



04/11/2020

Número: **0062868-79.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção B da 3ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **01/10/2020**

Valor da causa: **R\$ 7.087,50**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
MARIA DE LURDES DE OLIVEIRA (AUTOR)		EWERSON VILAR DE LIMA (ADVOGADO)	
COMPANHIA EXCELSIOR DE SEGUROS (REU)			
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
70475067	04/11/2020 10:01	<a href="#">ANEXO 1</a>	Outros (Documento)



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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,

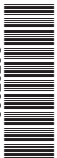
**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

Carta nº 16003148

Pag. 00411/00412 - carta\_01 - INVALIDEZ

00020206





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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, 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](http://www.seguradoralider.com.br/recomeco).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você





**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:

- 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.
- 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 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](http://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 Mãe: 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: 1ª. 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

14/07/2020 16:33



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* Matricula: 399588-7  
(Liberado em 14/07/2020 às 16:31)



14/07/2020 16:33



# 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 FAGUNDES 9 - Número: 402 10 - Complemento: CS  
11 - Bairro: ETC NOVA 12 - Cidade: CAMARAGIBE 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 MENOR ENTRE 9 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 (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (841)  
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

☒ 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) (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 ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheira(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheira(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro(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: Recife 03 de Agosto 2020 41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS.001 V002/2019

# 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 - minhaclearo.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

Período de Uso	Vencimento	
de 02/04/2020 a 01/05/2020	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 (150)		
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 FUNTEL (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 Médica:

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 e 89			

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



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

Pág. 1 / 2





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

Para mais esclarecimentos, acesse o site [www.seguradoralider.com.br](http://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 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/BIBLIOTECASWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

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

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

<sup>1</sup> SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS - SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. <sup>2</sup> CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS - COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI 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:	Número:	Complemento:
RUA CÔNEGO JOSE FERNANDES MACHADOS	233	CASA
Bairro:	Cidade:	Estado:
VARZEA	RECIFE	PE
E-mail:		CEP:
fernandabrandao2013@gmail.com		90.970-230
		Tel. (DDD):
		81 98552-9424 / 81 99472-7858

Local e Data:

Recife 03 de Agosto 2020

Assinatura do Declarante

DLDR.L001 V001/2017





**UPA24h**  
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO  
CAXANGÁ



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 VIGARIO 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, AF-BRIL, AGITADA  
ALV: RCR EM 21, BNF, S/S.  
AR: MV+ EM AHT, S/RA.  
ABD DEPRESSIVEL, FLACIDO, INDOLOR, RUJA +  
EXT: SEM EDEMAS, PULSOS CHEFOS E SIMÉTRICOS, DOR E DIMINUIÇÃO DA MOBILIDADE EM BRAÇO ESQUERDO  
PUPILAS ISOCÓRICAS E REATIVAS, SEM DEFICIT FOCAL, FORÇA PRESERVADA. ECG IS  
PRESENÇA DE EDEMA E CORTE EM LÍNGUA EM SUA PARTE SUPERIOR  
VIAS AERÉAS PERVIAS

DIAGNÓSTICO:

CORTE EM LÍNGUA  
HGT HIGH  
FRATURA DE BRAÇO ESQUERDO?

RUA RIBEIRO PESSOA - CAXANGÁ - RECIFE - PE / CEP 50980500 / FONE: 81-31844366 / CGC: 9767633000609





**UPA24h**  
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO  
CAXANGÁ



Nome:  
493164-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: 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 à mobilização

#### DIAGNÓSTICO:

fratura do umero proximal esq

*[Assinatura]*  
ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR  
CRM: 11727

RUA RIBEIRO PESSOA - CAXANGÁ - RECIFE - PE / CEP 50980500 / FONE: 81-31844366 / CCC: 97676330000009





**UPA24h**  
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO  
CAXANGÁ



Nome:  
493164-MARTA DE LOURDES DE OLIVEIRA  
Sexo:  
FEMININO  
Contatos:  
/ 81-96234011

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

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: GECILIA BEZERRA CRM: Nº 27333

## EVOLUÇÃO MÉDICA

### EVOLUÇÃO

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

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

RUA RIBEIRO PESSOA - CAXANGÁ - RECIFE - PE / CEP 50980580 / FONE: 81-31844366 / CGC: 9767633000609





**UPA24h**  
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO  
CAXANGÁ



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

Data do Atendimento: 06/07/2020

Prontuário: 00493164

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/ BUCOMAXILLO

SENHA: 5877582

QP:

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

NEGA ALERGIA  
COMORBIDADE DM 2

### EVOLUÇÃO:

REGULAR, CONSCIENTE, ORIENTADA, EUPNEICA, HIDRATADA, CORADA, AFEBRIL, AGITADA  
ACV: RCR EM 2T, BNF, S/S.  
AR: MV+ EM AJIT, 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 DEFICI FOCAL, FORÇA PRESERVADA. ECG IS  
PRESENCIA DE EDEMA E CORTE EM LINGUA EM SUA PARTE SUPERIOR  
VIAS AÉREAS PERVIAS

MÉDICO: CECILIA BEZERRA CRM: Nº 27333


RUA RIBEIRO PESSOA - CAXANGÁ - RECIFE - PE / CEP 50980580 / FONE: 81-31844366 / CGC: 0767633000609




## 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:	<b>EMERGENCIA</b>
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 >=500MG/DL
Especialidade:	CLINICA GERAL
Sinais Vitais Lidos:	- GLICOSE: 800.00 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

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco

Página 1 de 1





**UPA24h**  
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO  
CAXANGÁ



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 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

RUA BIRETRO PESSOA - CAXANGÁ - RECIFE - PE / CEP 50900580 / FONE: 81-31844366 /CGC: 0767633000609





**UPA24h**  
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO  
CAXANGÁ



Nome: 03164-MARTA DE LOURDES DE OLIVEIRA

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

Sexo: EMININO Contatos: / 01-96234011

Endereço: INDAURA FRANCISCA DE OLIVEIRA

RUA VIGARIO BAROLOMÉU FAGUNDES  
402 - ESTACAO 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

#### Conduta:

IMOBILIZAÇÃO + TRANSFERENCIA

OBS: ATENDIMENTO FEITO POR DR MARCELO  
ESTOU APENAS DANDO DESFECHO AO CASO

MARCELO CORREIA CRM: Nº 19647

ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

RUA RIBEIRO PESSOA - CAXANGÁ - RECIFE - PE / CEP 50980580 / FONE: 81-31844366 / CGC: 9767633000609





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

RS

Dr. Fábio Luna.

Dr. Fábio L. F. da Fonte  
Cir. Geral e do  
Aparelho Digestivo  
CRM 12515 - Mat. 209511-4



# GETULIO VARGAS EMERGÊNCIA

## 1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Atendimento: 826323  
 Nome: MARIA DE LOURDES DE OLIVEIRA CAVALCANTI  
 Sexo: FEMININO CPF: RG: 5870911  
 Endereço: RUA VIGÁRIO BARTOLOMEU FAGUNDES Nº 402 Bairro: ESTACAO NOVA  
 CEP: 54774060 Estado: PERNAMBUCO Cidade: CAMARACIPE  
 Nome da Mãe: LINDAURA FRANCISCA DE OLIVEIRA Acompanhante: FILHO (A) Telefone: 96234011  
 Ocorrência: 5877582 PACI VITIMA DE ACIDENTE DE CARRO, COM SANGRAMENTO NASAL, DOR EM BRACO ESQUERDO VINDO DA UPA  
 CAXANGA Clínica: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

## 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 IVIDENCIANDO FRATURA DE DIAFISE DE UMERU. NV PRESERVADO

### História do Trauma

Perda da Consciência: <input type="radio"/> SIM <input checked="" type="radio"/> NÃO	Episódio Eméico: <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 checked="" type="radio"/>
Vítima de Ferimento: <input type="radio"/> SIM <input checked="" type="radio"/> NÃO	Tipo:	
Quedadura: <input type="radio"/> SIM <input checked="" type="radio"/> NÃO	Por:	Sofreu Queda: <input type="radio"/> SIM <input checked="" type="radio"/> NÃO
Condições de Imobilização adequadas: <input type="radio"/> SIM <input checked="" type="radio"/> NÃO		Transporte Realizado por:
Exame Físico:		Por que:
At Geral:	Via aérea está pervia: <input type="radio"/> SIM <input checked="" type="radio"/> NÃO	O paciente fala: <input type="radio"/> SIM <input checked="" type="radio"/> NÃO
Temp.:		

### Síntese

ICA

### Síntese

PA: Pulso:

### INAMICAMENTE ESTÁVEL

### Exames Neurológico

v. Abertura ocular 4

Deficiência Motora: MSD ☐ MSE ☐ MID ☐ MTE ☐

Glasgow: Resposta Verbal  
 Score: 5

Pupilas: Isocóricas ☒ Anisocóricas ☐

Glasgow: Resposta Motora  
 Score: 6

### Examen

Estico Inicial: FRATURA FECHADA DIAFISÁRIA DE UMERU ESQUERDO

### Ex/ Conduta:

NIROLE

### ção do Caso:

Internamento ☐ Cirurgia ☐ Óbito ☐ Termo de Alta ☐ Evadiu-se ☐ Alta ☐ Transferência ☐

ANDRE CANCIO DE OLIVEIRA AMORIM - CRM: Nº.27767

Médico



Dr. André Cancio  
 Especialista em Traumatologia  
 CRM: 27767 - 1ª Habilitação

8 26707



Peruambuco

**UPA24h**  
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO  
CAXANGÁ

  
**Hospital Maria Lucinda**  
Rua da Medicina, 100 - CAXANGÁ

Nome: 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 - CAXANGÁ/PE  
- CEP: 54774060

Data do Atendimento: 06/02/2020

Prontuário: 00493164

Nº Atendimento: 01376585

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

RUA RIBEIRO PESSOA - CAXANGÁ - RECIFE - PE / CEP 5080580 / FONE: 81-31844366 / CGC: 0767633000609



Port. Antônio

**UPA24h**  
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO  
CAXANGÁ

semelha  
Hospital Infância  
**Maria Lucinda**  
Fundação Brasileira de Saúde da Criança

Nome: 403164-MARIA DE LOURDES DE OLIVEIRA  
Idade: 33a 4m 8d Nascimento: 30/09/1986  
Sexo: FEMININO Contatos: / 81-96234011  
Mê: LINDAURA FRANCISCA DE OLIVEIRA  
Endereço: RUA VIGÁRIO BARTOLOMEU PACHECO  
402 - FLORESTA NOVA - CAMARAZINHA/PE  
- CEP: 54774060

Data do Atendimento: 06/02/2020  
Prontuário: 00493164  
Nº Atendimento: 01398585  
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 QUEIXA 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  
ALV: RCR EM 2T, BNF, S/S.  
AR: MV+ EM AHT, S/RA.  
ARD DEPRESSIVEL, FLÁCIDO, INDOLOR, RHA +  
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 LÍNGUA EM SUA PARTE SUPERIOR  
VIAS AERÉAS PERVIAS

MÉDICO: CECILIA BEZERRA CRM: Nº 27333

*Cecilia Bezerra*  
Médica  
06/02/2020

RUA RIBEIRO PESSOA - CAXANGÁ - RECIFE - PE / CEP: 50980580 / FONE: 81 32844366 / CGC: 0787632000609



Pontalambuco

**UPA24h**  
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO  
CAXANGÁ

  
**Hospital Infantil**  
**Maria Lucinda**  
Fundação Maria do Espírito Alentejo

Nome: 493164-MARIA DE LOURDES DE OLIVEIRA  
Sexo: FEMININO  
Contatos: / R1-96234011

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  
492 - ESTACAO NOVA - CAMARAGIBE/ PE  
- CEP: 54774060

Médico: CECILIA BEZERRA CRM: Nº 27333

**HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:**

CORTE EM LINGUA  
DM2


**CID PRINCIPAL:**

**CONDLTA:**

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

MÉDICO: CECILIA BEZERRA CRM: Nº 27333

Observação:  
07/04/2020 - medicada com Insulina e 01:00 hr  
02:06 Na - 12 Unidades  
2- HGT às 01:50 = 530 mg/dl.  
3- Estado geral conservado. Com E. em  
lúcida, Consciente,  
orientada  
4- Deveria ser conduzida também  
por Clínico por conta de Hipertensi-  
vã.  
Usa insulina percutânea 850 - 1x2.  
(Outra medicação por não lembrar)  
2- Simvastatina 40

  
FERNANDO L. S. JUNIOR  
ODONTÓLOGO  
CRM 8554

RUA RIBEIRO PESSOA - CAXANGÁ - RECIFE - PE / CEP: 50980500 / FONE: 81-31844366 / CUC: 9767633000609



Form. mbuco

**UPA24h**  
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO  
CAXANGÁ

  
**Hospital Infantil**  
**Maria Lucinda**  
Fundação Municipal de Saúde

Nome: 493164-MARIA DE LOURDES DE OLIVEIRA  
Sexo: FEMININO  
Idade: 33a 4m 8d  
Nascimento: 30/09/1986  
Contatos: / 01-96234011

Mãe: LINDAURA FRANCISCA DE OLIVEIRA

Endereço: RUA VIGARIO BARTOLOMEU FAGUNDES,  
402 - ESTACAO 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

### 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 SEGURANÇA.

EVOLUÇÃO:

  
M. Marcelo Correia  
Traumato - Ortopedia  
CRM: 19647

MEDICO: MARCELO CORREIA CRM: Nº 19647

ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

RUA RIBEIRO PESSOA - CAXANGÁ - RECIFE - PE / CEP 50980580 / FONE: 01-31844366 / CGC: 9767633000609





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 Sotio Mayor  
Médica  
CRM - 9055

**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](http://www.santacasarecife.org.br)





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: 16.658 (TEO 1: 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 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





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

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**

Santa Casa de Misericórdia de Recife  
Av. Cruz Cabuga, 1568 - Santo Amaro - Recife - PE  
Fone: (81) 3412-5800 | E-mail: [sa@casasacarecife.org.br](mailto:sa@casasacarecife.org.br)  
Site: [www.casasacarecife.org.br](http://www.casasacarecife.org.br)

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: 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.

Este documento foi assinado digitalmente, conforme Medida Provisória N° 2.200-2 de 24/08/2001.

Nome do profissional: LUIZA ALINA ALMEIDA ARAUJO RABELO CRM: 15606 Data e Hora: 02/04/2020 12:41:57



MED L.D.O. Cavacchi  
65A 4M Feminina 661450  
31/05/1984

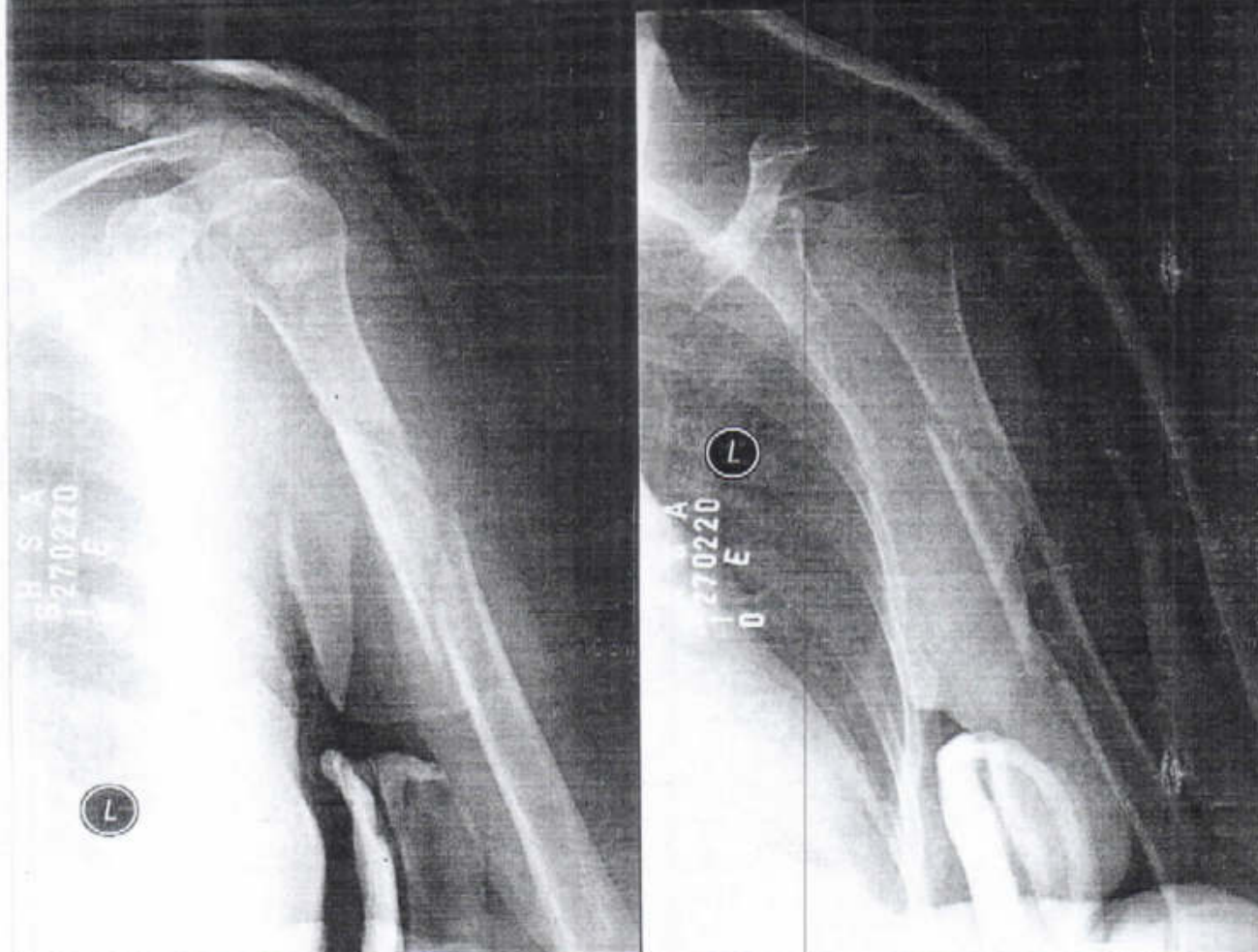
ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR  
Data de nascimento: 04/11/2020  
Data de exame: 04/11/2020

103341 CR850A  
103341 CR850A  
103341 CR850A

611  
Verifica-se  
ID de placa: 3104378225  
<1-1>

611  
Verifica-se  
ID de placa: 3104378225  
<1-1>

Giordano



Relatório  
LUT

C 2315  
L 4050

C 2701  
W 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.

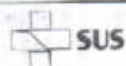
Roberta C. de Almeida  
Diretora Técnica  
Hospital Santo Amaro  
CRM/PE - 15454

**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](http://www.santacasarecife.org.br)





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 EXERCITANTE

4 - CNES

**Identificação de MARIA DE LOURDES DE OLIVEIRA CAVALCANTI**

5 - NOME DO PACIENTE

**681456**

6 - Nº DO PRECATÓRIO

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

9 - SEXO

Masc. ☐ 1

Fem. ☒ 3

10 - RAÇA/COR

10.1 - ETNIA

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**

**Tratamento Cirúrgico de Fratura Diafisária do Úmero Esquerdo**

21 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - ANTERIOR

**0 4 0 8 0 2 0 3 9 3**

22 - Cód. DO PROCEDIMENTO - ANTERIOR

**1º Atendimento em Clínica Cirúrgica Ortopédica**

23 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - MUDANÇA

**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 E/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 incruento e retorno ao ambulatório de Dr. Osvaldo Coimbra.

**DR. OSVALDO COIMBRA**

PROFISSIONAL SOLICITANTE

42 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

**11/02/20** SOLICITAÇÃO

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 Santos

Ortopedia / Traumatologia

CRM 10581

**AUTORIZAÇÃO**

47 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

48 - Cód. ORGÃO 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 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.

*Azarias Salgado*  
Assinado digitalmente  
11/2/20

*Azarias Salgado*  
Assinado digitalmente  
11/2/20



## 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 MAIRA DE JOURDES 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, CUIR PARANTESCO COM A VITIMA E POURCADO SA

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 AUTÊNTICA E LEGÍVEL)
- ☒ CARTERINHA DE IDENTIFICAÇÃO DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTERINHA DE TRABALHO OU CARTERINHA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☒ CPF DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☒ LAUDO DO IML (CÓPIA AUTÊNTICA E LEGÍVEL)
- ☒ ATUA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAÇÃO DO LAUDO DO IML, DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML, INDICANDO 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 / CÉDULO DE INDENIZAÇÃO DA VITIMA (ORIGINAL) COM DOCUMENTOS QUE CONTRIBUAM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

### DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

- ☐ CARTERINHA DE IDENTIFICAÇÃO DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTERINHA DE TRABALHO OU CARTERINHA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
  - ☐ CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
  - ☐ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- OBS: REPRESENTANTE LEGAL E 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 AUTÊNTICA E LEGÍVEL)
- ☐ CARTERINHA DE IDENTIFICAÇÃO DA VITIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTERINHA DE TRABALHO OU CARTERINHA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☐ CPF DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☐ RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SOFRIDAS EM RECONHECIMENTO DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☐ COMPROVANTES PARÁCLINICOS E LESÕES DAS TERAPIAS MÉDICAS HOSPITALARES QUANTAS
- ☐ HISTÓRICO FÍSICO (ORIGINALS E LEGÍVEL) 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 / CÉDULO DE INDENIZAÇÃO DA VITIMA (ORIGINAL) COM DOCUMENTOS QUE CONTRIBUAM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

### DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

- ☐ CARTERINHA DE IDENTIFICAÇÃO DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTERINHA DE TRABALHO OU CARTERINHA 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 E QUEM REPRESENTA A VITIMA MENOR DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

### INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- VALORES DE INDENIZAÇÃO
  - MORTE - R\$ 11.500,00
  - INVALIDEZ PERMANENTE - ATÉ R\$ 11.500,00 ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/74.
  - DESPESSAS MÉDICAS (DAMS) - REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (PREPROJETO). 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 PROCESSO DE INDENIZAÇÃO, ACESSAR [WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR](http://WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR) OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 622 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA 03/08/2020

IDENTIDADE 6141955 SRS/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. VIB. BARTOLOMEU FAGUNDES, 402 - ETC NOVA  
CAHARAQUE - 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

Madeus dos Reis

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](http://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

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

FERNANDA BRANDAO DE OLIVEIRA

RAIANNE SILVA BARBOSA

