

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, 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



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, 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, retorno ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

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

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 NR 445/2012

5 - Nome completo: MARIA DE LOURDES DE OLIVEIRA CAVALCANTI	6 - CPF: 032.340.914-80		
7 - Profissão: RECLUSO	8 - Endereço: R. Jd. Bartolomeu Fabundes	9 - Número: 902	10 - Complemento: CS
11 - Bairro: ETC NOVA	12 - Cidade: CANARAGHÉ	13 - Estado: PE	14 - CEP: 54774-060
15 - E-mail:		16 - Tel.(DDD): (81) 98552-9424	

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MÉNOR 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:

<input checked="" type="checkbox"/> RECLUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00

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

<input type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)	<input checked="" type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
<input type="checkbox"/> Bradesco (232)	<input type="checkbox"/> Itaú (941)
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001)	<input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: CONTA:
(Inserir o dígito de verificação) (Inserir o dígito de verificação)

Nome do BANCO: BRASIL 001
(Inserir o dígito de verificação) (Inserir o dígito de verificação)

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 discordar do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo 24 - Data da 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 nascituro (não nascido)? Sim Não 31 - Vítima tem 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)

40 - Local e Data: *Flávio Ladeiras Oliveira* PRÉ-CITE 03 DE Agosto 2020

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019

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 - Poupx, CNPJ n.º 00.655.522/0001-21, sociedade civil sem fins lucrativos, com sede em Brasília, Distrito Federal, na qualidade de gestora do produto da Poupança Poupx, doravante denominada Poupx, por intermédio do Banco do Brasil S.A..

Proponente/Contratante 1: MARIA DE LOURDES DE OLIVEIRA, inscrito(a) no CPF sob o n.º 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 pracista 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 n.º 49.433-X, Poupança Ouro n.º 510.049.433-2, Poupança Poupx n.º 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:

- ADERIR** ao pacote de serviços na modalidade oferecida pelo Banco do Brasil S.A. na forma da Carta Circular BACEN n.º 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.
- ADERIR** ao Pacote de Serviços constante do Termo de Adesão a Pacote de Serviços anexo à proposta/contrato de abertura de conta-corrente.
- 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 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 Poupx.

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 Poupx, registrado no Cartório do 1º Ofício de Registro de Títulos e Documentos da cidade de Brasília (DF), sob o microfilme n.º 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.





POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DE CAMARAGIBE
37ª CIRCUNSCRIÇÃO

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 - Culposo (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 CAMARAGIBE.** - Bairro: **JARDIM PRIMAVERA - CAMARAGIBE/PERNAMBUCO /BRASIL CEP: 54753-360**
Local do Fato: **VIA PÚBLICA**

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 Mês: 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

Enderço Residencial: **RUA VIGARIO BARTOLOMEU FAGUNDES, 402 - CEP: 0 - Bairro: ESTAÇÃO 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 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 NR 445/2012

5 - Nome completo: MARIA DE LOURDES DE OLIVEIRA CAVALCANTI	6 - CPF: 032.340.914-80		
7 - Profissão: RECLUSO	8 - Endereço: R. Jd. Bartolomeu Fabundes	9 - Número: 902	10 - Complemento: CS
11 - Bairro: ETC NOVA	12 - Cidade: CANARAGHÉ	13 - Estado: PE	14 - CEP: 54774-060
15 - E-mail:		16 - Tel.(DDD): (81) 98552-9424	

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MÉNOR 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:

<input checked="" type="checkbox"/> RECLUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00

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

CONTA POUPANÇA (Somente 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: 1 CONTA: 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 discordar do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo 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 Sim Não 31 - Vítima Sim Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou Sim Não pais/avós vivos?

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)

38 - 1º | Nome: _____
 CPF: _____

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

Assinatura da testemunha

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

39 - 2º | Nome: _____
 CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: *Mados Leal deso hitora*

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante) *PRÉ-CITE 03 DE AGOSTO 2020*

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)
 FPS.001 V002/2019

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



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 - minhadclaro.com.br
Pelo celular *1052#
No Atendimento Claro 1052
Para fatura em brasília, ligue 1052
Para deficiente auditivo, ligue 08000362323

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

2ª Via de Fatura		Vencimento
Período de Uso	de 02/04/2020 a 01/05/2020	19/05/2020
Valor pago na última conta: R\$ 49,99		
1.Planos Contratados	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 Inclusos 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 FUNITTEL (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



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

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



Autenticação Mecânica solicitemos 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: 0800-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 01 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/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSFP¹ 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, APPLICATE PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº9.613/98.

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 IVVA LINZ 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 Lider-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 CONEGO JOSE FERNANDES MACHADOS	Número: 233	Complemento: CASA
Bairro: VARZEA	Cidade: RECIFE	Estado: PE CEP: 50.970-230
E-mail: fernandabrandao2013@gmail.com	Tel.(DDD): 81 98552-9424	/ 81 99472-7853

Local e Data: Recife 03 de Agosto 2020

Assinatura do Declarante



Pernambuco

Nome:
493164-MARIA DE LOURDES DE OLIVEIRA

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

Data do Atendimento: 07/02/2020

Sexo: FEMININO Contatos: / 81-96234011

Prontuário: 00493164

Mãe:
LINDAURA FRANCISCA DE OLIVEIRA

Endereço:

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

Nº Atendimento: 01398592

Serviço: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Médico: CECILIA BEZERRA CRM: Nº 27333

REGISTRO CLÍNICO

QPD/HDA:

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.

NEGA ALERGIA
CÓMORBIDADE DM 2

EXAME FÍSICO:

EGREGUAR, CONSCIENTE, ORIENTADA, EUPNETICA, HIDRATADA, CORADA, AFIBRIL, AGITADA
ACV: RCR EM 21, BNF, S/S.

AR: MV+ EM AHT, S/R.

ABD DEPRESSIVEL, FLÁCIDO, INDOLORE, RHA +

EXT: SEM EDÉMAS, PULSOS CHETOS E SIMÉTRICOS, DOR E DIMINUIÇÃO DA MOBILIDADE EM BRAÇO ESQUERDO

PIRULITAS ISOCÓRICAS E REATIVAS, SEM DEFÍCIT FOCAL, FORÇA PRESERVADA. ECG: 15

PRESença DE EDEMA E CORTE EM LINGUA EM SUA PARTE SUPERTOR

VIAS AEREAES PERVIAS

DIAGNÓSTICO:

CORTE EM LINGUA
HGT HIGH
FRATURA DE BRAÇO ESQUERDO?

UPA24h
CAXANGÁ
CRM: 11721
OAB: 11721



Pernambuco

UPA24h
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO
CAXANGÁ

Nome: _____

493164-MARIA DE LOURDES DE OLIVEIRA

Idade: _____

55a 5m

Nascimento: _____

30/09/1964

Sexo: _____

FEMININO

Contato: _____

/ 81-96234011

Mãe: _____

LINDAURA FRANCISCA DE OLIVEIRA

Endereço: _____

RUA VIGARIO BARTOLOMEU FAGUNDES,
402 - ESTACAO NOVA - CAMARAGIBE/ PÉ
- 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 dr(a) cecília,
encaminhada para avaliação de trauma em ombro/braço esq

EXAME FÍSICO:

edema + dor à mobilização

DIAGNÓSTICO:

Fratura do úmero proximal esq



Pernambuco

UPA24h
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO
CAXANGÁ



Fundação Municipal São Luís Almeida

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

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

EVOLUÇÃO MÉDICA

EVOLUÇÃO

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

SENHA HGV 5877582

[Handwritten signature]
UPA CAXANGÁ CECILIA BEZERRA CRM: Nº 27333
Dra Audrey Vasconcelos
Coord. Médica
Cinthia 11727



Pernambuco

UPA24h
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO
CAXANGÁ



Nome:
493164-MARIA DE LOURDES DE OLIVEIRA

Idade: 55a 5m Nascimento: 30/09/1961

Data do Atendimento: 06/02/2020

Sexo: FEMININO Contatos: 81-96234011

Prontuário: 00493164

Mãe:
LINDAURA FRANCISCA DE OLIVEIRA

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

Nº Atendimento: 01398585

Serviço: CLINICA MEDICA

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/ BUCOMAXILIO

SENHA: 5877587

QP:

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

NEGA ALÉRGIA
COMORBIDADE DM 2

Evolução:

HREGULAR, CONSCIENTE, ORIENTADA, EUPNEICA, HIDRATADA, CORADA, AFEBRIL, AGITADA
ACV: RCR EM 2T, BNF, S/S.
AR: MV+ EM AHT, S/RA.
ABD: DEPRESSIVEL, FLACIDO, INDOLOR, RHA +
EXT: SEM EDemas, PULSOS CHETOS E SIMETRICOS, DOR E DIMINUIÇÃO DA MOBILIDADE EM BRAÇO ESQUERDO
PUPILLAS ISOCÓRICAS E REATIVAS, SEM DEPÍCT FOCAL, FORÇA PRESERVADA. ECG 15
PRESENÇA DE EDEMA E CORTE EM LÍNGUA EM SUA PARTE SUPERIOR.
VIAS AERAS PREVIAS

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 ÓRAL + TRAUMA EM MSE + HIPREGLICEMIA (HI)

Observação: HAS-
DM+
ALERGIAS- NEGA

Fluxograma Sintoma: DIABETES

Discriminador(es): - GLICEMIA >=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
Idade: 55a 5m Nascimento: 30/09/1964
Sexo: FEMININO Contato: 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: 01398585
Serviço: CLINICA MEDICA
Médico: CECILIA BEZERRA CRM: Nº 27333

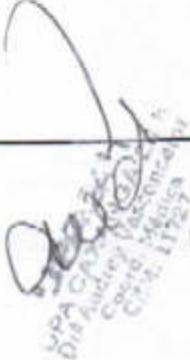
HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:

CORTE EM LÍNGUA
DM2

CID PRINCIPAL:

CONDUTA:

SOLICITO SENHA PARA AVALIAÇÃO DA BUZO-MAXILO DEVIDO A CORTE EXTENSO NA LÍNGUA


MÉDICO: CECILIA BEZERRA CRM: Nº 27333



UPA 24h
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO
CAXANGÁ



Nome:
03164-MARIA DE LOURDES DE OLIVEIRA

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

Data do Atendimento: 07/02/2020

Sexo: FEMININO
Contato: 81-96234011

Prontuário: 00493164

Mae:
INDAURA FRANCISCA DE OLIVEIRA
Endereço:
RUA VIGARIO BARTOLOMEO FAGUNDES
402 - ESTACAO NOVA - CAMARAGIBE/ PE
CEP: 54774060

Nº Atendimento: 01398592

Serviço: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Médico: MARCELO CORREIA CRM: Nº 19647

Conduta:

IMOBILIZAÇÃO + TRANSFERENCIA

OBS. ATENDIMENTO FEITO POR DR MARCELO

ESTOU APENAS DANDO DESPECHÓ AO CASO


MARCELO CORREIA CRM: Nº 19647

ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

50

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.
IMORILIZAÇÃO (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

FL:

RS

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

Dr. Fábio Luna.

GETULIO VARGAS
EMERGÊNCIA

115450



1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Atendimento: 826323

Nome: MARIA DE LOURDES DE OLIVEIRA CAVALCANTI

Sexo: FEMININO

CPF:

RG: 5870911

Prontuário: 0001143343

Data Nasc.: 30/09/1964

Idade: 55

Endereço: RUA VIGARIO BARTOLOMEU FAGUNDES

CEP: 54774060

Nº 402

Bairro: ESTACAO NOVA

CNS:

Nome da Mãe: LINDAURA FRANCISCA DE OLIVEIRA

Estado: PERNAMBUCO

Acompanhante: FILHO (A)

Cidade: CAMARAGIBE

Telefone: 96234011

Clinica: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Quarentena: 5877582 PACI VITIMA DE ACIDENTE DE CARRO ,COM SAGRAMENTO NASAL, DOR EM BRAÇO 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 BRAÇO ESQUERDO, SEM COM IMOBILIZAÇÃO EM PINÇA DE CONFETEIRO, SEM RX CONTROLE, NEGA FERIMENTO, COM RX AP I VIDENCIANDO FRATURA DE DIAFISE DE UMERO.

NV PRESERVADO

História do Trauma

Perda da Consciência:	<input type="radio"/> SIM <input checked="" type="radio"/> NÃO	Episódio Emérito:	<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"/>
Vítima de Ferimento:	<input type="radio"/> SIM <input checked="" type="radio"/> NÃO	Tipo:		Sofreu Queda: <input type="radio"/> SIM <input checked="" type="radio"/> NÃO	
Documentação:	<input type="radio"/> SIM <input checked="" type="radio"/> NÃO	Por:		Transporte Realizado por:	
Condições de Imobilização Adequadas:	<input type="radio"/> SIM <input checked="" type="radio"/> NÃO			Por que:	
Eloíse Flaco:					

A: Geral	Via aérea está pélvia: <input type="radio"/> SIM <input checked="" type="radio"/> NÃO	O paciente fala: <input type="radio"/> SIM <input checked="" type="radio"/> NÃO	Temp.:
CP/ANZ:			

Respiratório:

ICA

Sistolórico	PA:	P脉:	
DINAMICAMENTE ESTAVEL			

Exames Neurológico	Deficiência Motora: MSD <input type="checkbox"/> MSE <input type="checkbox"/> MID <input type="checkbox"/> MTE <input type="checkbox"/>	Pupilas: Isocônicas <input type="radio"/> Anisocônicas <input type="radio"/>
v: Abertura ocular	Glasgow: Resposta Verbal	Glasgow: Resposta Motoria
4 Horas:	Escore: 5	Escore: 6
	Hora:	Hora:

Homem	
ITR	

histórico Inicial: FRATURA FECHADA DIAPISÁRIA DE UMERO ESQUERDO

av/ Conduta:

NIROLE

Final do Caso:	Internamento <input type="radio"/>	Cirurgia <input type="radio"/>	Óbito <input type="radio"/>	Termo de Alta <input type="radio"/>	Evadiu-se <input type="radio"/>	Alta <input type="radio"/>	Transferência <input type="radio"/>
----------------	------------------------------------	--------------------------------	-----------------------------	-------------------------------------	---------------------------------	----------------------------	-------------------------------------

ANDRE CANCIO DE OLIVEIRA AMORIM - CRM: Nº.27767

Médico



Dr. André Cancio
Contadoria
15/05/1984
HOSPITAL GETULIO VARGAS

8 2011

Pernambuco

Nome: 493165 MARIA DE LOURDES DE OLIVEIRA
 Sexo: FEMININO
 Idade: 33a 4m 6d
 Contato: 81-96234011
 Endereço:
 LINDAURA FRANCISCA DE OLIVEIRA RUA VIGARIO BARTOLOMEU LACUNDES 402 - ESTACAO NOVA - CAMARAGIBE/PE
 - CEP: 54774060

Data do Atendimento:	06/02/2020
Prontuário:	00493164
Nº Atendimento:	01398585
Serviço:	CLÍNICA MÉDICA

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 LÍNGUA
HTG HIGH

FRATURA DE BRAÇO ESQUERDO?

SOLICITO AVALIAÇÃO

GRATA,



CECILIA BEZERRA CRM: 27333

Por: WILIANO

Nome: 493164-MARIA DE LOURDES DE OLIVEIRA
Sexo: FEMININO / Contatos: 81-96231011
Mlher: LINDAURA FRANCISCA DE OLIVEIRA

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

Data do Atendimento: 06/02/2020

Prontuário: 00493164

Nº Atendimento: 01398585

Serviço: CLÍNICA MÉDICA

Endereço:

RUA VIGARIO BARTOLOMEO HAGLUNDERS
407 - ESTALAU NIVA - CAMARAGIBE/ PE
- CEP: 54774060

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 TRAJADO APOS ACIDENTE DE CARRO (CARRO CATU 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

Evolução:

EGREGIAR, CONSCIENTE, ORIENTADA, EUPNEICA, HIDRATADA, CORADA, AFEBRIL, AGITADA
ACV: RCR EM 2T, BNF, S/S.

AR: MV+ EM AHT, S/RA.

AHO DEPRESSIVEL, FLÁCIDO, INDOLOR, RHA +
EXT: SEM EDENAS, PULSOS CHEIOS E SIMÉTRICOS, DOR E DIMINUIÇÃO DA MOBILIDADE EM BRAÇO ESQUERDO
PUPILLAS ISOCORICAS E REATIVAS, SEM DEFECT FOCAL, FORÇA PRESERVADA. ECG 15
PRESENÇA DE EDEMA E CORTE EM LINGUA EM SUA PARTE SUPERIOR.
VIAS AEREAIS PFRVIAS

MEDICO: CECILIA BEZERRA CRM: Nº 27333

[Handwritten signature]
Cecilia Bezerra
Médica
CRM: 27333

Períambuco

UPA 24h
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO
CAXANGÁ



Nome: 493164-MARIA DE LOURDES DE OLIVEIRA
Sexo: FEMININO

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

Contatos: / 81-96234011

Data do Atendimento: 06/02/2020

Prontuário: 00493164

Nº Atendimento: 01398585

Serviço: CLÍNICA MÉDICA

Mãe:
LINDAURA FRANCISCA DE OLIVEIRA

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

Médico: CECILIA BEZERRA CRM: Nº 27333

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:

CORTE EM LÍNGUA
DM?

CID PRINCIPAL:

CONDUTA:

SOLICITO SENHA PARA AVALIAÇÃO DA BUZO-MAXILA DEVIDO A CORTE EXTENSO NA LÍNGUA

MÉDICO: CECILIA BEZERRA CRM: Nº 27333

Observações:

07/02/2020 + medicada com Insulina e 01/00 UH
02/06 1a - 12 Unidades.

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

3- Foste feita glic comprovada. Curr. Dr. ...
Lúcia, Conscientizada.
orientada

4- Deve ser conduzida também
por Clínico por conta de Hiperglicemia.

Usar insulina 850 - 1x2.

(Outra indicação que não basta)
2- Sincratafina 40

PERGAMON
UNIVERSITÁRIA
CRM 8554

Nome: 493164-MARIA DE LOURDES DE OLIVEIRA	Idade: 33a 4m 8d	Nascimento: 30/09/1986	Data do Atendimento: 07/02/2020
Sexo: FEMININO	Contato: / 01-96234011		Prontuário: 00493164
Mês: LINDAURA FRANCISCA DE OLIVEIRA	Endereço: RUA VIGARIO BARTOLOMEU FAGUNDES 402 - ESTACAO NOVA - CAMARAGIBE/PE - CEP: 54774060		Nº Atendimento: 01398592
			Serviço: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA
			Médico: MARCELO CORREIA CRM: Nº 19647

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 REGIÃO ORAL E DOR EM BRAÇO ESQUERDO. FAZIA USO DE CINTO DE SEGURANÇA.		

Evolução:



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.



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

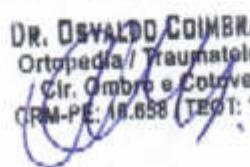
ATESTADO MÉDICO PÓS CIRÚRGICO

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 / Traumatologista
Cir. Ombro e Cotovelo
CRM-PE: 16.658 TECR: 13351


Dr. OSVALDO JOSE MACEDO COIMBRA JUNIOR
CRM: 16658



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

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

Prescrição Médica

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

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

--OU--

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

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: 5423.

ESCOLHA UMA DAS SEGUINTE OPÇÕES

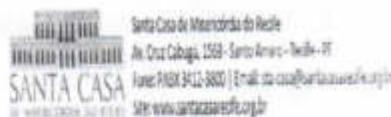
- () Necessitado de 45 dias de afastamento de suas atividades (no trabalho ou escola).
- () Estando apto para voltar ao trabalho.
- () Como acompanhante
- () Outros: _____

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



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: ste-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.

Marshall D.O. Carpenter
USA 4M - femur, 1965
8/14/65 1965

SM
Varus 12°
D-decalcified
<1-1>

<1-1>

Cordano

HSA
270220

L



D 2315
L 4050

C 2701
N 4027

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 - 10434

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 HSA						2 - CNES		
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE						4 - CNPIS		
Identificação da PACIENTE 5 - NOME DO PACIENTE MARIA DE LOURDES DE OLIVEIRA CAVALCANTI						6 - N° DO PRONTUÁRIO 681456		
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)			8 - DATA DE NASCIMENTO	9 - SEXO	10 - RACIA/COR	10.1 - ETNIA		
			Mês: 1 Fam. <input checked="" type="checkbox"/> 3					
11 - NOME DA MÃE						12 - FONE DE CONTATO DDD		
13 - NOME DO RESPONSÁVEL						14 - FONE DE CONTATO DDD		
15 - ENDEREÇO (RUA, N°, BAIRRO)						16 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO	16 - UF	16 - CEP
18 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA								
20 - NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)								
X <input checked="" type="checkbox"/> MUDANÇA DE PROCEDIMENTO Tratamento Cirúrgico de Fratura Diafisaria do Úmero Esquerdo 21 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - ANTERIOR 1º Atendimento em Clínica-Cirúrgica Ortopédica 23 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - MUDANÇA 25 - DIAGNÓSTICO INICIAL								
0408020393 22 - CÓD. DO PROCEDIMENTO - ANTERIOR								
0301060070 24 - CÓD. DO PROCEDIMENTO - MUDANÇA								
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 E/OU DIÁRIA DE ACOMPANHANTE <input type="checkbox"/> DIÁRIA DE ACOMPANHANTE <input type="checkbox"/> DIÁRIA DE UTI TIPO I <input type="checkbox"/> DIÁRIA DE UTI TIPO II <input type="checkbox"/> DIÁRIA DE UTI TIPO III								
32 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL						33 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL 34-QTDE-		
35 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL						36 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL 37-QTDE		
38 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL						39 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL 40-QTDE		
41 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO <p>Paciente vítima de acidente automobilístico, resultando em Fratura do Úmero Esquerdo, evoluindo com dor e edema local. Necessitando de procedimento cirúrgico.</p> <p>Paciente reavaliado, fratura sem indicação de cirurgia no momento, paciente ciente e de acordo. Recebe alta e orientações para tratamento incruento e retorno ao ambulatório de Dr. Osvaldo Coimbra.</p>								
DR. OSVALDO COIMBRA 42 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE						PROFISSIONAL SOLICITANTE  11/02/2020 SOLICITAÇÃO		
44 - DOCUMENTO			45 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE 03570315479			46 - ASSINATURA E CARMIM (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO) Dr. Henrique Costa Braga Chirurgião Traumatologista CRM 10581		
47 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR						48 - CÓD. ÓRGÃO EMISOR 49 - DATA DA AUTORIZAÇÃO		
50 - DOCUMENTO			51 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE			52 - ASSINATURA E CARMIM (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)		
Página 1 AUTORIZAÇÃO								

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 DIAFISE 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	MATRÍCULA
1	CIRURGIAO	: 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 ambulatório 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.



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



IDENTIFICAÇÃO

VITIMA **Maria de Lourdes de Oliveira Cavalcanti**DATA DO ACIDENTE **06/10/21/2020** DA VITIMA **032.340.914-80**PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO **Fernanda Brandão de Oliveira**QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR VITIMA REPRESENTANTE LEGAL, CUIO PARENTESCO COMA VITIMA **fernandabrandao2013@gmail.com**ENDERECO DO PORTADOR **RUA CONEGO JOSE FERNANDEES MACHADO**Nº **233** COMPLÊMENTO **A**CIDADE **Recife**UF **PE**CEP **50970-230**BAIRRO **Varzea**TELEFONE **(81) 98552-9424**

HARQUE OS PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE.

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

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

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

2) LAUDO DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

3) LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)

4) UNA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML. DECLARAÇÃO DE AUSENCIA DE LAUDO DO IML (ORIGINAL) ASSINADA PELA VITIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL) QUE CONFIRME A EXISTENCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA

5) BOLETO DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

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

7) AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VITIMA (ORIGINAL) COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, Tais como Cópia de FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

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

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

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

OBS. REPRESENTANTE LEGAL E QUEM REPRESENTA A VITIMA MÉIOR DE 0 A 15 ANOS, PODER SER PAI OU MÃE

VALORES DE INDENIZAÇÃO

• MORTE = R\$ 15.300,00
• INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R\$ 11.300,00. ESTE VALOR VAI A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/74.

• DESPESAS MÉDICAS (DAMS) = REIMBOSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REIMBOSO). ESTE VALOR VAI A VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROMIDAS.

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

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

• PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSE WWW.DPVATSEGURADOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRATIS SAC DPVAT (800) 621 1104

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

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

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

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

4) OBS. REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VITIMA MENOR DE 0 A 15 ANOS. PODER SER PAI OU MÃE

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA **03/10/21/2020**(IDENTIDADE) **6141955 SBS/PE**RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA
Data _____
Nome _____

ASSINATURA

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. VÍG. BARTOLOMEU FAGUNDES, 402 - ETC NOVA
CANANORIBE - 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 Ocorrencia e retificar caso necessário, para solicitar e retirar quaisquer 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) tipo(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 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

CPF de: Próprio

Data do acidente: 06/02/2020

Titular do CPF: MARIA DE LURDES DE OLIVEIRA

Seguradora: BANESTES SEGUROS S/A

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