
Rio de Janeiro, 05 de Agosto de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200276768

Vítima: MARIA DE LURDES DE OLIVEIRA

Data do Acidente: 06/02/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: FERNANDA BRANDAO DE OLIVEIRA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), MARIA DE LURDES DE OLIVEIRA

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, contados a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 19 de Agosto de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200276768

Vítima: MARIA DE LURDES DE OLIVEIRA

Data do Acidente: 06/02/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: FERNANDA BRANDAO DE OLIVEIRA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), MARIA DE LURDES DE OLIVEIRA

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 2.362,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros superiores 70%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 = R\$ 2.362,50

Recebedor: **MARIA DE LURDES DE OLIVEIRA**

Valor: **R\$ 2.362,50**

Banco: **001**

Agência: **000003504-1**

Conta: **0000049433-X**

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



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 032.340.914-80 4 - Nome completo da vítima: MARIA DE LOURDES DE OLIVEIRA CAVALCANTI

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

5 - Nome completo: MARIA DE LOURDES DE OLIVEIRA CAVALCANTI 6 - CPF: 032.340.914-80
7 - Profissão: RECLUSO 8 - Endereço: R. VIG. BARBLOMEU FRAUNDES 9 - Número: 402 10 - Complemento: CS
11 - Bairro: ETC NOVA 12 - Cidade: CAMARAGIBÉ 13 - Estado: PE 14 - CEP: 54744-060
15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD): (81) 98552-9424

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECLUSO INFORMAR ☐ R\$1.000,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☐ CONTA POUPANÇA (semente para os bancos abaixo. Assinale uma opção): ☐ Bradesco (232) ☐ Itaú (941)
☐ 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: BRASIL 001
AGÊNCIA: 3504 1 CONTA: 49.433 X
(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.

22 - 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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúva 24 - Data do óbito da vítima:
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascido(a) nascido(a)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - 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 ciente, 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.

34

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: _____

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

Contratado: (I) **Banco do Brasil S.A.**, com sede em Brasília, Distrito Federal, por sua agência 3504-1 - CAMARAGIBE (PE), inscrita no CNPJ nº 000.000/3110-06, (II) **Associação de Poupança e Empréstimo - Pouplex**, CNPJ nº 00.655.522/0001-21, sociedade civil sem fins lucrativos, com sede em Brasília, Distrito Federal, na qualidade de gestora do produto da Poupança Pouplex, doravante denominada **Pouplex**, por intermédio do **Banco do Brasil S.A.**

Proponente/Contratante 1: **MARIA DE LOURDES DE OLIVEIRA**, inscrito(a) no CPF sob o nº 032.340.914-80, capaz, sexo feminino, brasileiro(a), natural de LIMOEIRO PE, nascido(a) em 30/09/1964, filho(a) de MANOEL GERVAZIO DE OLIVEIRA e LINDAURA FRANCISCA DE OLIVEIRA, portador(a) do(a) carteira de identidade nº. 5870911, emitido(a) em 04/09/2009, pelo(a) SDS PE, vendedor praticista e caixeiro viajante, endereço residencial: RUA GUARANI 402 A, ALBERTO MAIA, CAMARAGIBE - PE, CEP 54.762-020, telefone(s) (81) 98416-0530, casado(a)-comunhão parcial com JAIRO DE PAULA CAVALCANTI.

Dados da conta

Agência 3504-1, Conta-Corrente nº 49.433-X, Poupança Ouro nº 510.049.433-2, Poupança Pouplex nº 960.049.433-4, conta individual, aberta em 29.07.2020.

PACOTE DE SERVIÇOS: O(s) **Proponente(s)/Contratante(s)** declara(m) ter conhecimento de que pode(m) optar por:

- a) **ADERIR** ao pacote de serviços na modalidade oferecida pelo **Banco do Brasil S.A.** na forma da Carta Circular BACEN nº 3.594, de 22/04/2013, por meio do Termo de Adesão a Pacote de Serviços de Conta de Depósitos – Pessoa Física, anexo a esta proposta/contrato de abertura de conta-corrente.
- b) **ADERIR** ao Pacote de Serviços constante do Termo de Adesão a Pacote de Serviços anexo à proposta/contrato de abertura de conta-corrente.
- c) **NÃO ADERIR** a um pacote de serviços, ciente de que: (a) poderá utilizar serviços e tarifas individualizadas; (b) fará jus sem ônus aos SERVIÇOS ESSENCIAIS, estando sujeito à cobrança, de acordo com a tabela de tarifas divulgada pelo **Banco do Brasil**, pelos serviços avulsos utilizados que ultrapassarem as quantidades tidas como SERVIÇOS ESSENCIAIS ou que não sejam considerados SERVIÇOS ESSENCIAIS.

Declarações e autorizações

O(s) **Proponente(s)/Contratante(s)** identificado(s) propõe(m) e o **Contratado** aceita a abertura de Conta-Corrente e/ou conta de Poupança Ouro e/ou Poupança Pouplex.

O(s) **Proponente(s)/Contratante(s)** declara(m)-se ciente(s) e de pleno acordo com as disposições contidas nas Cláusulas Gerais do Contrato de Conta-Corrente e Conta de Poupança Ouro e/ou Poupança Pouplex, registrado no Cartório do 1º Ofício de Registro de Títulos e Documentos da cidade de Brasília (DF), sob o microfilme nº 950.232, em 13/12/2018, que integram este contrato, e também, com as Informações Essenciais – Conta-Corrente e Conta Poupança, formando um documento único e indivisível, foi previamente disponibilizada ao(s) **Proponente(s)/Contratante(s)** por meio de Mensagem SMS ou e-mail ou via física e, a partir do ato da assinatura deste instrumento, estará disponível para consulta, a qualquer tempo, no sítio do **Banco do Brasil** na internet (www.bb.com.br), na opção autoatendimento, e/ou no aplicativo do **Banco do Brasil** no celular.





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 037ª CIRCUNSCRIÇÃO - CAMARAGIBE - DP37ªCIRC
DIM/9ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **20E0127003339**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **14/07/2020 às 16:14**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia **6/2/2020 às 23:00**

Fato ocorrido no endereço: **AVENIDA DOUTOR BELMINIO CORREIA, 1, NA FRENTE DA INTEGRACAO DE CAMARIGIBE**. - Bairro: **JARDIM PRIMAVERA - CAMARAGIBE/PERNAMBUCO**
/BRASIL - CEP: **54753-360**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO UBER (AUTOR \ AGENTE)
MARIA DE LOURDES DE OLIVEIRA (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

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

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

MARIA DE LOURDES DE OLIVEIRA (presente ao plantão) - Sexo: Feminino Moe: LINDAURA FRANCISCA DE OLIVEIRA Pai: MANOEL GERVAZIO DE OLIVEIRA Data de Nascimento: 30/9/1964 Naturalidade: LIMOEIRO / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 5870911/SDS/PE (RG), 03234091480 (CPF) Estado Civil: CASADO(A) Escolaridade: 1º. GRAU INCOMPLETO Profissão: DO LAR Telefones Celulares: - 819984160530

Endereço Residencial: **RUA VIGARIO BARTOLOMEU FAGUNDES, 402 - CEP: 0 - Bairro: ESTACAO NOVA - CAMARAGIBE/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

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

VEICULO (VEICULO), que estava em posse do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO UBER**
Categoria/Marca/Modelo: **AUTOMOVEL/NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**
Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Complemento / Observação

COMPARECEU A ESTA DELEGACIA A SRA. MARIA DE LOURDES DE OLIVEIRA RELATANDO QUE PEGOU UM UBER E NO MEIO DO CAMINHO TEVE UM BURRO DA COMPESA E UBER CAIU DENTRO E VITIMA FARTUROU O BRAÇO ESQUERDO E DEZ PONTOS NA LINGUA. O MOTORISTA SOCORREU A VITIMA PARA UPA DA CAXANGA E DEPOIS A VITIMA FOI PARA GERTULIO VARGAS E DEPOIS FOI TRANSFERIDA PARA SANTA CASA DE MISERICORDIA ONDE ELA FOI ATENDIDA, CONTA A VITIMA. NUMEROS DO PRONTUARIO DA UPA DA CAXANHA: 01398592; NUMEROS DO PRONTUARIO DE GERTULIO VARGAS: 1143343 E PRONTUARIO DA SANTA DA CASA DA MISERICORDIA: 1201333.

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

Maria de Lourdes de Oliveira
MARIA DE LOURDES DE OLIVEIRA
(VITIMA)

B.O. registrado por: *João Carlos da Silva* Matrícula: 399588-7
(Liberado em 14/07/2020 às 16:31)



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 032.340.914-80 4 - Nome completo da vítima: MARIA DE LOURDES DE OLIVEIRA CAVALCANTI

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

5 - Nome completo: MARIA DE LOURDES DE OLIVEIRA CAVALCANTI 6 - CPF: 032.340.914-80
7 - Profissão: RECLUSO 8 - Endereço: R. VIG. BARBLOMEU FRAUNDES 9 - Número: 402 10 - Complemento: CS
11 - Bairro: ETC NOVA 12 - Cidade: CAMARAGIBÉ 13 - Estado: PE 14 - CEP: 54744-060
15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD): (81) 98552-9424

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECLUSO INFORMAR ☐ R\$1.000,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☐ CONTA POUPANÇA (semente para os bancos abaixo. Assinale uma opção): ☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
☐ Bradesco (232) ☐ Itaú (941) Nome do BANCO: BRASIL 001
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: 3504 1 CONTA: 49.433 X
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (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.

22 - 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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúva 24 - Data do óbito da vítima:
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascido(a) (nascido(a) ou não)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - 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 ciente, 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.

34

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

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: 12/08/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: MARIA DE LURDES DE OLIVEIRA

BANCO: 001

AGÊNCIA: 03504-1

CONTA: 000000049433-X

Nr. da Autenticação 9D9EEC9E9A1F70F9



CTC RECIFE PE CID
MARIA DE LURDES DE OLIVEIRA
R VIG BARTOLOMEU FAGUNDES, 402,
ETC NOVA
CAMARAGIBE - PE
54774-060



30 MAR 2017

FERNANDA BRANDAO DE OLIVEIRA
LOGRADOURO CONEGO JOSE FERNANDES MACHADO 233
VARZEA
50970 - 230 RECIFE PE

Acesse sua conta e outros serviços:
No App Minha Claro
Na internet - minhaclaro.com.br
Pelo celular *1052#
No Atendimento Claro 1052
Para fatura em braille, ligue 1052
Para deficiente auditivo, ligue 08000362323

Veja aqui o que está sendo cobrado:		
1. Plano Contratado	R\$	49,99
Total	R\$	49,99

2ª Via de Fatura
Período de Uso
de 02/04/2020 a 01/05/2020

Vencimento
19/05/2020

Valor pago na última conta: R\$ 49,99

1. Plano Contratado	81 99472 7853	Valor R\$
Oferta Conjunta Claro MIX		64,99
Aplicativos Digitais		-
Claro Controle 4GB + Minutos ilimitados (158)		-
Desconto de relacionamento		-15,00
Serviços Incluídos no seu Plano		
Pacote de Dados Controle 4GB		

Sub Total - Plano Contratado	R\$ 49,99
-------------------------------------	------------------

Total a Pagar	R\$ 49,99
----------------------	------------------

Prezado Cliente,
Este boleto não quita débitos de meses anteriores.



Pague sua conta nos Bancos e Locais credenciados. Encargos por atraso serão cobrados na próxima conta. Contribuições para o FUST e FUNTTEL (1% e 0,5% do valor dos serviços) não repassados ao cliente. Central de Atendimento da Anatel: 1331 - Ao ligar, informe o nº da reclamação registrada na prestadora.

Autenticação Mecânica:

Para uso do banco

Claro

Sr. Caixa, receber pagamento em dinheiro.

Pague sua conta nos bancos credenciados preferencialmente: Itaú, HSBC, Banco do Brasil, Santander e outros.

Cliente	Código Débito Automático	Período de Uso	Total	Vencimento
FERNANDA BRANDAO DE OLIVEIRA	119393649	02/04/20 a 01/05/20	R\$ 49,99	19/05/20
	Claro NE DDD 81 a 89			

84850000000-5 | 49990221202-2 | 00519119393-4 | 64901818122-9



Autenticação Mecânica solicitamos não rasurar, dobrar ou perfurar esta parte da fatura, para não danificar o código de barras.



DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)
Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 - SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

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/BIBLIOTECABR/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP nº 445/12, que trata da prevenção a 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 **FERNANDA BRANDAO DE OLIVEIRA**

inscrito (a) no CPF/CNPJ **056.639.994** / **69** na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

MARIA DE LOURDES DE OLIVEIRA CAVALANTI inscrito (a) no CPF sob o Nº **032.340.914** / **80**

do sinistro de DPVAT cobertura **LUVA LÍNEA** da Vítima **MARIA DE LOURDES DE OLIVEIRA CAVALANTI**

inscrito (a) no CPF sob o Nº **032.340.914** / **80**, 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: RUA CÔNEGO JOSE FERNANDES MACHADOS	Número: 233	Complemento: CASA
Bairro: VARZEA	Cidade: RECIFE	Estado: PE
E-mail: fernandabrandao2013@gmail.com	CEP: 50.970-230	Tel. (DDD): 81 98552-9424 / 81 99472-7858

Local e Data:

Recife 03 de Agosto 2020

Assinatura do Declarante

Nome: 193164-MARIA DE LOURDES DE OLIVEIRA
Sexo: FEMININO
Contatos: / 81-96234011

Idade: 55a 5m
Nascimento: 30/09/1964

Mãe: LINDAURA FRANCISCA DE OLIVEIRA

Endereço: RUA VIGÁRIO BARTOLOMEU FAGUNDES
402 - ESTACAO NOVA - CAMARAGIBE/ PE
- CEP: 54774060

Data do Atendimento: 07/02/2020

Prontuário: 00493164

Nº Atendimento: 01398592

Serviço: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Médico: CECILIA BEZERRA CRM: Nº 27333

REGISTRO CLÍNICO

QPD/HDA:

PACIENTE TRAZIDO APÓS ACIDENTE DE CARRO (CARRO CAIU NO BURACO) COM QUEIXA DE SANGRAMENTO EM REGIÃO ORAL E DOR EM BRAÇO ESQUERDO. FAZIA USO DE CINTO DE SEGURANÇA.

NEGA ALERGIA
COMORBIDADE DM 2

EXAME FÍSICO:

REGULAR, CONSCIENTE, ORIENTADA, EUPNEICA, HIDRATADA, CORADA, AFEBRIL, AGITADA
ACV: RCR EM 2T, BNF, S/S.
AR: MV+ EM AHT, S/RA.
ABD: DEPRESSIVEL, FLACIDO, INDOLOR, RJA +
EXT: SEM EDEMAS, PULSOS CHEIOS E SIMÉTRICOS, DOR E DIMINUIÇÃO DA MOBILIDADE EM BRAÇO ESQUERDO
PUPILAS ISOCÓRICAS E REATIVAS, SEM DEFICIT FOCAL, FORÇA PRESERVADA. ECG 15
PRESENÇA DE EDEMA E CORTE EM LINGUA EM SUA PARTE SUPERIOR
VIAS AEREAIS PERVIAS

DIAGNÓSTICO:

CORTE EM LINGUA
HGT HIGH
FRATURA DE BRAÇO ESQUERDO?

[Handwritten signature]
CAXANGÁ
CRM: 11727



Nome: 193164-MARIA DE LOURDES DE OLIVEIRA
Sexo: FEMININO
Idade: 55a 5m
Nascimento: 30/09/1964
Contatos: / 81-96234011

Mãe: LINDAURA FRANCISCA DE OLIVEIRA

Endereço: RUA VIGÁRIO BARTOLOMEU FAGUNDES
402 - ESTACÃO NOVA - CAMARAGIBE/ PE
- CEP: 54774060

Data do Atendimento: 07/02/2020

Prontuário: 00493164

Nº Atendimento: 01398592

Serviço: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Médico: MARCELO CORREIA CRM: Nº 19647

REGISTRO CLÍNICO

QPD/HDA:

atendimento anterior validado por mim, porém atendimento realizado por dra cecília,
encaminhada por avaliação de trauma em ombro/braço esq

EXAME FÍSICO:

edema + dor a mobilização

DIAGNÓSTICO:

fratura do umero proximal esq

Marcelo Correia
CRM: 19647



Nome: 493164-MARIA DE LOURDES DE OLIVEIRA
Sexo: FEMININO
Contatos: / 81-96234011
Mãe: LINDAURA FRANCISCA DE OLIVEIRA
Idade: 55a 5m
Nascimento: 30/09/1964
Endereço: RUA VIGARIO BARTOLOMEU FAGUNDES, 402 - ESTACAO NOVA - CAMARAGIBE/ PE - CEP: 54774060

Data do Atendimento: 06/02/2020
Prontuário: 00493164
Nº Atendimento: 01398585
Serviço: CLINICA MEDICA
Médico: GECILIA BEZERRA CRM: Nº 27333

EVOLUÇÃO MÉDICA

EVOLUÇÃO

SOLICITO SENHA PARA AVALIAÇÃO DA BUCO-MAXILO DEVIDO A CORTE EXTENSO NA LINGUA
SENHA HGV 5877582

UPA CAXANGÁ
Dra Audrey Vasconcelos
Coord. Médica
CRM: 11727
GECILIA BEZERRA CRM: Nº 27333

Nome: 493164-MARIA DE LOURDES DE OLIVEIRA
Sexo: Contatos: / 81-96234011
EMININO -

Idade: Nascimento:
55a 5m 30/09/1964

Data do Atendimento: 06/02/2020

Prontuário: 00493164

Nº Atendimento: 01398585

Serviço: CLINICA MEDICA

Médico: CECILIA BEZERRA CRM: Nº 27333

Mãe: LINDALIRA FRANCISCA DE OLIVEIRA
Endereço: RUA VIGARIO BARTOLOMEU FAGUNDES
402 - ESTACAO NOVA - CAMARAGIBE/ PE
- CEP: 54774060

RESUMO DE ALTA /TRANSFERÊNCIA

DATA: SEXTA-FEIRA, 07 DE FEVEREIRO DE 2020

TIPO: TRANSFERÊNCIA

ACOMPANHAMENTO MÉDICO: NÃO

UNIDADE: HGV/ BUCOMAXILO

SENHA: 5877582

QP:

PACIENTE TRAZIDO APOS ACIDENTE DE CARRO (CAIRO CATU NO BURACO) COM QUIXIA DE SANGRAMENTO EM REGIÃO ORAL E DOR EM BRAÇO ESQUERDO. FAZIA USO DE CINTO DE SEGURANÇA.

NEGA ALERGIA
COMORBIDADE DM 2

EVOLUÇÃO:

REGULAR, CONSCIENTE, ORIENTADA, EUPNEICA, HIDRATADA, CORADA, AFEBRIL, AGITADA
ACV: RCR EM 2T, BNF, S/S.
AR: MV+ EM AJT, S/RA.
ABD: DEPRESSIVEL, FLACIDO, INDOLOR, RHA +
EXT: SEM EDEMAS, PULSOS CHETOS E SIMETRICOS, DOR E DIMINUIÇÃO DA MOBILIDADE EM BRAÇO ESQUERDO
PUPILAS ISOCÓRICAS E REATIVAS, SEM DÉFICIT FOCAL, FORÇA PRESERVADA. ECG 15
PRESENÇA DE EDEMA E CORTE EM LINGUA EM SUA PARTE SUPERIOR
VIAS AÉREAS PERVIAS

Cecilia Bezerra
Dr. Audrey Vasconcelos
Coord. Médica
CAX 117

MEDICO: CECILIA BEZERRA CRM: Nº 27333

UPA24H - UNID PRONTO ATEND CAXANGA

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo UPA CAXANGA - (SUS BH)

Data e hora retirada da senha: 2020-02-06 23:44:45

Nome Paciente: MARIA DE LOURDES DE OLIVEIRA
Cód. Paciente: 493164
Data de Nascimento: 30/09/1964
Sexo: Feminino
Idade: 55
Senha: POR0020
Convênio: 2 - SUS - AMBULATORIO
Atendimento: 1398585
SAME:

Período: 2020-02-06 23:44:45 - 2020-02-06 23:48:54

Prioridade: EMERGENCIA

Cor: VERMELHO

Queixa Principal: PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE DE CARRO, COM CORTE EM REGIÃO ORAL + TRAUMA EM MSE + HIPREGLICEMIA (HI)

Observação: HAS-
DM+
ALERGIAS- NEGA

Fluxograma sintoma: DIABETES

Discriminador(es): - GLICEMIA \geq 500MG/DL

Especialidade: CLINICA GERAL

Sinais Vitais Lidos: - GLICOSE: 600.00 MG/DL
- P.A. SISTOLICA: 140.00 MM/HG
- P.A.DISTOLICA: 90.00 MM/HG
- TEMPERATURA(C): 36.50 C°

Acolhido(a) por: KLEYTON ASSIS BARROS DE ARAUJO - COREN: 466089 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 2020-03-13 10:12:18

Nome: 93164-MARIA DE LOURDES DE OLIVEIRA
Sexo: FEMININO Contatos: / 81-96234011

Idade: 55a 5m Nascimento: 30/09/1964

Mãe: INDAURA FRANCISCA DE OLIVEIRA

Endereço: RUA VIGARIO BARTOLOMEU FAGUNDES
402 - ESTACAO NOVA - CAMARAGIBE/ PE
- CEP: 54774060

Data do Atendimento: 06/02/2020

Prontuário: 00493164

Nº Atendimento: 01398585

Serviço: CLINICA MEDICA

Médico: CECILIA BEZERRA CRM: Nº 27333

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:

CORTE EM LINGUA
DM2

CID PRINCIPAL:

CONDUTA:

SOLICITO SENHA PARA AVALIAÇÃO DA BUCO-MAXILO DEVIDO A CORTE EXTENSO NA LINGUA


MÉDICO: CECILIA BEZERRA CRM: Nº 27333



Pernambuco

UPA24h
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO
CAXANGÁ


Hospital Infantil
Maria Lucinda
Fundação Manoel de Sá Almeida

Nome: 03164-MARIA DE LOURDES DE OLIVEIRA
Sexo: FEMININO
Contatos: / 81-96234011

Idade: 55a 5m
Nascimento: 30/09/1964

Mãe: INDAURA FRANCISCA DE OLIVEIRA
Endereço: RUA VIGARIO BARTOLOMEU FAGUNDES
402 - ESTACAO NOVA - CAMARACIBE/ PE
CEP: 54774060

Data do Atendimento: 07/02/2020

Prontuário: 00493164

Nº Atendimento: 01398592

Serviço: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Médico: MARCELO CORREIA CRM: Nº 19647

Conduta:

IMOBILIZAÇÃO + TRANSFERENCIA

OBS: ATENDIMENTO FEITO POR DR MARCELO

ESTOU APENAS DANDO DESFECHO AO CASO

MARCELO CORREIA CRM: Nº 19647

ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA



HOSPITAL GETÚLIO VARGAS
SERVIÇO DE DOCUMENTAÇÃO CIENTÍFICA



BOLETIM DE ESCLARECIMENTO

NOME: MARIA DE LOURDES DE OLIVEIRA CAVALCANTI

1. Ocorrência da Emergência: 826323

1.1 - Atendimentos em: 07/02/2020

1.2 - Às 02 horas e 51 minutos.

1.3 - Internado: SIM

1.4 - Retirou-se às hr. e min.

2. Internamento Eletivo - Reg. Geral No. 1143343

2.1 - Internado em: 07/02/2020

2.2 - Alta em: TRANSFERIDA PARA OUTRO HOSPITAL EM 10/02/2020

3. Hipótese Diagnóstica: - TRAUMA DE FACE.

- FRATURA FECHADA DE ÚMERO ESQUERDO.

4. Tratamento: - SUTURA DE LÍNGUA.

IMOBILIZAÇÃO (REALIZADA EM OUTRO SERVIÇO).

5. Observação: AS INFORMAÇÕES CONTIDAS NESTE DOCUMENTO FORAM TRANSCRITAS NA INTEGRA DA FICHA E/OU PRONTUÁRIO DO PACIENTE.

DATA: 25.5.2020

HORA: 14:49:28

PASTA: 01.05.2020

FI

KS

Dr. Fábio Luna.

Dr. Fábio L. F. da Fonte
Cir. Geral e do
Aparelho Digestivo
CRM: 12519 - Mat. 209511-4

GETULIO VARGAS EMERGÊNCIA

1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Atendimento: 826323

Nome: MARIA DE LOURDES DE OLIVEIRA CAVALCANTI

Sexo: FEMININO

CPF:

Data Nasc.: 30/09/1964

Prontuário: 0001143343

Idade: 55

Endereço: RUA VIGARIO BARTOLOMEU FAGUNDES

RG: 5870911

Nº 402

Bairro: ESTACAO NOVA

CNS:

Cidade: CAMARAGIBE

CEP: 54774060

Estado: PERNAMBUCO

Telefone: 96234011

Nome da Mãe: LINDAURA FRANCISCA DE OLIVEIRA

Acompanhante: FILHO (A)

Clínica: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Comorbidade: 5877582 PACI VITIMA DE ACIDENTE DE CARRO, COM SANGRAMENTO NASAL, DOR EM BRACO ESQUERDO VINDO DA UPA
CAXANGA

2 - ATENDIMENTO

Data: 07/02/2020

Hora: 02:51

Queixa Principal/HDA

PACIENTE COM HISTÓRIA DE ACIDENTE DE CARRO CURSANDO COM SANGRAMENTO ORAL E DOR EM BRACO ESQUERDO, MEM COM IMOBILIZAÇÃO EM PINÇA DE CONFEITEIRO, SEM RX CONTROLE, NEGA FERTIMENTO. COM RX AP EVIDENCIANDO FRATURA DE DIAFISE DE UMEMO.

História do Trauma

Perda da Consciência:	<input type="radio"/> SIM <input checked="" type="radio"/> NÃO	Episódio Emérico:	<input type="radio"/> SIM <input checked="" type="radio"/> NÃO	Acidente de Trabalho:	<input type="radio"/> SIM <input checked="" type="radio"/> NÃO
Acidente de Trânsito:	<input type="radio"/> SIM <input checked="" type="radio"/> NÃO	Tipo:			
Colisão:	<input type="radio"/> SIM <input checked="" type="radio"/> NÃO	Tipo:			
Atropelamento:	<input type="radio"/> SIM <input checked="" type="radio"/> NÃO	Local de Impacto:		Motorista <input type="radio"/>	Passageiro <input type="radio"/>
Vitima do Ferimento:	<input type="radio"/> SIM <input checked="" type="radio"/> NÃO	Tipo:			
Queimadura:	<input type="radio"/> SIM <input checked="" type="radio"/> NÃO	Por:		Sorreu Queda:	<input type="radio"/> SIM <input checked="" type="radio"/> NÃO
Condições de Imobilização adequadas:	<input type="radio"/> SIM <input checked="" type="radio"/> NÃO	Por que:		Transporte Realizado por:	

A: Geral Via aérea está pervia: ☐ SIM ☒ NÃO O paciente fala: ☐ SIM ☒ NÃO Temp.:

Spiratório:

ICA

Culatório

PA:

Pulso:

DINAMICAMENTE ESTÁVEL

Exames Neurológico

y: Abertura ocular

4 Hora:

Deficiência Motora: MSD ☐ MSE ☐ MID ☐ MTE ☐

Glasgow: Resposta Verbal

Escore: 5

Hom:

Pupilas: Isocóricas ☐ Anisocóricas ☐

Glasgow: Resposta Motora

Escore: 6

Hora:

Examen

ITE

Estico Inicial: FRATURA FECHADA DIAFISARIA DE UMEMO ESQUERDO

as/ Conduta:

NRGLE

ção do Caso:

Internamento ☐

Cirurgia ☐

Óbito ☐

Termo de Alta ☐

Evadiu-se ☐

Alta ☐

Transferência ☐

ANDRE CÂNCIO DE OLIVEIRA AMORIM - CRM: Nº.27767

Médico



Dr. André Cândia
Ortopedia/Traumatologia
CRM: 27767 - 27/05/2020

8 26707

Perambuco

UPA24h
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO
CAXANGÁ


Hospital Infantil
Maria Lucinda
Centro de Atendimento à Infância

Nome: 493161 MARIA DE LOURDES DE OLIVEIRA
Idade: 33a 4m 6d Nascimento: 30/09/1986
Sexo: FEMININO Contatos: / 81-96234011
Mãe: LINDAURA FRANCISCA DE OLIVEIRA
Endereço: RUA VIGARIO BARTOLOMEU FAGUNDES
402 - ESTACAO NOVA - CAMARAGIBE/ PE
- CEP: 54774060

Data do Atendimento: 06/02/2020
Prontuário: 00493164
Nº Atendimento: 01396585
Serviço: CLINICA MEDICA
Médico: CECILIA BEZERRA CRM: Nº 27333

RECEITUÁRIO SIMPLES

DADOS DO EMITENTE:

MÉDICO: CECILIA BEZERRA CRM: Nº 27333

DATA: SEXTA-FEIRA, 07 DE FEVEREIRO DE 2020

ORIENTAÇÕES:


A ORTOPEDIA

PACIENTE TRAZIDO APOS ACIDENTE DE CARRO (CARRO CAIU NO BURACO) COM QUEIXA DE SANGRAMENTO EM REGIÃO ORAL E DOR EM BRAÇO ESQUERDO. FAZIA USO DE CINTO DE SEGURANÇA.

NO
CORTE EM LINGUA
HGT HIGH
FRATURA DE BRAÇO ESQUERDO?

SOLICITO AVALIAÇÃO

GRATA,


Cecilia Bezerra
CRM 27333

Nome: 493164-MARIA DE LOURDES DE OLIVEIRA Idade: 33a 4m 8d Nascimento: 30/09/1986
Sexo: FEMININO Cartões: / 81-96234011
Mãe: LINDAURA FRANCISCA DE OLIVEIRA Endereço: RUA VIGARIO BARTOLOMEU FAUSTINOS
902 - ESTADAL NOVA - CAMARAGIBÁ/PE
- CEP: 54774060

Data do Atendimento: 06/02/2020
Prontuário: 00493164
Nº Atendimento: 01398565
Serviço: CLÍNICA MÉDICA
Médico: CECILIA BEZERRA CRM: Nº 27333

RESUMO DE ALTA /TRANSFERÊNCIA

DATA: SEXTA-FEIRA, 07 DE FEVEREIRO DE 2020 TIPO: TRANSFERÊNCIA ACOMPANHAMENTO MÉDICO: NÃO
UNIDADE: HGV/ BUCOMAXILO SENHA: 5877582

QP:

PACIENTE TRAZIDO APÓS ACIDENTE DE CARRO (CARRO CATU NO BURACO) COM QUEDA DE SANGRAMENTO EM REGIÃO ORAL E DOR EM BRAÇO ESQUERDO. FAZIA USO DE CINTO DE SEGURANÇA.

NEGA ALERGIA
COMORBIDADE DM 2

EVOLUÇÃO:

EGREGIAR, CONSCIENTE, ORIENTADA, EUPNEICA, HIDRATADA, CORADA, AFEBRIL, AGITADA
ACV: RCR EM 2T, BNF, S/S.
AR: MV+ EM AHT, S/RA.
ABD DEPRESSIVEL, FLÁCIDO, INDOLOR, RHA +
EXT: SEM EDEMAS, PULSOS CHEIOS E SIMÉTRICOS, DOR E DIMINUIÇÃO DA MOBILIDADE EM BRAÇO ESQUERDO
PUPILAS ISOCÓRICAS E REATIVAS, SEM DÉFICIT FOCAL, FORÇA PRESERVADA. ECG 15
PRESENÇA DE EDEMA E CORTE EM LÍNGUA EM SUA PARTE SUPERIOR
VIAS AERIAS PERVIAS

MEDICO: CECILIA BEZERRA CRM: Nº 27333

Cecilia Bezerra
Médica
CRM 27333

Pernambuco

UPA24h
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO
CAXANGÁ


Hospital Infantil
Maria Lucinda
Fundação Maria do Espírito Santo

Nome: 493164-MARIA DE LOURDES DE OLIVEIRA
Sexo: FEMININO
Contatos: / RI-96234011

Idade: 33a 4m 8d
Nascimento: 30/09/1986

Data do Atendimento: 06/02/2020

Prontuário: 00493164

Nº Atendimento: 01398585

Serviço: CLINICA MEDICA

Mãe: LINDAURA FRANCISCA DE OLIVEIRA

Endereço: RUA VIGARIO BARTOLOMEU FAGUNDES
402 - ESTACAO NOVA - CAMARAGIBE/ PE
- CEP: 54774060

Médico: CECILIA BEZERRA CRM: Nº 27333

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:

CORTE EM LINGUA
DM2

CID PRINCIPAL:

CONDUTA:

SOLICITO SENHA PARA AVALIAÇÃO DA BUCCO-MAXILO DEVIDO A CORTE EXTENSO NA LINGUA

MÉDICO: CECILIA BEZERRA CRM: Nº 27333

Observação:

07/02/2020 - medicada com Insulina a 01:00 h
02:06 - 12 Unidades

2- MAT as 01:50 = 530 mg/dl.


3- Ex todo perf. conservado. Consciente, lúcido, Com ciêntia, orientada

4- Devere ser conduzida também por Clínico por corte de Hipertensão.

Usar insulina 850 - 1x2.

(Outra medicação por não lembrar)

2- Simvastatina 40


Fernando Casimiro
Médico
CRM 8554

Nome: 493164-MARIA DE LOURDES DE OLIVEIRA
Sexo: FEMININO
Contatos: / 01-96234011

Idade: 33a 4m 8d
Nascimento: 30/09/1986

Data do Atendimento: 07/02/2020

Prontuário: 00493164

Nº Atendimento: 01398592

Serviço: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Médico: MARCELO CORREIA CRM: Nº 19647

Mãe: LINDAURA FRANCISCA DE OLIVEIRA
Endereço: RUA VIGARIO BARTOLOMEU FAGUNDES
402 - ESTACAO NOVA - CAMARAGIBÉ7 PE
- CEP: 54774060

RESUMO DE ALTA /TRANSFERÊNCIA

DATA: SEXTA-FEIRA, 07 DE FEVEREIRO DE 2020

TIPO: TRANSFERÊNCIA

ACOMPANHAMENTO MÉDICO: NÃO

UNIDADE: HGV

SENHA: 5877582

QP:

PACIENTE TRAZIDO APOS ACIDENTE DE CARRO (CARRO CAIU NO BURACO) COM QUEIXA DE SANGRAMENTO EM REGIAO ORAL E DOR EM BRAÇO ESQUERDO. FAZIA USO DE CINTO DE SEGURANCA.

EVOLUÇÃO:


Dr. Marcelo Correia
Traumato - Ortopedia
CRM: 19647

MEDICO: MARCELO CORREIA CRM: Nº 19647

ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

PACIENTE: MARIA DE LOURDES DE OLIVEIRA CAVALCANTI
PRONTUÁRIO: 1201333
DATA: 27/02/2020

RADIOGRAFIA DO BRAÇO ESQUERDO

Fratura no terço proximal da diáfise do úmero.

Presença de tala gessada.



Fernanda Sotto Mayor
Médica
CRM - 9055



Santa Casa de Misericórdia do Recife
Av. Cruz Cabugá, 1563 - Santo Amaro - Recife - PE
Fone: PABX 3412-3800 | Email: sta-casa@santacasarecife.org.br
Site: www.santacasarecife.org.br

ATESTADO MÉDICO PÓS CIRÚRGICO

MARIA DE LOURDES DE OLIVEIRA CAVALCANTI

O paciente supracitado foi submetido a procedimento cirúrgico neste Hospital, devendo permanecer afastado das suas atividades regulares pelos próximos 90 dias, a partir de 10/02/20.

CID: S423

Recife, 31/03/2020

DR. OSVALDO COIMBRA JR
Ortopedia / Traumatologia
Cir. Ombro e Cotovelo
CRM-PE: 18.658 (TERT: 13351)

Dr. OSVALDO JOSE MACEDO COIMBRA JUNIOR
CRM: 16658

NOME: MARIA DE LOURDES DE OLIVEIRA CAVALCANTI
DATA: 11/02/2020

Prescrição Médica

1) DIPIRONA (500mg) ----- 2 Bl.

Tomar 2 comp. Via Oral de 06 em 06 horas por 4 dias
ou enquanto tiver DOR

--OU--

1) PARACETAMOL (750mg) ----- 2 Bl.

Tomar 1 comp. Via Oral de 06 em 06 horas por 4 dias
ou enquanto tiver DOR

OBSERVAÇÕES:

NÃO TOMAR AS MEDICAÇÕES CASO APRESENTE REAÇÃO ALÉRGICA;

Dr. AZARIAS SALGADO DE VASCONCELOS NETO
CRM: 6218

Dr. Azarias Salgado
Traumato-Ortopedi-
CREMEPE - 6218

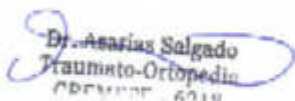
Atestado Médico

Atesto para os devidos fins que o(a) **Sr.(a) MARIA DE LOURDES DE OLIVEIRA CAVALCANTI**,
foi atendido (a) neste serviço no dia 10/02/2020 CID: S423.

ESCOLHA UMA DAS SEGUINTE OPÇÕES

- ☒ (X) Necessitado de 45 dias de afastamento de suas atividades (no trabalho ou escola).
- ☐ () Estando apto para voltar ao trabalho.
- ☐ () Como acompanhante
- ☐ () Outros: _____

Dr. AZARIAS SALGADO DE VASCONCELOS NETO
CRM:6218


Dr. Azarias Salgado
Traumato-Ortopedia
CRM: 6218

Casa de Recife
Relatório Médico de Alta

Nome: **MARIA DE LOURDES DE OLIVEIRA CAVALCANTI**
Reg.: **681456** Pront.: **1201333**
Sexo: **Feminino** Dt. Nasc.: **30/09/1964**
Conv.: **RETAGUARDA GETULIO**



Santa Casa de Misericórdia do Recife
Av. Cruz Cabugá, 1568 - Santo Amaro - Recife - PE
Fone: (0800) 3412-8800 | E-mail: sac@casarecife.org.br
Site: www.casarecife.org.br

Idade: **55**
Admissão: **10/02/2020 20:02** Alta: **11/02/2020 13:27**

Admissão:

FRATURA EM DIÁFISE DE ÚMERO ESQUERDO

Evolução / Conduta:

TRATAMENTO INCRUENTO

Diagnóstico:

Principal **S42.3 FRATURA DA DIÁFISE DO ÚMERO**

Internação:

Unidade	Admissão	Alta/Transferência	Tempo
ENFERMARIA SANTA MARIA	10/02/2020 20:02	11/02/2020 13:27	1 dia(s)

Orientação:

- 1) Agendar retorno para **Drº OSVALDO COIMBRA** para 15 dias;
- 2) Tomar medicação prescrita;
- 3) Realizar RX

Condição de Alta: **Melhorado**

Tipo de Alta: **Médica**

Médico Responsável: **Dr. AZARIAS SALGADO DE VASCONCELOS NETO**
CRM: **6218**

Dr. Azarias Salgado
Traumato-Ortopedista
CREMEPE - 6218



Santa Casa de Misericórdia do Recife
Av. Cruz Cabugá, 1563 - Santo Amaro - Recife - PE
Fone: PABX 3412-3800 | Email: sta-casa@santacasarecife.org.br
Site: www.santacasarecife.org.br

Registro: 681456 Prontuário: 1201333 Data de Nascimento: 30/09/64 Idade: 55 ANO(S)
Nome do Paciente: **MARIA DE LOURDES DE OLIVEIRA CAVALCANTI** Sexo: Feminino
Nome da Mãe: LINDAURA FRANCISCA DE OLIVEIRA
CPF: 03234091480

Data: 10/03/2020

RADIOGRAFIA DO BRAÇO ESQUERDO

Exame de controle de tratamento de fratura em terço médio do úmero esquerdo.

Aumento da densidade de partes moles.

Exame sob tala gessada.

Mario L.D.O. Cavalcanti
65A, 4M, Feminino, 651155
00/05/1964

União, 03 de 05 de 1964
Deto. de Saúde, 03 de 05 de 1964
Deto. de Saúde

0034V CF850A
0034V CF850A
0034V CF850A

611
Ver. p. 209
ID de placa: 9104978220
<1-1>

0034V
Ver. p. 209
ID de placa: 9104978220
<1-1>

Giordano



DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins, que a paciente **MARIA DE LOURDES DE OLIVEIRA CAVALCANTI**, prontuário nº **1201333**, admitida neste hospital em 10/02/2020 com diagnóstico de Fratura de úmero esquerdo, paciente reavaliado sem indicação cirúrgica no momento, tratamento conservador. Recebeu alta hospitalar em 11/02/2020 com acompanhamento ambulatorial.

Recife, 17 de Março de 2020.

Roberta C. de Almeida
Diretora Técnica
Hospital Santo Amaro
CRM/PE - 13434

Drª Roberta Cavalcanti de Almeida
Diretora Técnica do Hospital Santo Amaro

Santa Casa de Misericórdia do Recife

Av. Cruz Cabugá, 1536 - Santo Amaro | Recife - PE - CEP 50040-000 | Fone: (81) 3412.3800
www.santacasarecife.org.br



SUS

Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE MUDANÇA DE PROCEDIMENTO E DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)

Folha 1/2

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

2 - CHES

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

HSA

4 - CNES

Identificação de MARIA DE LOURDES DE OLIVEIRA CAVALCANTI

681456

5 - NOME DO PACIENTE

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

9 - SEXO

10 - RAÇA/COR

10.1 - ETNIA

Masculino

1

Feminino

3

11 - NOME DA MÃE

DDD

12 - TELEFONE DE CONTATO

Nº DO TELEFONE

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

DDD

14 - TELEFONE DE CONTATO

Nº DO TELEFONE

15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

17 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO

18 - UF

19 - CEP

20 - NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)

X

MUDANÇA DE PROCEDIMENTO

21 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - ANTERIOR
Tratamento Cirúrgico de Fratura Diafisária do Úmero Esquerdo

0 4 0 8 0 2 0 3 9 3

22 - CÓD. DO PROCEDIMENTO - ANTERIOR

23 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - MUDANÇA
1º Atendimento em Clínica Cirúrgica Ortopédica

0 3 0 1 0 6 0 0 7 0

24 - CÓD. DO PROCEDIMENTO - MUDANÇA

25 - DIAGNÓSTICO INICIAL

26 - CID 10 PRINCIPAL

27 - CID 10 SECUNDÁRIO

28 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)

29 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

30 - CÓD. DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

31 - SOLICITAÇÃO DE DIÁRIA DE UTI OU DIÁRIA DE ACOMPANHANTE

☐ DIÁRIA DE ACOMPANHANTE☐ DIÁRIA DE UTI TIPO I☐ DIÁRIA DE UTI TIPO II☐ DIÁRIA DE UTI TIPO III

32 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

33 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

34 - QTD.

35 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

36 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

37 - QTD.

38 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

39 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

40 - QTD.

41 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

Paciente vítima de acidente automobilístico, resultando em Fratura do Úmero Esquerdo, evoluindo com dor e edema local. Necessitando de procedimento cirúrgico.

Paciente reavaliado, fratura sem indicação de cirurgia no momento, paciente ciente e de acordo. Recebe alta e orientações para tratamento inconducente e retorno ao ambulatório de Dr. Osvaldo Coimbra.

DR. OSVALDO COIMBRA

PROFISSIONAL SOLICITANTE

42 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

11/02/20

44 - DOCUMENTO

45 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

0 3 5 7 0 3 1 5 4 7 9

46 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

() CNS (X) CPF

Dr. Henrique Costa Brito
Especialista em Traumatologia
CRM 10531

Página 1
AUTORIZAÇÃO

47 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

48 - CÓD. ÓRGÃO EMISSOR

49 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

50 - DOCUMENTO

51 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

52 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

() CNS () CPF



Santa Casa de Misericórdia do Recife
Av. Cruz Cabugá, 1563 - Santo Amaro - Recife - PE
Fone: PABX 3412-3800 | Email: sta-casa@santacasarecife.org.br
Site: www.santacasarecife.org.br

Registro: 681456 Prontuário: 1201333 Data de Nascimento: 30/09/64 Idade: 55 ANO(S)
Nome do Paciente: **MARIA DE LOURDES DE OLIVEIRA CAVALCANTI**
Sexo: Feminino
Nome da Mãe: LINDAURA FRANCISCA DE OLIVEIRA
CPF: 03234091480

Data: 11/02/2020

SÚMARIO DE ADMISSÃO E ALTA

DIAGNÓSTICO INICIAL (CONSTANTE NO LAUDO MÉDICO):
S423 - FRATURA DA DIÁFISE DO ÚMERO

PROCEDIMENTO SOLICITADO: Tratamento Cirúrgico de Fratura Diafisária do Úmero Esquerdo CÓDIGO: 0408020393

TEMPO DE PERMANÊNCIA PREVISTO:

PROCEDIMENTO REALIZADO: 1º Atendimento em Clínica Cirúrgica Ortopédica

CÓDIGO: 0301060070

COD.	EQUIPE	NOME	MATRICULA
1	CIRURGIÃO	Dr. Osvaldo Coimbra	16658
2	1.AUX CIRÚRGICO:		
3	2.AUX CIRÚRGICO:		
4	ANESTESIA :		
5	ANESTESISTA :		
6	CLÍNICA MÉDICA :		

PROCEDIMENTOS ESPECIAIS:

MUDANÇA DE PROCEDIMENTOS,

RESUMO DE CASO: Paciente vítima de acidente automobilístico, resultando em Fratura de Úmero Esquerdo, evoluindo com dor e edema local. Necessitando de procedimento cirúrgico.

Paciente reavaliado, fratura sem indicação de cirurgia no momento, paciente ciente e de acordo. Recebe alta e orientações para tratamento incruento e retorno ao ambulatorio de Dr. Osvaldo Coimbra.

Este documento foi assinado digitalmente, conforme Medida Provisória Nº 2.200-2 de 24/08/2001.

Nome do profissional: AZARIAS SALGADO DE VASCONCELOS NETO, CRM: 6218. Data e Hora: 11/02/2020 14:20:23.

Azarias Salgado
Assinado digitalmente
11/02/2020

Azarias Salgado
Assinado digitalmente
11/02/2020

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200276768 **Cidade:** Camaragibe **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARIA DE LURDES DE OLIVEIRA **Data do acidente:** 06/02/2020 **Seguradora:** BANESTES SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 07/08/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA EM FACE.
FRATURA FECHADA DE ÚMERO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO. ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DE MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO.

**Documentos
complementares:**

Observações: P8/15/23

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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



Seguradora Líder - DPVAT

SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS

ID

IDENTIFICAÇÃO

VITIMA **MAEIRA DE LOURES DE OLIVEIRA CAVALCANTI**

DATA DO ACIDENTE **06/02/2020** DA VITIMA **032.340.914-80**

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO **Fernanda Brandão de Oliveira**

QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR () VITIMA () REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COM A VITIMA É **POURADO PA**

ENDEREÇO DO PORTADOR **RUA CONEGO JOSE FERNANDES MACHADO**

Nº **233** COMPLEMENTO **A** BAIRRO **Varzea**

CIDADE **Recife** UF **PE** CEP **50970-230**

E-MAIL **fernandabrandao2013@gmail.com** TELEFONE () **81** **98552-9424**

MAQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

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

() CARTERIA DE IDENTIDADE DA VITIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTERIA DE TRABALHO OU CARTERIA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

() PR DA VITIMA (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 VITIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL) QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA

() FOLHETA DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

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

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

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

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

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

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

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

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

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

() CARTERIA DE IDENTIDADE DA VITIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTERIA DE TRABALHO OU CARTERIA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

() PR DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

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

() COMPROVANTES (ORIGINALS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES, QUÍMICAS

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

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

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

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

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

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

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

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

VALORES DE INDENIZAÇÃO

- MORTE - R\$ 13.500,00
- INVALIDEZ PERMANENTE - ATÉ R\$ 13.500,00, ESTE VALOR VARIA CONFORME A 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, ACESSAR WWW.DPVATSEGURADODOTRANSITO.COM.BR OU LIGAR GRÁTIS SAC DPVAT 0800 033 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA **03/08/2020**

IDENTIDADE **6141955 SB/S/PE**

ASSINATURA

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA

NOME

ASSINATURA

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE:

NOME: MARIA DE LOURDES DE OLIVEIRA

NACIONALIDADE: BRASILEIRA

IDENTIDADE: 5.870.911 ORGÃO: SDS/PE

CPF: 032 - 340 - 914 - 80

ESTADO CIVIL: CASADA

ENDEREÇO: R. VIG. BARTOLOMEU FAGUNDES, 402 - ETC NOVA
CANARINHA - PE - 54.774-060

OUTORGADO:

NOME: Fernanda Brandão de Oliveira

NACIONALIDADE: Brasileira

IDENTIDADE: 6.141.955 SDS/PE

CPF: 056.639.994-69

ESTADO CIVIL: Solteira

ENDEREÇO: Rua Conego José Fernandes Machado, Nº 233 – Varzea – Recife/PE

Cep: 50.970-230

Pelo presente instrumento particular de procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador e outorgado acima qualificado, a quem confio para representar-me perante instituições hospitalares, corpo de bombeiro, samu e Boletim de Ocorrência e retificar caso necessário, para solicitar e retirar quais quer documentações médicas e certidões de atendimento do outorgante acima qualificado. Confio para representar-me perante SEGURADORAS, referente ao seguro obrigatório DPVAT o pagamento do sinistro que vitimou em acidente de trânsito o senhor (a):

MARIA DE LOURDES DE OLIVEIRA

Escolha o (s) tipos (s) de cobertura

☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☐ INVALIDEZ PERMANENTE ☐

Data do Acidente: 06/02/2020

Recife 14 de JULHO 2020

Local e data

Maria de Lourdes de Oliveira

ASSINATURA DO OUTORGANTE

(RECONHECER POR AUTENTICIDADE)



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0217267/20

Vítima: MARIA DE LURDES DE OLIVEIRA

CPF: 032.340.914-80

Seguradora: BANESTES SEGUROS S/A

Data do acidente: 06/02/2020

CPF de: Próprio

Titular do CPF: MARIA DE LURDES DE OLIVEIRA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

FERNANDA BRANDAO DE OLIVEIRA : 056.639.994-69

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

MARIA DE LURDES DE OLIVEIRA : 032.340.914-80

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 04/08/2020
Nome: FERNANDA BRANDAO DE OLIVEIRA
CPF: 056.639.994-69

FERNANDA BRANDAO DE OLIVEIRA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 04/08/2020
Nome: RAIANNE SILVA BARBOSA
CPF: 102.869.074-61

RAIANNE SILVA BARBOSA