



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
70475 067	04/11/2020 10:01	<u>ANEXO 1</u>	Outros (Documento)



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

Carta n° 16003148



Pág. 00111/00412 - Carta 01 - INVAL IDEZ



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 04/11/2020 10:01:15
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2011041001151970000069102589>
Número do documento: 2011041001151970000069102589

Núm. 70475067 - Pág. 1



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 Nº 446/2012

5 - Nome completo:	MARIA DE LOURDES DE OLIVEIRA CAVALCANTI		6 - CPF:	032.340.914-80					
7 - Profissão:	RECUSO	8 - Endereço:	R. JIB. BARTOLOMEU TABUÑEUS		9 - Número:	10 - Complemento:	1002 CS		
11 - Bairro:	ETC NOVA	12 - Cidade:	CAMARAGibe		13 - Estado:	PE	14 - CEP:	54774-060	
15 - E-mail:								16 - Tel.(DDI):	(81) 98552-9424

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MÉIOR 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"/> RECUSO 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)	Nome do BANCO: BRASIL 001
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)	

AGÊNCIA: <input type="text"/> CONTA: <input type="text"/> <input type="text"/>	(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)	AGÊNCIA: <input type="text"/> 1 CONTA: <input type="text"/> 149.433 <input type="checkbox"/>	(Informar o dígito se existir)
--	---	--	--------------------------------

Autorizo a Seguradora Lider 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 regiões 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 invalides 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, autorizadas da Seguradora Lider 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:	<input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (no Civil) <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado/Judicialmente <input type="checkbox"/> Viúvo	24 - Data do óbito da vítima:
------------------------------	---	-------------------------------

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

28 - Vítima teve filhos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:	30 - Vítima deixou nascituro (vai nascido)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	31 - Vítima tem irmãos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:	33 - Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
--	--	---	---	--	---

Este cliente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte áqueles 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

*Maria de Lourdes Oliveira
RECIFE 03 de Agosto 2020*

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019

NÃO ALABELIZADO

TESTEMUNHAS

38 - 1º | Nome:

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome:

CPF: _____

Assinatura da testemunha

43 - Assinatura do Procurador (se houver)





Proposta/Contrato de Abertura de Conta-Corrente e
Conta de Poupança Ouro e/ou Poupança PoupeX
Pessoa Física

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 - PoupeX, 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 PoupeX, doravante denominada PoupeX, 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 praticista e caixearo viajante, endereço residencial: RUA GUARANI 402 A, ALBERTO MAIA, CAMARAGIBE - PE , CEP 54.762-020 , telefone(s) (81) 98416-0530, casado(a) comunhao 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 PoupeX 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 PoupeX.

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 PoupeX, 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 sitio 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 - DP37ºCIRC
DIM/9ºDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 20E0127003339

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **14/07/2020 às 16:14****ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VITIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado)** que aconteceu no dia 6/2/2020 às 23:00Fato 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 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** Mae: **LINDAURA FRANCISCA DE OLIVEIRA** Pai: **MANOEL GERVAZIO DE OLIVEIRA** Data de Nascimento: **30/9/1964** Naturalidade: **LIMOEIRO / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **5870911/9DS/PE (RG), 03234091480 (CPF)** Estado Civil: **CASADO(A)** Escolaridade: **1º. GRAU INCOMPLETO** Profissão: **DO LAR** Telefones Celulares: **- 819984160530**Endereço Residencial: **RUA VIGARIO BARTOLOMEU FAGUNDES, 402 - CEP: 0 - Bairro: ESTACAO NOVA - CAMARAGIBE/PERNAMBUCO/BRASIL****DESCONHECIDO UBER** (não presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

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

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

Complemento / Observação

14/07/2020 16:33



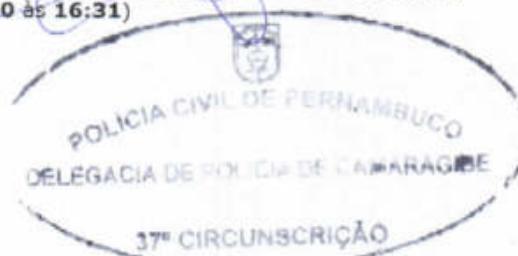
COMPARECEU A ESTA DELEGACIA A SRA. MARIA DE LOURDES DE OLIVEIRA RELATANDO QUE PEGOU UM UBER E NO MEIO DO CAMINHO TEVE UM BURRO DA COMPESA E UBER CAIU DENTRO E VITIMA FARTUROU O BRAÇO ESQUERDO E DEZ PONTOS NA LINGUA. O MOTORISTA SOCORREU A VITIMA PARA UPA DA CAXANGA E DEPOIS A VITIMA FOI PARA GERTULIO 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 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)



14/07/2020 16:33



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 04/11/2020 10:01:15
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20110410011519700000069102589>
Número do documento: 20110410011519700000069102589

Num. 70475067 - Pág. 6



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 446/2012

5 - Nome completo:	MARIA DE LOURDES DE OLIVEIRA CAVALCANTI		6 - CPF:	032.340.914-80					
7 - Profissão:	RECLUSO	8 - Endereço:	R. JIB. BARTOLOMEU TABUNDES		9 - Número:	10 - Complemento:	102 CS		
11 - Bairro:	ETC NOVA	12 - Cidade:	CAMARAGibe		13 - Estado:	PE	14 - CEP:	54774-060	
15 - E-mail:								16 - Tel.(DDI):	(81) 98552-9424

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MÉIOR 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)	Nome do BANCO: BRASIL 001
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)	

AGÊNCIA: <input type="text"/> CONTA: <input type="text"/> <input type="text"/>	(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)	AGÊNCIA: <input type="text"/> 1 CONTA: <input type="text"/> 149.433 <input type="checkbox"/>	(Informar o dígito se existir)
--	---	--	--------------------------------

Autorizo a Seguradora Lider 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 regiões 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 invalides 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, autorizada da Seguradora Lider 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:	<input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (no Civil) <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado/Judicialmente <input type="checkbox"/> Viúvo	24 - Data do óbito da vítima:
------------------------------	---	-------------------------------

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

28 - Vítima teve filhos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:	30 - Vítima deixou nascituro (vai nascido)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	31 - Vítima tem irmãos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:	33 - Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
--	--	---	---	--	---

Este cliente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte áqueles 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

*Maria de Lourdes Oliveira
RECIFE 03 de Agosto 2020*

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019

NÃO ALABELIZADO

TESTEMUNHAS

38 - 1º | Nome:

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome:

CPF: _____

Assinatura da testemunha

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



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 04/11/2020 10:01:15
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20110410011519700000069102589>
Número do documento: 20110410011519700000069102589

Num. 70475067 - Pág. 8



|||||

ETC RECEIVE RECD

CLIC RECIFE PE LID
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: 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\$	64,99
Oferta Conjunta Claro MIX 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 repercutem no 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

8485000000-5 | 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.

Pág. 1 / 2



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 04/11/2020 10:01:15
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20110410011519700000069102589>
Número do documento: 20110410011519700000069102589

Num. 70475067 - Pág. 10



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

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

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)

Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 84

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

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF².

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELA 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 IUVA LINER da Vítima MARIA DE LOURDES DE OLIVEIRA CAVALANTI

Inscrito (a) no CPF sob o Nº 032.340.914 / 80, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço: RUA CONEGO JOSE FERNANDES MACHADOS	Número: 233	Complemento: CASA
Bairro: VARZEAS	Cidade: RECIFE	Estado: PE
E-mail: fernandabrandao2013@gmail.com		Tel.(DDD): 61 98552-9424 / 81 99472-7853

Local e Data: _____

Recife 03 de Agosto 2020

Assinatura do Declarante

DLDRL001 V001/2017





UPA 24h

UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO
CAXANGÁ

Nome: 193164-MARIA DE LOURDES DE OLIVEIRA Idade: 55a 5m Nascimento: 30/09/1964
Sexo: FEMININO Contatos: / 81-96234011
Mãe: LINDAURA FRANCISCA DE OLIVEIRA Endereço: RUA VIGARIO BARTOLOMEU FAGUNDES, 402 - ESTACAO NOVA - CAMARAGIBE/PE - CEP: 54774060

Data do Atendimento: 07/02/2020
Prontuário: 00493164
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 ALÉRGIA
COMORBIDADE DM 2

EXAME FÍSICO:

EGREGUAR, CONSCIENTE, ORIENTADA, EUPNÉTICA, HIDRATADA, CORADA, AFFIRIL, AGITADA
AVL: RCR EM 2T, BNF, 3/S.
AR: MV+ EM AHT, S/RA.
ABD DEPRESSÍVEL, FLÁCIDO, INDOLORE, RIJA +
EXT: SEM EDÉMAS, PULSOS CÍFOS E SIMÉTRICOS, DOR E DIMINUIÇÃO DA MOBILIDADE EM BRAÇO ESQUERDO
PUPILAS ISOCÓRICAS E REATIVAS, SEM DÉFICIT FOCAL, FORÇA PRESERVADA. ECG 15
PRESENÇA DE EDEMA E CORTE EM LÍNGUA EM SUA PARTE SUPERIOR
VITAS AÉREAS PERVIAS

DIAGNÓSTICO:

CORTE EM LÍNGUA
HGT HIGH
FRATURA DE BRAÇO ESQUERDO?

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





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 RARTOLOMEU FAGUNDES
402 - ESTACAO NOVA - CAMARAGIBE/ PÉ
- CEP: 54774060



Data do Atendimento: 07/02/2020

Prontuário: 00493164

Nº Abendimento: 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,
encaminhado por avaliação de trauma em ombro/braço esq

EXAME FÍSICO:

edema + dor à mobilização

DIAGNÓSTICO:

fratura do úmero proximal esq

RUA RIBEIRO PESSOA - CAXANGÁ - NELHÉ - PE / CEP 50980500 / FONE: 81-31844266 / CCC: 9767633000600



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 04/11/2020 10:01:15
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20110410011519700000069102589>
Número do documento: 20110410011519700000069102589

Num. 70475067 - Pág. 13



UPA24h

UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO
CAXANGÁ

Nome: 493164-MARIA 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/PE
CEP: 54774060



Fundação Municipal da Sua Almeida

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 BUCCO-MAXILO DEVIDO A CORTE EXTENSO NA LINGUA
SENHA HGV 5877582

[Handwritten signature]
PELUZA BEZERRA CRM: Nº 27333
UPA CAXANGÁ
Dra Audrey Vasconcelos
CRM: 11727

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



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 04/11/2020 10:01:15
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20110410011519700000069102589>
Número do documento: 20110410011519700000069102589

Num. 70475067 - Pág. 14



UPA 24h
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO
CAXANGÁ

Nome: 193164-MARIA DE LOURDES DE OLIVEIRA

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

Sexo: FEMININO Contatos: 81-96234011

Mó: LINDAURA FRANCISCA DE OLIVEIRA

Endereço:
RUA VITGARIO BARTOLOMEU FAGUNDES
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

RESUMO DE ALTA /TRANSFERÊNCIA

DATA: SEXTA-FEIRA, 07 DE FEVEREIRO DE 2020

TIPO: TRANSFERÊNCIA

ACOMPANHAMENTO MÉDICO: NÃO

UNIDADE: HGV/ BUCOMAXIL

SENHA: 5877582

QP:

PACIENTE TRAZIDO APOS ACIDENTE DE CARRO (CAIRRO CATU 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:

HIGREGULAR, CONSCIENTE, ORIENTADA, EUPNEICA, HIDRATADA, CORADA, AFEBRIL, AGITADA

ACV: RCR EM 2T, BNP, S/S.

AR: MV+ EM A/IT, S/RA.

ABD DEPRESSIVEL, FLACIDO, INDOLOR, RHA +

EXT: SEM EDEMAS, PULSOS CHETOG E SIMETRICOS, DOR E DIMINUIÇÃO DA MOBILIDADE EM BRAÇO ESQUERDO

PUPILLAS ISOCÓRICAS E REATIVAS, SEM DEFICIT FOCAL, FORÇA PRESERVADA. ECG 15

PRESença DE EDEMA E CORTE EM LÍNGUA EM SUA PARTE SUPERIOR

VIAS AÉREAS PERVIAS

Oliveira
Dr. Audrey Bezerra
Coord. Médica
C.A.U. 117

MEDICO: CECILIA BEZERRA CRM: Nº 27333

RUA RIBEIRO PESSOA - CAXANGÁ - RECIFE - PE / CEP 50480580 / FONE: 81-31844266 / CCC: 0767633000609



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 04/11/2020 10:01:15
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20110410011519700000069102589>
 Número do documento: 20110410011519700000069102589

Num. 70475067 - Pág. 15

UPA24H - UNID PRONTO ATEND CAXANGA

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

UPA CAXANGA - (SUS BH)

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

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

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

Prioridade: **EMERGENCIA**

Cor: **VERMELHO**

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

Observação: HAS-
DM+
ALERGIAS- NEGA.

Fluxograma sintoma: DIABETES

Discriminador(es): - GLICEMIA >=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

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco

Página 1 de 1



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 04/11/2020 10:01:15
<https://pje.tje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20110410011519700000069102589>
Número do documento: 20110410011519700000069102589

Num. 70475067 - Pág. 16



UPA24h
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO
CAXANGÁ

Nome: 193164-MARIA DE LOURDES DE OLIVEIRA Idade: 55a 5m Nascimento: 30/09/1964
Sexo: FEMININO Contato: 81-96234011
Mãe: INDaura Francisca de Oliveira Endereço: RUA VIGARIO BARTOLOMEU FAGUNDES, 402 - ESTACAO NOVA - CAMARAGIBE/ PE - CEP: 54774060



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

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:

CORTE EM LINGUA
DMZ

CID PRINCIPAL:

CONDUTA:

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

MÉDICO: CECILIA BEZERRA CRM: Nº 27333

[Handwritten signature]
UPA Caxangá
06/02/2020
Cidadão: [Signature]
[Circular stamp]

RUA BIRREIRO PESSOA - CAXANGÁ - RECIFE - PE / CEP 50900580 / FONE: 81-31844368 / CGC: 0767633000609



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 04/11/2020 10:01:15
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20110410011519700000069102589>
Número do documento: 20110410011519700000069102589

Num. 70475067 - Pág. 17



Pernambuco

UPA 24h
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO
CAXANGÁ

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



Fundação Memorial da Sílvia Almeida

Date 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/TRAUMATOLOGISTA

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



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 04/11/2020 10:01:15
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20110410011519700000069102589>
 Número do documento: 20110410011519700000069102589

Num. 70475067 - Pág. 18

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.

IMÓRILIZAÇÃO (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 12516 - Mat. 209511-4

Dr. Fábio Luna.



GETULIO VARGAS
EMERGÊNCIA

11 SPM
Ansi-



1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Atendimento: 826323

Nome: MARIA DE LOURDES DE OLIVEIRA CAVALCANTI

Sexo: FEMININO

CPF:

RG: 5870911

Data Nasc.: 30/09/1964

Prontuário: 0001143343

Endereço: RUA VIGARIO BARTOLOMEU FAGUNDES

Nº 402

Bairro: ESTACAO NOVA

CEP: 54774060

Estado: PERNAMBUCO

Norma da Milé: LINDAURA FRANCISCA DE OLIVEIRA

Acompanhante: FILHO (A)

RG: 10.02.20

Idade: 55

CNS:

Cidade: CAMARAGIBE

Telefone: 96234011

Clínica: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Quarentena: 5877582 PACI VITIMA DE ACIDENTE DE CARRO ,COM SANGRAMENTO 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 EVIDENCIANDO FRATURA DE DIAFISE DE UMERO. NV PRESERVADO

História do Trauma

Perda da Consciência:	<input type="radio"/> SIM <input checked="" type="radio"/> NÃO	Episódio Epilético:	<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:	
Quimioterapia:	<input type="radio"/> SIM <input checked="" type="radio"/> NÃO	Por:		<input type="radio"/> SIM <input checked="" type="radio"/> NÃO	
Condições de Imobilização inadequadas:	<input type="radio"/> SIM <input checked="" type="radio"/> NÃO			Transporte Realizado por:	
Exame Físico:			Por que:		
At. Geral	Via aérea está pérvia: <input type="radio"/> SIM <input checked="" type="radio"/> NÃO		O paciente fala:	<input type="radio"/> SIM <input checked="" type="radio"/> NÃO	Temp.:
Ex. APP:					
Spirátorio:					
ICA					
Cardiátrio	PA:	P脉:			
DINAMICAMENTE ESTAVEL					

Nome Neuroológico	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"/>
q: Abertura ocular	Glasgow: Resposta Verbal	Glasgow: Resposta Motor
4 hora:	Score: 5	Score: 6
	Hora:	Hora:

Glomer

ITE

Sintoma Inicial: FRATURA FECHADA DIAFISARIA DE UMERO ESQUERDO

Ass/ Conduta:

NIROLE

Final do Caso:

Internamento

Cirurgia

Óbito

Termo de Alta

Evaluou-se

Alta

Transferência

ANDRE CANCIO DE OLIVEIRA AMORIM - CRM: Nº.27767

- Médico



Dr. Andre Cancio
CRM: 27767
Médico

8/2020



Pernambuco
 Nome: MARIA DE LOURDES DE OLIVEIRA
 RG: 43181-5
 Sexo: FEMININO
 Mês: LINDAURA FRANCISCA DE OLIVEIRA
 Idade: 33a 4m 6d
 Contato: 81-96234011
 Endereço: RUA VIGARIO BARTOLOMEU AGUNDES 402 - ESTACAO NOVA - CAMARAGIBE/PE
 - CEP: 54774060

Data do Atendimento:	06/02/2020
Prontuário:	00493164
Nº Atendimento:	01396505
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.

HD
CORTE EM LÍNGUA
HTG HIGH
FRATURA DE BRAÇO ESQUERDO?

SOLICITO AVALIAÇÃO

GRATA,

Dr.
 Maria Lucinda
 CRM: 3/333

RUA RIBEIRO PESSOA - CAXANGÁ - RECIFE - PE / CEP 50080580 / FONR: 81-31844305 / CGC: 9767633000609



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 04/11/2020 10:01:15
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20110410011519700000069102589>
 Número do documento: 20110410011519700000069102589

Num. 70475067 - Pág. 21

Pri. Antônio

UPA 24h
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO
CAXANGÁ

Saúde



Nome: 493164-MARIA DE LOURDES DE OLIVEIRA
Sexo: FEMININO
Mãe: LINDAURA FRANCISCA DE OLIVEIRA
Endereço: RUA VIGARIO BARTOLOMEU FAJUNDES
807 - PONTAL NOVA - CAMARAGIBE/PE
- CEP: 54774060

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

Data do Atendimento: 06/02/2020

Prontuário: 00493164

Nº Abandono: 01398505

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 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

EVOLUÇÃO:

EGREGIAR, CONSCIENTE, ORIENTADA, EUPNEICA, HIDRATADA, CORADA, AFEBRIL, AGITADA
ACV: KCR EM 2T, BNF, S/S.
AR: MV+ EM AHT, S/RA,
ARD DEPRESSIVEL, FLÁCIDO, INDOLOR, RHA +
EXT: SEM EDemas, PULSOS CHEIOS E SIMETRICOS, DOR E DIMINUIÇÃO DA MOBILIDADE EM BRAÇO ESQUERDO
PUPILAS ISOCORICAS E REATIVAS, SEM DEFÍCIT FOCAL, FORÇA PRESERVADA. ECG: 15
PRESENÇA DE EDEMA E CORTE EM LINGUA EM SUA PARTE SUPERIOR
VIAS AERARES PERVIAIS

MEDICO: CECILIA BEZERRA CRM: Nº 27333

Cecília Bezerra
Médica
06/02/2020

RUA Ribeiro Pessoa - CAXANGÁ - RECIFE - PE / CEP 50080980 / FONE: 81 31844366 / CGC: 976763200009



Pernambuco

UPA 24h
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO
CAXANGÁ



Name: 493164-MARIA DE LOURDES DE OLIVEIRA	Idade: 33a 4m 8d	Nascimento: 30/09/1986	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 Atendimentar: 01398505
		Serviço: CLÍNICA MÉDICA	Médico: CECILIA BEZERRA CRM: Nº 27333

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:

CORTE EM LÍNGUA
DM2

CID PRINCIPAL:

CONDUTA:

SOLICITO SENHA PARA AVALIAÇÃO DA BUCO-MAXILA DEVIDO A CORTE EXENSO NA LÍNGUA

MÉDICO: CECILIA BEZERRA CRM: Nº 27333

Observações:

07/02/2020 + medicada com Infusão e 01:00 hr
02:06 1a - 12 Unidades

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

1- Estado geral conservado. com Dr. -
Lúcia, Conscientia
orientada

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

Usar insulina 850 - 1x2.

(Outra medicamentaria para varredura)
 2- Simvastatina 40

PERGAMON LASSER
MÉDICO DEPARTAMENTO
CRM 8854

RUA RIBEIRO PESSOA - CAXANGÁ - RECIFE - PE / CEP 50980500 / FONE: 81-31844366 / CGC: 9267633000609



Fam. Mburico

UPA24h
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO
CAXANGÁ



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		Prontidão: 00493164
Mês: LINDAURA FRANCISCA DE OLIVEIRA	Endereço: RUA VIGARIO BARTOLOMEU FAGUNDES, 402 - ESTAÇÃO 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:

Dr. Marcelo Correia
Ortopedista - Ortopedia
CRM 19647

MEDICO: MARCELO CORREIA CRM: Nº 19647
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

RUA RIBEIRO PESSOA - CAXANGÁ - RECIFE - PE / CEP 50980580 / FONE: 01-31844366 / CGC: 976/633000609



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 04/11/2020 10:01:15
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20110410011519700000069102589>
Número do documento: 20110410011519700000069102589

Num. 70475067 - Pág. 24



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



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 04/11/2020 10:01:15

<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20110410011519700000069102589>

Número do documento: 20110410011519700000069102589

Num. 70475067 - Pág. 25



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
Ortopedista/ Traumatolegista
Cir. Ombro e Cotovelo
CRM-PE: 16.698 TECI: 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 OLIVETRA 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





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-Ortopedico
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

Idade: 55

Conv.: RETAGUARDA GETULIO

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 S42.0 FRATURA DA DIÁFISE DO ÚMERO

Internação:

Unidade

ENFERMARIA SANTA MARIA

Admissão

10/02/2020 20:02

Alta/Transferência

11/02/2020 13:27

Tempo

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.

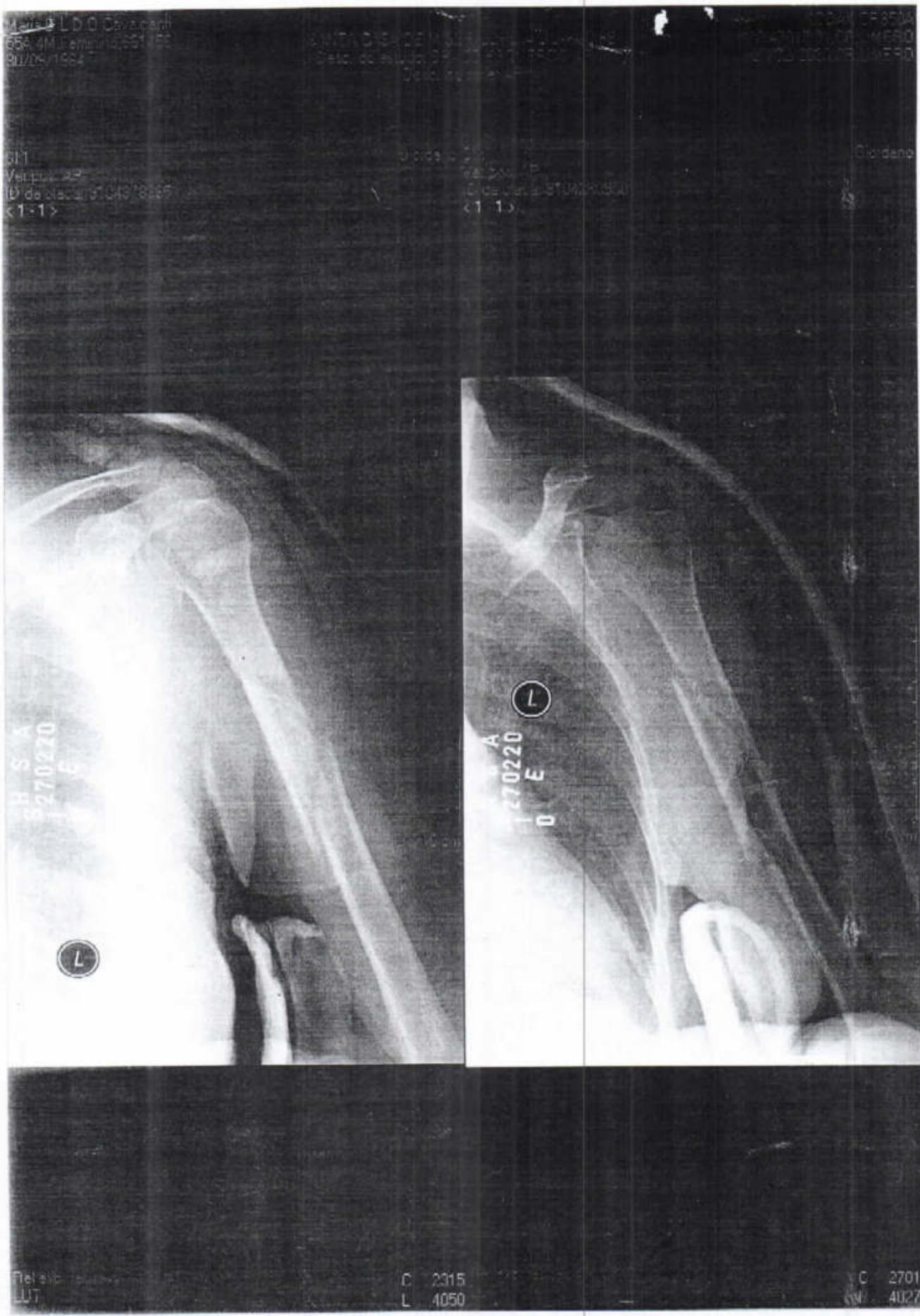
Exame sob tala gessada.

Este documento foi assinado digitalmente, conforme Medida Provisória Nº 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



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 04/11/2020 10:01:15
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20110410011519700000069102589>
Número do documento: 20110410011519700000069102589

Num. 70475067 - Pág. 30





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



ANEXO II

SUS	Sistema Único de Saúde	Ministério da Saúde	LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE MUDANÇA DE PROCEDIMENTO E DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)	Folha 1/2
Identificação do Estabelecimento de Saúde				
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE			2 - CNES	
HSA				
Identificação d MARIA DE LOURDES DE OLIVEIRA CAVALCANTI				681456
5 - NOME DO PACIENTE			6 - N° DO PRONTUÁRIO	
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)			8 - DATA DE NASCIMENTO	9 - SEXO Masculino <input checked="" type="checkbox"/> Feminino <input type="checkbox"/>
11 - NOME DA MÃE			10 - RACIOCÓR 12 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE	
13 - NOME DO RESPONSÁVEL			14 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE	
15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)			17 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO 18 - UP 19 - CEP	
18 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA				
20 - NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)				
X				
MUDANÇA DE PROCEDIMENTO				
Tratamento Cirúrgico de Fratura Diáfisaria do Úmero Esquerdo			0 4 0 8 0 2 0 3 9 3	
21 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - ANTERIOR			22 - CÓD. DO PROCEDIMENTO - ANTERIOR	
1º Atendimento em Clínica Cirúrgica Ortopédica			0 3 0 1 0 6 0 0 7 0	
23 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - MUDANÇA			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			32 - DIÁRIA DE UTI TIPO II 33 - DIÁRIA DE UTI TIPO III	
<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	
34 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL			35 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL 36 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	
37 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL			38 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL 39 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	
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			43 - DATA DA SOLICITAÇÃO <i>11/02/20</i>	
44 - DOCUMENTO			45 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE <i>0 3 5 7 0 3 1 5 4 7 9</i>	
<input type="checkbox"/> CNS <input checked="" type="checkbox"/> CPF			46 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO) <i>Dr. Henrique Costa Braga Academia / Traumatologia (MM 10581)</i>	
47 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR			48 - CÓD. ÓRGÃO EMISOR 49 - DATA DA AUTORIZAÇÃO	
50 - DOCUMENTO			51 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE	
<input type="checkbox"/> CNS <input type="checkbox"/> CPF			52 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)	



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	MATRÍCULA
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.



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 04/11/2020 10:01:15
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20110410011519700000069102589>
Número do documento: 20110410011519700000069102589

Num. 70475067 - Pág. 34

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 Lider - DPVAT

SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS ID

IDENTIFICAÇÃO

vítima Maria de Lourdes de Oliveira CavalcantiDATA DO ACIDENTE 06/10/21/2020 DA VITIMA 032 . 340 . 914 - 80PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO Fernanda Brandão de OliveiraQUALIFICAÇÃO DO PORTADOR VITIMA REPRESENTANTE LEGAL, CUIO PARENTESCO COMA VITIMA É Fernanda BrandãoENDERECO DO PORTADOR RUA CONEGO JOSE FERNANDES MACHADONº 233COMPLEMENTO ABAIRRO VarzeaCIDADE Ribeirão PretoUF SP CEP 50970-230E-MAIL fernandabrandao2013@gmail.comNº 81 TELEFONE 98552-9424MARQUE PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

 REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL) CARTEIRA 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) COPIA DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL) COPIA IMPROSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML DECLARAÇÃO DE ABSÉNCIA DE LAUDO DO IML (ORIGINAL) ASSINADA PELA VITIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL) QUE CONFIRME A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) CERTIFICADO DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) LAUDO DE INDENIZAÇÃO DA VITIMA (ORIGINAL) COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

- CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTERA DE TRABALHO OU CARTERA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 - COPIA DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 - COMPROMISSO DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (CÓPIA SIMPLES)
- DIREITO, REPRESENTANTE LEGAL E QUEM REPRESENTA A VITIMA MENOR DE 16 A 18 ANOS, HOUVE SER TAU OU HOUVE

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

* MORTE = R\$ 13.300,00
 * INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R\$ 11.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRADUADE VALORES DE INDENIZAÇÃO

- INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R\$ 11.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRADUADE
- DESPESAS MÉDICAS (DAMS) = REIMBOSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REIMBOSO). ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS GERADAS.

- * 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 PREDIÇO DE INDENIZAÇÃO, ACESSE WWW.DPVATSEGURADOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRATUITAMENTE PARA O DIA 022 3204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA -
DATA 03/10/21/2020IDENTIDADE 6141955.SBS/PE

DATA

NOME ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR

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
CANANHORTE - 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 de Oliveira

ASSINATURA DO OUTORGANTE

(RECONHECER POR AUTENTICIDADE)



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0217267/20

Vítima: MARIA DE LURDES DE OLIVEIRA

CPF: 032.340.914-80

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

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



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 04/11/2020 10:01:15
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20110410011519700000069102589>
Número do documento: 20110410011519700000069102589

Num. 70475067 - Pág. 38