

---

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

Rio de Janeiro, 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



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

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



# 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: **233.513.814-68** Nome completo da vítima: **SEVERINA MARIA AZEVEDO 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 AZEVEDO DA SILVA** CPF: **233.513.814-68**  
Profissão: **Recusou** Endereço: **Estrada 24 Luz** Número: **1182** Complemento: **4**  
Bairro: **Santo Aleixo** Cidade: **34304-45 JOS GUARARAPES** Estado: **30** CEP: **54120-046**  
E-mail: \_\_\_\_\_ Tel. (DDD): \_\_\_\_\_

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

## RENDAS CADASTRAIS

☒ 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 OPÇÃO 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) (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: **2140**  CONTA: **51663** **5**  
(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 me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder 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) ☐ Divorçado ☐ 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 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.

Impressão  
digital da  
vítima ou  
beneficiário  
não alfabetizado

Local e Data, **34304-45 24.04.19**  
Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_

(\*) Assinatura de quem assina A ROGO

**Severina Maria Azevedo da Silva**  
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

## 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 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**  
**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 Nº. **18E0110003234**

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

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

Fato ocorrido no endereço: **ESTRADA ESTRADA DA LUZ, 01 - Bairro: CASCATA - JABOATÃO DOS GUARARAPES/PERNAMBUCO/BRASIL**

Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

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

Policia Civil de Pernambuco  
Delegacia de Policia da 20ª Circunscrição

Jaboatão 04.10.18

*[Assinatura]*

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: JABOATÃO 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 - JABOATÃO 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: JABOATÃO 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 - JABOATÃO 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 RESTAURACAO COM FRATURA DO FEMUR DIREITO.**

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

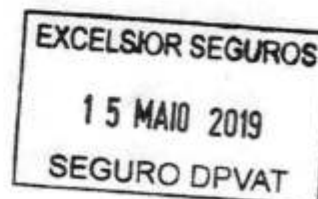
*Silvana Mendes Ferreira Rodrigues*  
**SILVANA MENDES FERREIRA RODRIGUES**  
**(NOTICIANTE)**

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

Polícia Civil de Pernambuco  
Delegacia de Polícia da 20ª Circunscrição

Jaboatão 04, 10 de 18

*JB* 22 10 18





# 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: **233.513.814-68** Nome completo da vítima: **SEVERINA MARIA AZEVEDO 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 AZEVEDO DA SILVA** CPF: **233.513.814-68**  
Profissão: **Recusou** Endereço: **Estrada 24 Luz** Número: **1182** Complemento: **4**  
Bairro: **Santo Aleixo** Cidade: **34304-45 JOS GUARARAPES** Estado: **30** CEP: **54120-046**  
E-mail: \_\_\_\_\_ Tel. (DDD): \_\_\_\_\_

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

**RENTA 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 OPÇÃO 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:   AGÊNCIA: **2140**  CONTA: **51663** **5**  
(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 me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder 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) ☐ Divorçado ☐ 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 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.

Impressão  
digital da  
vítima ou  
beneficiário  
não alfabetizado

Local e Data, **34304-45 24.04.19**  
Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_

(\*) Assinatura de quem assina A ROGO

**Severina Maria Azevedo da Silva**  
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

**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 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**  
**SEGURO 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 a  
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 de  
luz Próximo a escola Henriqueta 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 358.255 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: 000000051663-5

Nr. Autenticação

BRDESCO070620190500000000023702140000000051663725625 PAGO

## 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



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

## DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

DESCRIÇÃO	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 IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
310,28	29,00	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

	MAI 19	ABR 19	MAR 19	FEV 19	JAN 19	DEZ 18	NOV 18	OUT 18	SET 18	AGO 18	JUL 18	JUN 18	MAI 18
Consumo Ativo(kWh)	403	362	427	482	480	465	482	370	391	342	356	459	448

## COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

	R\$	%
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	97,63	31,53
Perdas de Energia	20,69	6,67
TOTAL	310,28	100

## 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

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

## 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	9,00	0,00
DICRI-Duração de Interrupção em dia crítico					Limite 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% (Res414/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	MAXIMO
220	202	231
AUTENTICAÇÃO MECÂNICA		

## DESTAQUE AQUI

## 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



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

## DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

DESCRIÇÃO	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

EXCELSIOR SEGUROS

15 MAIO 2019

SEGURO DPVAT

## Tarifas Aplicadas

Consumo Ativo(kWh) 0,52618833

## HISTÓRICO DO CONSUMO

		kWh
MAI 19		403
ABR 19		362
MAR 19		427
FEV 19		482
JAN 19		480
DEZ 18		465
NOV 18		482
OUT 18		370
SET 18		391
AGO 18		342
JUL 18		358
JUN 18		459
MAI 18		448

## COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

	R\$	%
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	97,83	31,33
Perdas de Energia	20,89	6,67
TOTAL	310,28	100

## INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS

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

## DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

NÚMERO DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR		ATUAL		Nº DEAS	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

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

## 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	9,09	9,00
DICRI-Duração de interrupção em dia crítico					Limite DICRI: 12,22
EUSD-Valor do Encargo de Uso = R\$ 112,59					
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%(Res414/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	231

## AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

DESTAQUE AQUI

Para mais esclarecimentos, acesse o site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br) ou entre em contato através de um dos números abaixo:

**Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)**  
Capitais e regiões metropolitanas: 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 SUSEP<sup>1</sup> nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

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

<sup>1</sup> SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. <sup>2</sup> CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Silvana Mendes Ferreira Rodrigues  
inscrito (a) no CPF/CNPJ 351 704 924 / 72 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário  
Serestina Maria Azeredo da Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 233.513.814 68  
do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Serestina Maria Azeredo 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 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>Estrada da Lury</u>	Número: <u>1182</u>	Complemento: _____
Bairro: <u>Santo Aleixo</u>	Cidade: <u>Salvador dos Guaranyes</u>	Estado: <u>PE</u>
E-mail: _____	CEP: <u>54120 046</u>	Tel.(DDD): _____

Local e Data: Salvador 24/04/2019

Silvana Mendes Ferreira Rodrigues  
Assinatura do Declarante

### FICHA DE ESCLARECIMENTO

NOME: SEVERINA MARTA DE ALMEIDA MACIEL	PRONTUÁRIO: 1330981	ATENDIMENTO: 00963271
DATA DE NASCIMENTO: 25/05/1938	FOI ATENDIDO EM: 22/04/2018 ÀS 21:35	
	DATA DA ALTA: 30/04/2018 ÀS 15:13	

**Diagnóstico Provável:**

PACIENTE VITIMA DE ATROPELAMENTO POR MOTO, APRESENTANDO FRATURA EXPOSTA DE FEMUR D CID S.82

**Tratamento Realizado:**

TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA EXPOSTA FEMUR D

**Observação:**

DEVE SE AFASTAR SUAS ATIVIDADES DURANTE 30 TRINTA DIAS  
PRESCREVO ATB + ANALGESIA

**Encaminhado para:**

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

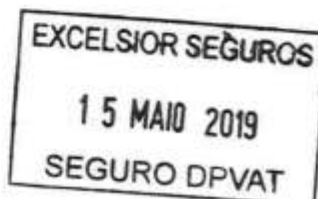
*Dr. Rafael Vieira*  
Médico  
CRM-PE 26.285

LUAN ANTUNES 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 04/2002 do Ministério Público do Estado de Pernambuco.









(4) So weiter enveloppen die 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 ATROPLEMANTO POR MOTO HÁ 2H NEGA INCOSNCIÊNCIA E VÔMITO, APRESENTA FERIMENTO EM SUPERCILIO DIR + FRATURA FECHADA EM MSE + FRATURA EXPOSTA EM MID

Observação:

Fluxograma sintoma: TRAUMA MAIOR

Discriminador(es): - MECANISMO DE TRAUMA SIGNIFICATIVO?

Especialidade: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Alergia(s):

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

Acolhido(a) por: FABIANA GOMES DA SILVA COELHO  
Data: 22/04/2018 21:25





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)

Nº 052020

1º Via Fixa

Hospital H.L. Convênio: \_\_\_\_\_ Cidade: \_\_\_\_\_  
Nome do Paciente: José Maria de Aguiar Data da Cirurgia: 23/04/18  
Médico: 1630981 Membro Operado: \_\_\_\_\_

MATERIAL	ESPECIFICAÇÃO	QUANT.	LOTE
1) Fixador tub-a-tub	01		

Indicação para uso em  
Ortopedia / Traumatologia  
CREMOPRE 24207

PARAFUSOS CORTICAIS	Nº				
	QUANT.				
	LOTE				
PARAFUSOS DE BLOQUEIO	Nº				
	QUANT.				
	LOTE				
PARAFUSOS PARA BASTE BLOQUEADA	Nº				
	QUANT.				
	LOTE				
PARAFUSOS CANULADOS	Nº				
	QUANT.				
	LOTE				
PARAFUSOS DE INTERFERÊNCIA	Nº				
	QUANT.				
	LOTE				

VENDEDOR/INSTRUMENTADOR: \_\_\_\_\_





Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco

HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO



PERNAMBUCO  
GOVERNO DO ESTADO

Paciente

Enfermaria/Leito

Registro

Sumino Maria de Azevedo do Nascimento

1630981

## EVOLUÇÃO CLÍNICA

22/04/18

# 06 #

22:50

Paciente vítima de trauma automobilístico, chega à emergência consciente e orientada, hemodinamicamente estável e sem queixas de dor em membros.

AO EXAME: EB Regular, consciente, orientada, afilada, hipovolemia (2+/4+)

- RCR: em 2T BNF 4/4 bpm FC: 96 bpm

- MV(P) em AWT 17 RA FR: 28 ipm

- AD: Flácido, depressível, porém apresentando debrascos e polipose de BV.

- Ext. membros, hem perf. de 4s, porém punção de significativas lesões em MID, com perf. exposta e punção de fluidos adjacentes.

CD: 1) Realizado TAC de tórax e ABD. Não observamos lesão em parênquima pulmonar, punção tórax ou derrame pleural. Não observamos lesão de visceras ou m. moles, nem tampouco líquido livre em cavidade ou punção tórax.

2) Aguardo avaliação de ortopedista, pois necessidade de charque de cirurgia.

3) Aguardo avaliação de nec.

4) Alta do CC.

por José Caetano  
Médico  
CRM-PE: 24.948



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco

HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO



PERNAMBUCO  
GOVERNO DO ESTADO

Paciente

Souza, Maria do Mouro

Enfermaria/Leito

Registro

1630981

## EVOLUÇÃO CLÍNICA

# Traumatologia #

03:10 G 23/04/2018

Paciente submetida à TRO cirúrgica de fratura fechada de diáfise de fêmur (D) com realinhamento da lavagem + colocação de fixador externo tubo-a-tubo + sutura e lavagem do ferimento em pontos (D). Procedimento ocorreu sem intercorrências.

ED:

1- AO 6º ANDAR APÓS MMA DA SR

2- À SR

3- VIDE PROCELOS

4- À D. 3 POSIÇÃO.

Thiago A. Ferraz  
Médico  
CRM 24819

23.04.18

SRDA

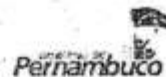
POI + TRO cirúrgica de FX Fêmur D, adu. às 3:30h proced. SO. EGREG. course. orientado, após adu. máo coudeleira nro, RE em ar ambiente AV. p. HQT, afimul, normotensa, eupneica, afimul, corada, hidratado, dextro VO, instelo SVD, pele com mobilidade prejudicada, FO MID cl. anestivo Alexi-vo + fixador externo. Segue sob guido-

Shirley Reis  
Enfermeira  
CRM 12315/1002/2018





Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco  
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO



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 EXPOSTAR DE FEMUR D

AO EXAME CONSCIENTE ORIENTADO  
MID COM FIXADOR EXTERNO TRANSARTICULAR

CD 1 SOLICITO PRE OP  
2 FACO PRESCRIÇÃO  
3 SUPORTE CLINICO

Jr. Rafael Vieira  
Médico  
CRM-PE 26.295



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco

HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO



PERNAMBUCO  
GOVERNO DO ESTADO

Paciente

Severina M.<sup>a</sup> de Azevedo

Enfermaria/Leito

603/2

Registro

## EVOLUÇÃO CLÍNICA

25/04/2018. Fisioterapia Motora

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

BEATRIZ XAVIER  
Fisioterapeuta  
CREFITO 114798-F

Paciente

Enfermaria/Leito

Registro

Severina Jovana da  
Aguedo

## EVOLUÇÃO CLÍNICA

# 26/04/18 # 10:40 # Traumatologia

# Paciente vítima de acidente / atropelamento

no dia 22/04 (domingo), com ferida exposta em digitos de  
junta ①. Uso de fixador externo, aditado no dia 23/04/18.

# CO: ① Intervenção cirúrgica (vide descrição)

② id SR

③ Ao 6º andar após SR.

Dr. A. Ferraz  
Médico  
CRM 24819  
Dr. Rafael +  
Dr. Sandro +  
Dr. Rora

26/04/18 # SRPA # Admisa # 11:50' - Paciente em  
POI de tto de patula exposta em digitos de junta ①  
Consciente, orientada, eupneica (ar ambiente), Apbil,  
Anictênica.  $SpO_2 = 100\%$ ;  $FC = 87$  bpm. AVP em MSE. FO  
em MID S1 sinal de sangramento. Jônica

Mônica Maria Nascimento  
Enfermeira  
COREN-PE 69185

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

Recebi a paciente, em POI, nesta SRPA. AS 13:15 DIO, AS 10:50' EOB, RANSA 3,  
EUBILO,  $SpO_2 = 97\%$ . CNOZ 3 e 4.

AS 13:10, EOB, RANSA 02, HIPOTENSA 214 (ANEMIA CRÔNICA, SÍ DE  
COMPLEMENTO DA EQUIPE CRONICA), SEM ENTXAS.  $SpO_2 = 97\%$ . AR, EUBILO.  
ACV ALN LT BMP SB, ALM @ ANTI SI AN CANTIVO DE FO SGA  
SINAIS DE SANGRAMENTO. NEGA ENTXAS. PA = 170 x 90 mmHg.

# CO: ① ADMINISTRAR CLONIDINA 10, JÁ PRESCRITA SIN.

② ALTA DA SRPA. A RESPECTIVA ENFERMARIA.

Samy Scherb Steinberg  
Médico  
N03 CRM-PE 18873



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco  
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO



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 (do so clindamida)  
2 SUPORTE CLINICO

Dr. Rafael Vieira  
Médico  
CRM-PE 26.236

27.04.18  
CURATIVO  
Jrue



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco  
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO



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 CIRURGICO 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 CIRURGICO 26/04 DR REINALDO MENDES

AO EXAME CONSCIENTE ORIENTADO

CURATIVO EM REGIAO DE FO

CD 1 SOLICITO RAO X POS OP

2 SEGUIMENTO CLINICO

  
Dr. Rafael Vieira  
Médico  
CRM-PE 26.295

27/04/2018 - Fisioterapia Motora

Foram realizadas mobilizações de artelhos, metatarsos e tornozelos. Paciente realizou exercícios ativos de dorsiflexão e flexão plantar de tornozelos e flexo-extensão de quadril e parav. - No MIE, flexo-extensão de joelhos e quadril.

  
BEATRIZ XAVIER  
Fisioterapeuta  
CREFITO 114798-F



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco  
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO



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 TRATAMETNO CIRURGICO 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 EXPOSTAR DE FEMUR D  
REALIZADO PROCEDIMENTO CIRURGICO 26/04 DR REINALDO MENDES

AO EXAME CONSCIENTE ORIENTADO  
CURATIVO EM REGIAO DE FO

CD 1 SEGUIMENTO CLINICO

Luan Antunes Martins Macedo  
Ortopedia / Traumatologia  
CREMEPE: 26469

30/04/18  
CURATIVO  
Juliano





Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco

HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO



PERNAMBUCO  
GOVERNO DO ESTADO

Paciente

Enfermaria/Leito

Registro

Suvarina M<sup>te</sup> de Jesus

## EVOLUÇÃO CLÍNICA

23/04/18 ~~WORK~~

Pt vítima de Acidente Automobilístico  
Catepelamento por moto  
EG de 1<sup>o</sup> grau, fechada, hiperatada  
ECG FTS, fibrilada, sem Q/Ts  
Tomo de Cârnis sem lesões por  
Tomo de Coluna Cervical evidência lapal  
Cervical discretamente diminuído, reficaps  
da lordose cervical, doença degenerativa  
crônica

23: - Alta da UCR (Pedir exames e fazer  
alterações do exame neurológico)  
- Acompanhamento no ambulatório  
de Coluna após a alta hospitalar

24/04/18  
**CURATIVO**  
Rita.

Dr. Eraldo  
Gomes  
23/04/18

25/04/18  
Realizado curativo.  
Rita



HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO

PERNAMBUCO  
GOVERNO DO ESTADO

## RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

Unidade de Saúde : HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO

Paciente :

Jussara M. Aguiar

Nº do Registro :

163 0951

Clínica :

Fulcrum

Nº do Leito :

Operador :

Dr. Raphael + Dr. Murilo

1º Assistente :

Dr. João

2º Assistente :

Instrumentador :

Anestesista :

Ana Heloisa Bezerra

Anestesia :

Propofol

Duração :

Data da Operação :

23/04/18

Início :

Fim :

Diagnóstico Pré-Operatório :

Ext. Fratura Fêmur (A) + Fratura com  
Linha (A) + Fratura em Boco (A)

Diagnóstico Pós-Operatório :

9 mm

Operação Proposta :

TTC (Ligação de Ext. Fratura Fêmur (A) +  
Linha + Ligação + Sutura de Ferimento em Boco (A) + Linha (A)

Operação Realizada :

0 mm

## DESCRIÇÃO DO ATO OPERATÓRIO

- ① Ch. em ODH, Jussara Aguiar
- ② Anestesia + Antiespasmódico + Anestesia de Locomoção
- ③ Redução fechada por 1/3 distal de fêmur O antio-medial  
+ 8 cm, + fêmur ± 2 cm em Boco (A) + fêmur ± 7 cm Linha (A)
- ④ Incisão lateral da coxa + Redução por placas + Parafusos +  
Exposição de Foco de Fratura + Bulbo + Ligação + Sutura  
4 SFO/91. (10.000 ml)
- ⑤ Fixação de Fratura de fêmur (A) 4 Fixação tubo-tubo  
Instituição de Bulbo (A)
- ⑥ Bulbo + Ligação de Ferimento + Sutura
- ⑦ Sutura

Handson Hospital  
Ortopedia e Traumatologia  
CREMEPE 2007

**RELATÓRIO DE OPERAÇÃO**

Unidade de Saúde : HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO

Paciente : *Graciana Maria de Azevedo*

Nº do Registro : *1630981*

Clínica : *Ortopedia*

Nº do Leito :

Operador : *Dr. Reinaldo Moraes + Dr. H. Costa*

1º Assistente : *Dr. Carlos Silva*

2º Assistente : *Dr. Sandro Rocio*

Instrumentador :

Anestesista : *Dr. Lucas + Dr. Luis*

Anestesia :

Duração :

Data da Operação : *26/04/18*

Início :

Fim :

Diagnóstico Pré-Operatório : *Fratura de Fêmur Distal Direita*

Diagnóstico Pós-Operatório : *A. M. Costa*

Operação Proposta : *Torniquete Limpeza de Fratura de Fêmur Distal Direita*

Operação Realizada : *A. M. Costa*

DESCRIÇÃO DO ATO OPERATÓRIO (1) Paciente colocado em DDM e sob anestesia

- (2) Assinatura + autenticação (3) Colocação de curativos estéreis (4) Inicializado em 1/3 de 1/3 da fêmur distal com uma pinça + deslocado para dentro + imobilizado (5) Retirada de fio para em fêmur distal com anestesia + fixação + colocação de curativos estéreis (6) Realização de placa de 14 fêmur de fêmur com pinças e fixação (7) Fixação de fêmur com uma pinça e parafuso de fêmur com uma pinça, uma pinça e 4 parafusos com uma pinça. (8) Limpeza com SF600 + revisão curativos (9) Fêmur de fêmur (10) Curativos estéreis.

Obs: Procedimento realizado com assistência

*Sandro R. Costa*  
Ortopedia/Traumatologia  
CREMEPE: 26.524 + CARIMBL R3



## 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

SOVONNA MANA

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 DO CRÂNIO S/C + CORONAR S/C

14 - CÓD. PROCEDIMENTO

QTDE

01

15 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

TAC DO ABD S/C + TAC DO TÓRAX S/C

16 - CÓD. PROCEDIMENTO

QTDE

01

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

POWTHA O-A + TAC, pontos de fraturas expostas em HASS e HASS;  
apresenta dor abdominal e palpao; apresenta ceto e respiração (D).

23 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

PROFISSIONAL SOLICITANTE

Igor José Caetano L. W-A.

24 - DATA DA SOLICITAÇÃO

22 / 04 / 2018

25 - Nº DOCUMENTO (CNS / CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

081.731.794.62

26 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO E CONSELHO)

Dr. José Caetano  
Médico  
CRM-PE 24.505

27 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

AUTORIZAÇÃO  
TOMOGRAFIA - HR

28 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

22 / 04 / 2018

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:

Severina Wlad

Registro:

Clinica:

Arturo de Siqueira

Box/Leito/Enfermaria:

Unidade

AVULSA EM TRAUMATO-  
LOGIA - FRACTURA DO JOELHO.  
DIRITO HT 80000, MC  
MOMENTO 11000 MC  
CABELO DA.

em 3+24.

20/12/2011

Francisco de Assis B. Filho  
Ortopedia / Traumatologia  
CRM: 9372

Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Ass. Carimbo/Médico/CREMEPE

COD. 0340





Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco  
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO



RECEITUÁRIO MÉDICO **PERNAMBUCO**  
GOVERNO DO ESTADO

Paciente: <i>Severina W. D.</i>	Registro: _____
Clinica: <i>Azoudu D. S. L.</i>	Box/Leito/Enfermaria: _____

*Acusar jontado  
de sangue vermelho  
e definitiva por  
de 10 e outro de 10  
com grande defect  
proton.*

*com - W 219.  
W 217.*

*[Signature]*  
*17/03/19*

*[Signature]*  
Médico do Estado B. Filho  
CRM 10000

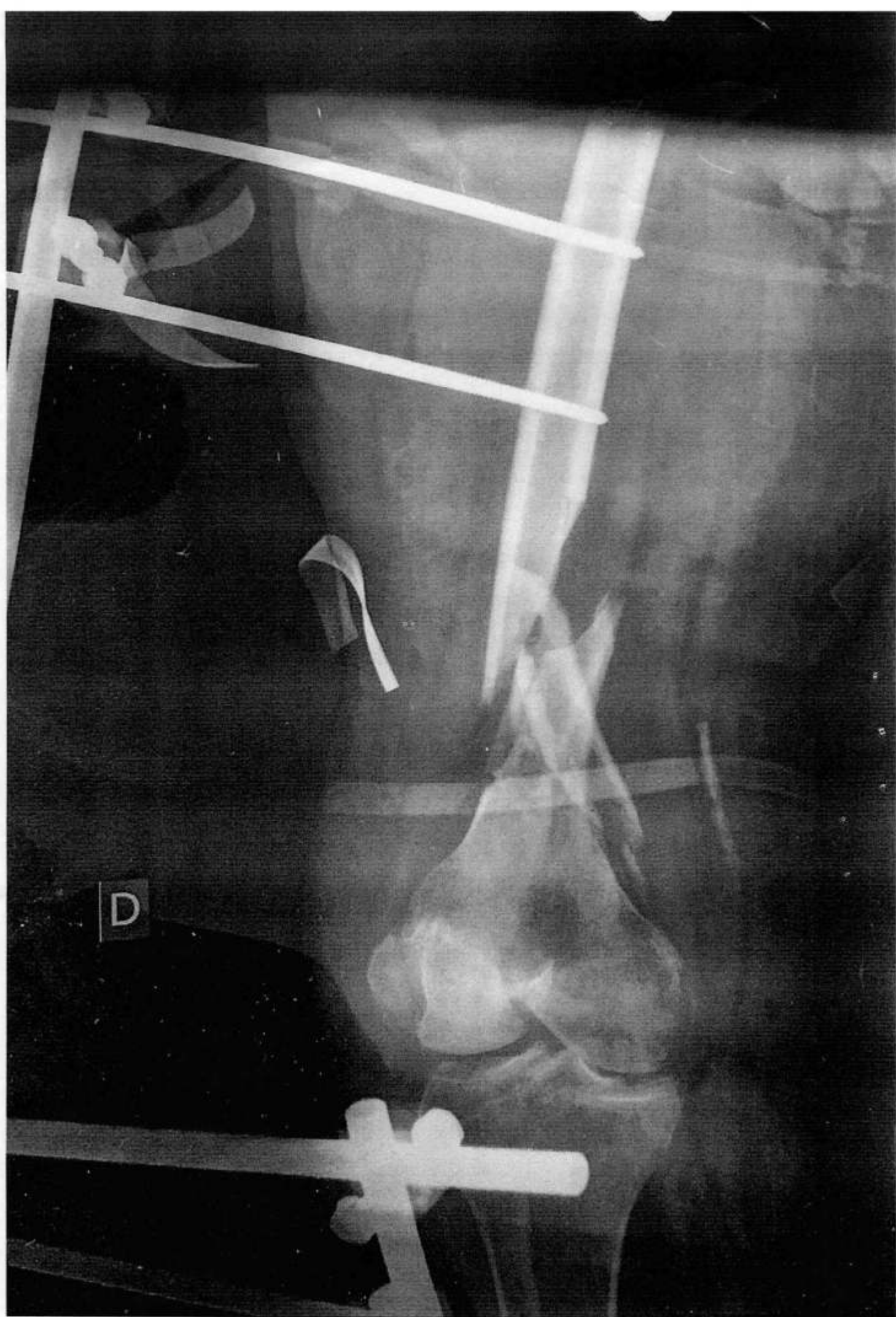
Data:   1   /   1   /   1  

Ass. Carimbo/Médico/CREMEPE

COD. 0340







Nome: SEVERINA MARIA AZEVEDO DA SILVA Nº registro: 119913  
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                      IMC: ( )                      Temperatura: °  
LAC OMBRO ESQUERDO

### HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:

S431 - Luxação da articulação acromioclavicular

### Resultados de Exames:

RX- LAC OMBRO ESQUERDO

### Evolução do paciente:

AO AMBULATORIO PARA PROGRAMACAO CIRURGICA

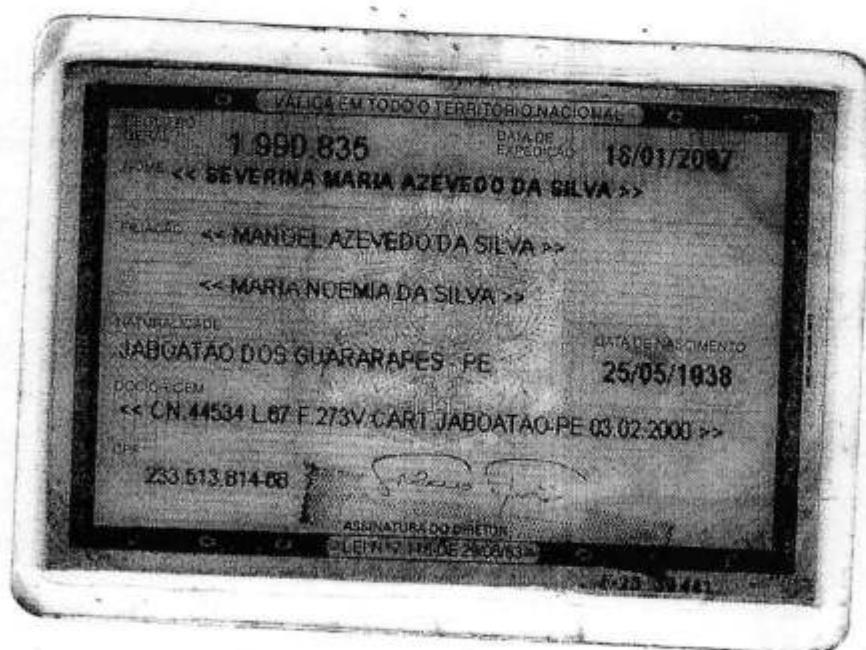
**Dr. ANDRE ALENCAR BARBOSA PALITOT**  
**CRM: 16457**

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 Rua Leonardo da  
Contato: (81) 3184-4465



EXCELSIOR SEGUROS

15 MAIO 2019

SEGURO DPVAT

VALIDA EM TODOS OS TERRITÓRIOS NACIONAIS

UNIDADE: 2.503.654 DATA DE EMISSÃO: 20.09.2003

**SILVANA MENDES FERREIRA RODRIGUES**

FILIAÇÃO: Manoel Mendes Ferreira  
Maria do Carmo Mendes Ferreira

NATURALIDADE: Jaboatão-PE DATA DE NASCIMENTO: 11.01.1963

C.C.1139 L.02-B-AUX F.202V Carr. Jaboatão-PE

351.704.924-72

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO DE PESSOAS DE RH

E-01



*Silvana Mendes Ferreira Rodrigues*

CARTEIRA DE IDENTIDADE

**EXCELSIOR SEGUROS**

**15 MAIO 2019**

**SEGURO DPVAT**

MINISTÉRIO DA FAZENDA

**Recife Federal**  
Cadastro de Pessoas Físicas

**COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO**

Número: 351.704.924-72  
Nome: SILVANA MENDES FERREIRA RODRIGUES  
Nascimento: 11/01/1963

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO



## IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA

Suelene Maria Aguiar da Silva

DATA DO ACIDENTE

22.04.18

CPF DA VÍTIMA

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO

QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR ( ) VÍTIMA ( ) REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COM

A VÍTIMA É

ENDEREÇO DO PORTADOR

Nº

COMPLEMENTO

BAIRO

CIDADE

UF

CEP

E-MAIL

TELEFONE ( )

34813815

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

## DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

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

(X) 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)

(X) CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

( ) LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)

(X) INA IMPOSSIBILIDADE 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 INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA

(X) BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

(X) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

(X) 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

EXCELSIOR SEGUROS

15 MAIO 2019

SEGURO DPVAT

## 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 VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

## DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

( ) 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)

( ) RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SOFRIDAS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

( ) COMPROVANTES (ORIGINALS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS

( ) NOTAS FISCAIS (ORIGINALS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITUÁRIO MÉDICO (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 VÍTIMA MENOR, 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 6.194/74.
- 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 PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSE [WWW.DPVATSEGURODOTRANSTO.COM.BR](http://WWW.DPVATSEGURODOTRANSTO.COM.BR) OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA

14/05/19

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA

14/05/19

IDENTIDADE

Suelene

NOME

Da

ASSINATURA

Suelene

ASSINATURA

Da





EXCELSIOR SEGUROS

15 MAIO 2019

SEGURO DPVAT



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
CARTÓRIO JUVENILE LYRA

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

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, Tabelião 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 aprouver, podendo para tanto apresentar perante as repartições públicas, Federais, Estaduais, Municipais e autárquicas, seguradoras em gerais, INSS, Bancos públicos ou privados, hospitais, UPAS, Caixa Econômica Federal, em qualquer agência 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 vítima 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 agência 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 Juvenilo 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 Testemunha da verdade

Nadja Mary Valença

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](http://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

**Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

**Data do acidente:** 22/04/2018

**Titular do CPF:** SEVERINA MARIA  
AZEVEDO DA SILVA

**CPF de:** Próprio

## 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](http://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

SILVANA MENDES FERREIRA RODRIGUES

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

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 termino 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 fêmur 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 fêmur, rotação externa do  
membro, encurtamento, déficit 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,  
déficit 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 (\*).**

Vide motivo do impedimento no campo das observações

( ) “Vítima em tratamento” Esta avaliação médica deve ser repetida em \_\_\_\_\_ dias

( ) “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

% do Dano ( ) 10% residual ( ) 25% leve  
( X ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo

Região Corporal

ombro esquerdo

% do Dano ( ) 10% residual ( ) 25% leve  
( ) 50% médio ( X ) 75% intensa ( ) 100% completo

Região Corporal

\_\_\_\_\_  
% do Dano ( ) 10% residual ( ) 25% leve  
( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo

Região Corporal

\_\_\_\_\_  
% 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