



Número: **0042414-78.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção B da 6ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **27/08/2020**

Valor da causa: **R\$ 8.775,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
HOSANA CANDIDO DA SILVA (AUTOR)		JULIANA DE ALBUQUERQUE MAGALHAES (ADVOGADO)	
TOKIO MARINE SEGURADORA S.A. (REU)			
OYAMA ARRUDA FREI CANECA JUNIOR (PERITO)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
70475961	04/11/2020 10:11	ANEXO 1	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, 24 de Setembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190528144

Vítima: HOSANA CANDIDO DA SILVA

Data do Acidente: 25/05/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: CARLOS ANTONIO MANGABEIRA FERREIRA

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), HOSANA CANDIDO DA SILVA

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, foi verificada a necessidade de realização de avaliação médica presencial para a identificação e/ou enquadramento da invalidez permanente de acordo com a tabela prevista na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do seu pedido fica interrompido e sua contagem será reiniciada após a emissão do laudo da avaliação médica.

O não comparecimento à avaliação médica agendada poderá gerar o cancelamento do pedido do Seguro DPVAT.

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

Pag. 01799/01800 - carta_02 - INVALIDEZ

00040900



Carta nº 14759513





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, 13 de Setembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190528144

Vítima: HOSANA CANDIDO DA SILVA

Data do Acidente: 25/05/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: CARLOS ANTONIO MANGABEIRA FERREIRA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), HOSANA CANDIDO DA SILVA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 (trinta) dias, contatos a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 14942113





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, 16 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190528144

Vítima: HOSANA CANDIDO DA SILVA

Data do Acidente: 25/05/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: CARLOS ANTONIO MANGABEIRA FERREIRA

Assunto: NOVA TENTATIVA DE PAGAMENTO

Senhor(a), HOSANA CANDIDO DA SILVA

Comunicamos que o banco indicado para recebimento do Seguro DPVAT rejeitou o depósito por problemas nos dados informados e, com isso, não foi possível concluir o seu pagamento.

Para nova tentativa de depósito, será necessário o envio de novo formulário de Autorização de Pagamento com os dados bancários atualizados e devidamente assinado.

O formulário está disponível no nosso site e deverá ser entregue na CIA EXCELSIOR DE SEGUROS, ponto de atendimento onde o pedido do Seguro DPVAT foi feito.

O prazo de 30 (trinta) dias para pagamento do Seguro PVAT foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber o documento solicitado. Caso não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 01209/01210 - carta_25 - INVALIDEZ

00020605





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, 20 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190528144

Vítima: HOSANA CANDIDO DA SILVA

Data do Acidente: 25/05/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: CARLOS ANTONIO MANGABEIRA FERREIRA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), HOSANA CANDIDO DA SILVA

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\$ 4.725,00

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

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 70%) 35,00%

Valor a indenizar: 35,00% x 13.500,00 = R\$ 4.725,00

Recebedor: HOSANA CANDIDO DA SILVA

Valor: R\$ 4.725,00

Banco: 104

Agência: 000000944

Conta: 0000059649-8

Tipo: CONTA POUPANÇA

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou AS: 365-464638-32 Nome completo da vítima: MOSANA CANDIDO DA SILVA
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012
Nome completo: MOSANA CANDIDO DA SILVA CPF: 365 464 638-32
Profissão: RECUS Endereço: RUA DO ERIL Q.C. Número: 36 Complemento:
Bairro: PAULISTA Cidade: PAULISTA Estado: PE CEP: 53600-000
E-mail: Telefone: (81) 81764047

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

DADOS CADASTRAIS

RENDA MENSAL:

- ☐ RECLUSO INFORMAR ☐ ATE R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

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

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

- ☐ Bradesco (237) ☐ Itau (343)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 0044 CONTA: 0059649 AGÊNCIA: CONTA:
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

EXCELSIOR SEGUROS

11 SET 2019

SEGURO DPVAT

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

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

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso deva, a indenização do Seguro DPVAT por morte aos únicos beneficiários que se apresentarem e provarão esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a cobrança do resgate do valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Local e Data: Recife 09/09/19
Nome: _____
CPF: _____

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____
CPF: _____

Assinatura

2ª | Nome: _____
CPF: _____

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

[*] A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU RGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

FP5.001 V001/2018



2 de 2

19/06/2019 09:23



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 028ª CIRCUNSCRIÇÃO - PAULISTA -
DP28ªCIRC DIM/8ªDESEC

BOLETIM DE OCORRENCIA Nº. **19E0118006130**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **19/06/2019** às
09:41

ATROPELAMENTO COM VITIMA NÃO FATAL - Doloso (Consumado) que
aconteceu no dia **25/5/2019** no período da Noite

Fato ocorrido no endereço: **BAIRRO DE JARDIM PAULISTA (BAIRRO), 1 -**
Bairro: **JARDIM PAULISTA - PAULISTA/PERNAMBUCO/BRASIL** - Ponto de
Referência: **PROXIMO A UPA DE JARDIM PAULISTA.**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR/AGENTE)
ROSANA CANDIDO DA SILVA (VITIMA)

EXCELSIOR SEGUROS

11 SET. 2019

SEGURO DPVAT

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEÍCULO: (Usado na perseguição da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a):
DESCONHECIDO

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

.....
HOSANA CANDIDO DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: **Feminino** Mãe: **JOSEFA**
MARTINS DA SILVA Pai: **JOAO CANDIDO DA SILVA** Data de Nascimento: **9/8/1961**
Naturalidade: **GOIANA / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **3154683-SDS-PE (RG)** Estado
Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **1ª. GRAU INCOMPLETO** Profissão: **DO LAR** - Registro Eleitoral: **PE**
- **81983514E44**

Endereço Residencial: **ESTRADA DO FRIO, 98 - CEP: 55000-000 - Bairro: AURORA -**
PAULISTA/PERNAMBUCO/BRASIL

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

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

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

1 de 2

19/06/2019 09:23



Categoria/Marca/Modelo AUTOMOVEL/DESCONHECIDO/NAO INFORMADO Objeto apreendido:
NÃO
Quantidade 1 (UNIDADE)

Complemento / Observação

DECLARA A VITIMA QUE NO DIA E LOCAL ACIMA MENCIONADO, QUANDO ESTAVA ATRAVESSANDO A ESTRADA DO FRIO, NO BAIRRO DE JARDIM PAULISTA, FOI ATROPELADA VIOLENTAMENTE PELO VEICULO ATÉ O MOMENTO NÃO IDENTIFICADO. O QUAL APÓS O ACIDENTE TOMOU DESTINO IGNORADO. SENDO SOCORRIDA PARA A UPA DE OLINDA, DEVIDO A GRAVIDADE DOS FERIMENTOS FOI REMOVIDA PARA HOSPITAL MIGUEL ARRAES FICANDO INTERNADA POR 11(ONZE) DIAS, PELO FATO EXPOSTO PESE PROVIDÊNCIA POLICIAL. CASO AFETO A DP. DE PAULISTA.

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

Hosana Candido da Silva
HOSANA CANDIDO DA SILVA
(VITIMA)

B.O. registrado por: JOAO VIRGINIO ALVARO FILHO - Matrícula 321055-0

EXCELSIOR SEGUROS
11 SET. 2019
SEGURO DPVAT



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou AS: 365-464638-32 Nome completo da vítima: MOSANA CANDIDO DA SILVA
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012
 Nome completo: MOSANA CANDIDO DA SILVA CPF: 365 464 638-32
 Profissão: REGUS Endereço: RUA DO ERIO 90 Número: 36 Complemento:
 Bairro: Paulista Cidade: Paulista Estado: PE CEP: 53600-000
 E-mail: Telefone: (81) 81764047

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

DADOS CADASTRAIS

RENDA MENSAL:

☐ RECLUSO INFORMAR ☐ ATE R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

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

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

☐ Bradesco (237) ☐ Itau (343)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 0044 CONTA: 0059649 AGÊNCIA: CONTA:
 (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

EXCELSIOR SEGUROS

11 SET 2019

SEGURO DPVAT

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

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

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso deva, a indenização do Seguro DPVAT por morte aos únicos beneficiários que se apresentarem e provarão esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a cobrança do resgate do valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Local e Data: Recife 09/09/19
 Nome: _____
 CPF: _____

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____
 CPF: _____

Assinatura

2ª | Nome: _____
 CPF: _____

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

[*] A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU RDO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. **NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.**

FP5.001 V001/2018



Atendimento: **1471369**

Senha da Classificação:

0342

Data e Hora: **25/05/2019 18:56**

Paciente: **360990 HOSANA CANDIDO SILVA**

Sexo: **FEMININO**

Nome Social:

Data do Nascimento: **09/05/1961** Idade: **58** anos

Convenio: **2**

SUS - PRONTO ATENDIMENTO

Nome da Mãe: **JOSEFA MARTINS DA SILVA**

Nome do Pai:

Estado Civil: **SOLTEIRO**

Nome do Médico: **ORTOPEDISTA - PLANTONISTA**

CRM: **124587**

Endereço: **RUA DO FRIO NOVO**

96

Bairro: **MIRUEIRA**

Cidade/UF: **PAULISTA**

PE

Cep: **53405313**

Usuário Atendimento: **DAYANNELS**

RG (Identidade):

Data de Emissão:

CPF (Cadastro de Pessoa Física):

Fone: **34375858**

CRN (Certidão de Registro de Nasc):

Data de Emissão CRN:

RESUMO DE TRATAMENTO

Peso: _____ Altura: _____ Temperatura: _____ Hora: _____

Queixa Principal

*Presença de uma lesão traumática na 1ª mão
Nela ocorreu um lacerar.
Presença de um hematoma (B) e sangramento (B)*

EXCELSIOR SEGUROS

11 SET. 2019

SEGURO DPVAT

Exame Físico

*A - Vias aéreas patenteadas
R - Respiração espontaneamente
C - Sem sinais de choque
D - Glóscula 18
E - Alguns cortes na 5ª mão (B)*

Hipótese Diagnóstico

*Edema traumático (B)
Fratura fechada (B)*

Conduta Terapêutica

*Faco encaminhamento para a mão
- para GESSAM SOLTEIRO - MI (B)*

Prescrição Médica

Daniel Cabral
Ortopedista e Traumatologista
CRMPE 14.031

*(1) Analgesia 100mg + 250mg S/O, 1001. EV. 1001
(2) Antibiótico 200mg, EV. 1001*

Daniel Cabral
Ortopedista e Traumatologista
CRMPE 14.031

Destino: () Encaminhado ao Ambulatório () Residência

Transferido:

Para:

Senha:

**FARMACIA
ATENÇÃO**

Carimbo/Médico

IMOBILIZAÇÃO



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: 13/11/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 4.725,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: HOSANA CANDIDO DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00944

CONTA: 000000059649-8

Nr. da Autenticação E9B78B73D75B62E0



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

COMPANHIA ENERGÉTICA
DE PERNAMBUCO
AV. JOÃO DE BARROS, 111, BOA VISTA,
RECIFE, PERNAMBUCO
CEP 50050-902
CNPJ 10.835.932/0001-08
INSCRIÇÃO ESTADUAL 0005943-93



www.celpe.com.br

Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de 26/04/02
COMERCIAL 116 | PRONTIDÃO 116
Atendimento ao deficiente auditivo ou de fala: 0800 281 0142
Ouvidoria 0800 282 5589
Agência de Regulação dos Serviços Públicos Delegados do Estado
de Pernambuco-ARPE: 0800-727-0167-Ligação Gratuita de Telefones Fixos
Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL
167-Ligação Gratuita de telefones fixos e móveis

DADOS DO CLIENTE

HOSANA CANDIDO DA SILVA

CPF: 365.464.888-32 NIS: 16590067563

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

RUA DO FRIO 96

JARDIM PAULISTANAVARRO
53400-000 PAULISTA PE

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

DATA DE VENCIMENTO

03/09/2019

TOTAL A PAGAR (R\$)

46,66

DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL

27/08/2019

DATA DA APRESENTAÇÃO

27/08/2019

NÚMERO DA NOTA FISCAL

075220008

CONTA CONTRATO

001062760024

Nº DO CLIENTE
2000612313Nº DA INSTALAÇÃO
0002373450

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL - BAIXA RENDA COM NIS
Monofásico

RESERVADO AO FISCO

FFB9.4E2D.283D.A929.740A.5E7C.FBB9.AAAB

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)
Consumo Ativo até 30 kWh	30,00	0,19124008	5,73
Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh	70,00	0,32784015	22,94
Consumo Ativo superior a 100 até 220 kWh	11,00	0,49178022	5,40
Acrescimo Bandeira AMARELA			0,13
Acrescimo Bandeira VERMELHA			2,18
Contrib. Num. Pública Municipal			10,28
TOTAL DA FATURA			46,66

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS								
ICMS		PIS		COFINS				
BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
0,00	0,00	0,00	36,38	0,74	0,26	36,38	3,42	1,24

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL			
NÚMERO DO MEDIDOR	Tipo da Função	Anterior	Atual
000000001142328360	CAT	7437/2019 6.630,00	27/08/2019 6.161,00
			32 1,00000 0,00 1,00

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES					
DESCRIÇÃO	CONJUNTO	VALOR APLICADO	UFPA MENSAL	METAS TRIM.	METAS ANUAL
jun/2019					
IC-Idade de horas sem Energia		0,00	0,00	0,00	0,00
IC-Idade de vezes sem Energia		0,00	0,00	0,00	0,00
IMC-Duração máxima de interrupção contínua		0,00	0,00	0,00	0,00
ICRI-Duração de interrupção em 15 minutos					Limite DICRI: 0,00
EURO-Valor do Encargo de Uso = R\$ 17,00					
Cada Consumidor pode solicitar a suspensão dos medidores IC, IMC, IMC e IMC e qualquer tempo.					

TARIFAS APLICADAS			HISTÓRICO DO CONSUMO		kWh
Consumo Ativo até 30 kWh	0,19124008		AGO 19		219
Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh	0,32784015		JUL 19		221
Consumo Ativo superior a 100 até 220 kWh	0,49178022		JUN 19		307
			MAR 19		112
			ABR 19		106
			MAR 19		102
			FEV 19		90
			JAN 19		113
			DEZ 18		111
			NOV 18		151
			OUT 18		123
			SET 18		87
			AGO 18		98

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Pague no ponto mais perto de você! any pet: rua dr luz ignacio de andrade lima 1120 box janga / milenas papalena e vaneadas: avenida doutor claudio jose queiros leite janga lista completa em: www.celpe.com.br.
Na data da leitura a bandeira em vigor é a Vermelha. Mais informações em www.aneel.gov.br.
O cliente é compensado quando há violação na continuidade individual ou do nível de tensão de fornecimento.
Pagto. em atraso gera multa 2% (Res 414/ANEEL), Juros 1% a.m (Lei 10.438/02) e atualização monetária na próx. mês
Isenção do ICMS conforme art. 9, XLVIII, a, 2.2.2 do RICMS-PE.
Desconto pela aplicação da Tarifa Social de Energia Elétrica criada pela Lei Nº 10.438 de 26/04/02 - R\$ 31,39.
O Cliente é compensado quando há descumprimento do prazo definido para os padrões de atendimento comercial.
Em caso de suspensão de fornecimento, o encerramento do contrato poderá ocorrer após 2 ciclos de faturamento,
podendo também ser cobrado o custo de disponibilidade no ciclo em que ocorrer a suspensão.

NÍVEL DE TENSÃO

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

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

DESTAQUE AGRA

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO	TOTAL A PAGAR (R\$)	VENCIMENTO	TALÃO DE PAGAMENTO
001062760024	08/2019	46,66	03/09/2019	Evite dobrar, perfurar ou rasurar. Este canhoto será usado em leitura ótica.

838000000009 466600110018 062760024103 169050124432



AUTENTICAÇÃO MECÂNICA





AVENIDA CRUZ CABUSA - NÚM. 1337 - SANTO AMARO RECIFE PE
CEP: 50040-000. Fone: (081) 3803 281 0135
Inscrição Estadual: 18.1.001.0014398-2
CNPJ: 09.759.035/0001-64
Qualidade da Água: www.compesa.com.br

Nº Documento: 20190716217220

Escritório: OLINDA

FATURA MENSAL DE ÁGUA E ESGOTO

MARIA CARMEM DE OLIVEIRA E SILVA
AV. TIRADENTES, N.º 38166 - RIO DOCE OLINDA PE 53060-450
INSCRIÇÃO: 098.340.570.0260.000

GRUPO: 6

OPÇÃO DÉB. AUTOMÁTICO: 01621722.0

01621722.0

07/2019-3

LIGADO

LIGADO

01/01/2019

29/06/2019

29/07/2019

REAL /REAL

ÁGUA

LEIT. ANT.: 251

CONSUMO: 12

LEIT. ATUAL: 263

LEIT. FAT.: 263

ESGOTO

LEIT. ANT.: 11

VOLUME: 12

LEIT. ATUAL:

LEIT. FAT.: 11

HISTÓRICO DE CONSUMO
REFERÊNCIA/CONSUMO

06/2019	07	9	A	100%
07/2019	07	9	A	100%
08/2019	07	9	A	100%
09/2019	07	9	A	100%
10/2019	07	9	A	100%
11/2019	07	9	A	100%
12/2019	07	9	A	100%
01/2020	07	9	A	100%

PARÂMETROS

EXIG. PELA PORT.

NÚMEROS DE AMOSTRAS
REALIZADAS

ATENDEN A
LEGISLAÇÃO

TURBIDEZ	119	119	108
ODOR APARENTE	119	119	119
CLORO RESIDUAL	119	119	119
CONDUTIVIDADE	119	119	119
PH	119	119	119
Observações:	VALORES TOTAIS ASSIMILAR EM 91% DAS AMOSTRAS LABORATORIAIS. TODOS PARÂMETROS CONFORMES TOTAIS, EXCETO CLORO RESIDUAL E PH. TODOS PARÂMETROS CONFORMES TOTAIS, EXCETO CLORO RESIDUAL E PH. TODOS PARÂMETROS CONFORMES TOTAIS, EXCETO CLORO RESIDUAL E PH.		

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS E TARIFAS

CONSUMO POR FAIXA

VALOR R\$

ÁGUA

RESIDENCIAL 001 UNIDADE

ATE 10 M3 - R\$ 41,30 (POR UNIDADE)

11 M3 A 20 M3 - R\$ 4,74 POR M3

ESGOTO (100% DO VALOR DA ÁGUA)

RESIDENCIAL 001 UNIDADE

ATE 10 M3 - R\$ 41,30 (POR UNIDADE)

11 M3 A 20 M3 - R\$ 4,74 POR M3

MULTA P/IMPONTUALIDADE

06/2019

DOAÇÃO AO HOSPITAL DE CANCER

07/2019

EXCELSIOR SEGUROS

11 SET. 2019

SEGURO DPVAT

PIS

100,58

1,51

1,58

COTRIB

100,58

1,51

1,58

15/08/2019

104,28

Canal de atendimento

INTERNET

Data de emissão

12/07/2019



ATENDIMENTO: 0800-0810185
VAREJAS: 0500 0810185

Arpe Agência de Regulação
de Pernambuco

0800-2813844

01621722.0

07/2019-3

15/08/2019

104,28

CÓDIGO DE BARRAS

VIA COMPESA

82890000001-4 04280018056-3 01621722001-7 07201930003-1



AUTENTICAÇÃO MECÂNICA





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

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

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)
Capitais e regiões metropolitanas: 0800 022 81 89 / 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/BIBLIOTECAWEB/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 COAF¹.

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS - SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. ² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS - COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº 9.633/98.

Pelo exposto, eu, Carlos Antônio Menezes Figueira

inscrito (a) no CPF/CNPJ 012.891.554 / 95, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

HOSSANA CANDIDO DA SILVA, inscrito (a) no CPF sob o Nº 365.464.638 / 32,

do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDAÇÃO da Vítima HOSSANA CANDIDO DA SILVA

inscrito (a) no CPF sob o Nº 365.464.638 / 32, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

☒ Recuso informar

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

Endereço: <u>Av. Trindade</u>	Número: <u>20</u>	Complemento: _____
Bairro: <u>RIO DO</u>	Cidade: <u>OLINDA</u>	Estado: <u>PE</u>
E-mail: _____	CEP: <u>53.080.490</u>	Tel. (DDD) <u>81 3176494</u>

Local e Data: _____

02/09/19

Assinatura do Declarante

EXCELSIOR SEGUROS

11 SET. 2019

SEGURO DPVAT

DI001.001 V001/2017



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 04/11/2020 10:11:52
<https://pje.tje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20110410115248300000069103880>
Número do documento: 20110410115248300000069103880

Num. 70475961 - Pág. 13



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

NP do sinistro ou AZL:

CPF da vítima

Nome completo da vítima

365.464.686-32 ROSANA CANDIDO DA SILVA

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

Nome completo:

ROSANA CANDIDO DA SILVA

CPF: 365.464.686-32

Profissão:

REGISTA

Endereço:

RUA DO FRIJO 90

Número:

90

Complemento:

Bairro:

PAULISTA

Cidade:

PAULISTA

Estado:

PE

CEP:

53900-000

E-mail:

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

RENDA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR

☐ ATÉ R\$1.000,00

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00

☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00

☐ ACIMA DE R\$10.000,00

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

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☒ Caixa Econômica Federal (104)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: 0044

CONTA: 0059649

3

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

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

☒ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em não submeter à avaliação médica as custas da Seguradora Líder para verificação da existência ou não, em razão das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito, conforme Lei 5.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

EXCELSIOR SEGUROS

11 SET 2019

1 SEGURO DPVAT

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima:

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

Vítima teve filhos?

☐ Sim ☐ Não

Se tinha Filhos, informar quantos:

Vítima deixou

nascer(a)?

☐ Sim ☐ Não

Vítima deixou

pais/avós vivos?

☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando 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.

Local e Data, Recife 04/09/19

Nome:

CPF:

(*) Assinatura de quem assina a ROGCO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

11 | Nome:

CPF:

Assinatura

21 | Nome:

CPF:

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU RÓGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

FPS-001 V003/2018





Atendimento: 1471369

Senha da Classificação:

0342

Data e Hora: 25/05/2019 18:56

Paciente: 360990 HOSANA CANDIDO SILVA

Sexo: FEMININO

Nome Social:

Data do Nascimento: 09/05/1961 Idade: 58 anos

Convenio: 2

SUS - PRONTO ATENDIMENTO

Nome da Mãe: JOSEFA MARTINS DA SILVA

Nome do Pai:

Estado Civil: SOLTEIRO

Nome do Médico: ORTOPEDISTA - PLANTONISTA

Endereço: RUA DO FRIO NOVO

96

Bairro: MIRUEIRA

Cidade/UF: PAULISTA

PE

Cep: 53405313

Usuário Atendimento: DAYANNELS

RG (Identidade):

Data de Emissão:

CPF (Cadastro de Pessoa Física):

Fone: 34375858

CRN (Certidão de Registro de Nasc):

Data de Emissão CRN:

RESUMO DE TRATAMENTO

Peso: _____ Altura: _____ Temperatura: _____ Hora: _____

Queixa Principal

Queixa de dor na articulação da 1ª e 2ª metacarpais
Nesta região do punho.
Aparecimento de um nódulo (B) e dor (B)

11 SET 2019

EXCELSIOR SEGUROS

Exame Físico

A - VAS NERVOS (B)
A - Articulação espontaneamente
C - SWAY de dor
D - Glicose 1g
E - Glicose 1g (B)

11 SET. 2019

SEGURO DPVAT

Hipótese Diagnóstico

Do Metacarpo (B)
Do Punho (B)

Conduta Terapêutica

Foco encaminhado para a mãe
- Foco Gerson S. S. S. (B)

Prescrição Médica

Daniel Cabral
Ortopedista - Plantonista
CRM 24.031

(1) Analgesia 100mg - 1200mg - EV. DO - 12h
(2) Difenidramina 20mg - EV. DO - 12h

Daniel Cabral
Ortopedista - Plantonista
CRM 24.031

FARMACIA
ATENÇÃO

Destino: () Encaminhado ao Ambulatório () Residência

Transferido:

Para:

Senha:

Carimbo/Médico



147

IMOBILIZAÇÃO





Protocolo de Encaminhamento

TIPO DE OCORRÊNCIA

Causa Externa: Acidente/Violência () Causa Clínica () Obstétrico () Psiquiátrico ()
Em caso de violência/acidente: Via Pública () Domicílio () Local de Trabalho ()

SENHA 5692915

Nome do Paciente Joseffo - JOSEFA MARTINS DA SILVA Idade 1671359
Sexo: M () F () Profissão: 1671359 Fone. 1671359
Endereço Residencial: 1671359 Bairro 1671359
Cidade: 1671359

CAUSA EXTERNA (ACIDENTE/VIOLENCIA)

Acidente de Trânsito: Ônibus () Caminhão () Carro de Passeio () Motocicleta ()
Atropelamento: Pedestre () Ciclista ()
Automóvel (Colisão): Passageiro () Motorista () Banco de Trás () Banco da Frente () Uso de cinto: S () N ()
Motocicleta: Motociclista () Passageiro () Uso de Capacete: S () N ()
Semi-Afogamento/Submersão () Soterramento ()
Intoxicação Exógena () Animais Peçonhentos () Agente Causador: 1671359
Exposição ao: Fogo/Fumaça/Cheque Elétrico ()
Queimaduras: 1º Grau () 2º Grau () 3º Grau ()
Queda: () Altura Aproximada 1671359 Metros () Queda da Própria Altura
Agressões: () Por Arma de Fogo/Tipo 1671359 () Arma Branca/Tipo: 1671359
Agressão Sexual () Maus Tratos () Outros () Citar: 1671359
Mecanismo do Trauma: () Impacto Frontal () Impacto Lateral () Impacto Traseiro () Ejeção () Caputamento

CAUSAS CLÍNICAS

História Clínica Atual: PACIENTE VIZINA DE ATROPELAMENTO EM 1ª Vez

Hipótese Diagnóstica: FRX ACUTISMA
FRX MEXE ALUM

AVALIAÇÃO CLÍNICA

Glicemia Capilar (HGT): 1671359 Temperatura: 1671359 F.C.: 1671359 P.A.: 1671359
Vias Aéreas: FR 1671359 Dispneia S () N () Tiragem Intercostais S () N () Obstrução Vias Aéreas: S () N ()
Sibilos Expiratórios: S () N () BAH* S () N () Deformidade do Tórax: S () N () Gemido/Estridor: S () N ()
Distúrbio Fala/Choro: S () N ()
Agitação Psicomotora: S () N () Lesões de face: S () N () Retração Xifóide: S () N ()
Perfusão Periférica: Boa () Lentificada () Bulhas Cardíacas: Normofonéticas () Hipofonéticas ()
Pulso: Rítmico () Arritmico () Filiforme () Fino ()
Colocação da Pele: Normoporada () Palidez () Cianose ()
Sudorese: S () N () Desidratado: S () N () Ictérico: S () N ()

FR: RN 35-50
< 1 ano 30-50
Crianças 20-30
Adulto 12-30

FC: RN 120-160
< 1 ano 90-140
Criança 80-110
Adulto 60-100





HOSPITAL
MIGUEL ARRAES

HOSPITAL MIGUEL ARRAES



Atendimento: 479244

Senha da Classificação:

0029

Data e Hora: 25/05/2019 20:45

Paciente: 21896 HOSANA CANDIDO DA SILVA

Sexo: FEMININO

Nome Social:

Data do Nascimento: 09/05/1961 Idade: 58 anos Convenio: 2 SUS - EXTERNO / URGENCIA

Nome da Mãe: JOSEFA MARTINS DA SILVA

Nome do Pai: JOAO CANDIDO DA SILVA

Estado Civil: SOLTEIRO

Nome do Médico: PLANTONISTA ORTOPEDIA

CRM: 12346

Endereço: RUA DO FRIO

96

Bairro: JARDIM PAULISTA

Cidade/UF: PAULISTA

PE

Usuário Atendimento: MAYARAAM

Informações Associadas a Pacientes Estrangeiros / Visitantes

Data Entrada Brasil:

Nacionalidade: BRASILEIRA

Nr Documento Estrangeiro:

Observação:

RESUMO DE TRATAMENTO

Peso: _____ Altura: _____ Temperatura: _____ Hora: _____

Queixa Principal

Pacientes referiu que foi a topografia da mão esquerda
44 23 KMS - Doi na mão esquerda e m. 5
Doi na mão esquerda

Exame Físico

GUS com 15 dias de início da dor na mão
03 23 5 25mm

Hipótese Diagnóstico

fratura de punho distal da
fratura de 03 23 5

Prescrição Médica

fratura punho?

① 200,0 - 100 ml - EV

② 200,0 - 100 ml - EV

③ 200,0 - 100 ml

④ R

Assinatura e Carimbo/Médico

Destino: () Encaminhado ao Ambulatorio () Residência

() Transferido: Para

Senha:

() Encaminhado ao setor de internação





Laudo para solicitação de autorização de internação

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO			
1 - ESTABELECIMENTO SOLICITANTE	HOSPITAL MIGUEL ARRAES	2 - CNES	6431569
3 - ESTABELECIMENTO EXECUTANTE	HOSPITAL MIGUEL ARRAES	4 - CNES	6431569

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE				
5 - Nome do Paciente	HOSANA CANDIDO DA SILVA		6 - Nº Prontuário	21896
7 - Cartão Nacional do SUS	8 - Data de Nascimento	9 - Sexo	10 - Raça/Cor	10.1 - Étnia
☒ P	09/05/1961	☒ F	03 - Parda	0000 - Não Se Aplica
11 - Nome da Mãe	JOSEFA MARTINS DA SILVA		12 - Telefone de Contato	3437585888
13 - Nome Responsável	ROSEANE		14 - Telefone de Contato	34375858/88092762
15 - Endereço (Rua, Nº, Bairro)	RUA DO FRIO, 98 - JARDIM PAULISTA		16 - Município	PAULISTA
17 - IBGE	261070	18 - UF	PE	53407040

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO	
20 - Principais Sinais e Sintomas Clínicos TE COM QUEIXA DE DOR EM JOELHO ESQUERDO APÓS ATRÓPELAMENTO HA 07 DIAS COM DOR E DEFORMIDADE DO JOELHO ESQUERDO	
21 - Condições que justificam a Internação INSTABILIDADE DE JOELHO	
22 - Principais Resultados de Provas Diagnósticas RADIOGRAFIA = FRATURA DE PLANALTO LATERAL	
23 - Diagnóstico Inicial / Código	24 - CID 10 Principal
FRATURA DA EXTREMIDADE PROXIMAL DA TIBIA	S821
	V093

PROCEDIMENTO SOLICITADO	
27 - Descrição do Procedimento Solicitado	28 - Código do Procedimento
TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DO PLANALTO TIBIAL	0408050551
29 - Especialidade	30 - Caracter de Atendimento
CIRÚRGICA	5
31 - Documento	32 - Nº do Documento (CNS/CPF) do Profissional Solicitante/Assistente
(X) CNS () CPF	204322973450007
33 - Nome do Profissional Solicitante/Assistente	34 - Data da Solicitação
IVAN MARCIO GUEDES FERREIRA DE LIMA	26/05/2019
35 - Assinatura e Carimbo (Nº de Registro no Conselho)	36 - Assinatura e Carimbo (Nº de Registro no Conselho)
	14501

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)			
37 - () Acidente de Trânsito	38 - CNPJ Seguradora	40 - Nº Bilhete	41 - Série
37 - () Acid. Trabalho Típico	42 - CNPJ Empresa	43 - CNAE Empresa	44 - CBO
38 - () Acid. Trabalho Trajetário			
45 - Vínculo com a Previdência			
() Empregado () Empregador () Autônomo () Desempregado () Aposentado () Não Segurado			

AUTORIZAÇÃO	
46 - Nome do Profissional Autorizador	47 - Cód. Órgão Emissor
	E260000001
48 - Documento	49 - Nº do Documento (CNS/CPF) do Profissional Autorizador
() CNS () CPF	
50 - Data da Autorização	51 - Assinatura e Carimbo (Nº Registro do Conselho)

AIH
261910218195-0

AIH
261910218196-0

Código do Laudo: 479244



FICHA DE INTERNAÇÃO

Cód. Atendimento: 479262

Usuário: MAYARAAM

DADOS DO PACIENTE

Paciente: HOSANA CANDIDO DA SILVA	Prontuário: 21896
Idade: 58a 0m 17d	Sexo: F
Estado Civil: SOLTEIRO	Data de Nascimento: 09/05/1961
Profissão:	Escolaridade:
R.G.: 3154683	C.P.F.: 36546468832
Telefone: 34375858/88092762	CEP: 53407040
Endereço: RUA DO FRIO	Endereço: JARDIM PAULISTA - PAULISTA - PE
Dados da Internação	
Origem: URGENCIA/EMERGENCIA	Data e Hora da Internação: 26/05/2019 01:07
Convênio: SUS - INTERNACAO	Plano: GERAL
Unidade Internação: VERMELHA - EMERGENCIA	Acomodação: ENFERMARIA DE OBSERVACAO
Médico Internação: PLANTONISTA ORTOPEDIA	Leito: VERMELHO - EXTRA 009

DADOS DO RESPONSÁVEL

Nome:	R.G.:	C.P.F.: 14.06.19
Endereço:	Numero:	Estado civil:
Telefone:	Cidade:	Estado:

DADOS DA LIBERAÇÃO DO PACIENTE

Data da Alta: 04/06/19	Hora da Alta: 09 : 00
Motivo: ☒ Melhorado ☐ A Pedido ☐ Transferência ☐ Óbito ☐ Evasão	
Condições de Alta: melhorado	
Diagnóstico Principal.....: Fratura de fêmur proximal esquerdo	
Diagnóstico Secundário01.: -	
Diagnóstico Secundário02.: -	
Observação: 26/05 - Fratura Estímulo Transcutâneo de Osso	
Observação: 03/06 - Retirada de fixação externa RAE. Com placa 1/3 de osso 3,5 mm fixação	
Assinatura e RG do Médico: De Thiago Medeiros Ferreira Médico CRM-PE 24.728	
Responsável pela retirada do paciente	Assinatura e RG

TERMO DE RESPONSABILIDADE

Autorizo a internação do paciente acima mencionado no HOSPITAL MIGUEL ARRAES bem como os tratamentos clínicos e cirúrgicos (Intervenção cirúrgica, anestésias, transfusões, exames de sangue, ou qualquer outro tipo de exame médico e laboratorial) que se fizerem necessários para o diagnóstico, tratamento, cura e o bem estar do paciente.

Em _____ de _____ de _____

X Hosana Candido da Silva
Assinatura e RG do paciente ou pessoa responsável



EVOLUÇÃO CLÍNICA

NOME: HOSANA CANDIDO DA SILVA

REG: 21896

CLÍNICA: ORTOPEDIA

ENFERMAGEM:

LEITO:

DATA/HORA	
26/5/2019	# SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
	# ADMISSÃO
00:30	PACIENTE VÍTIMA DE ATROPELAMENTO HÁ 4 HORAS REFERINDO DOR EM JOELHO ESQUERDO E 03 QDE REFERE DIABETES E HAS
	AO EXAME : EDEMA DO JOELHO ESQUERDO
	RADIOGRAFIA - FRATURA DO PLANALTO TIBIAL ESQUERDO HD: FRATURA DO PLANALTO TIBIAL
	CD : INTERNAÇÃO
	SALICILATO TC DE CRÂNIO + PAINEL DA CINTURA GENITAL
	Dr. Tan Lacerda CRM-PB 9529 CRM-PT 25541
	#805
26/05/2019	HD: fratura de Platô tibial e O.DPO fixador externo transarticular de joelho Paciente segue em O.DPO Paciente segue consciente, orientada Aguardando avaliação da cirurgia geral e Tomografia de crânio solicitada

Dr. Hudyson Oliveira Rocha
Ortopedia / Traumatologia
CRM-PB 28.720



HOSPITAL MIGUEL ARRAESMV 2000 - Sistema de Centro Cirúrgico e Obstétrico
Ficha de Cirurgia Descritiva

Página.. 0001

Data..... 26/05/2019

Hora..... 02:36

Aviso de Cirurgia : 56882

Paciente : 21896

Convênio Atend. : 2

Leito : 767

Dt. Início : 26/05/2019 01:30

Sala : 0004 SALA 04

HOSANA CANDIDO DA SILVA

SUS - EXTERNO / URGENCIA

VERMELHO EXTRA 22

Dt. Fim : 26/05/2019 02:30

Atendimento : 479244

Carteira :

Idade : 58 Anos

Cid Pré-Operatório : S821

FRATURA DA EXTREMIDADE PROXIMAL DA TIBIA

Cid Pós-Operatório : S821

FRATURA DA EXTREMIDADE PROXIMAL DA TIBIA

Procedimento:

Procedimento não Informado (PRINCIPAL)

Convênio: 002

SUS - EXTERNO / URGENCIA

Anestesia:

CIRURGIAO
ANESTESISTA14501 IVAN MARCIO GUEDES FERREIRA DE LIMA
15214 MAIENA ELISABETH COSTA TENORIO PIMENTEL**Descrição Cirúrgica :**

DIAGNÓSTICO: FRATURA DE PLATO TIBIAL ESQUERDO

INTERVENÇÃO: APLICAÇÃO DE FIXADOR EXTERNO TRANSARTICULAR DE JOELHO ESQUERDO

OPERADOR: DR IVAN GUEDES

1º AUXILIAR: DR SAMUEL MOURA

2º AUXILIAR: DR IAN LACERDA

ANESTESISTA: MAYENA TENORIO

ANESTESIA: RAQUI

RELATO DE INTERVENÇÃO

1. PACIENTE EM DECÚBITO DORSAL SOB RAQUIANESTESIA

2. ASSEPSIA + ANTISSEPSIA

3. APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTÉREIS

4. REDUÇÃO INCRUENTA DA FRATURA EM PLATO TIBIAL E APLICADO FIXADOR EXTERNO TUBO-A-TUBO TRANSARTICULAR DO JOELHO ESQUERDO

5. VERIFICADA BOA REDUÇÃO COM INTENSIFICADOR DE IMAGENS

6. CURATIVO

7. OBSERVADO BOA PERFUSÃO DISTAL

Achados Cirúrgicos:**Descrição Complementar**FATURADO
14/06/19
CLAUDEVAN SOUSA
FATURISTADR(A) : IVAN MARCIO GUEDES FERREIRA DE LIMA
CRM : 14501

HOSPITAL METROPOLITANO NORTE MIGUEL ARRAES DE ALENCAR



HOSPITAL MIGUEL ARRAES
MV 2000 - Sistema de Centro Cirúrgico e Obstétrico
Ficha de Cirurgia Descritiva

Página.: 0001
Data.: 03/06/2019
Hora.: 11:37

Aviso de Cirurgia : 57036
Paciente : 21896
Convênio Atend. : 1
Leito : 58
Dt. Início : 03/06/2019 09:20

Sala : 0002 SALA 02
HOSANA CANDIDO DA SILVA
SUS - INTERNACAO
ORTL-508-LEITO 002
Dt. Fim : 03/06/2019 11:25

Atendimento : 479262
Carteira :
Idade : 58 Anos

Cid Pré-Operatório :

Cid Pós-Operatório :

Procedimento: 0408050551 TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DO PLANALTO TIBIAL (PRINCIPAL)
Convênio: 001 SUS - INTERNACAO
Anestesia: 05 RAQUI ANESTESIA

CIRURGIÃO
ANESTESISTA

13246 FRANCISCO RAFAEL DO COUTO SOARES
10487 SYLVIA MARIA VILELA LEITE

Descrição Cirúrgica :

DIAGNOSTICO : FRATURA DO PLATO TIBIAL LATERAL DO JOELHO ESQUERDO
CIRURGIA : RETIRADA DE FIXADOR EXTERNO + RAFI DE PLACA TERÇO DE CANO 3.5 MM (BELT) + PARAFUSOS
CIRURGIÃO : DR FRANCISCO DO COUTO
01 AUXILIO : DR CLAUDIO COSTA
02 AUXILIO : DRA IANELE BRAGA
03 AUXILIO : DR MANOEL OLIVEIRA

ANESTESISTA : DRA SILVIA VILELA
ANESTESIA : RAQUIANESTESIA

DESCRIÇÃO CIRURGICA :

1. PACIENTE EM DDH SOB RAQUIANESTESIA
2. RETIRADA DE FIXADOR EXTERNO DE MIE
3. ASSEPSIA E ANTISSEPSIA DE MIE
4. APOSEIÇÃO DE CAMPOS ESTERIS
5. INCISÃO EM FACE ANTEROLATERAL DO JOELHO ESQUERDO
6. DIVULSÃO POR PLANOS ANATOMICOS
7. REDUÇÃO CRUENTA DE FRATURA E FIXAÇÃO INTERNA COM PLACA TERÇO DE CANO 3.5 MM + 04 PARAFUSOS CORTICAIS DA CAIXA ACETABULAR
8. CONFERIDO COM INTENSIFICADOR DE IMAGENS
9. LIMPEZA CIRURGICA COM SF 0.9%
10. SUTURA POR PLANOS COM VYCRIL E NYLON
11. CURATIVO ESTÉRIL
12. OBSERVO BOA PERFUSÃO DISTAL EM MIE

Sangue e Derivados:

Qt Solicitada

2 CONCENTRADO DE HEMACIAS

2

Achados Cirúrgicos:

Descrição Complementar

14/06/19
CLAUDEVAN SOUSA
FATURISTA

Manoel Oliveira Ferreira
Ortopedia/Traumatologia
CRM-PE 24090

DR(A) : FRANCISCO RAFAEL DO COUTO SOARES
CRM : 13246

HOSPITAL METROPOLITANO NORTE MIGUEL ARRAES DE ALENCAR



Atendimento: 479262

Dt Atendimento: 26/05/2019 - 01:07

Dt Alta: 04/06/2019 - 14:51

Paciente: 21896 HOSANA CANDIDO DA SILVA

Serviço: 15 ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Convênio: 1 SUS - INTERNACAO

Leito: 58 ORTL-508-LEITO 002

Plano: 1 GERAL

Motivo Alta: 1 ALTA MELHORADA

Usuário: ELISABETECS

CID:

Procedimento de Alta 0301060070 - DIAGNOSTICO E/OU ATENDIMENTO DE URGENCIA EM CLINICA CIRURGICA

Observação de Alta

ELISABETE DA CONCEICAO SILVA

Esta conta foi paga com recursos públicos provenientes de seus impostos e contribuições sociais

HOSPITAL METROPOLITANO NORTE MIGUEL ARRAES DE ALENÇAR





PERNAMBUCO
GOVERNO DO ESTADO



MIGUEL ARRAES



Instituto de Medicina Integral
Prof. Fernando Figueira

RESUMO DE ALTA HOSPITALAR/ESCLARECIMENTO

NOME: HOSANA CANDIDO DA SILVA
IDADE: 58 SEXO: F

DATA DA ADMISSÃO: 25/05/19

REG: 21896

DATA DA ALTA: 4/6/19

DIAGNÓSTICO:

- FRATURA DE PLANALTO TIBIAL ESQUERDO

TRATAMENTO REALIZADO:

- 26/05/19 - FIXADOR EXTERNO TRANSARTICULAR DE JOELHO ESQUERDO
- 03/06/19 - RETIRADA DE FIXADOR EXTERNO + REDUÇÃO ABERTA + FIXAÇÃO INTERNA COM PLACA 1/3 DE CANO + PARAFUSOS

ORIENTAÇÕES:

- AGENDAR RETORNO AO AMBULATÓRIO DE ORTOPEDIA (SETOR DE AMBULATÓRIOS, NO TÉRREO DAS SEGUNDAS ÀS SEXTAS-FEIRAS) EM 02 SEMANAS; - PRIORIZAR : AMBULATÓRIO DA SEGUNDA-FEIRA (DR. FRANCISCO DO COUTO)
- TROCA DIÁRIA DE CURATIVO CONFORME ORIENTADO;
- DOBRAR O JOELHO ESQUERDO;
- DEAMBULAR COM USO DE MULETAS SEM PISAR COM MEMBRO OPERADO;
- CARGA ZERO (SEM PISAR) NO MEMBRO OPERADO ATÉ LIBERAÇÃO MÉDICA;
- FAZER USO DE MEDICAÇÃO PRESCRITA EM RECEITUÁRIO MÉDICO;
- PROCEDER AO SERVIÇO SOCIAL (2º ANDAR) PARA RECEBER ORIENTAÇÕES SOBRE ONDE REALIZAR FISIOTERAPIA;
- RETORNO PRECOCE PELA EMERGÊNCIA SE: FEBRE, INCHAÇO IMPORTANTE E VERMELHIDÃO NA FERIDA, SAÍDA DE SECREÇÃO EM GRANDE QUANTIDADE OU PURULENTE, DOR IMPORTANTE.

PROGRAMA APÓS ALTA:

AMBULATÓRIO DE EGRESSO SIM(x) NÃO()

DATA DA CONSULTA AMBULATORIAL: ____/____/____


Dr. Paulo Mendonça Ferreira
Médico
CRM-PE 24 728

ASSINATURA DO MÉDICO, CARIMBO E CRM

Estrada da Fazendinha, S/N, Jaguaribe, CEP: 53400-000, Paulista - PE



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

DECLARAÇÕES DO MÉDICO (DE PRÓPRIO PUNHO)

DATA DO ACIDENTE:	25/05/2019	DATA DO INÍCIO DO TRATAMENTO MÉDICO:	25/05/2019
NOME COMPLETO DA VÍTIMA: HCSANA CAROLINA DA SILVA			
LESIONES RESULTANTES DO ACIDENTE: Paciente vítima de atropelamento em via pública por automóvel.			
DADOS RESUMIDOS DOS TRATAMENTOS REALIZADOS (DATAS): Paciente com fratura da tíbia e fíbula esquerda. Semelhante a estresse. Cl. Pilonária C3 Pilonária			
ALTA MÉDICA?	☒ SIM	☐ NÃO	Antagonista (30 dias)
EXISTE ALGUM DEFEITO OU DOENÇA PRE-EXISTENTE?		☐ SIM	☒ NÃO
CASO POSITIVO DESCREVER:			
COM RELAÇÃO A INVALIDEZ PODE-SE CONCLUIR QUE: ☐ A INVALIDEZ É TEMPORÁRIA, PORTANTO PASSÍVEL DE RECUPERAÇÃO SIGNIFICATIVA OU DE CURA ATRAVÉS DO TRATAMENTO. ☒ A INVALIDEZ É PERMANENTE, OU SEJA, NÃO HÁ POSSIBILIDADE DE RECUPERAÇÃO SIGNIFICATIVA OU DE CURA.			

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

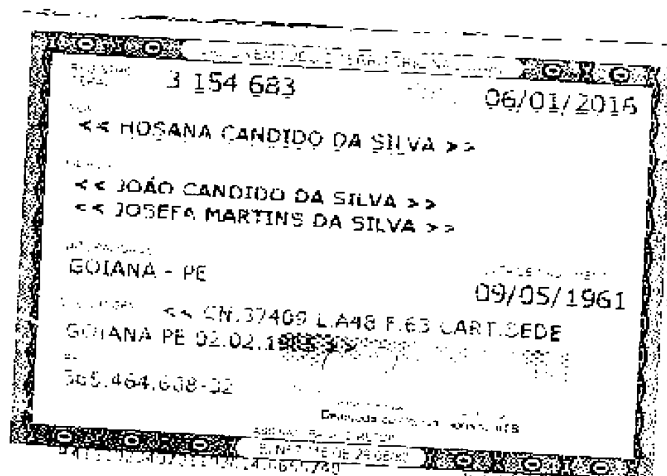
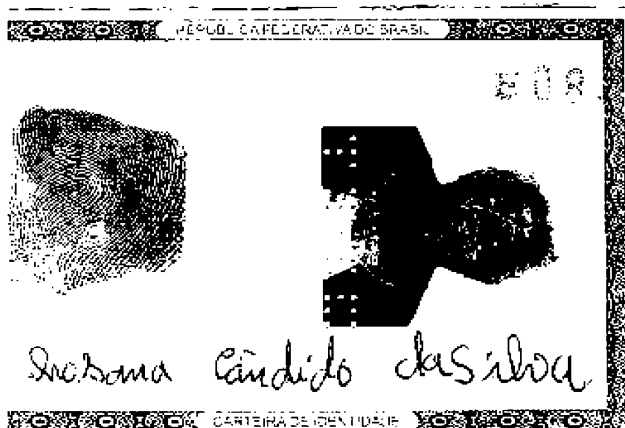
	SEGMENTO ANATÔMICO OU ÓRGÃO AFETADO
1º	Paciente com fratura da tíbia e fíbula esquerda.
2º	fratura intra-articular da tíbia e fíbula esquerda.
3º	Cl. Pilonária C3 Pilonária
4º	Cl. Pilonária C3 Pilonária
5º	Cl. Pilonária C3 Pilonária
6º	Cl. Pilonária C3 Pilonária
7º	Cl. Pilonária C3 Pilonária
8º	Cl. Pilonária C3 Pilonária
9º	Cl. Pilonária C3 Pilonária
10º	Cl. Pilonária C3 Pilonária
11º	Cl. Pilonária C3 Pilonária
12º	Cl. Pilonária C3 Pilonária
13º	Cl. Pilonária C3 Pilonária
14º	Cl. Pilonária C3 Pilonária
15º	Cl. Pilonária C3 Pilonária
16º	Cl. Pilonária C3 Pilonária
17º	Cl. Pilonária C3 Pilonária
18º	Cl. Pilonária C3 Pilonária
19º	Cl. Pilonária C3 Pilonária
20º	Cl. Pilonária C3 Pilonária
21º	Cl. Pilonária C3 Pilonária
22º	Cl. Pilonária C3 Pilonária
23º	Cl. Pilonária C3 Pilonária
24º	Cl. Pilonária C3 Pilonária
25º	Cl. Pilonária C3 Pilonária
26º	Cl. Pilonária C3 Pilonária
27º	Cl. Pilonária C3 Pilonária
28º	Cl. Pilonária C3 Pilonária
29º	Cl. Pilonária C3 Pilonária
30º	Cl. Pilonária C3 Pilonária
31º	Cl. Pilonária C3 Pilonária
32º	Cl. Pilonária C3 Pilonária
33º	Cl. Pilonária C3 Pilonária
34º	Cl. Pilonária C3 Pilonária
35º	Cl. Pilonária C3 Pilonária
36º	Cl. Pilonária C3 Pilonária
37º	Cl. Pilonária C3 Pilonária
38º	Cl. Pilonária C3 Pilonária
39º	Cl. Pilonária C3 Pilonária
40º	Cl. Pilonária C3 Pilonária
41º	Cl. Pilonária C3 Pilonária
42º	Cl. Pilonária C3 Pilonária
43º	Cl. Pilonária C3 Pilonária
44º	Cl. Pilonária C3 Pilonária
45º	Cl. Pilonária C3 Pilonária
46º	Cl. Pilonária C3 Pilonária
47º	Cl. Pilonária C3 Pilonária
48º	Cl. Pilonária C3 Pilonária
49º	Cl. Pilonária C3 Pilonária
50º	Cl. Pilonária C3 Pilonária
51º	Cl. Pilonária C3 Pilonária
52º	Cl. Pilonária C3 Pilonária
53º	Cl. Pilonária C3 Pilonária
54º	Cl. Pilonária C3 Pilonária
55º	Cl. Pilonária C3 Pilonária
56º	Cl. Pilonária C3 Pilonária
57º	Cl. Pilonária C3 Pilonária
58º	Cl. Pilonária C3 Pilonária
59º	Cl. Pilonária C3 Pilonária
60º	Cl. Pilonária C3 Pilonária
61º	Cl. Pilonária C3 Pilonária
62º	Cl. Pilonária C3 Pilonária
63º	Cl. Pilonária C3 Pilonária
64º	Cl. Pilonária C3 Pilonária
65º	Cl. Pilonária C3 Pilonária
66º	Cl. Pilonária C3 Pilonária
67º	Cl. Pilonária C3 Pilonária
68º	Cl. Pilonária C3 Pilonária
69º	Cl. Pilonária C3 Pilonária
70º	Cl. Pilonária C3 Pilonária
71º	Cl. Pilonária C3 Pilonária
72º	Cl. Pilonária C3 Pilonária
73º	Cl. Pilonária C3 Pilonária
74º	Cl. Pilonária C3 Pilonária
75º	Cl. Pilonária C3 Pilonária
76º	Cl. Pilonária C3 Pilonária
77º	Cl. Pilonária C3 Pilonária
78º	Cl. Pilonária C3 Pilonária
79º	Cl. Pilonária C3 Pilonária
80º	Cl. Pilonária C3 Pilonária
81º	Cl. Pilonária C3 Pilonária
82º	Cl. Pilonária C3 Pilonária
83º	Cl. Pilonária C3 Pilonária
84º	Cl. Pilonária C3 Pilonária
85º	Cl. Pilonária C3 Pilonária
86º	Cl. Pilonária C3 Pilonária
87º	Cl. Pilonária C3 Pilonária
88º	Cl. Pilonária C3 Pilonária
89º	Cl. Pilonária C3 Pilonária
90º	Cl. Pilonária C3 Pilonária
91º	Cl. Pilonária C3 Pilonária
92º	Cl. Pilonária C3 Pilonária
93º	Cl. Pilonária C3 Pilonária
94º	Cl. Pilonária C3 Pilonária
95º	Cl. Pilonária C3 Pilonária
96º	Cl. Pilonária C3 Pilonária
97º	Cl. Pilonária C3 Pilonária
98º	Cl. Pilonária C3 Pilonária
99º	Cl. Pilonária C3 Pilonária
100º	Cl. Pilonária C3 Pilonária

AFFIRMAR QUE ASSISTI E/OU AVALIEI A VÍTIMA NO PERÍODO DE 26/05/2019 A 26/05/2019 E QUE AS RESPOSTAS ACIMA, SÃO COMPLETAS E VERDADEIRAS.

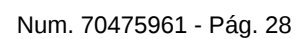
LOCAL 26/05/2019 DATA ASSINATURA E CARIMBO

EXCELSIOR SEGUROS
11 SET. 2019
SEGURO DPVAT





EXCELSIOR SEGUROS
11 SET. 2019
SEGURO DPVAT



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190528144

Cidade: Paulista

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: HOSANA CANDIDO DA SILVA

Data do acidente: 25/05/2019

Seguradora: COMPREV SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DO PLANALTO TIBIAL ESQUERDO.

Descrição do exame físico: AO EXAME APRESENTA MARCHA CLAUDICANTE COM BLOQUEIO DE DOS MOVIMENTOS DO JOELHO ESQUERDO (0° - 40°). HIPOTROFIA MUSCULAR COM DÉFICIT DE FORÇA GRAU III E CICATRIZES CIRÚRGICAS COMPATÍVEL COM FIXADOR EXTERNO E DA REDUÇÃO INTERNA. REDUÇÃO DA FORÇA GRAU III DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: INICIALMENTE REALIZADO TRATAMENTO CONSERVADOR, EM 26/05/2019 REALIZADO PROCEDIMENTO CIRÚRGICO PARA COLOCAÇÃO DE FIXADOR EXTERNO TRANSARTICULAR EM JOELHO ESQUERDO. EM 03/06/2019 REALIZADA A RETIRADO DESTE FIXADOR, COM REDUÇÃO ABERTA E FIXAÇÃO INTERNA COM USO DE PLACA 1/3 DE CANO E PARAFUSOS. REFERE TER REALIZADO FISIOTERAPIA COM ALTA APROXIMADAMENTE 02 MESES (SIC).

Sequelas permanentes: Limitação funcional do membro inferior esquerdo

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 03/10/2019

Conduta mantida:

Observações: NOTA DO REVISOR: APESAR DE MENÇÃO NO PRONTUÁRIO, DE REFERÊNCIA DA VÍTIMA DE DOR NO 3º QUIRODÁCTILO ESQUERDO E DE HIPÓTESE DIAGNÓSTICA NO PRIMEIRO ATENDIMENTO DE FRATURA DO 3º QDE, EXISTE UMA INTERROGAÇÃO DE FRATURA PRÉVIA, QUE ACREDITAMOS SER EM RELAÇÃO AO 3º DEDO, POIS O RESUMO DE ALTA NÃO MENCIONA QUALQUER TRAUMA E/OU FRATURA NO 3º DEDO DA MÃO ESQUERDA, APENAS COM FRATURA DO PLANALTO TIBIAL ESQUERDO. VÍTIMA APRESENTOU NO EXAME: CONSOLIDAÇÃO VICIOSA DO 3º QDE COM LIMITAÇÃO DA FLEXÃO DO 3º DEDO DA MÃO ESQUERDA, DE APROXIMADAMENTE 40°, COM DIMINUIÇÃO DA FORÇA MUSCULAR EM GRAU MÉDIO. DEVIDO A AUSÊNCIA DE DOCUMENTOS DO PERÍODO DE INTERNAÇÃO QUE COMPROVE A CORRELAÇÃO ENTRE O ACIDENTE COM O TRAUMA, NÃO PODEMOS CORRELACIONAR TAIS SEQUELAS COM O ACIDENTE ANALISADO.

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 inferiores	70 %	Em grau médio - 50 %	35%	R\$ 4.725,00
Total			35 %	R\$ 4.725,00





Seguradora Líder - DPVAT

SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS

ID

IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA Antonio Yves Cordeiro de Mello Junior
DATA DO ACIDENTE 04/11/2020 CPF DA VÍTIMA 033.546.038-5
PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO
QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR () VÍTIMA () REPRESENTANTE LEGAL, CUIDO PARANTESSO COM A VÍTIMA E
ENDEREÇO DO PORTADOR
Nº _____ COMPLEMENTO _____ BAIRRO _____
CIDADE _____ UF _____ CEP _____
E-MAIL _____ TELEFONE (_____) _____

MAQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- () REGISTRO DE DECLARAÇÃO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS PARA INVALIDEZ PERMANENTE
- () CERTIDÃO DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CERTIDÃO DE TRABALHO OU CARTeira NACIONAL DE IDENTIDADE (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () CÓPIA DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () CARTÃO DO INIL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- () NA PRESENÇA DE ATENDIMENTO DO LADO DO INIL, DECLARAÇÃO DE ASSÊNCIA DE LADO DO INIL (CÓPIA ORIGINAL ASSINADA PELO VÍTIMA E RELACIONADO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE CONFERE A EXATIDÃO DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA AVALIAÇÃO)
- () RESCISÃO DE ATENDIMENTO DO LADO DO ANEXO ADOÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () COMPROVANTE DE RESCISÃO DE ATENDIMENTO DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DE RESCISÃO DE RESCISÃO (ORIGINAL)
- () AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CÉDULO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL) COM DOCUMENTOS QUE CONSTITUAM OS DADOS BANCÁRIOS, COM COMO CÓPIA DE FOLHA DE CÉDULO DE CÉDULO BANCÁRIO

EAGELSIOR SEGUROS
11 SET. 2019
SEGURO DPVAT

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

- () CERTIDÃO DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CERTIDÃO DE TRABALHO OU CERTIDÃO NACIONAL DE IDENTIDADE (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () CERTIDÃO DE IDENTIDADE DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () COMPROVANTE DE RESCISÃO DE ATENDIMENTO DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DE RESCISÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL)
- () RESCISÃO DE ATENDIMENTO DA VÍTIMA (ORIGINAL) OU DA VÍTIMA (ORIGINAL) OU DA VÍTIMA (ORIGINAL)

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

- () REGISTRO DE DECLARAÇÃO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS PARA DAMS
- () CERTIDÃO DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CERTIDÃO DE TRABALHO OU CARTeira NACIONAL DE IDENTIDADE (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () CÓPIA DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () RELACIONAMENTO DO MÉDICO ASSISTENTE - INFORMANDO AS UNIDADES SANITÁRIAS EM QUE O MÉDICO DO ACIDENTE FOI ATENDIDO REALIZANDO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () COMPROVANTES (RECEITAS E RECEITUÁRIO) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES, OUTRAS
- () NOTAS FISCAS (ORIGINALS E LEGÍVEL) DE FARMÁCIAS, LABORATÓRIOS E OUTROS ESTABELECIMENTOS QUE REALIZAM SERVIÇOS DE SAÚDE (ORIGINALS E LEGÍVEL)
- () AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CÉDULO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL) COM DOCUMENTOS QUE CONSTITUAM OS DADOS BANCÁRIOS, COM COMO CÓPIA DE FOLHA DE CÉDULO DE CÉDULO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

- () CERTIDÃO DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CERTIDÃO DE TRABALHO OU CARTeira NACIONAL DE IDENTIDADE (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () CERTIDÃO DE IDENTIDADE DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () COMPROVANTE DE RESCISÃO DE ATENDIMENTO DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DE RESCISÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL)
- () RESCISÃO DE ATENDIMENTO DA VÍTIMA (ORIGINAL) OU DA VÍTIMA (ORIGINAL) OU DA VÍTIMA (ORIGINAL)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- VALORES DE INDENIZAÇÃO
- MORTE = R\$ 13.500,00
- INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R\$ 13.500,00
- DÍGITO 5 E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PRESENTA NA LIT 6.397/74.
- DESPESAS MÉDICAS (DAMS) = REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO) ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.

- O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA.
- COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO
- PARA ACOMPANHAR O PERÍODO DE INDENIZAÇÃO, ACESSO: WWW.DPVATSEGURODPVAT.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE:

DATA 04/11/2020

IDENTIFICAD _____

ASSINATURA _____

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA 04/11/2020

IDENTIFICAD _____

ASSINATURA _____



PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE: HOSANA CANDIDO DA SILVA
RG / CNH / TPS: 3.154.683 **CPF** 365.464.688-32
End: RUA DO FIM 96, 56, PAULISTA, SP

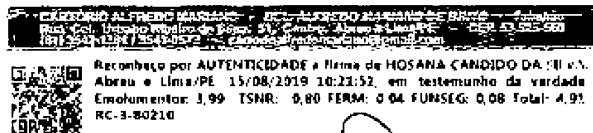
OUTORGADO: CARLOS ANTÔNIO MANGABEIRA FERREIRA
RG / CNH / TPS: 6.466.408 SDS/PE **CPF:** 012.891.554-45
End: AV. TIRADENTES Nº 366, 4ª ETAPA – RIO DOCE – OLINDA/PE

Nomeia meu bastante procurador o outorgado acima citado com poderes específicos para resolver todas as questões administrativas referentes ao **SEGURO DPVAT**, que configura como vítima:
HOSANA CANDIDO DA SILVA
CPF: 365.464.688-32

A. Eliana 15 de Agosto de 2019


Hosana Candido da Silva

(RECONHECER FIRMA POR AUTÊNTICIDADE)



Link Digital: 0150607.MFS00701901.02693

Dyocely Monteiro Valadarez Pires - Cartório Atredo Mariana

