anestésica:
Urgência: ☒ NÃO ☐ SIM
Acomodação:
Data At: 22/05/2017 10:11



INTERCORRENÇA: ☐ NÃO ☐ SIM

DESCREVER:

OBSERVAÇÃO:

ASSINATURA DO ANESTESISTA: DANIELLI VERISSIMO

MONITORIAÇÃO:

- ☒ CARDIOSCÓPIO
- ☐ BIS
- ☒ OXÍMETRO
- ☐ TEMPERATURA
- ☒ PNI
- ☐ SWAN-GANZ
- ☐ Sonda Vesical
- ☐ ANALISADOR GASES
- ☐ CARDIOGRAFO
- ☐ PVC
- ☐ ESTET. PRE CARDIAL
- ☐ ESTIMULADOR DE NTRVO
- ☐ OUTROS
- ☐ LINHA ARTERIAL
- ☐ VOLVIMIA IDP PLUS

INDICADORES:

- ☒ ACORDADO
- ☐ SONDOLETO
- ☐ INTUBADO
- ☐ DESTINO
- ☒ CIRUR
- ☐ APART. / ENFER.
- ☐ UTI
- ☐ EXTERNO
- ☐ NECROTERIO



DATA: 23/05/2017
 Paciente: Roberto de Almeida Santos Urgência: () Eletiva: () Nº Sala Cirúrgica: (02)
 Reg: 1021662 Atend: 267334 Idade: 60
 Cirurgião: Dr. Góes Auxiliar: José Anestesista (o): Dr. Daniel
 Enfermeir (a): Almeida Instrumentador(a): Roberto de Almeida
 Especialidade: Uro () Uro PVL () Geral () Geral PVL () Trauma () CPRE () Torácica () Torácica PVL ()
 CIRURGIA: Sustentação externa de útero e anexos

| QTD | MEDICAMENTO | QTD | DESCARTÁVEIS | QTD | FIOS |
|-----|--|-----|-------------------------------|-----|-------------------------|
| 01 | ADRENALINA AMPOLA | 02 | AGULHA 13x4,5 UNID | 01 | ALGODÃO SEM AGULHA Nº |
| | ÁGUA BISTILADA 10ml AMPOLA | | AGULHA 25x07 UNID | | ALGODÃO COM AGULHA Nº |
| | ÁGUA BISTILADA 500ml FA | | AGULHA 18x12 UNID | | CAT. GUT CROMADO Nº |
| | AMINOFILINA AMPOLA | | AGULHA P/ PERIDURAL Nº | | CAT. GUT SIMPLES Nº |
| | AMICACINA AMPOLA | 01 | AGULHA P/ RAQUI Nº | | SEDA Nº |
| | ATRAÍLIO (TRACRIUM) AMPOLA | 02 | ALG. ORTOPÉDICO (grm) | 01 | MONONYLON Nº 30 |
| | ATROPINA AMPOLA | | ATADURA DE CREPE Nº 1,5 CM | | MONICRON Nº |
| | BICARBONATO DE SÓDIO 10% AMPOLA | | ATADURA GESSADA CM | | FITA CARDÍACA |
| | CLORETO DE SÓDIO 20% AMPOLA | | BOLSA DE COLOSTOMIA | | PROLENE Nº |
| | CLORETO DE POTÁSSIO 19,1% AMPOLA | | CATETER SUBCÁVIA ADULTO | | VICRYL Nº |
| 01 | DECADRON AMPOLA | | CATETER SUBCÁVIA PEDIÁTRICO | | SOLUÇÕES |
| 01 | DICLOFENACO DA SÓDIO AMPOLA | | CATETER PERIDURAL | | ÁGUA OXIGENADA (ML) |
| | DIPIRONA AMPOLA | 01 | CATETER NASAL | 10 | ALCOOL 70% (ML) |
| | DOPAMINA AMPOLA | | CERA PARA OSO | | ALCOOL IODADO (ML) |
| | CLFAZOLINA (KFFAZOL) 1g FA | | COLETOR SISTEMA ABERTO | 30 | CLOREXIDINA 2% (ML) |
| 01 | CLFALOTINA (KEFLIN) 1g FA | | COLETOR SISTEMA FECHADO | | DETERGENTE ENZIMÁTICO |
| | CLORIDATO DE ETILEFRINA (EFORTIL) AMPOLA | 06 | COMPRESSA CIRÚRGICA C/S UNID. | | ETER (ML) |
| | FENERGAN AMPOLA | | DRENO LÍMINAR Nº | | PVPI DEGERMANTE (ML) |
| | FUROSEMIDA (LASIX) AMPOLA | | DRENO PENROSE Nº | | PVPI TÓPICO (ML) |
| | GLICOSE 50% AMPOLA | | DRENO DE SUÇÃO Nº | | TINTURA BENJIM (ML) |
| | GLUCONATO DE CÁLCIO AMPOLA | | DRENO TORÁCICO Nº | | MATERIAS |
| | HIDROCORTISONA 500mg | 05 | ELETRODOS | 01 | CAPOTE |
| | HIOCINA AMPOLA | 01 | EQUIPO MACRO GTS/ MICRO GTS | | BÁSICO VIDEO |
| | HYPAAQUE AMPOLA | | ESPARADRO IPO ANT. CM | | BÁSICO AZUL |
| | ISOFLURANE (ML) | | ESPARADRO IPO IMPERME. CM | | BÁSICO TORÁCICO |
| | LICUFINE (HEPARINA) FA | 01 | GASES PACOTES | | BÁSICO HEMORROIDECTOMIA |
| | MANITOL (3%) / (20%) | 01 | IELCO Nº 10 | | BÁSICO DE FÍSTULA |
| | METRONIDAZOL (FLAGYL) BOLSA | 01 | LÂMINA BISTURI Nº | 01 | BÁSICO DELICADO |
| | METOCLOPRAMIDA (PLASIV) AMPOLA | | LIGA CLIP Nº 300 | 01 | BÁSICO PROSTATA |
| 01 | NEOCAINA 0,5% C/A AMPOLA | | LIGA CLIP Nº 400 | 01 | LAP |
| 01 | NEOCAINA 0,5% S/A AMPOLA | | LUYA CIRÚRGICA 7,0 | | KIT URO / RTU |
| 01 | NEOCAINA 5% PESADA AMPOLA | 02 | LUYA CIRÚRGICA 7,5 | | VIAS BILIARES |
| | NEOSTIGMINA (PROSTIGMINE) AMPOLA | 02 | LUYA CIRÚRGICA 8,0 | | OUTROS |
| | NOREPINEFRINA (NORA) AMPOLA | | LUYA DE PROCEDIMENTO | | |
| | PANCURÔNIO (PAVULON) AMPOLA | 01 | MÁSCARA | | |
| | RANITIDINA (ANTAX) AMPOLA | 01 | SONDA ENOTRAQUEAL C/B Nº | 01 | |
| | SORO FISIOLÓGICO 0,9% 1000ml | | SONDA ENOTRAQUEAL S/B Nº | 01 | |
| | SORO FISIOLÓGICO 0,9% 500ml | | SERINGA 1 cc | 01 | |
| | SORO FISIOLÓGICO 0,9% 250ml | | SERINGA 5 cc | 01 | |
| | SORO FISIOLÓGICO 0,9% 100ml | 02 | SERINGA 10 cc | 01 | |
| | SORO GLICOSADO 10% 500ml | 01 | SERINGA 20 cc | 01 | |
| | SORO GLICOSADO 5% 500ml | 01 | SERINGA 50 cc | 01 | |
| 02 | SORO RINGER LACTATO 500ml | | SONDA ASF. TRAQUEAL Nº | 01 | |
| | TENOXICAN (TILATIL) 40mg FA | | SONDA FOLEY Nº | 01 | |
| | XYLOCAINA GELÉIA | | SONDA NASOGÁSTRICA Nº | 01 | |
| | XYLOCAINA SPRAY | 01 | SONDA URINARIAL Nº 167 | 01 | |
| | XYLOCAINA SPRAY | | SONDA RETAL Nº | | |
| | CONTROLADOS | | SURGICEL UNID. | | |
| | ALFENTANIL (RAPIFEN) AMPOLA | | TELA PROLENE CM | | |
| | CLORIDATO DE PCTIDINA (DOLANTINA) AMPOLA | | TOUCA | | |
| | DIPRIVAM (PROPOFOL) AMPOLA | 01 | TORNEIRINHA 3 VIAS | | |
| | ERTAMIL FA | | TRAQUEÓSTOMO | | |
| | FLUMAZENIL (LANEXAT) AMPOLA | | EQUIPAMENTOS | | |
| 01 | MIDAZOLAN (DORMONID) 15mg AMPOLA | | ARTROSCOPIO () | | |
| | MIDAZOLAN (DORMONID) 50mg AMPOLA | | ARCO CIRÚRGICO () | | |
| | MORFINA (DIMORF) 10mg AMPOLA | | ARCO CIRÚRGICO () | | |
| | MORFINA (DIMORF) 3mg AMPOLA | | BISTURI ELÉTRICO () | | |
| | MORFINA (DIMORF) 0,2mg AMPOLA | | CAPIÓGRAFO () | | |
| | VALIUM (DIAZEPAM) 10 ml AMPOLA | | MONITOR CARDÍACO () | | |

NOME DA FIRMA: _____

| QNT | PRODUTO | QNT | PRODUTO | OBS |
|-----|-------------------|-----|----------|-----|
| | CAIXA 3,5 | | PARAFUSO | |
| | CAIXA 4,5 | | PARAFUSO | |
| | CAIXA TUBO A TUBO | | PARAFUSO | |
| | FIXADOR EXTERNO | | PLACA | |

Visto:
 Repi:
 OS: 06-1

HOF
 SER. 11

Prontuário: 1031662

Clinica: CIRURGIA GERAL

REVISADO AT:
01/06/17
wade

Médico: MEDICO PLANTONISTA

Queixa Principal / HDA:

Exame Físico:

PA: FC: FR:

| | |
|-------------------|--|
| Diag. Provisório: | |
|-------------------|--|

ARUANA SEGUIPADORA
03 MAI 2019

P **reção:**

Dieta:

Data

Horário

[illegible]



SES
HOSPITAL OTÁVIO DE FREITAS
SERVIÇO SOCIAL



ENTREVISTA SOCIAL

NOME: Apolando Antônio de Sant'ana SETOR: C. Sul
IDADE: 60s TELEFONE: 993323225 CEL: 9987529898
RESPONSÁVEL: Andrea Silve de Sant'ana (filha)
ENDEREÇO: 5ª Travessa Rua dos Músicos nº 31
PONTO DE REFERÊNCIA: Assembleia de Deus - Olámp - Moreno
D. CRMES: Admiral dia 21/05/17, com
histórico de acidente automobilístico (atropelamento).

- Solteiro, reside sozinho com um amigo. Faz bislate, no momento está sem condições de trabalhar por motivos de saúde.

- O quanto recebe hospitalar e libero acompanhante.

ARUANA SECUNDARIA
03 MAI 2019

3ª sul

aula de

Recebe por Miguel Aquino de Silva
O quanto recebe e recebe hospitalar

Lucia Helena de Freitas
Assistente Social
CRMES 102-4 Região

2410507



HOSPI

HOF
HOSPITAL
OTÁVIO DE FREITAS

CDE/HTC/AM

CNS: 706803271376022

Atendimento: 647%

Paciente: 1031662 AGLAILDO ANTONIO DE SANTA

Clínica: CORREDOR SUL

Leito: COR-42

Nasc.: 21/05/1957 Idade: 60 Anos 0 Mês Sexo: MASCULINO

Mãe: DORALICE INACIA DOS SANTOS

End.: 5A TRAVESSA RUA DOS MILICIAOS

Nº: 31

Barro: CENTRO

Cidade: MORENO

Telefone: 558187529898

Data At: 22/05/2017 10:11

STRO:

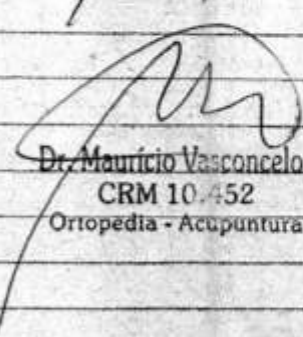
NOME:

CLÍNICA:

ENF.:

LEITO:

| DATA | HORA | EVOLUÇÃO |
|----------|-------|---|
| 22/05/17 | 21:30 | Paciente refere dor em HGS e em cotovelo esquerdo, irradiado. Sente sob observação. Em tempo, lavante, omelete.
Evelyn Quirino
Enfermeira
COREN-PE 426 111 |
| 23/05 | | # Enfermeira
Paciente evolui com, consciente, orientado, desperto, apático no momento, deambula, dieta O, AUP para hidratação, eliminação fisiológicas presentes, segue para o B.C.
Marta Amanda da Silva
Enfermeira
COREN - PE 453.121 |
| 23/05/17 | 15:30 | # Bloco cirúrgico
Paciente submetido a laparoscopia + colecistectomia por cálculo de 1,5 cm.
T.M.D.
Cirurgia: 1) BSB Ex 2
Cabeça direita |
| 24/05/17 | | Vi o cirúrgico com bom aspecto
mente anabólica.
Dr. George Rocha
Ortopedia / Traumatologia
CRM 15896, REG 11537
Dr. Maurício Vasconcelos
CRM 10.462
Ortopedia - Acupuntura |

| DATA | HORA | EVOLUÇÃO |
|---------|------|--|
| 25/5/17 | | <p>Vi o paciente em condições para realizar ambulatório</p> <p>Alta hospitalar</p> <p> 
 Dr. Mauricio Vasconcelos
 CRM 10.452
 Ortopedia - Acupuntura </p> |
| | | <p> ARUANA SECUNDADORA
 03 MAI 2019 </p> |

RELATÓRIO DA OPERAÇÃO

NOME DO PACIENTE: Adriano de S. Silva Nº DO REGISTRO: 031662
CLÍNICO: ORTOPEDISTA Nº DO LEITO: _____

OPERADOR: Dr. George Rocha

1º ASSISTENTE: _____ 2º ASSISTENTE: _____

INSTRUMENTADOR: _____ ANESTESISTA: Dr. Danilo

ANESTESIA: Alguém Plus Hospital + local DURAÇÃO: _____

DATA DA OPERAÇÃO: 23/05/17 INÍCIO: _____ FIM: _____

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: Fratura do acetabulo direito + Fratura da TMR F

DIAGNÓSTICO PÓS-OPERAÇÃO: O mesmo

OPERAÇÃO PROPOSTA: TFO unipol de acetabulo direito + TMR F

OPERAÇÃO REALIZADA: A mesma

DESCRIÇÃO DO ATO OPERATÓRIO

- 1) Preparo do paciente
- 2) Anestesia + analgesia
- 3) Lavagem ampla do ferimento TMR F
- 4) Desbridamento de tecido de necrose
- 5) Sutura e drenagem TMR
- 6) Realização da TMR F
- 7) Lavagem ampla do ferimento
- 8) Sutura e drenagem TMR
- 9) Curativos

Dr. George Rocha
Ortopedia / Traumatologia
CRM 15896 / RPP 11537

ARTIMA CECILIANORA
03 MAI 2019

ARUANA SEGURODORA
03 MAI 2019

RECEITUÁRIO/REQUISIÇÃO DE EXAMES

Nome: _____ Registro: _____

Clínica: _____ Procedência: _____

LAUD MÉDICO

PAUCATE ACCIDENTE ATAXIA
 DE MALARÁ, CO. COM HÍSTO
 DE ATROFICANT DO ATAXIA
 CO 221-5117. N. N. N. N.
 CO FERRAMENTAS CULTURAS
 CO CULTURA (C) + FERRAMENT
 CO CULTURA CO FERRAMENT (C)

13/5/17
 Dr. Silvio Macêdo
 Ortopedia
 CRM 3755

Data: 1 / 1 / _____

Médico-CRM



RECEITUÁRIO / REQUISIÇÃO DE EXAMES

ROT 008-02.V1

NOME:

Arlene Antunes de Souza

DATA DE NASCIMENTO:

REGISTRO:

CLÍNICA:

ENFERMARIA:

Encaminhamento Grupo de classe

ARIANA SECUNDANORA

03 MAI 2019

Paciente com história de perfuração em
cotovelo apresentando dor intensa na
face ulnar do mo e ao exame físico
deformidade nesses de mo em grau
HD: lesão do nervo ulnar.

DATA: 15/10/18

Eduardo B. Oliveira
Ortopedia e Traumatologia
CRM-21687
MÉDICO-CRM

DATA DA
HOMOLOGAÇÃO

Rua Aprigio Guimarães, S/N - Tejipió,
Recife - PE
CEP: 50920-640
Telefone: 3182-8500

DATA DA REVISÃO

HOF 075

**RECEITUÁRIO / REQUISIÇÃO DE EXAMES**

ROT 008-02.V1

NOME: _____

DATA DE NASCIMENTO: _____

REGISTRO: _____

CLÍNICA: _____

ENFERMARIA: _____

folhasic long - 08
para o cor
12/12 19 000

ARUANA SEGURADORA
03 MAI 2019

UF PE
CRM 45
Mão

DATA: ____/____/____

MÉDICO-CRM

DATA DA
HOMOLOGAÇÃO

Rua Aprígio Guimarães, S/N - Tejipió,
Recife - PE
CEP: 50920 - 640
Telefone: 3182-8500

DATA DA REVISÃO

HOF 075

ARUANA SEGHIRADORA
G 3 MAI 2019



** SES/FUSAM **

HOSPITAL GERAL OTÁVIO DE FREITAS



RESUMO DE ALTA - CLÍNICA CIRÚRGICA

Nome: Aylauldo Antônio de Santana
Reg.: _____ Enf.: _____ Leito: _____

DATA DE ENTRADA: 22/5/14 DATA DE SAÍDA: 1/1/14

DIAGNÓSTICO DE ENTRADA: Fernmento extenso
celular e E e junção ligada
E

DIAGNÓSTICO FINAL: _____
Tub// amigda

EVOLUÇÃO/EXAMES (EM ENFERMARIA): _____

DEVERÁ COMPARECER AO AMBULATÓRIO DE: _____
PARA CONTROLE EM 1/1/14

Dr. Maurício Vasconcelos
CRM 10452
Ortopedia - Acupuntura

MÉDICO RESPONSÁVEL - CRM

ARUANA SEGURADORA
03 MAI 2019

DR. APULEU BRUM REGO VIEIRA

ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

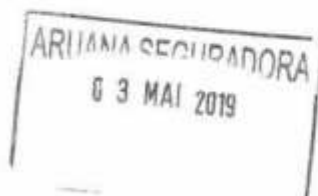
CRM 2007

Aglairdo Antonio de Santam
RG 4147 903

O paciente acima apresenta
presença de cicatrizes cirúrgicas
no cotovelo esquerdo, perna
esquerda 1/3 inferior por ter
sido vítima de atropelamento
em 21/05/2017 com seqüela
de 80% com deformidades
nas mãos direita e esquerda
sem poder fazer movimentos
com os quindodactilos.
Encontra-se já de alta médica

Vitória
Sto Antão

22/4/19



Apuleu Brum Rego Vieira
Ortopedia
CRM 2007

RELATÓRIO MÉDICO PARA AVALIAÇÃO DE INVALIDEZ PERMANENTE (TOTAL OU PARCIAL)

ATENÇÃO: A finalidade deste relatório é agilizar a avaliação da invalidez permanente, não sendo obrigatória a sua apresentação.

NOME COMPLETO DA VÍTIMA:

Agleido Antonio Santana

NÚMERO DO SINISTRO:

DECLARAÇÕES DO MÉDICO (DE PRÓPRIO PUNHO)

DATA DO ACIDENTE:

21/05/2017

DATA DO INÍCIO DO TRATAMENTO MÉDICO:

21/05/2017

NOME COMPLETO DA VÍTIMA:

Agleido Antonio Santana

LESÕES RESULTANTES DO ACIDENTE:

Paciente teve acidente por ser vítima de atropelamento no cotovelo esquerdo e perna esquerda

DADOS RESUMIDOS DOS TRATAMENTOS REALIZADOS (DATAS):

3 meses e 1 semana de medicação com deformidade nos 4º e 5º dedos e dedos

EXISTE ALGUM DEFEITO OU DOENÇA PRÉ-EXISTENTE? CASO POSITIVO DESCREVER:

☐ SIM

☒ NÃO

Com sequelas de 80%.

COM RELAÇÃO A INVALIDEZ PODE-SE CONCLUIR QUE:

☐ A INVALIDEZ É TEMPORÁRIA, PORTANTO PASSÍVEL DE RECUPERAÇÃO SIGNIFICATIVA OU DE CURA ATRAVÉS DE TRATAMENTO.

☒ A INVALIDEZ É PERMANENTE, OU SEJA, NÃO HÁ POSSIBILIDADE DE RECUPERAÇÃO SIGNIFICATIVA OU DE CURA.

GRAU DE INCAPACIDADE FUNCIONAL IRREVERSÍVEL (especificar o segmento ou órgão atingido)

SEGMENTO ANATÔMICO OU ÓRGÃO AFETADO

- 1º Tratamento cirúrgico com impossibilidade
- 2º de movimentação nos 4º e 5º dedos
- 3º e deformidade nos dedos
- 4º poder fazer as pinças e movimentações
- 5º dos dedos direito. Alta médica

AFIRMO QUE ASSISTEI OU AVALIEI A VÍTIMA NO PERÍODO DE _____ A _____

E QUE AS RESPOSTAS ACIMA, SÃO COMPLETAS E VERDADEIRAS.

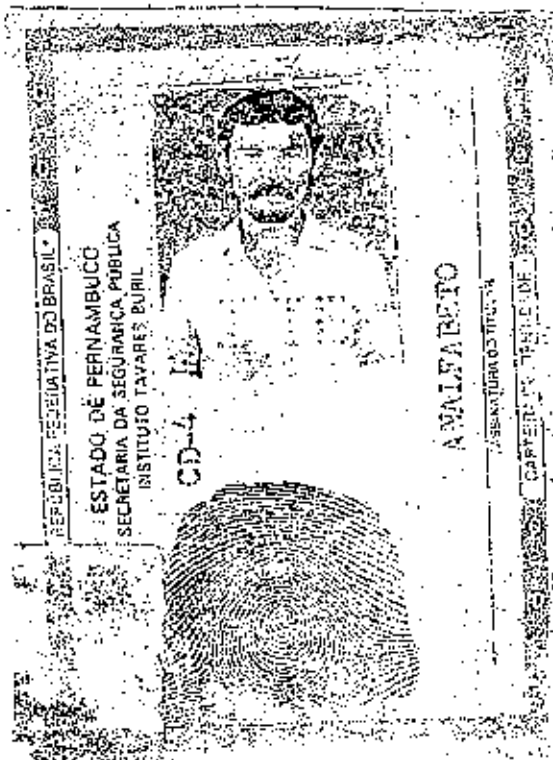
LOCAL

DATA

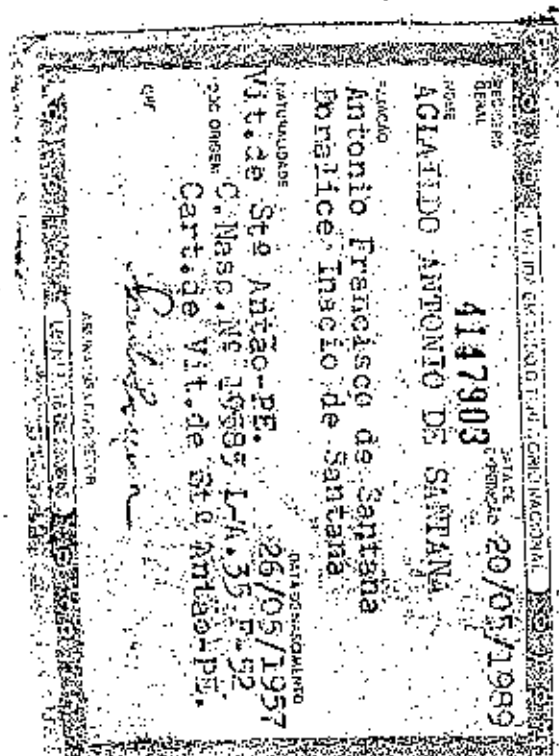
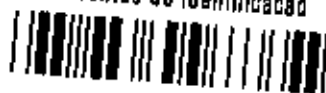
ASSINATURA E CARIMBO

ANEXAR CÓPIAS DE PRONTUÁRIOS MÉDICOS RELATIVOS AO ACIDENTE

ARUANA SEGURADORA
03 MAI 2019



Documentos de Identificacao





CÓPIA AUTÊNTICA



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
DIRETORIA DE POLÍCIA CIENTÍFICA

INSTITUTO DE MEDICINA LEGAL ANTÔNIO PERSIVO CUNHA



EXAME COMPLEMENTAR Nº 24014 / 2017

REFERENTE AO LAUDO Nº / 2017

REQUISITADO POR: POSTO POLICIAL DE BONANCA - 21ª CIRC. - DEL. DE MORENO
Ofício nº. 398 / 2017 Data 28 / 8 / 2017
ENCAMINHAR PARA: POSTO POLICIAL DE BONANCA - 21ª CIRC. - DEL. DE MORENO

O médico legista abaixo assinado, cumprindo determinação do Diretor do Instituto de Medicina Legal, Antônio Persivo Cunha, de acordo com o disposto na legislação vigente, examinando às 13:23 do dia 28 de Agosto de 2017, na seção de Clínica Médico-legal, procederam o exame de AGLAILDO ANTONIO DE SANTANA filho(a) de ANTONIO FRANCISCO DE SANTANA e de DORALICE INACIO DE SANTANA, cor: NÃO INFORMADO, sexo Masculino, cabelo NÃO INFORMADO, estado civil Solteiro (a), aparentemente a idade de 60 Anos, peso NÃO INFORMADO, de estatura NÃO INFORMADO, natural de VITÓRIA DO SANTO ANTAO - PE, nacionalidade BRASIL, documento apresentado RG: 4147903, profissão NÃO INFORMADO, vestes NÃO INFORMADO, sinais particulares NÃO INFORMADO, local de ocorrência NÃO INFORMADO, verificou o que, a seguir, descreve, pelo que responde a estes quesitos:

HISTÓRICO:

Periciando informa que foi vítima de atropelamento por um carro no dia 21/05/2017, sofrendo traumatismo no cotovelo esquerdo e pé esquerdo. Trouxe cópia de documentos médicos, que informam que o periciando teve ferimento extenso no cotovelo esquerdo e pé esquerdo, sendo submetido a tratamento cirúrgico (sutura).

DESCRIÇÃO

Exame Físico:

Cicatrizes em região posterior do cotovelo esquerdo e na região lateral do tornozelo esquerdo, sem repercussão funcional. Mobilidade preservada nos 4 membros. Deambulação normal.

DISCUSSÃO / CONCLUSÃO:

Diante do histórico informado, dos documentos apresentados e dos achados ao exame, conclui que o periciando foi vítima de acidente, com traumatismo em cotovelo esquerdo e tornozelo esquerdo, porém sem deixar sequelas decorrentes do acidente em questão.

QUESITOS:

1º) Da ofensa à integridade corporal ou à saúde do periciando resultou debilidade permanente de membro, sentido ou função; perigo de vida; incapacidade para as ocupações habituais por mais de 30 (trinta) dias; ou aceleração de parto? (especificar)

Não.

2º) Da ofensa resultou deformidade permanente, perda ou inutilização de membro, sentido ou função, enfermidade incurável, incapacidade permanente para o trabalho, aborto? (especificar)

Não.

3º) Do ponto de vista Médico-legal, o periciando está restabelecido?

Sim



CÓPIA AUTÊNTICA

CÓPIA AUTÊNTICA



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
DIRETORIA DE POLÍCIA CIENTÍFICA

INSTITUTO DE MEDICINA LEGAL ANTÔNIO PERSIVO CUNHA



Fora assinado correto o(a) médico(a) legista que assina Dr^o. BRUNO HENRIQUE PIRES DE LIRA - CRM

5B20

INSTITUTO DE MEDICINA LEGAL
ANTÔNIO PERSIVO CUNHA

Delegado de Polícia
ESTADO DE PERNAMBUCO



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
Instituto de Medicina Legal - Antônio Persivo Cunha
Seção de Protocolo

De acordo com a legislação em vigor, foi extraída esta cópia
autenticada com valor de original por solicitação

de Aglaide Antonio
de Santana

Pelo Ofício N°

Datado de

12/01/13 A que dou fé e Assino.

Marcel Z. L. S. G. G. G.
Função - Médico -

INSTITUTO DE MEDICINA LEGAL
ANTÔNIO PERSIVO CUNHA

Marcel Z. L. S. G. G. G.
ESTADO DE PERNAMBUCO



POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO

6ª UNIDADE SECCIONAL DE POLÍCIA METROPOLITANA
DELEGACIA DE POLÍCIA CIVIL - 21ª CIRCUNSCRIÇÃO
= Moreno =

Moreno, 04/08/2017.

Ofício nº 398 / 2017- SC

Senhor Gestor:

Encaminho a Vossa Senhoria para ser submetida a **PERICIA TRAUMATOLOGICA COMPLEMENTAR**, atendendo a determinação constante na pericia traumatológica nº 15744/2017, a pessoa de **AGLAILDO ANTONIO DE SANTANA**, portador de carteira de identidade RG nº 4147903 SSP/PE, natural de Vitória de Sto. Antão/PE, solteiro, desempregado, nascido aos 26/05/1957, com 60 anos de idade, filho de Antonio Francisco de Santana e Doralice Inácio de Santana, residente na Rua Maria Helena, 22 - Galinha D'água, Moreno/PE. A referida pessoa diz ter sido vítima de acidente de trânsito.

O referido laudo deve ser encaminhado à 21ª Circunscrição Policial - Delegacia de Moreno/PE.

Sendo só o que se apresenta para o momento, votos de estima e consideração.

Atenciosamente,

Moisés Teixeira Barbosa 221.699.6
Delegado de Polícia

Ao:
Imo. Sr.
MD - Diretor do IML
RECIFE - PERNAMBUCO

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0005424/18
Vítima: AGLAILDO ANTONIO DE SANTANA
CPF: 784.217.054-15
CPF de: Próprio
Data do Acidente: 21/05/2017
Titular do CPF: AGLAILDO ANTONIO DE SANTANA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
Laudo do IML - Lesões corporais
Outros

Outros



AGLAILDO ANTONIO DE SANTANA : 784.217.054-15

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO:

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 19/12/2017
Nome: AGLAILDO ANTONIO DE SANTANA
CPF/CNPJ: 784.217.054-15

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 05/01/2018
Nome: ANDREZA ALVES DA CUNHA
CPF: 158.640.827-59

AGLAILDO ANTONIO DE SANTANA

ANDREZA ALVES DA CUNHA

COBERTURA SOLICITADA

() MORTE () INVALIDEZ PERMANENTE ☒ DAMS

VITIMA Adalberto Antonio de Santana

DATA DO ACIDENTE 21.5.17 POSSUI CPF ☒ SIM () NÃO Nº CPF 784.217-05415

PARA VÍTIMAS OU BENEFICIÁRIOS COM IDADE DE 0 A 15 ANOS

- () Documento de identificação do Representante Legal (cópia simples)
- () CPF do Representante Legal (cópia simples)
- () Comprovante de residência do representante legal (cópia simples), ou declaração de residência (original).

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- Com base na legislação em vigor, poderão ser solicitados documentos complementares.
- Para acompanhar o pedido de indenização, acesse www.dpvatsegurodetransito.com.br ou ligue grátis SAC DPVAT 0800 022 1204.
- Todos os documentos devem estar legíveis

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

- () Registro de Ocorrência Policial – original ou cópia autenticada () Sim () Não
- () Documentos médicos/hospitalares que demonstrem o tratamento médico realizado pela vítima (cópia simples)
- () Comprovante de Ato Declaratório – quando necessário
- () Laudo de Invalidiz do IML – original ou cópia autenticada () Sim () Não
- () Declaração de Ausência de Laudo do IML (original), junto com relatório médico, comprovando a existência de sequelas permanentes, com a data da alta definitiva – Somente na impossibilidade de apresentar o laudo do IML.
- () Declaração do Proprietário do veículo – quando necessário
- () Documento de identificação da vítima (cópia simples)
- () CPF da vítima (cópia simples)
- () Comprovante de residência em nome da vítima (cópia simples) ou comprovante de residência em nome de terceiro (cópia simples), juntamente com declaração de residência (original)
- () Autorização de pagamento (original), com documentos que confirmem os dados bancários (vide orientações no próprio formulário)

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE DAMS

- ☒ Registro de Ocorrência Policial – original ou cópia autenticada () Sim () Não
- ☒ Documentos médicos/hospitalares que demonstrem o tratamento médico realizado pela vítima (cópia simples)
- ☒ Comprovante de Ato Declaratório – quando necessário
- ☒ Comprovantes das despesas (recibos e notas fiscais), contendo a discriminação dos honorários médicos e despesas médicas (materiais e medicamentos), juntamente com os receituários médicos (originais)
- ☒ Declaração do Proprietário do veículo – quando necessário
- ☒ Documento de identificação da vítima (cópia simples)
- ☒ CPF da vítima (cópia simples)
- ☒ Comprovante de residência em nome da vítima (cópia simples) ou comprovante de residência em nome de terceiro (cópia simples), juntamente com declaração de residência (original)
- ☒ Autorização de pagamento (original), com documento que confirme os dados bancários (orientações no próprio formulário)

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE MORTE

- () Registro de Ocorrência Policial – original ou cópia autenticada () Sim () Não
- () Certidão de óbito da vítima – cópia autenticada () Sim () Não
- () Comprovante de Ato Declaratório – quando necessário
- () Documento de identificação da vítima (cópia simples)
- () CPF da vítima (cópia simples)
- () Documento de identificação de todos os beneficiários (cópia simples)
- () CPF de todos os beneficiários (cópia simples)
- () Comprovante de residência dos beneficiários (cópia simples) ou comprovante de residência em nome de terceiro (cópia simples), juntamente com declaração de residência (original).
- () Autorização de pagamento para todos os beneficiários (original), com documentos que confirmem os dados bancários (vide orientações no próprio formulário)
- () Laudo Cadavérico (IML) – somente quando solicitado - Cópia Autenticada: () Sim () Não

DOCUMENTOS ESPECÍFICOS DOS BENEFICIÁRIOS - COBERTURA MORTE

- BENEFICIÁRIO CÔNJUGE (ESPOSO OU ESPOSA)**
 - () Certidão de Casamento com data atual (cópia simples)
 - () Declaração de Cônjuge (original)
- BENEFICIÁRIO COMPANHEIRO (A)**
 - () Prova de companheirismo junto ao INSS, ou declaração de dependentes junto à Receita Federal ou prova de dependência através da carteira de trabalho, ou Alvará Judicial reconhecendo a união estável (cópia simples)
- BENEFICIÁRIO COMPANHEIRO (A) E CÔNJUGE - QUANDO AMBOS (AS) SÃO BENEFICIÁRIOS (AS)**
 - () Prova de companheirismo junto ao INSS, ou declaração de dependentes junto à Receita Federal ou Decisão Judicial que reconheça a união estável (cópia simples)
- () Certidão de Casamento, com data atual (cópia simples)
- () Declaração de Separação de Fato (original), declarada pelo cônjuge
- () Termo de Conciliação (original), assinado pelo(a) companheiro(a), e o cônjuge
- BENEFICIÁRIO DESCENDENTE (FILHO(A) OU NETO(A))**
 - () Declaração de Únicos Herdeiros (original)
- BENEFICIÁRIO ASCENDENTE (PAI, MÃE OU AVÓS)**
 - () Declaração de Únicos Herdeiros (original)
- BENEFICIÁRIO COLATERAL (IRMÃO, IRMÃ, TIO (A) OU SOBRINHO(A))**
 - () Declaração de Únicos Herdeiros (original)
- () Certidão de Óbito dos pais da vítima (cópia simples)
- () Certidão de Óbito dos filhos da vítima – quando necessário - (cópia simples)
- () Outros Documentos apresentados:

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO

Portador da documentação (Nome) Adalberto Antonio de Santana

Quem é o portador? ☒ Vítima () Beneficiário () Representante Legal - CPF do portador

E-mail adaltor@brasil.com.br Tel: 98927488

Data 14.12.17 Assinatura Adalberto Antonio de Santana

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO

Ponto de Atendimento (Nome do Ponto) SEGURO DPVAT

Atendente Adalberto Antonio de Santana Matrícula 98927488

Data: 14.12.17 Assinatura: Adalberto Antonio de Santana

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: AGLAÍDO ANTONIO DE SANTANA, Brasileiro (a), portador (a) do RG nº 4147 903, Órgão Emissor: ISDS, Inscrito(a) no CPF sob nº 78412171054-15, estado civil, SOLTEIRO, Analfabeto, Residente na Rua RUA DOS MÚSICOS, nº 31, Bairro OLARIA, Município de MORENO -PE. Vítima de acidente de Trânsito no dia 21/05/17.

OUTORGADO: IVONILDO FERREIRA DE BARROS JUNIOR Brasileiro (A), Portador do RG: 4.493.761, Órgão Emissor: SSP/PE, inscrito no CPF sob o nº 794.699.224-68, Residente na Rua: Pc Padre Felix Barreto, nº 13, Livramento, CEP: 55602-360 Vitória de Santo Antão - PE

PODERES: Pelo Presente Instrumento Particular de Mandato o (a) OUTORGANTE acima qualificado(a) nomeia e constitui seu Bastante procurador o OUTORGADO a cima qualificado, na presença de duas testemunhas qualificadas a baixo, para Representa-lo Perante as SEGURADORAS que Constitui o COSORCIO DO SEGURO DPVAT, Podendo para este fins prestar declarações, apresentar documentos Particulares, preencher e assinar Formulários constando dados Particulares do OUTORGANTE, podendo Solicitar perícia médica, em fim tudo o mais necessário para o bom e fiel desempenho do presente mandato.

1º TESTEMUNHA: MARICEIA MARIA DOS SANTOS, Brasileiro(a), portador do RG de nº 6.007.694, Órgão Emissor: SDS/PE, inscrito no CPF de nº 05314291484-96, Residente na Rua MANOEL BRAS DOS SANTOS nº 74, Bairro ALTO DE MATEMÁTICA município de MORENO IPE.

2º TESTEMUNHA: MARIA FENHA DOS SANTOS, Brasileiro(a), portador do RG de nº 3.024.263, Órgão Emissor: SDS/PE, inscrito no CPF de nº 54216391724-49, Residente na Rua GILBERTO LOPES SILVA FILHO nº 08, Bairro CENTRO, município de MORENO IPE.

A RÔGO: ANDRÉIA SILVA DE SANTANA, Brasileiro(a), portador do RG de nº 8.288.877, Inscrito no CPF de nº 70712091874-76, Residente na Rua DOS MÚSICOS Bairro OLARIA nº 32, Município de MORENO IPE. Que assina o Rôgo da vítima OUTORGANTE. (1)

ARIANA SECUNDARIA
03 MAI 2019



Andrea Silva de Santana

- A ROGO -



- OUTORGANTE -



Mauriceia Maria dos Santos

1º TESTEMUNHA



Maria Tereza dos Santos

2ª TESTEMUNHA

MORENO 22/01-2019

CARTÓRIO ÚNICO DE NOTAS E REGISTROS - MORENO/PE

Prça da Bandeira, 73 - Centro - Moreno/PE - Fone/Fax: (0) 811 3535-1030 | Marcos José Freire Lopes - Titular

Reconheço as firmas por AUTENTICIDADE de MAURICEIA MARIA DOS SANTOS, MARIA TEREZA DOS SANTOS Moreno-PE, 28/01/2019 Emol 7,02 - TSMR 1,40 - FERC 0,80 ISS 0,16 Selo 0077172.03K01201901.01234, 0077172.03K01201901.01235 Consulte autenticidade em www.tipe.jus.br/selodigital. CLAUDIA CRISTINY MONTENEGRO MENDES FERREIRA 2ª Substituta

CONSULTE AUTENTICIDADE EM WWW.TIPE.JUS.BR

CARTÓRIO ÚNICO DE NOTAS E REGISTROS - MORENO/PE

Prça da Bandeira, 73 - Centro - Moreno/PE - Fone/Fax: (0) 811 3535-1030 | Marcos José Freire Lopes - Titular

Reconheço a firma por AUTENTICIDADE de ANDREA SILVA DE SANTANA Moreno-PE, 30/01/2019 Emol 3,51 - TSMR 0,80 - FERC 0,40 ISS 0,08 Selo 0077172.03K01201901.01470 Consulte autenticidade em www.tipe.jus.br/selodigital. CLAUDIA CRISTINY MONTENEGRO MENDES FERREIRA 2ª Substituta

CONSULTE AUTENTICIDADE EM WWW.TIPE.JUS.BR

CARTÓRIO ÚNICO DE NOTAS E REGISTROS

CARTÓRIO ÚNICO DE NOTAS E REGISTROS

CARTÓRIO ÚNICO DE NOTAS E REGISTROS

CARTÓRIO ÚNICO DE NOTAS E REGISTROS

CARTÓRIO ÚNICO DE NOTAS E REGISTROS

CARTÓRIO ÚNICO DE NOTAS E REGISTROS

CARTÓRIO ÚNICO DE NOTAS E REGISTROS

CARTÓRIO ÚNICO DE NOTAS E REGISTROS

CARTÓRIO ÚNICO DE NOTAS E REGISTROS

CARTÓRIO ÚNICO DE NOTAS E REGISTROS

CARTÓRIO ÚNICO DE NOTAS E REGISTROS

CARTÓRIO ÚNICO DE NOTAS E REGISTROS

CARTÓRIO ÚNICO DE NOTAS E REGISTROS

CARTÓRIO ÚNICO DE NOTAS E REGISTROS

CARTÓRIO ÚNICO DE NOTAS E REGISTROS

CARTÓRIO ÚNICO DE NOTAS E REGISTROS

CARTÓRIO ÚNICO DE NOTAS E REGISTROS

CARTÓRIO ÚNICO DE NOTAS E REGISTROS

CARTÓRIO ÚNICO DE NOTAS E REGISTROS

CARTÓRIO ÚNICO DE NOTAS E REGISTROS

CARTÓRIO ÚNICO DE NOTAS E REGISTROS

CARTÓRIO ÚNICO DE NOTAS E REGISTROS

CARTÓRIO ÚNICO DE NOTAS E REGISTROS

CARTÓRIO ÚNICO DE NOTAS E REGISTROS

CARTÓRIO ÚNICO DE NOTAS E REGISTROS

CARTÓRIO ÚNICO DE NOTAS E REGISTROS

CARTÓRIO ÚNICO DE NOTAS E REGISTROS

CARTÓRIO ÚNICO DE NOTAS E REGISTROS

CARTÓRIO ÚNICO DE NOTAS E REGISTROS

CARTÓRIO ÚNICO DE NOTAS E REGISTROS

CARTÓRIO ÚNICO DE NOTAS E REGISTROS

CARTÓRIO ÚNICO DE NOTAS E REGISTROS

CARTÓRIO ÚNICO DE NOTAS E REGISTROS

ARIANA SECUNDARA
03 MAI 2019

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0148831/19

Vítima: AGLAILDO ANTONIO DE SANTANA

CPF: 784.217.054-15

CPF de: Próprio

Data do acidente: 21/05/2017

Titular do CPF: AGLAILDO ANTONIO DE SANTANA

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

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
Outros

IVONILDO FERREIRA DE BARROS JUNIOR : 794.699.224-68

Comprovante de residência
Declaração Circular SUSEP 445/12
Documentos de identificação
Procuração

AGLAILDO ANTONIO DE SANTANA : 784.217.054-15

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 03/05/2019
Nome: IVONILDO FERREIRA DE BARROS JUNIOR
CPF: 794.699.224-68

IVONILDO FERREIRA DE BARROS JUNIOR

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 03/05/2019
Nome: NATHALIA GABRIELA FERREIRA DE SOUZA
CPF: 109.530.024-54

NATHALIA GABRIELA FERREIRA DE SOUZA