

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 Maio de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190326023

Vítima: SEVERINA MARIA AZEVEDO DA SILVA

Data do Acidente: 22/04/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: SILVANA MENDES FERREIRA RODRIGUES

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), SEVERINA MARIA AZEVEDO 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



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, 23 de Maio de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190326023

Vítima: SEVERINA MARIA AZEVEDO DA SILVA

Data do Acidente: 22/04/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: SILVANA MENDES FERREIRA RODRIGUES

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

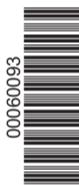
Comunicamos que o pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado e está em análise e o prazo regulamentar de 30 dias foi interrompido para apuração de dados e informações adicionais. Assim que todas as informações forem finalizadas, o prazo voltará a seguir normalmente.

Por favor, aguarde contato e continue acompanhando o seu pedido de indenização através dos canais oficiais da Seguradora Líder DPVAT.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 12 de Junho de 2019

Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3190326023 Vítima: SEVERINA MARIA AZEVEDO DA SILVA

Data do Acidente: 22/04/2018 Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: SILVANA MENDES FERREIRA RODRIGUES

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), SEVERINA MARIA AZEVEDO DA SILVA

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

Multa: R\$ 0,00
Juros: R\$ 0,00
Total creditado: R\$ 7.256,25

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

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos ombros
25%

Graduação: Em grau intenso 75%
% Invalidez Permanente DPVAT: (75% de 25%) 18,75%
Valor a indenizar: 18,75% x 13.500,00 = R\$ 2.531,25

Recebedor: SEVERINA MARIA AZEVEDO DA SILVA

Valor: R\$ 7.256,25

Banco: 237

Agência: 000002140-7

Conta: 0000051663-5

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.

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL:

CPF da vítima:

Nome completo da vítima:
233.513.814.68 SEVERINA MARIA ATUEJO DA SILVA

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

Nome completo:	SEVERINA MARIA ATUEJO DA SILVA		CPF:	233.513.814-68
Profissão:	Funcionária	Endereço:	Endereço:	Número: 1182 Complemento: 4
Bairro:	Santo Aleixo	Cidade:	34309-413 Guaporé	Estado: RS CEP: 54120-046
E-mail:				

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

DADOS CADASTRAIS

RENDIMENTO MENSAL:

- RECUSO INFORMAR ATÉ 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 OPCIÃO DE CONTA

- CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
 Bradesco (237) Itaú (341)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

- CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: BRADESCO

AGÊNCIA: _____

CONTA: _____

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: 2140

CONTA: 51663

(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.

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 atende 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 me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, 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.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no 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 nascituro (vai nascer)? Sim Não Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não
 Vivos: Falecidos:

Estou ciente de que a Seguradora Lider 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 resarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Início da
data
de
nascimento
da
vítima ou
beneficiário
não alfabetizado

Local e Data: 34309-415 24.04.19

Nome: _____

CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2º | 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 ROGO, 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.

EXCELSIOR SEGUROS
15 MAIO 2019
SEGURADO DPVAT



EXCELSIOR SEGUROS
 15 MAIO 2019
 SEGURO DPVAT

GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 020ª CIRCUNSCRIÇÃO - JABOATÃO DOS GUARARAPES -
DP20ªCIRC DIM/6ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N°. 18E0110003234

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **04/10/2018** às **10:37**

ATROPELAMENTO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado) que aconteceu no dia **22/4/2018** no período da **Noite**

Fato ocorrido no endereço: **ESTRADA ESTRADA DA LUZ, 01** - Bairro: **CASCATA - JABOATAO DOS GUARARAPES/PERNAMBUCO/BRASIL**
 Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Polícia Civil de Pernambuco
 Delegacia de Polícia da 20ª Circunscópia

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

TERCEIRO (AUTOR \ AGENTE)
 SILVANA MENDES FERREIRA RODRIGUES (NOTICIANTE)
 SEVERINA MARIA AZEVEDO DA SILVA (VITIMA)

Jaboatão 04.10.18

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): TERCEIRO

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

SEVERINA MARIA AZEVEDO DA SILVA (não presente ao plantão) - Sexo: **Feminino** Mãe: **MARIA NOEMIA DA SILVA** Pai: **MANOEL AZEVEDO DA SILVA** Data de Nascimento: **25/5/1938** Naturalidade: **JABOATAO DOS GUARARAPES / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **1990835/SDS/PE (RG)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **1º. GRAU INCOMPLETO**
 Endereço Residencial: **ESTRADA ESTRADA DA LUZ, 1182 - CEP: 55000-000 - Bairro: CASCATA - JABOATAO DOS GUARARAPES/PERNAMBUCO/BRASIL**

SILVANA MENDES FERREIRA RODRIGUES (presente ao plantão) - Sexo: **Feminino** Mãe: **MARIA DO CARMO MENDES FERREIRA** Pai: **MANOEL MENDES FERREIRA** Data de Nascimento: **11/1/1963** Naturalidade: **JABOATAO DOS GUARARAPES / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **2503654/SDS/PE (RG)** Estado Civil: **CASADO(A)** Escolaridade: **2º. GRAU COMPLETO** Telefones Celulares:
 - 34813815

Endereço Residencial: **ESTRADA ESTRADA DA LUZ, 1182 - CEP: 55000-000 - Bairro: CASCATA - JABOATAO DOS GUARARAPES/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

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

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

Complemento / Observação

ALEGA A NOTICIANTE QUE SUA TIA FOI ATROPELADA EM VIA PUBLICA NA ESTRADA DA LUZ. ALEGA QUE FOI SOCORRIDA PELO SAMU E LEVADA A RESTAURAÇÃO COM FRATURA DO FEMUR DIREITO.

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


SILVANA MENDES FERREIRA RODRIGUES
(NOTICIANTE)

B.O. registrado por: **ANTONIO ALBERTO BORGES BIVAR** - Matrícula: **221047-9**

 **Policia Civil de Pernambuco**
Delegacia de Policia da 20ª Circunscópia

Jaboatão 04.10.2018



EXCELSIOR SEGUROS
15 MAIO 2019
SEGURO DPVAT

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL:

CPF da vítima:

Nome completo da vítima:
233.513.814.68 SEVERINA MARIA ATUEJO DA SILVA

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

Nome completo:	SEVERINA MARIA ATUEJO DA SILVA		CPF:	233.513.814-68
Profissão:	Funcionária	Endereço:	Endereço:	Número: 1182 Complemento: 4
Bairro:	Santo Aleixo	Cidade:	34309-413 Guaraí-PI	Estado: PI CEP: 54120-046
E-mail:				

DADOS CADASTRAIS

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

RENDIMENTO MENSAL:

- | | | | |
|---|--|--|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR | <input type="checkbox"/> ATÉ R\$1.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00 |
| <input type="checkbox"/> SEM RENDA | <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 | <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$10.000,00 |

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

- CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Bradesco (237) | <input type="checkbox"/> Itaú (341) |
| <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) | <input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104) |

- CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: BRADESCO

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

AGÊNCIA: CONTA:
(Informar o dígito se existir) (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.

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 atende 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 me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, 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.

INVALIDEZ PERMANENTE

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no 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 nascituro (vai nascer)? Sim Não Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider 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 resarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

MORTE

Imprссionar
digital da
vítima ou
beneficiário
não alfabetizado

Local e Data: 34309-413 24.04.19
Nome: _____
CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____
CPF: _____

Assinatura

2º | 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 ROGO, 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.

EXCELSIOR SEGUROS
15 MAIO 2019
SEGURADO DPVAT



Secretaria de Saúde
Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO

DA Nº: 2194.000
EM: 21.11.2018

Atendendo ao requerimento da Sra. **SILVANA MENDES FERREIRA RODRIGUES**, RG: **2.503.654 – SSP/PE, CPF: 051.704.924-72**, consta em nossos arquivos é ocorrência nº **S - 967381** do dia 22 de abril de 2018, na qual, **SEVERINA MARIA AZEVEDO DA SILVA, RG: 1.990.853 SSP/PE, CPF: 351.704.924-72**, foi atendida pelo nosso Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU/JABOATÃO por volta das 19h 00min vítima de atropelamento por moto. O acidente aconteceu na Av. estrada da Luz Próximo a escola Henrique de oliveira – onde após os cuidados, a vítima foi removida para o Hospital da Restauração.

Jaboatão dos Guararapes, 21 de novembro de 2018.

Renata Ventura Guerra
Coord. de Enfermagem - SAMU 192
COREN-PE 158.255 ENF.
Jaboatão dos Guararapes - PE

Coord. Geral-Samu/PMJG
Sec. Saúde-Jaboatão dos Guararapes.

EXCELSIOR SEGUROS
15 MAIO 2019
SEGURO DPVAT

BRADESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 237 AGÊNCIA: 2373-6 CONTA: 000000429200-6

DATA DA TRANSFERENCIA: 07/06/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 7.256,25

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: SEVERINA MARIA AZEVEDO DA SILVA

BANCO: 237

AGÊNCIA: 02140-7

CONTA: 00000051663-5

Nr. Autenticação

BRADESCO07062019050000000002370214000000051663725625 PAGO

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

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

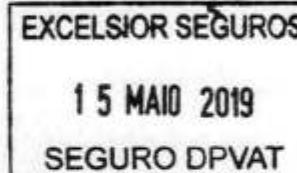


Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de 26/04/02
COMERCIAL 116 | PRONTIDÃO 116
Atendimento ao deficiente auditivo ou de fala: 0800 281 0142
Ouvirôdoria 0800 282 5599
Agência de Regulação dos Serviços Públicos Delegados do Estado
de Pernambuco-ARPE: 0800-727-0167-Ligação Gráuita de Telefones Fixos
Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL
167-Ligação Gráuita de telefones fixos e móveis

DADOS DO CLIENTE
JOSE RODRIGUES DOS SANTOS
CPF: 342.683.594-00
ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
ET DA LUZ 1182 A
STO ALEIXO JABOATAO 54120-046 JABOATAO DOS GUARARAPES 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 10/05/2019	DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL 03/05/2019	CONTA CONTRATO 002346922012
TOTAL A PAGAR (R\$) 0,00	DATA DA APRESENTAÇÃO 03/05/2019	Nº DO CLIENTE 2000075464
	NÚMERO DA NOTA FISCAL 060326979	Nº DA INSTALAÇÃO 0001531683
CLASSIFICAÇÃO	B1 RESIDENCIAL - RESIDENCIAL Monofásico	
RESERVADO AO FISCO	7768.E826.F9B9.9AFE.62D3.1342.5BC1.C4DD	

DESCRICAO DA NOTA FISCAL



Tarifas Aplicadas		HISTÓRICO DO CONSUMO			
				kWh	
Consumo Ativo(kWh)	0,52618833	MAI	19		403
		ABR	19		362
		MAR	19		427
		FEV	19		482
		JAN	19		480
		DEZ	18		465
		NOV	18		482
		OCT	18		370
		SET	18		391
		AGO	18		342
		JUL	18		356
		JUN	18		459
		MAI	18		448

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL									
NÚMERO DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR		ATUAL		Nº DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO kWh
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA				
MA43777	CAT	03/04/2019	65.697,00	03/05/2019	66.100,00	30	1,00000	0,00	403,00

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES								
DESCRIÇÃO	CONJUNTO	VALOR APURADO	META MENSAL	META TRIM.	META ANUAL			
mar/2019								
DIC-No.de horas sem Energia	JABOATAO	0,00	5,31	10,62	21,25			
FIC-No.de vezes sem Energia		0,00	3,30	6,60	13,20			
DMIC-Duração máxima de interrupção contínua		0,00	3,03	0,00	0,00			
DICRI-Duração de interrupção em dia crítico			Limite DICRI: 12,22					
EUSD-Valor do Encargo de Uso = R\$ 112,50								
<small>Todos Consumidores podem aplicar a exceção das Indicações DIC, FIC, DMIC e DICRI e assim não serem considerados.</small>								

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Pague no ponto mais perto de você! supermercado popular: r barao de moreno 119 vila rica / supermercado precobom: r br de moreno 119
Na data da leitura a bandeira em vigor é a Amarela. Mais informações em www.aneel.gov.br.
Cobrança ICMS sobre subvenção CDE, conforme Decreto Estadual 39.459/13.
A partir de 29/04, tarifa com reajuste médio de 5,56% para Baixa Tensão
e 3,76% para Alta Tensão-REH 2.535/19.
O cliente é compensado quando há violação na continuidade individual ou do nível de tensão de fornecimento.
Pago, em atraso gera multa 2% (Res44/ANEEL), Juros 1% a.m (Lei 10.438/02) e atualização monetária no próximo mês.
O Cliente é compensado quando há desempenamento do critério definido para os padrões de atendimento permanente.

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

DESTACAR AQU

autoatendimento.celpe.com.br/NDP/DCSRUCES D-home_neologw-sap.com/servlet/login_neoenergia.com.RFCConversaoServlet?redirfatura=true&... 1/

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

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



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 5599

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

JOSE RODRIGUES DOS SANTOS

CPF: 342.683.594-00

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

ET DA LUZ 1182 A

STO ALEIXO/JABOATAO
54120-046 JABOATAO DOS GUARARAPES 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

10/05/2019

TOTAL A PAGAR (R\$)

0,00

DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL

03/05/2019

DATA DA APRESENTAÇÃO

03/05/2019

NÚMERO DA NOTA FISCAL

060326979

CONTA CONTRATO

002346922012

Nº DO CLIENTE
2000075464

Nº DA INSTALAÇÃO
0001531683

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL - RESIDENCIAL
Monofásico

RESERVADO AO FISCO

7768.E826.F9B9.9AFE.62D3.1342.5BC1.C4DD

DESCRÍCÃO DA NOTA FISCAL

DESCRÍCÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)
Consumo Ativo(kWh)	403,00	0,76849471	309,70
Acréscimo Bandeira AMARELA			0,58
Contrib. Ilum. Pública Municipal			33,29
ICMS Subvenção-CDE-NF 049015883-04/02/19			2,89
TOTAL DA FATURA			346,46

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS

ICMS		PIS		COFINS				
BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
310,28	25,00	77,57	310,28	1,16	3,59	310,28	5,37	16,66

EXCELSIOR SEGUROS

15 MAIO 2019

SEGURO DPVAT

Tarifas Aplicadas

Consumo Ativo(kWh) 0,52618833

HISTÓRICO DO CONSUMO

kWh

	MAI	ABR	MAR	FEV	JAN	DEZ	NOV	OUT	SET	AGO	JUL	JUN	MAR	MAI
Consumo Ativo(kWh)	0,52618833													
Geração de Energia	94,99	30,61												
Transmissão	14,06	4,53												
Distribuição (Celpe)	65,78	21,20												
Encargos Setoriais	16,93	5,46												
Tributos	37,83	11,53												
Perdas de Energia	20,89	6,67												
TOTAL	310,28	100												

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES

TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR	ATUAL	Nº DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO kWh
NÚMERO DO MEDIDOR	DATA	LEITURA	DATA	LEITURA		
MA43777 CAT	03/04/2019	65.697,00	03/05/2019	66.100,00	30	1.000000 0,00 403,00

DATA PREVISTA PARA A PRÓXIMA LEITURA: 03/06/2019

março2019						
DIC-No de horas sem Energia	JABOATAO	0,00	5,31	10,82	21,25	
FIC-No de vezes sem Energia		0,00	3,39	6,60	13,20	
DMIC-Duração máxima de interrupção contínua		0,00	3,03	0,00	0,00	
DICRI-Duração de interrupção em dia crítico						Límite DICRI: 12,22
EUSD-Valor do Encargo de Uso = R\$ 112,50						

Todo Consumidor pode solicitar a apuração dos indicadores DIC, FIC, DMIC e DICRI a qualquer tempo.

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Pague no ponto mais perto de você! supermercado popular: r barao de moreno 119 vila rica / supermercado preco bom; r br de moreno 119

Na data da leitura a bandeira em vigor é a Amarela. Mais informações em www.aneel.gov.br.

Cobrança ICMS sobre subvenção CDE, conforme Decreto Estadual 39.459/13.

A partir de 29/04, tarifa com reajuste médio de 5,56% para Baixa Tensão

e 3,76% para Alta Tensão REH 2,535/19.

O cliente é compensado quando há violação na continuidade individual ou do nível de tensão de fornecimento.

Pagto, em atraso gera multa 2% (Res14/ANEEL), Juros 1% a.m (Lei 10.438/02) e atualização monetária no próx. mês

O Cliente é compensado quando há descumprimento do prazo definido para os padrões de atendimento comercial.

NÍVEIS DE TENSÃO

TENSÃO NOMINAL(V)	LIMITE DE VARIAÇÃO(V)
MINIMO	MÁXIMO
220	202

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

--

DESTAQUE AQUI

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO	TOTAL A PAGAR(R\$)	VENCIMENTO	TALÃO DE PAGAMENTO
autoatendimento.celpe.com.br/NDP_DCSRUCES_D-home-neologw	05/2019	0,00	10/05/2019	sap.com/servlet/login...eoenergia.com.RFCConversaoServlet?redirfatura=true&...1/

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

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

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

Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.susep.gov.br/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 PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RÉSEGURO. ² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APPLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Silvana Oliveira Ferreira Rodrigues

inscrito (a) no CPF/CNPJ 351 704 924 / 72, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Severino maria Azevedo da Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 233.513.814 / 68,

do sinistro de DPVAT cobertura 1 m Maldez da Vítima Severino maria Azevedo da Silva,

inscrito (a) no CPF sob o Nº 233.513.814 / 68, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

Recuso informar

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

Endereço:	<u>Estrada da Lamy</u>	Número:	<u>1182</u>	Complemento:
Bairro:	<u>Santo Antônio</u>	Cidade:	<u>Salvador</u>	Estado:
E-mail:				CEP: <u>54120 046</u> Tel.(DDD):

Local e Data: Salvador 24/04/2019

Silvana Oliveira Ferreira Rodrigues
Assinatura do Declarante



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE SAÚDE
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO



FICHA DE ESCLARECIMENTO

NOME: SEVERINA MARTA DE AGUIAR MACEDO	PRONTUÁRIO: 1030181	ATENDIMENTO: 00963271
DATA DE NASCIMENTO: 25/05/1938	FOI ATENDIDO EM: 22/04/2018 ÁS: 21:35	DATA DA ALTA: 30/04/2018 ÁS: 15:13

Diagnóstico Provável:

PACIENTE VITIMA DE ATROPELAMENTO POR MOTO, APRESENTANDO FRATURA EXPOSTA DE FEMUR D CID 5.B2

Tratamento Realizado:

TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA EXPOSTA FEMUR D

Observação:

DEVÉT E AFASTAR SUAS ATIVIDADES DURANTE 30 TRINTA DIAS
PRESCREVO ATB + ANALGESIA

Encaminhado para:

RETORNAR AO AMBULATORIO DO HR EM 4 SEMANAS DR FRANCISCO DE ASSIS

Dr. Rafael Vieira
Médico
CRM-PE 26.285

LUAN ANTUNUES MARTINS MACEDO - CRM: Nº 26469

Recife, 30, ABRIL ,2018

ATENÇÃO:

Este documento destina-se a comprovação de atendimento hospitalar ou ambulatorial para INSS, Empresas, Escolas, Ministério do Trabalho, Continuidade do Tratamento Ambulatorial, segundo a recomendação Nº 14/2002 do Ministério Público do Estado de Pernambuco.

EXCELSIOR SEGUROS
15 MAIO 2019
SEGURO DPVAT

EXCELSIOR SEGUROS
15 MAIO 2019
SEGURO DPVAT

ETIQUETA

Número do Registro

Ficha de Atendimento

962955	Data e Hora de Atendimento: 22/04/2018 21:31	Local de Entrada: EMERGENCIA GERAL Atendimento Manual:
---------------	---	--

Cod. Paciente: 1630981 Paciente: **SEVERINA MARIA DE AZEVEDO DA SILVA**

Data de nascimento: 25/05/1938 Idade: 79a 10m 28d

Sexo: **FEMININO**

Estado Civil: **SOLTEIRO** Profissão: **Acompanhante: THAIS FERREIRA**

DOC ID / Data expedição
1990835 / Mãe: **MARIA NOEMIA DA SILVA**
Pai: **MARIA NOEMIA DA SILVA**

Cartão SUS

Endereço: **ESTRADA DA LUZ DE 1000 A 99999**

Nº
Compr.

Bairro: **SANTO ALEIXO**

UF: **PE** Telefone: **988489529**

Cidade: **JABOATÃO DOS GUARARAPES**

Ocorrências:

Intuito do atendimento: **VITIMA DE ATROPELAMENTO**

Localização: **ESTRADA DA LUZ**

Informações do Serviço Social:

Confirmação de nome:	Fones:	Assistente Social
Confirmação de endereço:		
Providências: Alta <input type="checkbox"/> Caso Social <input type="checkbox"/>		
Encaminhamentos: Rede de Apoio <input type="checkbox"/> GPCA <input type="checkbox"/> Cons. Tutelar <input type="checkbox"/> Delegacias <input type="checkbox"/> Minist. Público <input type="checkbox"/> Outros <input type="checkbox"/> 24/04/18 - Entregue em contato telefônico		
Observação: Cláudia Thais (sobrinha), amiga da vítima que já está vinda para comparecer. Pra tratar de		Assistente Social

História Clínica:

Paciente vítima de atropelamento por moto há 02 horas, nega **ASSISTENTE CRESCE**.
Inconsciente e muito; apresenta fratura exposta em MÍD.
Ferimento à nível de cintura esquerda; corte em nácula direto.

Atendimento Médico		
Perda de consciência: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Episódio Emético: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Acidente de Trabalho: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
Acidente de Trabalho: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Tipo: <input type="checkbox"/>	Transporte realizado Por:
Imobilização Cervical: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Sofreu Queda: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Altura:
Condições de imobilização adequadas: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Por Quê?	HR

Exame Físico:

A: Geral	Via aérea está pélvia: Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	O paciente fala: Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Temp: 37,5°C
----------	---	---	---------------------

EGR; consciente; Orientada; Bepne cu; Hipotensiva

B: Respiratório **MV + GA, NHT SRA**

C: Circulatório	PA: X mm	P脉: 108 bpm	25/04/18 TAC Realizado: () Sim () Não
-----------------	----------	-------------	--

RER ZT BNP SIS

D: Exame Neurológico	Deficiência motora: <input type="checkbox"/> MSD <input type="checkbox"/> MSE <input type="checkbox"/> MID <input type="checkbox"/> MIE <input type="checkbox"/> Pupilas: <input type="checkbox"/> Isocôricas <input checked="" type="checkbox"/> Anisocôricas	
Glasgow: Abertura Ocular Escore:	Glasgow: Resposta Verbal Escore:	Glasgow: Resposta Motora Escore:
Hora:	Hora:	Hora:

Inconsciente + pupilas fixas reagentes.

E: Exposição/Abdômen:

Su glábulos, flácido doloroso à palpação profunda, sem raias de intenso peritoneal.

Diagnóstico Inicial:

* POLIARANAS

Conduta:

- 1 TAC DO CRÂNIO E CONVEXA S/C; TAC DA ABD C/E + TAC TORÁX S/C Ass. Médico
- 2 Rx BORRACHA AP; Rx DA PULMÃO AP; Rx DA PULMÃO D/G AP/ P, Rx D/G BÍGUS D/G AP/P, Rx DA ARTICULAÇÃO DE COXO
- 3 Monitorização da respiração, NCP, B&P.
- 4 REAVALIAÇÃO APÓS 6 HORAS

Evolução de Enfermagem:

Ass. Enfermagem

Definição do Caso:

Internamento Cirurgia Óbito Termo de Alta a Pedido Evadiu-se Alta

Internado na Clínica:

Transferido para:

Condição de Alta:

Curado

Melhorado

Inalterado

Piorado

Óbito

Autorização para Alta / Internamento / Transferência:

Médico: _____ CRM: _____ Data: _____ Hora: _____

Termo de responsabilidade para Internamento:

- Estou ciente das normas existentes neste hospital, as quais aceito integralmente e autorizo a realização de tratamento, clínicos e/ou cirúrgicos inclusive transfusões e sem exames complementares e transporte se forem necessários.

Data: _____ Nome completo legível: _____

No. _____ Assinatura: _____

Ter _____ a pedido:

- Responsabilizo-me pela imediata retirada do paciente neste nosocomio, bem como tenho absoluto conhecimento sobre todas as consequências que deste ato possam advir.

Data: _____ Nome completo legível: _____

No. da identidade: _____ Assinatura: _____

Data e Hora Impressão: 22-Apr-18

Thiago A. Ferraz
Medicina
CRM 24833

TRAUMATOLOGIA

21:47h 22/04/2018 672000

Paciente vítima de estuproamento bôzinho. Traumatizado pelo SAMU.
Exame físico: opercularato local com escorregas óssea
em mido + friso e -dolores e ondas no 1/3 superior da friso e
friso + escoria em local D.

HD: fractura exposta +

co. (Q) VAT + SAT 1m

Do. 1 mto. 1c + 1c na altura

(3) solicita Rx, fratura)

(4) Solicita avaliação da CB, NCK

HOSPITAL DA RESTAURACAO

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

MANCHESTER_V2

22/04/2018 21:25

Nome Paciente: SEVERINA MARIA AZEVEDO D...
Cód. Paciente:
Data de Nascimento: 25/05/1938
Sexo: Feminino
Idade: 79
Senha: PU0006
Convênio:
Atendimento:

22/04/2018 21:25 - FABIANA GOMES DA SILVA COELHO - COREN: 111092 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) -

Prioridade: LARANJA - MUITO URGENTE

Cor: LARANJA

Queixa Principal: PACIENTE VÍTIMA DE ATROPELAMENTO POR MOTO HÁ 2H NEGA INCOSCIÊNCIA E VÔMITO , APRESENTA FERIMENTO EM SUPERCILIO DIR + FRATURA FECHADA EM MSE + FRATURA EXPOSTA EM MID

Observação:

Fluxograma sintoma: TRAUMA MAIOR

Excluidor(es): - MECANISMO DE TRAUMA SIGNIFICATIVO?

Especialidade: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Alergia(s):

Sinais Vitais Lidos: - ESCALA COMA DE GLASGOW ADULTO: 15
- REGUA DE DOR: 8

Acolhido(a) por: FABIANA GOMES DA SILVA COELHO

Data: 22/04/2018 21:25

Hospital _____

Convênio: SusCidade: Belo J

Nome do Paciente:

Sorvna Maria de AguiarData da Cirurgia: 26/04/2018Médico: DRº Kimaido MendesMembro Operado: MJD

MATERIAL

ESPECIFICAÇÃO

QUANT.

LOTE

Bloco DCS 12 furos
Ribe desligante 1+
Parafusos

Maio 4 ferri
2000

ENVIADO

PARAFUSOS CORTICais

Nº

QUANT.

LOTE

PARAFUSOS DE BLOQUEIO

Nº

QUANT.

LOTE

PARAFUSOS PARA HASTE BLOQUEADA

Nº

QUANT.

LOTE

PARAFUSOS CANULADOS

Nº

QUANT.

LOTE

PARAFUSOS DE INTERFERÊNCIA

Nº

QUANT.

LOTE

VENDEDOR/INSTRUMENTADOR:



Ortomédica

COMÉRCIO ORTOPÉDICO LTDA.

Estrada do Encanamento, 61 - Parnamirim

CEP: 52.060-210 - Recife - PE

CNPJ. 24.061.657/0001-27 Insc. Est. 18.1.001.0140069-5

Fones: (81) 3268-8554 / 3441-6966 Fax: (81) 3269-6781

**CONTROLE DE MATERIAIS
UTILIZADOS EM CIRURGIA
(RQ-06)**

(RQ-06)

N: 052020

1º Via Fixa

Hospital

Convênio:

Cidade:

Nome do Paciente:

Susana M. de Aguiar. Data da Cirurgia: 23/04/18.

Médico:

Membro Operado:

~~Orthopaedics / Traumatology
CREMIKSE 24303~~

PARAFUSOS CORTICais	Nº				
	QUANT.				
	LOTE				
PARAFUSOS DE BLOQUEIO	Nº				
	QUANT.				
	LOTE				
PARAFUSOS PARA ASTE BLOQUEADA	Nº				
	QUANT.				
	LOTE				
PARAFUSOS CANULADOS	Nº				
	QUANT.				
	LOTE				
PARAFUSOS DE INTERFERÊNCIA	Nº				
	QUANT.				
	LOTE				

VENDEDOR/INSTRUMENTADOR:



Seminário Maria de Azurara do Filhos

1630981

EVOLUÇÃO CLÍNICA

22/04/18

C6#

22:50

Poient vitims de fonsse automobile, chose à enjouer
comme l'orientale, une dinamicité utile et sans quiver
et deux en nombre.

As Example: EG Regular, convenient, oriented, affwl, hi power (12+44)

- RCD, em 2T BNF 4/ sept Fc: 96 bpm

- nu em Anit og 'PA' Fa: 28 i m

- ABD: Flórido, amarelo, possui chumaço delicioso e polpa suave de BV.

-Ex. quinto, him pufu d. das, posso punha de significativo
deixar em MID, com proposito exposto a pro d. de todos adjacente.

CD: 1) Realitzat TAC del torax i Abd. No s'observa líquid en
posterior de pulmons, punció línia en demarcació pulsat. No
s'observa líquid d'visceral ocos en mòscles, nem tampoco
líquid línia en coríode o peritoneu.

2) Aquando evoluiu o estomôlo, pois massidão de
chondraxon cíngulos

3) Agarob avloopt de vor

4) Allo do CC

~~YOL JOSE Caetano
1960-00
CRM-PE: 24.948~~



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco

HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO



PERNAMBUCO
GOVERNO DO ESTADO

Paciente

Enfermaria/Leito

Registro

Souza, Maria do Rosário

1630981

EVOLUÇÃO CLÍNICA

Traumatologista

03:10h 23/04/2018

Paciente submetido à TTO cirúrgica de fratura fechada de diáfise de fêmur D com realização de lavagem + colocação de fixador externo tubo-a-tubo + sutura e drenagem de ferimento e pele D. Procedimento ocorreu sem complicações.

Med:

1 - Ao 6º morn. APÓS min 02 se

2 - à SR

3 - VIDA Prescríps

4 - à D.8 POSI. GRJ.

Thiago A. Ferraz
Médico
CRM: 24519

23.04.18

SIRDA

POI tbc cirúrgica de FX Fêmur D, adiu. à 3:30h proced. SO. CGReg. corse-orientado, após adiu. máis conciliação sono, RE em ar ambiente AV. pt HD7, cftm, memotuna, eufemíce, cftm, corado, hidrotodo, desto VO, ruitelo SUD, ptx com mobilidade de prejudicada, fc mid cl uniativo clavicular + fx odoi exfemo. Segue nos guindados

St. 2018
SIRDA
12/04/2018



NOME: SEVERINA MARIA DE AZEVEDO DA SILVA.

PRONTUÁRIO: 1630981

SEXO: Feminino

DATA NASC: 25/05/1938

DATA/HORA: 24/04/2018 09:08

ATENDIMENTO: 963271

Leito 603-L2

EVOLUÇÃO CLÍNICA

Data: 24/04/2018

Hora: 09:02

TRAUMATOLOGIA

1630981

NASC 25/05/1938

PACIENTE VITIMA DE ATROPELAMENTO POR MOTO, REFERE AMNESIA DO FATO.
NO MOMENTO SEM ACOMPANHANTE MAL INFORMANTE, REFERE DEAMBULAR., FAZER ATIVIDADES DIARIAS.
IMAGEM COM IMAGEM DE FRATURA EXPOSTA DE FEMUR D.

AO EXAME CONSCIENTE ORIENTADO
MID COM FIXADOR EXTERNO TRANSARTICULAR

- CD 1 SOLICITO PRE OP
- 2 FACO PRESCRIÇÃO
- 3 SUPORTE CLINICO

Dr. Rafael Vieira
Médico
CRM-PE 26.285



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco



HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO

PERNAMBUCO
GOVERNO DO ESTADO

Paciente

Severina M. de Aguiar

Enfermaria/Leito

60312

Registro

EVOLUÇÃO CLÍNICA

25/04/2018 - Fisioterapia Motora

Paciente encontrada no leito consentente, orientada, consciente e pouca colaborativa. Na avaliação foi verificado edema em tornozelos, pés e MSE. Foram realizadas mobilizações nos antebraços, metatarsos e tornozelos e paciente realizou exercícios ativos de dorsiflexão e flexão-plantar de tornozelos.

BEATRIZ XAVIER
Fisioterapeuta
CREFITO 114798-F

Severina Maria da

Agendado

EVOLUÇÃO CLÍNICA

26/04/18 # 10:40 # Traumatologista

- * Paciente vítima de acidente / atropelamento no dia 22/04 (domingo). com fratura exposta em diáfise de fêmur (1). uso de fixadores externos, coloquais no dia 23/04/18.
- * CO: (1) Intervenção cirúrgica (vide descrição)
 (2) IR
 (3) Ao 6º onda após SR.

Edmundo A. Ferreira
 Médico
 CRM-PE 22319
 U x Dr. Rekabet +
 Dr. Sander +
 Dr. Gómez

26/04/18 # SRPA # Administra # 11:50 - Paciente em P.OI de teto de natureza exposta em diáfise de fêmur (1). Consiente, orientada, empneuca (ar ambiente), Ap. brilhante cinética. $\text{SPO}_2 = 100\%$; FC = 87 bpm. AVP em MSE. PO em M10 sem sinal de sangramento. *Já noite*

Mônica Maria Nascimento
 Enfermeira
 COREN-PE 69185

26/04/18, 13:15# # SRPA

* Recebi a paciente, em P.OI, nessa SRP, às 11h 45 min, às 10:50h EOB, Rensay 3, eurélio, $\text{SPO}_2 = 97\%$. Crn 3 min.

* Às 13:10, EOB Rensay 02, hipotensão 214x80 (anemia crônica, IR de congelamento da equipe avançada), sem ondas. $\text{SPO}_2 = 97\% - 98\%$, tufos. AVP 10 e BNP 5h, MMG 04h SI em cintura de FO sem sinais de sangramento. NEGI. $\text{BPCO} \times 10 \sim \text{PA} = 170 \times 90 \text{ mmHg}$.

* CO: ① Administrar cloridrato Vc, já prescrita SIN.

② ALTA DA SRPA. A respectiva enfermeira.

Samy Scherb Steinberg
 Médico
 NO3 CRM-PE 18873

COD. 0123



É: SEVERINA MARIA DE AZEVEDO DA SILVA

PRONTUÁRIO: 1630981

SEXO: Feminino

DATA NASC: 25/05/1938

DATA/HORA: 26/04/2018 15:38

ATENDIMENTO: 963271

Leito 603-L2

EVOLUÇÃO CLÍNICA

Data: 26/04/2018

Hora: 15:33

TRAUMATOLOGIA
1630981
NASC 25/05/1938

- PACIENTE VITIMA DE ATROPELAMENTO POR MOTO, REFERE AMNESIA DO FATO.
NO MOMENTO SEM ACOMPANHANTE MAL INFORMANTE, REFERE DEAMBULAR, FAZER ATIVIDADES DIARIAS.
- IMAGEM COM IMAGEM DE FRATURA EXPOSTA DE FEMUR D
REALIZADO PROCEDIMENTO CIRURGICO 26/04 DR REINALDO MENDES

AO EXAME CONSCIENTE ORIENTADO
CURATIVO EM REGIAO DE FO

CD 1 RODO ESQUEMA ANTIBIOTICO PARA CEFTRIAXONA / CIPRO (de 30 dia de cura)
2 SUPORTE CLINICO

Dr. Rafael Vieira
Médico
CRM-PE 26.295

27.04.08
CURATIVO
[Signature]



NOME: SEVERINA MARIA DE AZEVEDO DA SILVA

PRONTUÁRIO: 1630981

SEXO: Feminino

DATA NASC: 25/05/1938

DATA/HORA: 27/04/2018 13:55

ATENDIMENTO: 963271

Leito 603-L2

Evolução Clínica

Data: 27/04/2018

Hora: 13:55

TRAUMATOLOGIA

1630981

NASC 25/05/1938

2 DPO TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FEMUR DISTAL

PACIENTE VITIMA DE ATROPELAMENTO POR MOTO, REFERE AMNESIA DO FATO.

NO MOMENTO SEM ACOMPANHANTE MAL INFORMANTE, REFERE DEAMBULAR, FAZER ATIVIDADES DIARIAS.

IMAGEM COM IMAGEM DE FRATURA EXPOSTA DE FEMUR D

REALIZADO PROCEDIMENTO CIRÚRGICO 26/04 DR REINALDO MENDES

O EXAME CONSCIENTE ORIENTADO
CURATIVO EM REGIAO DE FO

CD 1 SOLICITO RAIOS X POS OP
2 SEGUIMENTO CLINICO

Rafael Vieira
Médico
CRM-PE 26.236

27/04/2018 - Fisioterapia Motora

Foram realizadas mobilizações de antebraço, metatarsos e tornozelos. Paciente realizou exercícios ativo de alongamentos e flexões. Foi realizada elevação ativa de ombros e flexões de braços. Foi realizada extensão de quadril e flexão de tornozelos. Foi realizada extensão de joelhos e flexão de quadril.

BEATRIZ XAVIER
Fisioterapeuta
CREFITO 114798-F



NOME: SEVERINA MARIA DE AZEVEDO DA SILVA

PRONTUÁRIO: 1630981

SEXO: Feminino

DATA NASC: 25/05/1938

DATA/HORA: 29/04/2018 06:12

ATENDIMENTO: 963271

Leito 603-L2

EVOLUÇÃO CLÍNICA

Data: 29/04/2018

Hora: 06:12

TRAUMATOLOGIA
1630981
NASC 25/05/1938
2 DPO TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FEMUR DISTAL

PACIENTE VITIMA DE ATROPELAMENTO POR MOTO, REFERE AMNESIA DO FATO.
NO MOMENTO SEM ACOMPANHANTE MAL INFORMANTE, REFERE DEAMBULAR, FAZER ATIVIDADES DIARIAS.
IMAGEM COM IMAGEM DE FRATURA EXPOSTA DE FEMUR D
REALIZADO PROCEDIMENTO CIRÚRGICO 26/04 DR REINALDO MENDES

AO EXAME CONSCIENTE ORIENTADO
CURATIVO EM REGIAO DE FO

CD 1 SEGUIMENTO CLINICO

Luan Antunes Martins Macedo
Ortopedia / Traumatologia
CREMESP : 26469

30/04/18
CURATIVO
Juhani



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco

HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO



PERNAMBUCO
GOVERNO DO ESTADO

Paciente

Enfermaria/Leito

Registro

Suzana M. de Souza

EVOLUÇÃO CLÍNICA

23/04/18 ~~#work~~

pt: vítima de Acidente Automobilístico
(Colisão lateral por mto)
EGD: expandida, hidratada.
ECG: ST elevado, sem dilações
Tomo de tórax sem lesões NOR
Tomo de Coluna Cervical evidencia fratura
cervical discretamente diminuído, reforçado
la lâmina cervical, sem osteoporose
cística.

24:- alta da UGR (Pedir lazer x haver
tempo para o exame neurológico)
- acompanhamento no ambulatório
de Coluna após a alta hospitalar

24/04/18

CURATIVO

Rita.

01/05/18
CURATIVO
Rita

25/04/18

Realizado curativo.

Rita



RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

Unidade de Saúde : HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO

Paciente :	Jesuino M - Aguiar		Nº do Registro :	163 0981
Clinica :	Tulio Góes		Nº do Leito :	
Operador :	Dr. Aphel + Dr. Maravatow			
1º Assistente :	Dr. Isaque	2º Assistente :		
Instrumentador :			Anestesista :	Dr. Hilda Rego
Anestesia :	Bupivacaina.		Duração :	9 min
Data da Operação :	23/04/18	Início :	Fim :	
Diagnóstico Pré-Operatório :	Fractura fechada do Femur (1) + Fractura aberta do Femur (1) + Fractura aberta do Tíbia (1) + Fractura aberta do Tíbia (1)			
Diagnóstico Pós-Operatório :				
Operação Proposta :	TO (trânsito) de Fract. Fechada Femur (1) + + Fractura aberta do Femur (1) + Fractura aberta do Tíbia (1) + Fractura aberta do Tíbia (1)			
Operação Realizada :	TO Femur (1) + Tíbia (1)			

DESCRIÇÃO DO ATO OPERATÓRIO

- ① TO em ODM, sob ejeção Arterial.
- ② Aspiração + Antissepsia + Exponição da lesão articular.
- ③ Redução Femoral por 1/3 distal da Femur (1) anteromedial
+ Femur, + Femur = 1 cm em avanço (1) + Femur = 7 cm Femur (1).
- ④ Incisão lateral da Cox + Aspiração por placa + Absortivo +
Exponição da face de Fratura + Bullet + Limpideza
g SFC 91. (10.000 ml)
- ⑤ Fratura da Fratura do Femur (1) g Fratura tubular
Transtornos da articulação (1)
- ⑥ Bullet + higiene da Fratura + Fratura.
- ⑦ Cintura

Hospital Regional V. da Cruz
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PE 22339



RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

Unidade de Saúde : HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO

Paciente : <i>Janaina Maria da Cunha</i>	Nº do Registro : <i>1630981</i>
--	---------------------------------

Clinica : <i>Arcoverde</i>	Nº do Leito :
----------------------------	---------------

Operador : <i>Dr. Reinaldo Marques + Dr. K. Moraes</i>	
--	--

1º Assistente : <i>Dr. André Góis</i>	2º Assistente : <i>Dr. Sérgio Lacerda</i>
---------------------------------------	---

Instrumentador :	Anestesista : <i>Dr. Lemos e Dr. Góis</i>
------------------	---

Anestesia :	Duração :
-------------	-----------

Data da Operação : <i>26/04/18</i>	Início :	Fim :
------------------------------------	----------	-------

Diagnóstico Pré-Operatório : *Fratura de fêmur aberto fechado*

Diagnóstico Pós-Operatório : *Fratura fechada*

Operação Proposta : *Tomou o limpo de fratura de fêmur fechado*

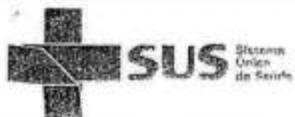
Operação Realizada : *A mesma*

DESCRIÇÃO DO ATO OPERATÓRIO *① Fazendo colocadas em ORTH e SOS anestesia*

② Acessa e extraiem ③ Recuperação de partes moles ④ Iniciado em 1/3 da face interna da lesão óssea + deslocado por anel + menisco ⑤ Gravidez de 60 min e fêmur aberto com morticorm e fixação ⑥ Colocadas as ossos deslocados ⑦ Desligamento de fícias OCS/14 fícias de fôs osseos removidos permanecendo ⑧ Fim de operação com ferida aberta e parafuso de fixação proximal, distal, distal e 4 parafusos corticais fôs osseos. ⑨ União de 80% + revisão em 6 meses ⑩ Sutura de ferida ⑪ Curativo profissional.

OBS: Procedimento realizado com rapidez

G. L. M. / Ortopedia e Traumatologia / CRM-PE: 26.524



LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO (S) ESPECIAL (S)



Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE Hospital da Restauração	2 - CNES 0000655
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE	4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE SOUZA M AUA	6 - Nº DO PRONTUÁRIO 962955
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)	8 - DATA DE NASCIMENTO
9 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL	10 - TELEFONE DE CONTATO
11 - ENDEREÇO DE RESIDÊNCIA	12 - TELEFONE DE CONTATO

SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO (S) ESPECIAL (S)

13 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL TAC D^o abdômico S/c + TAC D^o Tórax S/c	14 - CÓD. PROCEDIMENTO QTDE 09
15 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL TAC D^o Abd C/s + TAC D^o Tórax S/c	16 - CÓD. PROCEDIMENTO QTDE 09
17 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	18 - CÓD. PROCEDIMENTO QTDE
19 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	20 - CÓD. PROCEDIMENTO QTDE
21 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	22 - CÓD. PROCEDIMENTO QTDE

JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

Paciente com fraturas expostas em braço e na perna, apresenta dor abdominal à palpação; apreseta constipação.

23 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE Igor José Caetano L W-A.	PROFISSIONAL SOLICITANTE	24 - DATA DA SOLICITAÇÃO 22/04/2018
--	--------------------------	---

25 - Nº DOCUMENTO (CNS / CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE 081.731.754.62	26 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO E CONSELHO)  CRM-PE 24.256
--	--

27 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR TOMOGRAFIA - HR	AUTORIZAÇÃO 22/04/18 TAC Realizada: () Sim () Não	28 - DATA DA AUTORIZAÇÃO / /
---	---	--

29 - Nº DOCUMENTO (CNS / CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE Assinatura e Carimbo:	30 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO E CONSELHO) () Sim () Não
---	---

Cod. 0421



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO

RECEITUÁRIO MÉDICO PERNAMBUCO
GOVERNO DO ESTADO

Paciente:

Severino Lacerda

Registro:

Clinica:

AZUARDO SICK

Box/Leito/Enfermaria:

LEDO

Serviço de Pronto-
atendimento
Dinheiro + 8 reais
desconto 10%
Carimbado

ED 3724..

20/03/2010

Francisco de Freitas B. Filho
Ortopedia / Traumatologista
CRM: 9372

Data: ___/___/___

Ass. Carimbo/Médico/CREMEPE

COD. 0340



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco

HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO



RECEITUÁRIO MÉDICO PERNAMBUCO

SEVERO DO ESTADO

Paciente:

Severino Ferreira

Registro:

Clinica:

Azougue D. S. L.

Box/Leito/Enfermaria:

Relato contado
de seguida pelo paciente
a Professora seu
mãe e eu no dia 28/03/19
com grande expectativa.

Carimbo - 219.
M. 21.7.

22/03/19

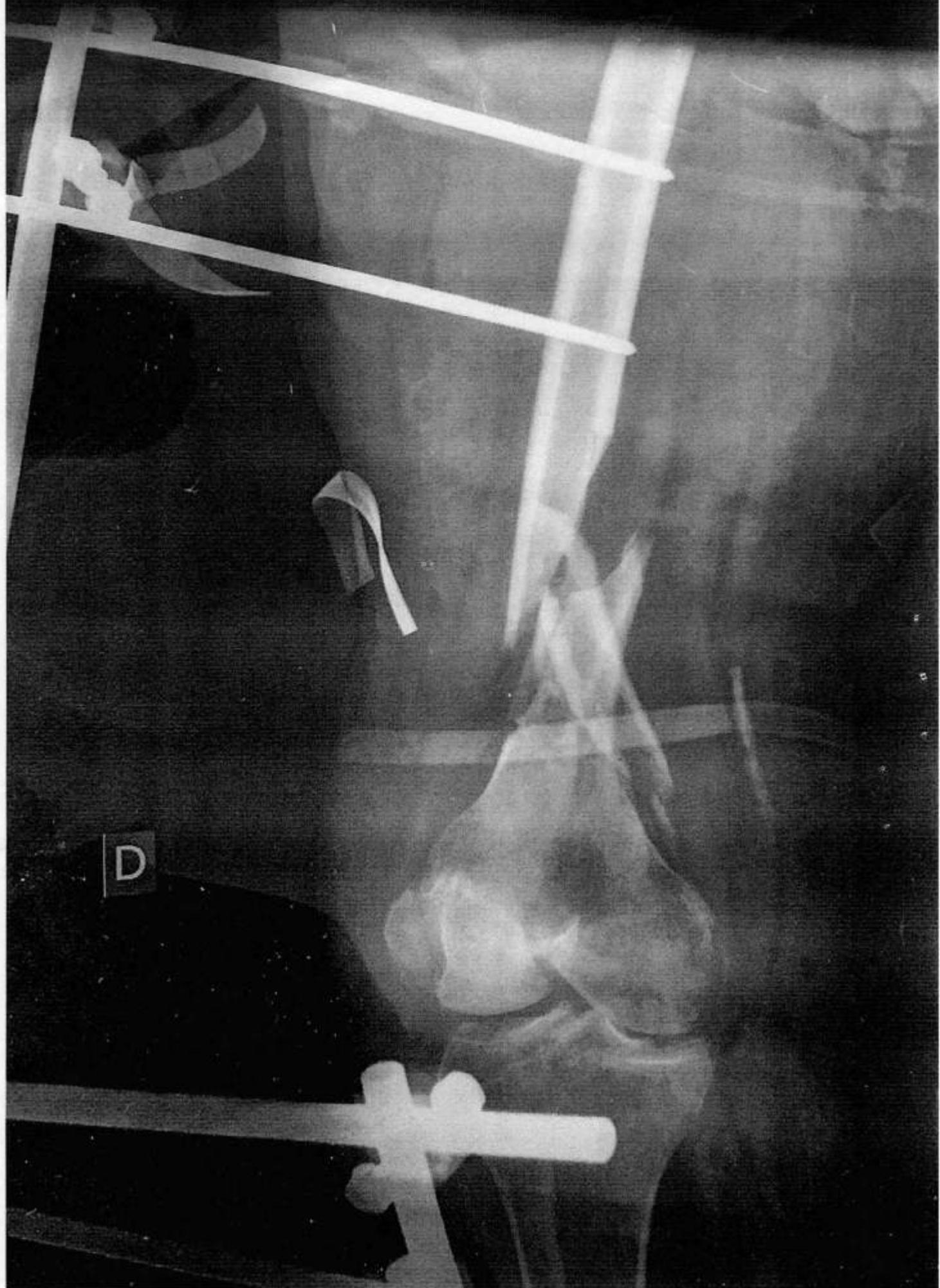
Francisco Alves Filho
CRM 111

Data: 1/1

Ass. Carimbo/Médico/CREMEPE

COD. 0340





Nome: SEVERINA MARIA AZEVEDO DA SILVA
Dt. Nasc.: 25/05/38 - 80 ano (s)
Sexo: Feminino Mãe: MARIA NOEMIA DA SILVA Fone: 81986457540
Endereço: LUZ DA, nº 1182, SANTO ALEIXO, JABOATÃO DOS GUARARAPES - PE
Data/hora: 20/06/2018 - 09:55
Nº pág.: 1/1

CONSULTA MÉDICA

ANAMNESE:

NAO RESPONDEU AO CHAMADO AS 9H57MIN

VITIMA DE ATROPELAMENTO POR MOTOCICLETA HA 2 MESS, SUBMETIDA A TRATAMENTO CIRURGICO NO HOSPITAL DA ERSTAURAÇÃO.
REFERE DOR EM OMBRO ESQUERDO

EXAME FÍSICO:

Peso: Altura:
PA: x mmHg HGT: mg/dL
LAC OMBRO ESQUERDO

IMC: ()

Temperatura: °

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:

S431 - Luxação da articulação acromioclavicular]

Resultados de Exames:

RX- LAC OMBRO ESQUERDO

Evolução do paciente:

AO AMBULATORIO PARA PROGRAMACAO CIRURGICA

Dr. ANDRE ALENCAR BARBOSA PALITOT
CRM: 16457

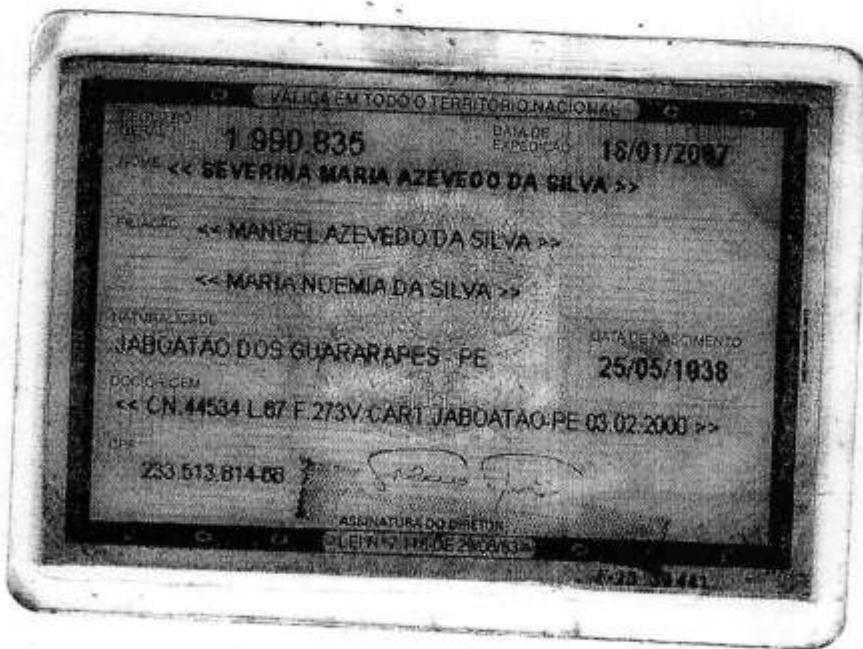
Rua Leonardo da Vince, nº 68, Curado II
CEP: 54220-000 - Jaboatão dos Guararapes/PE
Contato: (81) 3184-4465

EXCELSIOR SEGUROS
15 MAIO 2019
SEGURO DPVAT

Este documento foi assinado digitalmente, conforme Medida Provisória Nº 2.200-2 de 24/08/2001.
Nome do profissional: ANDRE ALENCAR BARBOSA PALITOT, CRM: 16457. Data e Hora: 20/06/2018 11:03:39.

Vince, nº 68, Curado II CEP: 54220-000 - Jaboatão dos Guararapes/PE
Contato: (81) 3184-4465

Rua Leonardo da



EXCELSIOR SEGUROS
15 MAIO 2019
SEGURÓ DPVAT

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DESENVOLVIMENTO SOCIAL
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO, DOCUMENTAÇÃO E REGISTRO

E-01

Nº 2.503.654 09.09.2005
SILVANA MENDES FERREIRA RODRIGUES
Pessoas
Manoel Mendes Ferreira
Maria do Carmo Mendes Ferreira
NASCIMENTO DATA DE Nascimento
Jaboatão-PE 11.01.1963
C.C.1139 L.02-B-AUX. F.202V Caxx. Jaboatão-PF
351.704.924-72



EXCELSIOR SEGUROS
15 MAIO 2019
SEGURO DPVAT



MINISTÉRIO DA FAZENDA

Receita Federal
Cadastro de Pessoas Físicas

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

351.704.924-72
Número

Nome

SILVANA MENDES FERREIRA RODRIGUES

Nascimento
11/01/1963

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA Silvana Maria Agueda da SilvaDATA DO ACIDENTE 02/04/18 CPF DA VÍTIMA _____

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO _____

QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR VÍTIMA REPRESENTANTE LEGAL, CUI PARANTEESCO COM

A VÍTIMA É _____

ENDERECO DO PORTADOR _____

Nº _____ COMPLEMENTO _____ CIDADE _____ UF _____ BAIRRO _____

E-MAIL _____ TELFONE (_____) 3481 3815

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

 REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL) CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL) NA IMPSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML (ORIGINAL) ASSINADA PELA VÍTIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE COMPROVE A ASSISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL) AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE COMPROVEM 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 CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MÉIOR DE 0 A 15 ANOS. PODE SER PAI OU MÃE

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

 VALORES DE INDENIZAÇÃO • MORTE = R\$ 13.500,00 • INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R\$ 13.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.514/74. • 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 FORMULARIO

PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSE [WWW.DPVATSEGURODETRANSITO.COM.BR](http://www.dpvatsegurodetransito.com.br) OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

 CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MÉIOR DE 0 A 15 ANOS. PODE SER PAI OU MÃE

EXCELSIOR SEGUROS
15 MAIO 2019

SEGURO DPVAT

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA 16/05/19

IDENTIDADE

NOME Qd.ASSINATURA Silvana

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA 16/05/19

NOME

ASSINATURA



EXCELSIOR SEGUROS
15 MAIO 2019
SEGURO DPVAT



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
CARTÓRIO JUVENILE LYRA

Rua Manoel Conrado, 441 – Cavaleiro – Jaboatão dos Guararapes – PE

Cavaleiro 3º Distrito Jaboatão dos Guararapes

Juvenile Prazeres de Almeida Lyra
1º Nadja Mary A. L. Valença
2º Mauricéa Lopes da Silva
Kátia M. A. Lyra E sua
Escrevente e Autorizada

JUVENILE PRAZERES DE ALMEIDA LYRA

Oficial do Reg. Civil de Cavaleiro, em virtude da Lei.

Nadja Mary Valença - Mauricéa L. da Silva
(Substitutas)

Kátia Maria A. L. da Silva
(Escrevente)

TRASLADO 1º

Livro nº 153

Fls. 42 v

PROCURAÇÃO BASTANTE QUE FAZ (EM): **SEVERINA MARIA AZEVEDO DA SILVA**, brasileira, solteira, do lar, alfabetizada.

S A I B A M quantos este público instrumento de Procuração bastante virem que, no ano de 2018, aos 11 dias do mês de junho; nesta cidade de Jaboatão dos Guararapes Estado de Pernambuco, República Federativa do Brasil, em meu Cartório compareceu(ram) como Outorgante(s): **SEVERINA MARIA AZEVEDO DA SILVA**, residente na Rua Estrada da Luz nº 1182, bairro de santo Aleixo, cidade de Jaboatão dos Guararapes/PE, com carteira de Identidade RG nº 1.990.836-SDS-PE, CPF Nº 233.513.814-68.

Reconhecido(s) pelo(s) próprio(s) de mim, Tabeliã e das testemunhas adiante assinadas perante as quais pelo(s) mesmo(s) Outorgante(s) foi dito que, por este público instrumento e nos termos direitos, nomeia(am) e constitui(em) seu(s) bastante(s) Procurador(a): **SILVANA MENDES FERREIRA RODRIGUES**, brasileira, casada, do lar, residente no mesmo endereço da outorgante, com cédula de Identidade nº 2.503.654-SDS-PE, CPF Nº 351.704.924-72; a quem confere os mais amplos e gerais poderes para aonde com esta se apresentar resolver todo e qualquer assunto de interesse da outorgante naquilo que lhe aprovou, podendo para tanto representar perante as repartições públicas, Federais, Estaduais, Municipais e autárquicas, seguradoras em gerais, INSS, Bancos públicos ou privados, hospitais, UPAS, Caixa Econômica Federal, em qualquer agencia autorizada, para recebimento de benefício ou qualquer outra vantagem que a outorgante tenha direito a receber, podendo assim dita procuradora dar entrada em seguro DPVAT, na qual a outorgante foi vitima de acidente no dia 22/04/2018, podendo dita procuradora resolver e se responsabilizar por ela outorgante, assinar todos os documentos, que se faça necessário receber importância, dar e receber quitação, representar a outorgante em Instituições Bancárias, pré determinada pelo dito seguro, podendo abrir contas corrente e/ou poupança em qualquer agencia bancária, fazendo qualquer movimentação bancária, requerer cartões magnéticos e eletrônicos, digitar senha, altera-las, solicitar, receber e usar cartões, digitar senha perante os bancos credenciado, enfim tudo requerer, receber, assinar, prestar esclarecimentos, solicitar documentos, apresentar provas, solicitar laudos em upa e hospitais, unidades de saúde, enfim praticar todos os atos necessários para o fiel cumprimento deste mandato. Inclusive substabelecer. E, como assim o disse lavrei a presente que vai assinada por ela outorgante e as testemunhas: Edla Maria de Oliveira Sena e Silvinha Mendes Ferreira. Eu, Mauricéa Lopes da Silva escrevente o escrevi. Subscrevo e assino a oficial Juvenile Prazeres de Almeida Lyra. as) Severina Maria Azevedo da Silva, as) Edla Maria de Oliveira Sena, as) Silvinha Mendes Ferreira. Confere com o original, dou fé.

SUBSCREVO E ASSINO
Cavaleiro 11 de 06 de 2018
Em Testemunho Mauricéa Lopes da Silva verdade
Nadja Valenç
sun

Tribunal de Justiça de Pernambuco
Procuração ou substabelecimento com poderes gerais
Selo Digital 0074435.FVK05201801.01915
Emitido em 11/06/2018 15:58:00
Consulte a autenticidade do selo em
www.tjpe.jus.br/selodigital

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0163551/19

Vítima: SEVERINA MARIA AZEVEDO DA SILVA

CPF: 233.513.814-68

CPF de: Próprio

Data do acidente: 22/04/2018

Titular do CPF: SEVERINA MARIA AZEVEDO DA SILVA

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

SILVANA MENDES FERREIRA RODRIGUES : 351.704.924-72

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

SEVERINA MARIA AZEVEDO DA SILVA : 233.513.814-68

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- 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.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 15/05/2019
Nome: SILVANA MENDES FERREIRA RODRIGUES
CPF: 351.704.924-72

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 15/05/2019
Nome: RAIANNE SILVA BARBOSA
CPF: 102.869.074-61

SILVANA MENDES FERREIRA RODRIGUES

RAIANNE SILVA BARBOSA

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190326023 **Cidade:** Jaboatão dos Guararapes **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: SEVERINA MARIA AZEVEDO DA SILVA **Data do acidente:** 22/04/2018 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: fratura exposta de femur direito diafisário, luxação acromio clavicular esquerda

Descrição do exame físico: Vítima com consolidação viciosa da fratura de femur, rotação externa do membro, encurtamento, deficit de força grau médio, dificuldade na deambulação (++-+ + +), presença de cicatriz local. Apresenta instabilidade articular do ombro esquerdo, com flexão a 60 graus, abdução a 70 graus, deficit de força grave

Resultados terapêuticos: Tratado cirurgicamente com fixador externo no membro inferior direito, imobilização no ombro esquerdo, evoluindo sem complicações.
Fez fisioterapia.
Alta há cerca de 2 meses

Sequelas permanentes: Deficit funcional moderado(50%) em membro inferior direito
Deficit funcional severo (75%) em ombro esquerdo

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 30/05/2019

Conduta mantida:

Observações: O exame físico descrito demonstrou que após a consolidação das lesões ocorridas no trauma e o término do tratamento, há um quadro sequelar caracterizado por restrição dos movimentos habituais em membro inferior direito e ombro esquerdo, portanto mantemos a conduta do médico examinador.

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
Perda completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau intenso - 75 %	18,75%	R\$ 2.531,25
Total			53,75 %	R\$ 7.256,25

**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e
Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas de Seguro DPVAT**

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Número do Sinistro: 3190326023

Nome do(a) Examinado(a): SEVERINA MARIA AZEVEDO DA SILVA

Endereço do(a) Examinado(a): Estrada da Luz, 1182 - Jaboatão dos Guararapes/PE - CEP 54120-046

Identificação - Orgão Emissor/UF/Número : 1990835 - sds pe - 18/01/2007

Data e Local do Acidente : 22/04/2018 - JABOATAO DOS GUARARAPES/PE

Data e Local do Exame : 30/05/2019 AVENIDA GOVERNADOR AGAMENON MAGALHÃES, 2615 - SALA 507 - RECIFE/PE - CEP 52021-170

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva o(s) diagnóstico(s) das lesões efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado.

Fratura exposta de femur direito diafisário, luxação acromio clavicular esquerda

II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.

Tratado cirurgicamente com fixador externo no membro inferior direito, imobilização no ombro esquerdo, evoluindo sem complicações.

Fez fisioterapia.

Alta há cerca de 2 meses.

III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado.

Vítima com consolidação viciosa da fratura de femur, rotação externa do membro, encurtamento, deficit de força grau medio, dificuldade na deambulação (++-++++)+, presença de cicatriz local. Apresenta instabilidade articular do ombro esquerdo, com flexão a 60 graus, abdução a 70 graus, deficit de força grave.

IV. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente trânsito e comprovadas na documentação apresentada? [X] Sim [] Não

V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a qualquer medida terapêutica)? [X] Sim [] Não

VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:

limitação de grau medio do membro inferior direito, com consolidação viciosa, rotação externa do membro, encurtamento, grave de ombro esquerdo, com instabilidade articular.

VII. Segundo previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).

- | | |
|--|---|
| () “Vítima em tratamento” Esta avaliação médica deve ser repetida em _____ dias | Vide motivo do impedimento no campo das observações |
| | () “Sem sequela permanente” (Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica) |

b) Havendo dano corporal segmentar, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal membro inferior direito	Região Corporal ombro esquerdo
% do Dano () 10% residual () 25% leve (X) 50% médio () 75% intensa () 100% completo	% do Dano () 10% residual () 25% leve () 50% médio (X) 75% intensa () 100% completo
Região Corporal	Região Corporal
_____	_____
% do Dano () 10% residual () 25% leve () 50% médio () 75% intensa () 100% completo	% do Dano () 10% residual () 25% leve () 50% médio () 75% intensa () 100% completo

VIII.* Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou a valoração do dano corporal.



LEONARDO DE FARIA NEVES CRM : 17742 / UF :PE