

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 (VITIMA)

Polícia Civil de Pernambuco
Delegacia de Polícia da 20ª Circunscrição

Jaboatão 04.10.18 no B

21041-5

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)

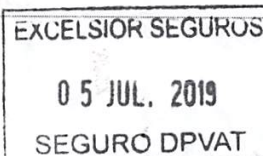
SEVERINA MARIA AZEVEDO DA SILVA (não presente ao plantão) - Sexo: **Feminino** Mãe: **MARIA NOEMIA DA SILVA** Pai: **MANOEL AZEVEDO DA SILVA** Data de Nascimento: **25/5/1938** Naturalidade: **JABOATÃO DOS GUARARAPES / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **1990835/SDS/PE (RG)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** 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)



04/10/2018 10:33



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.

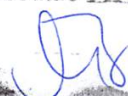
Assinatura da(s) pessoa(s) presente nesta unidade policial

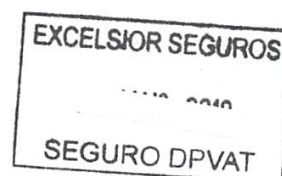

SILVANA MENDES FERREIRA RODRIGUES
(NOTICIANTE)

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

 **Polícia Civil de Pernambuco**
Delegacia de Polícia da 20ª Circunscrição

Jaboatão 04 / 10 de 18

 27 10 18



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 do 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.		<table border="1"> <tr> <th colspan="3">NÍVEIS DE TENSÃO</th> </tr> <tr> <th rowspan="2">TENSÃO NOMINAL(V)</th> <th colspan="2">LIMITE DE VARIAÇÃO(V)</th> </tr> <tr> <th>MÍNIMO</th> <th>MÁXIMO</th> </tr> <tr> <td>220</td> <td>202</td> <td>231</td> </tr> <tr> <td colspan="3">AUTENTICAÇÃO MECÂNICA</td> </tr> </table>			NÍVEIS DE TENSÃO			TENSÃO NOMINAL(V)	LIMITE DE VARIAÇÃO(V)		MÍNIMO	MÁXIMO	220	202	231	AUTENTICAÇÃO MECÂNICA		
NÍVEIS DE TENSÃO																		
TENSÃO NOMINAL(V)	LIMITE DE VARIAÇÃO(V)																	
	MÍNIMO	MÁXIMO																
220	202	231																
AUTENTICAÇÃO MECÂNICA																		





Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO



RECEITUÁRIO MÉDICO

PERNAMBUCO
GOVERNO DO ESTADO

Paciente: Severina W

Registro:

Clínica: de Arco de S. M.

Box/Leito/Enfermaria:

2014 INT
Montagem 1 - 14
Saua Longina
00 de 1112
Alendil 7a - 14.
Saua Longina
no e jogu da 818a

3a
1a
18

Pracismo de Ass: B. Filho
Ortopedia / Traumatologia
CRM: 5372

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>Severino de A.</i>	Registro:
Clínica: <i>Artydo de A.</i>	Box/Leito/Enfermaria:

2010 INT

Homologação 19-12-

João Leão
de A.

12/12/19

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

Data: *12/12/19*

Ass. Carimbo/Médico/CREMEPE

COD. 0340



contar até 100
50 dias

um sal dan
1 ferma



Recibo

Nº 01 R\$ 800,00

Receb. de do(s) Sr(s)

Endereço

a importância supra de R\$

referente AS 20 Vinte Reais de Fisioterapia no valor de R\$ 800,00 Quarenta e Quatro Reais.

pele que para maior clareza firmo o presente.

EMITENTE

ENDEREÇO

CNPJ / CPF / RG

LOCAL E DATA

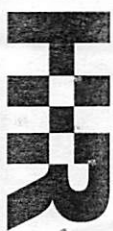
GRATIS

OBSERVAÇÕES

ASSINATURA

Dr. José Claudio B. Ferreira
Fisioterapeuta: Respiratória
Módulo de Oncologia Mama

CPF: 237402424



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO
EXAMES COMPLEMENTARES



Nome:

Reuben Jr. de Almeida Silva

Idade:

Registro:

865344

Box/Leito/Enfermaria:

Clinica/Setor:

Exames Solicitados:

COEFICIENTE DE PRESTADOR

Dados Clínicos:

— LUTAS ALERGIA-CLINICA
— Parto de pueras distal (distal) e sem canal

Data:

02/07/19

Hora:

Ass. Carimbo/Requisitante

Produzido na Gráfica Hospitalar Alto Nivel

COD. 0127



DIMENTO

Atenc
RG: 2
ocorrên
AZEVED
pelo noss
19h 00min
luz Próximo
removida par

RODRIGUES,
os arquivos a
IRINA MARIA
2, foi atendido
O por volta das
Av. estrada da
os, a vítima foi

[illegible]

GUROS

2019

DPVAT

KOS

DPVAT



 PREFEITURA DO JABOATÃO DOS GUARARAPES SEFAZ - SECRETARIA EXECUTIVA DA RECEITA NOTA GUARARAPES - NFS-e	Nº da Nota 000000329	Nº da Substituída
	Data/Hora de Emissão 06/07/2018 às 08:23:58	Competência JUL/2018
	Código de Verificação IGSN91785	Data Prest. de Serviço 06/07/2018

PRESTADOR DE SERVIÇOS	
CNPJ: 11.426.634/0001-27	Inscrição Municipal: 959.549-0
Razão Social: FISIO FORMA LTDA	
Endereço: EST DA LUZ 2451 54120-445 SANTO ALEIXO CS A	
Município: JABOATÃO DOS GUARARAPES	UF: PE
Telefone: 8186611409	E-mail: regicontabil@hotmail.com

TOMADOR DE SERVIÇOS	
Nome/Razão Social: SEVERINA MARIA AZEVEDO DA SILVA	
CPF/CNPJ/PAS: 233.513.814-68	Inscrição Municipal:
Endereço: ESTRADA DA LUZ 1182 54120-445 SANTO ALEIXO	
Município: JABOATÃO DOS GUARARAPES	UF: PE
Telefone:	E-mail:

SERVIÇOS				
4.08-TERAPIA OCUPACIONAL, FISIOTERAPIA E FONOAUDIOLOGIA.				
ITEM	DESCRIÇÃO	QUANT.	VLR. UNITÁRIO	VALOR TOTAL
1	ATIVIDADE DE FISIOTERAPIA	20,0	40,00	800,00

VALOR TOTAL DA NFS-e R\$: 800,00				
Deduções (R\$) 0,00	Base Cálculo (R\$) 800,00	Alíquota (%) 2,01	Valor do ISS (R\$) 16,08	Outras Retenções (R\$) 0,00
INSS (R\$) 0,00	IRPJ (R\$) 0,00	CSLL (R\$) 0,00	COFINS (R\$) 0,00	PIS/PASEP (R\$) 0,00

OUTRAS INFORMAÇÕES	
DOCUMENTO EMITIDO POR ME, MEI OU EPP OPTANTE PELO SIMPLES NACIONAL. NÃO GERA DIREITO A CRÉDITO FISCAL E DE ISS. Esta NFS-e foi emitida com respaldo na Lei 851/2013. ; As informações tributárias acima descritas atendem ao disposto no art. 1º da Lei Federal nº 12.741/2012.	





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: IMC: () Temperatura: °
PA: x mmHg HGT: mg/dL
LAC OMBRO ESQUERDO

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:

S431 - Luxação da articulação acromioclavicular

Resultados de Exames:

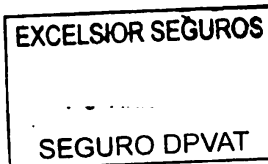
RX- LAC OMBRO ESQUERDO

Evolução do paciente:

AO AMBULATORIO PARA PROGRAMACAO CIRURGICA

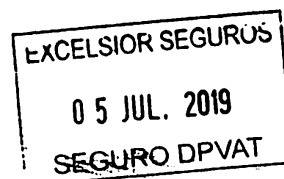
Dr. ANDRE ALENCAR BARBOSA PALITOT
CRM: 16457

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



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





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE SAÚDE
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO



FICHA DE ESCLARECIMENTO

NOME: SEVERINA MARTA DE ALMEIDA DA SILVA	PRONTUÁRIO: 1030981	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

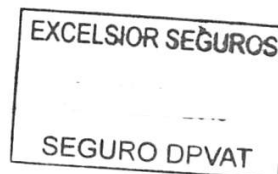
Dr. Rafael Vieira
Médico
CRM-PE 26.285

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.



Av. Agamenon Magalhães, S/N - Derby - Recife - PE CEP 52.010-040
Fones (0XX)81 - 3181-5400



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 + FRTAURA 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





Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
Hospital da Restauração

Ficha de Atendimento

ETIQUETA

Numero do Registro

962955	Data e Hora de Atendimento: 22/04/2018 21:31	Local de Entrada: EMERGENCIA GERAL Atendimento Manual :
Cod. Paciente: 1630981 Data de nascimento: 25/05/1938 Estado Civil: SOLTEIRO	Paciente: SEVERINA MARIA DE AZEVEDO DA SILVA Idade: 79a 10m 28d Profissão: Mão: MARIA NOEMIA DA SILVA Pai: MARIA NOEMIA DA SILVA	Sexo: FEMININO Acompanhante: THAIS FERREIRA
DOC ID / Data expedição 1990835 /	Cartão SUS	
Endereço: ESTRADA DA LUZ DE 1000 A 99999 Bairro: SANTO ALEIXO Cidade: JABOATÃO DOS GUARARAPES	UF: PE	Telefone: 98848952330
Ocorrências:		
Motivo do atendimento: VITIMA DE ATROPELAMENTO Procedência: MARABOLLA		
Informações do Serviço Social:		
Confirmação de nome:	Fones:	Assistente Social
Confirmação de endereço:		
Providências: Alta ☐ Caso Social ☐ Encaminhamentos: Rede de Apoio ☐ GPCA ☐ Cons. Tutelar ☐ Delegacias ☐ Minist. Público ☐ Outros ☐		
Observação: <i>24/04/18 - Entress em contato telefônico com a Thais (sobrinha), mesma não respondeu. Foi feita uma visita domiciliar na unidade.</i>		Assistente Social
História Clínica: <i>Paciente vítima de atropelamento por moto há 02 horas, nega inconsciência e vômito; apresenta fratura exposta em MID. fratura a nível de carpo esquerdo; evolui em supino direito.</i>		
Atendimento Médico		
Perda de consciência: Sim ☐ Não ☐ Episódio Emético: Sim ☐ Não ☐ Acidente de Trabalho: Sim ☐ Não ☐	Transporte realizado Por:	
Imobilização Cervical: Sim ☐ Não ☐ Sofreu Queda: Sim ☐ Não ☐ Altura:		
Condições de imobilização adequadas: Sim ☐ Não ☐ Por Quê?		
Exame Físico:		
A: Geral	Via aérea está pervia: Sim ☐ Não ☒	O paciente fala: Sim ☐ Não ☒ Temp:
<i>EGReg, Consciente, Orientada, Gupneca; Hipocoreia.</i>		
B: Respiratório	<i>MV + G. AAT SRA</i>	
C: Circulatório	PA: X mm	Pulso: 108 bpm
<i>RER 2T BNP SIS</i>		

Notificação Epidemiológica Hospitalar
Idem - 333018-18
Notificado
Assistente Social
CRESS - 18





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)

Nº 052020

1º Via Fixa

Hospital: H. L. Convênio: _____ Cidade: _____

Nome do Paciente: Jessica M. de Aguiar Data da Cirurgia: 23/04/18

Médico: 1630981 Membro Operado: _____

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

Indicação: _____
Ortopedia / Traumatologia
CREMOPRE 24307

FATURADO

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: _____





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

Reg. 163048-1

**CONTROLE DE MATERIAIS
UTILIZADOS EM CIRURGIA**

(RQ-06)

Nº 052039

1º Via Fixa

Hospital: _____ Convênio: Sus Cidade: Beaço I

Nome do Paciente: Socorro Maria de Aguiar Data da Cirurgia: 26/04/2018

Médico: Drº Arnaldo Mendes Membro Operado: MID

MATERIAL	ESPECIFICAÇÃO	QUANT.	LOTE
<u>Placa DCS 12 furos</u>			
<u>Placa deslizante</u>			
<u>Parafusos</u>			

Diogo A. Ferraz
CRM: 24814

FATURADO

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: _____





Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco

HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO



PERNAMBUCO
GOVERNO DO ESTADO

Paciente

Enfermaria/Leito

Registro

Sumire Maria de Azevedo de Fátima

1630981

EVOLUÇÃO CLÍNICA

22/04/18

06

22:50

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

Ab-Exame: EG Regular, consciente, orientada, afilada, hipovolemia (2x/4x).

- RCP: em 2T BNF 4/4 com FC: 96 bpm

- MV(P) em AMT 7 RA FR: 28 ipm

- ABD: Flácido, deformável, sem sinais de dor ou polipost de BV.

- Ext. membros, hem perfúria das, porém punção de investigação lesão em MID, com perfuro exposto e punção de líquidos adjacentes.

CD: 1) Realizado TAC de tórax e ABD. Não observamos lesão em nenhuma pulmão, punção tórax ou derrame pleural. Não observamos lesão de vísceras ou músculos, nem tampouco líquido livre em cavidade ou punção tórax.

2) Aguardo evolução de ortopédia, pois necessidade de abordagem cirúrgica.

3) Aguardo evolução de nec

4) Alta de CC.

Dr. João Caetano
Médico
CRM-PE: 24.946





Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco

HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO



PERNAMBUCO
GOVERNO DO ESTADO

Paciente

SOUZA, MARIA DO BOMBO

Enfermaria/Leito

Registro

1630981

EVOLUÇÃO CLÍNICA

TRAUMATOLOGIA

03:10h 23/04/2018

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

ED:

1- Ao 6º andar após MTM na SR

2- à SR

3- Viseu Prescritos

4- à D. S. POSIÇÃO.

Thiago A. Ferraz
Médico
CRM 24519

23.04.18

SRDA

POI + TIO cirúrgica de FX Fêmur D, adu. às 3:30h proced. SO. EGReg. cone. orientado, após admissão correção no, RE em ambiente AP. p. HQT, afimul, normotensa, eufórica, afimul, corada, hidratada, deuto VO, instelo SVD, pele com mobilidade preservada, FO MID cl anestivo alien- lo + fixador externo. Segue sob guida- dos

Thiago A. Ferraz
Médico
CRM 24519





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 EXPOSTA DE FEMUR D

AO EXAME CONSCIENTE ORIENTADO
MID COM FIXADOR EXTERNO TRANSARTICULAR

CD 1 SOLICITO PRE OP
2 FAGO 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 Maria da

Enfermaria/Leito

603-2

Registro

1630981

Aguardado

EVOLUÇÃO CLÍNICA

26/04/18 # 10:40 # Traumatologia
Paciente vítima de acidente / atropelamento
no dia 22/04 (domingo), com fratura exposta em diáfise de
fêmur (D). Uso de fixador externo, colocado no dia 23/04/18.
CO: (1) Intervenção cirúrgica (vide descrição)
(2) id SR
(3) Ao 6º andar após SR.

Chiado A. Ferraz
Médico
CRM-PE 24819
Dr. Rafael +
Sousa +
Bouza

26/04/18 # SRPA # Admissão # 11:50 - Paciente em
POI de TPO de patula exposta em diáfise de fêmur (D).
Consciente, orientada, empírica (ao ambiente), Apnéia,
Anictérica. $SpO_2 = 100\%$; $FC = 87$ bpm. AVP em MSE. FO
em MID s/ sinal de sangramento. fêmur

Mônica Maria Nascimento
Enfermeira
COREN-PE 69185

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

RECEBI A PACIENTE, EM POI, NESTA SRA. AS 11:50, AS 10:50, EUB, RANSAY 3,
EUB, SDO = 97%. CNO 3 em m.

AS 13:10, EUB, RANSAY 02, HIPOTENSÃO 214 (ANEMIA CRÔNICA, JÁ DE
CONHECIMENTO DA EQUIPE CARENÇA), SEM QNTAS. SDO = 97%. AB, EUB, RANSAY.
AVP ALTO BNF SR, ALMIGADANTE SI AN CUNTO DE FO SEM
SINAIS DE SANGRAMENTO. NETA. QNTAS. PA = 70 x 90 mmHg.

CO: (1) ADMINISTRAÇÃO CLONIDINA VO, JÁ PRESCRITA SIN.

(2) ALTA DA SRPA. A RESPECTIVA ENFERMARIA.

Samy Scherb Steinberg
Médico
N03 CRM-PE 18873

COD. 0123

Produzido no Sistema Gráfico Hospitalar da Alto Nível





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 CÔNSCIENTE ORIENTADO
CURATIVO EM REGIAO DE FO

CD 1 RODO ESQUEMA ANTIBIOTICO PARA CEFTRIAXONA / CIPRO
2 SUPORTE CLINICO

Dr. Rafael Vieira
Médico
CRM-PE 26.235

27.04.18
CURATIVO
Juvie





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

EXAME CONSCIENTE ORIENTADO

CURATIVO EM REGIAO DE FO

CD 1 SOLICITO RAO X POS OP

2 SEGUIMENTO CLINICO

R.
Dr. Rafael Vieira
Médico
CRM-PE 26.255

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 MSE, 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
CREMESP: 26469

30/04/18
CURATIVO
Juliano









Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco

HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO



PERNAMBUCO
GOVERNO DO ESTADO

Paciente

Enfermaria/Leito

Registro

Suavina M^{te} de Jesus

EVOLUÇÃO CLÍNICA

23/04/18 ~~WORK~~

pt vítima de acidente automobilístico
(atropelamento por moto)
ECG de repouso, normal, biatada
ECG de 12^{as} derivadas, sem alterações
Lombar de 4^{as} vértebras sem lesões por
Lombar de 5^{as} vértebras evidência de
lesão discal diretamente diminuída, reficção
da lordose cervical, doença degenerativa
crônica

8^{as} - alta da UCR (Pedro Sousa x mulher
alteração do exame neurológico)
- acompanhamento no ambulatório
de coluna após a alta hospitalar

24/04/18
CURATIVO
Rita

Dr. Eryon G. S. G.
Médico
CRM: 60.981
Rég. 10.000

25/04/18

Realizado curativo.
Rita





RELATÓRIO DE OPERAÇÃO



163 098

-Nº do Leito :

A Murawinton

2° Assistente :

Ann Shiley Rogers

Duração :

Fim :

Lemma ① + Lemma von Borel ②

[Handwritten signature]

TTC Crescimento de Fret. Deposta Fêmeas (D) +
- Deposição de Fretos de Fêmeas em Boro (B) e Fêmeas (F)
O Imun.

Q. Answer

- ① Ch. em ODM, fabrica Aventura.
- ② Anupia + Antropia + Apocia de Capa Aventura.
- ③ Anupia fumaça em 1/3 de Ch. de Fumaça 0 Antropia - Medida + Fumaça, + fumaça ± 2 Ch. em Anupia ⑤ + fumaça ± 7 Ch. em Anupia ⑥
- ④ Incisão lateral de Ch. + Anupia por pluma + Anupia + Exposição de Fumaça de Fumaça + Anupia + Lupa. Anupia 4 SFO 91. (10.000 ml)
- ⑤ Fumaça de Fumaça de Fumaça ② 4 Fumaça tubo - tubo Anupia de Anupia ④
- ⑥ Anupia + Anupia de Fumaça + Anupia.
- ⑦ Anupia.

Handerson Rappael V. da Cruz
Ortopedia/Traumatologia
CREMEPE 2426

COD. 0342



RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

Unidade de Saúde : HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO

Paciente : *ANSELMA MARIA DE ALENCAR*

Nº do Registro : *1630981*

Clínica : *ORTOPEDIA*

Nº do Leito :

Operador : *DR. REINOLDO MACHADO + DR. H. ROCHA*

1º Assistente : *DR. ROCHA JR*

2º Assistente : *DR. SERGIO ROCHA*

Instrumentador :

Anestesista : *DR. LUCAS + DR. JULLY*

Anestesia :

Duração :

Data da Operação : *26/04/18*

Início :

Fim :

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

Diagnóstico Pós-Operatório : *A MELHIA*

Operação Proposta : *Taumatismo limpo de Fratura de Fêmur Distal Direita*

Operação Realizada : *A MELHIA*

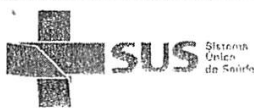
DESCRIÇÃO DO ATO OPERATÓRIO ① *PAVILHO COLADO EM DNH E SOB MONTAGEM*
② *ASSERVA + ATROFIA* ③ *COLADO DE CÂMERAS ARTICULARES* ④ *INDICADO EM*
1/3 DESEJO DA FACE INTERNA DA COTA DIREITA + DESSECADO POR PIANO DE MONTAGEM
⑤ *PAVILHO DE 50 PELA EM FÊMUR DISTAL COM MONTAGEM E FRAÇÃO*
⑥ *COLADO DE CÂMERAS ARTICULARES* ⑦ *DESECCIONADO DE FÊMUR DE 14 FEMES*
DE FÊMUR DISTAL COM MONTAGEM ⑧ *FRATURA DE FÊMUR DISTAL COM*
PAVILHO DE 50 PELA EM FÊMUR DISTAL COM MONTAGEM E FRAÇÃO
⑨ *PAVILHO DE 50 PELA EM FÊMUR DISTAL COM MONTAGEM E FRAÇÃO*
⑩ *PAVILHO DE 50 PELA EM FÊMUR DISTAL COM MONTAGEM E FRAÇÃO*
⑪ *PAVILHO DE 50 PELA EM FÊMUR DISTAL COM MONTAGEM E FRAÇÃO*
⑫ *PAVILHO DE 50 PELA EM FÊMUR DISTAL COM MONTAGEM E FRAÇÃO*
⑬ *PAVILHO DE 50 PELA EM FÊMUR DISTAL COM MONTAGEM E FRAÇÃO*
⑭ *PAVILHO DE 50 PELA EM FÊMUR DISTAL COM MONTAGEM E FRAÇÃO*
⑮ *PAVILHO DE 50 PELA EM FÊMUR DISTAL COM MONTAGEM E FRAÇÃO*
⑯ *PAVILHO DE 50 PELA EM FÊMUR DISTAL COM MONTAGEM E FRAÇÃO*
⑰ *PAVILHO DE 50 PELA EM FÊMUR DISTAL COM MONTAGEM E FRAÇÃO*
⑱ *PAVILHO DE 50 PELA EM FÊMUR DISTAL COM MONTAGEM E FRAÇÃO*
⑲ *PAVILHO DE 50 PELA EM FÊMUR DISTAL COM MONTAGEM E FRAÇÃO*
⑳ *PAVILHO DE 50 PELA EM FÊMUR DISTAL COM MONTAGEM E FRAÇÃO*
㉑ *PAVILHO DE 50 PELA EM FÊMUR DISTAL COM MONTAGEM E FRAÇÃO*
㉒ *PAVILHO DE 50 PELA EM FÊMUR DISTAL COM MONTAGEM E FRAÇÃO*
㉓ *PAVILHO DE 50 PELA EM FÊMUR DISTAL COM MONTAGEM E FRAÇÃO*
㉔ *PAVILHO DE 50 PELA EM FÊMUR DISTAL COM MONTAGEM E FRAÇÃO*
㉕ *PAVILHO DE 50 PELA EM FÊMUR DISTAL COM MONTAGEM E FRAÇÃO*
㉖ *PAVILHO DE 50 PELA EM FÊMUR DISTAL COM MONTAGEM E FRAÇÃO*
㉗ *PAVILHO DE 50 PELA EM FÊMUR DISTAL COM MONTAGEM E FRAÇÃO*
㉘ *PAVILHO DE 50 PELA EM FÊMUR DISTAL COM MONTAGEM E FRAÇÃO*
㉙ *PAVILHO DE 50 PELA EM FÊMUR DISTAL COM MONTAGEM E FRAÇÃO*
㉚ *PAVILHO DE 50 PELA EM FÊMUR DISTAL COM MONTAGEM E FRAÇÃO*
㉛ *PAVILHO DE 50 PELA EM FÊMUR DISTAL COM MONTAGEM E FRAÇÃO*
㉜ *PAVILHO DE 50 PELA EM FÊMUR DISTAL COM MONTAGEM E FRAÇÃO*
㉝ *PAVILHO DE 50 PELA EM FÊMUR DISTAL COM MONTAGEM E FRAÇÃO*
㉞ *PAVILHO DE 50 PELA EM FÊMUR DISTAL COM MONTAGEM E FRAÇÃO*
㉟ *PAVILHO DE 50 PELA EM FÊMUR DISTAL COM MONTAGEM E FRAÇÃO*
㊱ *PAVILHO DE 50 PELA EM FÊMUR DISTAL COM MONTAGEM E FRAÇÃO*
㊲ *PAVILHO DE 50 PELA EM FÊMUR DISTAL COM MONTAGEM E FRAÇÃO*
㊳ *PAVILHO DE 50 PELA EM FÊMUR DISTAL COM MONTAGEM E FRAÇÃO*
㊴ *PAVILHO DE 50 PELA EM FÊMUR DISTAL COM MONTAGEM E FRAÇÃO*
㊵ *PAVILHO DE 50 PELA EM FÊMUR DISTAL COM MONTAGEM E FRAÇÃO*
㊶ *PAVILHO DE 50 PELA EM FÊMUR DISTAL COM MONTAGEM E FRAÇÃO*
㊷ *PAVILHO DE 50 PELA EM FÊMUR DISTAL COM MONTAGEM E FRAÇÃO*
㊸ *PAVILHO DE 50 PELA EM FÊMUR DISTAL COM MONTAGEM E FRAÇÃO*
㊹ *PAVILHO DE 50 PELA EM FÊMUR DISTAL COM MONTAGEM E FRAÇÃO*
㊺ *PAVILHO DE 50 PELA EM FÊMUR DISTAL COM MONTAGEM E FRAÇÃO*
㊻ *PAVILHO DE 50 PELA EM FÊMUR DISTAL COM MONTAGEM E FRAÇÃO*
㊼ *PAVILHO DE 50 PELA EM FÊMUR DISTAL COM MONTAGEM E FRAÇÃO*
㊽ *PAVILHO DE 50 PELA EM FÊMUR DISTAL COM MONTAGEM E FRAÇÃO*
㊾ *PAVILHO DE 50 PELA EM FÊMUR DISTAL COM MONTAGEM E FRAÇÃO*
㊿ *PAVILHO DE 50 PELA EM FÊMUR DISTAL COM MONTAGEM E FRAÇÃO*

ISS: PROCEDIMENTO TAMBÉM COM ASSIDUEZ

Assinado eletronicamente por: ARTANY VICTORIA DE SOUZA SANTOS MACHADO - 16/04/2020 09:08:14
Ortopedia/Traumatologia
CREMEPE: 26.524

COD. 0342





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

SOLVANA 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 CÂNXO S/E + CORON S/E

14 - CÓD. PROCEDIMENTO

QTDE

91

15 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

TAC DO ABD E/E + TAC DO TÓRAX S/E

16 - CÓD. PROCEDIMENTO

QTDE

91

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

PONTUAÇÃO + TCS, paciente com fraturas expostas em HSS e HSS, apresentando dor abdominal e palpato; apresenta ceto e urídeo (D).

23 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

PROFISSIONAL SOLICITANTE

Igor José Cecher L. W. A.

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)

Dr. José Cecher L. W. A.
Médico
CRM-PE: 24.926

27 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

AUTORIZAÇÃO
TOMOGRAFIA - HR

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:

Severina Wro

Registro:

Clínica:

Arterial de Sítio

Box/Leito/Enfermaria:

Unidade

AVIADA EM PANTUFAS -
FAT - FRACTURAS DE JOELHO.
DIRITO HAT 8 MAR, ME
MORPATO ALMO M-2
COTILLODA DA.

EM 8+24.

20/12/2011

Francisco de Azeite 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 M. D.</i>	Registro:
Clínica: <i>Azoudu D. S. L.</i>	Box/Leito/Enfermaria:

*Laquear pontal de
de segunda y superior
e Definitiva por
de 10 e outro de 15
com grande defect
proton.*

*C. A. - M 219.
M 21.7.*

Paulo, 17/03/18

Handwritten signature
Mestre de Arte B. Filho
Ortopedista
CRM 172

Data: / /

Ass. Carimbo/Médico/CREMEPE

COD. 0340

EXCELSIOR SEGUROS
05 JUL. 2019
SEGURO DPVAT





Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO



RECEITUÁRIO MÉDICO **PERNAMBUCO**
GOVERNO DO ESTADO

Paciente:

SEBASTIÃO L. D.

Registro:

Clínica:

AZOR DO D. S.

Box/Leito/Enfermaria:

Acute joint pain
of the right shoulder
and definitive repair
with a cube block
with joint fixation
motion.

CR - 1219

12.7

12/12/17

Francisco de Assis P. Filho
Ortopedista
CRM 1219

Data: 1/1

Ass. Carimbo/Médico/CREMEPE

COD. 0340





Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco

HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO

EXAMES COMPLEMENTARES



PERNAMBUCO

Nome:	Serenice B. de Azevedo. de S. Silva		Idade:	
Registro:	8643664	Box/Leito/Enfermaria:	Clinica/Setor:	
Exames Solicitados:	20 exames de função renal e função hepática - (urina e sangue)			
Dados Clínicos:	História de doença renal crônica - (urina e sangue)			
Data:	30/10/18	Hora:	Ass. Cambio/Requisitante	

Cód.059



IDENTIFICAÇÃO

VITIMA: Juliana Maria Aguiar da Silva
DATA DO ACIDENTE: 12.04.19 CPF DA VITIMA _____
PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO _____
QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR () VITIMA () REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COM A VITIMA É _____
ENDEREÇO DO PORTADOR _____
Nº _____ COMPLEMENTO _____ BAIRRO _____
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 VITIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTeira DE TRABALHO OU CARTeira NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
(X) CPE DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
() LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
(X) NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML: DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML (ORIGINAL) ASSINADA PELA VITIMA 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 VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
(X) AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VITIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONTEÑHAM 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 A VITIMA 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 VITIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTeira DE TRABALHO OU CARTeira NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
() CPE DA VITIMA (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 (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS
() NOTAS FISCAIS (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITUÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
() COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
() AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VITIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

- () CARTeira DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTeira DE TRABALHO OU CARTeira NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
() CPE 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 VITIMA 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, ACESSAR WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO/ENTREGUE

DATA: 14/05/19

IDENTIDADE

ASSINATURA

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA: 14/05/19

NOME

ASSINATURA

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: Santa ALEXO Cidade: 3430945 005 62922000 Estado: 35 CEP: 54120 046

E-mail: _____ Tel.(DDD): _____

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

RENDA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$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) ☐ 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 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 assinado Local e Data, 3430945 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





PREFEITURA DO JABOATÃO DOS GUARARAPES
SEFAZ - SECRETARIA EXECUTIVA DA RECEITA
NOTA GUARARAPES - NFS-e

Nº da Nota

000000329

Nº da Substituída

Data/Hora de Emissão

06/07/2018 às 08:23:58

Competência

JUL/2018

Código de Verificação

IGSN91785

Data Prest. de Serviço

06/07/2018

PRESTADOR DE SERVIÇOS

CNPJ: 11.426.634/0001-27

Inscrição Municipal: 959.549-0

Razão Social: FISIO FORMA LTDA

Endereço: EST DA LUZ 2451 54120-445 SANTO ALEIXO CS A

Município: JABOATÃO DOS GUARARAPES UF: PE

Telefone: 8186611409

E-mail: regicontabil@hotmail.com

TOMADOR DE SERVIÇOS

Nome/Razão Social: SEVERINA MARIA AZEVEDO DA SILVA

CPF/CNPJ/PAS: 233.513.814-68

Inscrição Municipal:

Endereço: ESTRADA DA LUZ 1182 54120-445 SANTO ALEIXO

Município: JABOATÃO DOS GUARARAPES UF: PE

Telefone: E-mail:

SERVIÇOS

4.08-TERAPIA OCUPACIONAL, FISIOTERAPIA E FONOAUDIOLOGIA.

ITEM	DESCRIÇÃO	QUANT.	VLR. UNITÁRIO	VALOR TOTAL
1	ATIVIDADE DE FISIOTERAPIA	20,0	40,00	800,00

VALOR TOTAL DA NFS-e R\$: 800,00

Deduções (R\$)	Base Cálculo (R\$)	Alíquota (%)	Valor do ISS (R\$)	Outras Retenções (R\$)
0,00	800,00	2,01	16,08	0,00
INSS (R\$)	IRPJ (R\$)	CSLL (R\$)	COFINS (R\$)	PIS/PASEP (R\$)
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

OUTRAS INFORMAÇÕES



DOCUMENTO EMITIDO POR ME, MEI OU EPP OPTANTE PELO SIMPLES NACIONAL. NÃO GERA DIREITO A CRÉDITO FISCAL E DE ISS.
Esta NFS-e foi emitida com respaldo na Lei 851/2013. : As informações tributárias acima descritas atendem ao disposto no art. 1º da Lei Federal nº 12.741/2012.



 PREFEITURA DO JABOATÃO DOS GUARARAPES SEFAZ - SECRETARIA EXECUTIVA DA RECEITA NOTA GUARARAPES - NFS-e	Nº da Nota 000000329	Nº da Substituída
	Data/Hora de Emissão 06/07/2018 às 08:23:58	Competência JUL/2018
	Código de Verificação IGSN91785	Data Prest. de Serviço 06/07/2018

PRESTADOR DE SERVIÇOS	
CNPJ: 11.426.634/0001-27	Inscrição Municipal: 959.549-0
Razão Social: FISIO FORMA LTDA	
Endereço: EST DA LUZ 2451 54120-445 SANTO ALEIXO CS A	
Município: JABOATÃO DOS GUARARAPES	UF: PE
Telefone: 8186611409	E-mail: regicontabil@hotmail.com

TOMADOR DE SERVIÇOS	
Nome/Razão Social: SEVERINA MARIA AZEVEDO DA SILVA	
CPF/CNPJ/PAS: 233.513.814-68	Inscrição Municipal:
Endereço: ESTRADA DA LUZ 1182 54120-445 SANTO ALEIXO	
Município: JABOATÃO DOS GUARARAPES	UF: PE
Telefone:	E-mail:

SERVIÇOS	
4.08-TERAPIA OCUPACIONAL, FISIOTERAPIA E FONOAUDIOLOGIA.	

ITEM	DESCRIÇÃO	QUANT.	VLR. UNITÁRIO	VALOR TOTAL
1	ATIVIDADE DE FISIOTERAPIA	20.0	40,00	800,00

VALOR TOTAL DA NFS-e R\$: 800,00				
Deduções (R\$) 0,00	Base Cálculo (R\$) 800,00	Alíquota (%) 2,01	Valor do ISS (R\$) 16,08	Outras Retenções (R\$) 0,00
INSS (R\$) 0,00	IRPJ (R\$) 0,00	CSLL (R\$) 0,00	COFINS (R\$) 0,00	PIS/PASEP (R\$) 0,00

OUTRAS INFORMAÇÕES	
DOCUMENTO EMITIDO POR ME, MEI OU EPP OPTANTE PELO SIMPLES NACIONAL. NÃO GERA DIREITO A CRÉDITO FISCAL E DE ISS. Esta NFS-e foi emitida com respaldo na Lei 851/2013. As informações tributárias acima descritas atendem ao disposto no art. 1º da Lei Federal nº 12.741/2012.	



SINISTRO 3190414724 - Resultado de consulta por beneficiário**VÍTIMA SEVERINA MARIA AZEVEDO DA SILVA****COBERTURA DAMS****PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO CIA EXCELSIOR DE SEGUROS****BENEFICIÁRIO SEVERINA MARIA AZEVEDO DA SILVA****CPF/CNPJ: 23351381468****Posição em 17-07-2019 11:00:10**

O pedido de indenização está em fase final de análise na Seguradora Líder-DPVAT. Em breve, o pagamento da indenização será liberado.

Por gentileza, volte a consultar seu processo neste site dentro de 4 dias.

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
18/07/2019	R\$ 1.600,00	R\$ 0,00	R\$ 1.600,00

Histórico das correspondências enviadas

Data da Carta	Referência	Ver Carta
06/07/2019	Aviso de Sinistro	

Severina Maria Azevedo da Silva



IDENTIFICAÇÃO

VITIMA: Juliana Maria Aguiar da Silva
DATA DO ACIDENTE: 12.04.19 CPF DA VITIMA _____
PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO _____
QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR () VITIMA () REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COM A VITIMA É _____
ENDEREÇO DO PORTADOR _____
Nº _____ COMPLEMENTO _____ BAIRRO _____
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 VITIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTeira DE TRABALHO OU CARTeira NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
(X) CPE DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
() LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
(X) NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML: DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML (ORIGINAL) ASSINADA PELA VITIMA 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 VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
(X) AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VITIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONTEÑHAM 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 A VITIMA 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 VITIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTeira DE TRABALHO OU CARTeira NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
() CPE DA VITIMA (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 (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS
() NOTAS FISCAIS (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITUÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
() COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
() AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VITIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONTEÑHAM 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)
() CPE 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 VITIMA 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, ACESSAR WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO/ENTREGUE

DATA: 14/05/19

IDENTIDADE

ASSINATURA

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA: 14/05/19

NOME

ASSINATURA

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: Santa ALEXO Cidade: 3430945 005 62922000 Estado: 35 CEP: 54120 046

E-mail: _____ Tel.(DDD): _____

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

REDA 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:

(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) ☐ 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 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 assinado Local e Data, 3430945 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

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE:

SEVERINA MARIA AZEVEDO DA SILVA, brasileiro (a), solteiro(a), pedreiro, inscrito (a) no RG de nº 1.990-835 SDS/PE, CPF .sob o 233.513.814-68, com endereço a Rua Estrada da Luz, 1182-A, Santo Aleixo, Jaboatão dos Guararapes/PE.

OUTORGADO:

RAQUEL MARIA MANGABEIRA DOS SANTOS, brasileira, solteira, advogada inscrita na OAB/PE sob o nº 39.442, com endereço profissional à Av. Fagundes Varela, 365, Salas 09, Jardim Atlântico, Olinda-PE. CEP: 53140-080.

PO D E R E S

*Para representá-lo em juízo, conforme cláusula "ad judicium", conferindo-lhe amplos poderes para defendê-lo em qualquer juízo, instância ou Tribunal, outorgando-lhe poderes especiais para requerer, contestar, indicar provas e testemunhas, protestar, executar, desistir, renunciar ao direito sobre o qual se funda a ação, transigir, firmar acordos e compromissos, desarquivar processos, recorrer, acompanhar andamento de processo, apresentar contrarrazões, requerer e receber Alvará Judicial para dar quitação, pedir a justiça gratuita e **assinar declaração de hipossuficiência econômica**, em conformidade com a norma do art. 105 do NCPC15, podendo ainda substabelecer em parte ou no todo, com ou sem reservas, hipótese em que comunicará aos outorgantes os poderes que ora são outorgados.*

Recife/PE, 05 de Agosto de 2019.

a Severina Maria Azevedo da Silva
SEVERINA MARIA AZEVEDO DA SILVA



DECLARAÇÃO DE POBREZA

SEVERINA MARIA AZEVEDO DA SILVA, brasileiro (a), solteiro(a), pedreiro, inscrito (a) no RG de nº 1.990-835 SDS/PE, CPF .sob o 233.513.814-68, com endereço a Rua Estrada da Luz, 1182-A, Santo Aleixo, Jaboatão dos Guararapes/PE.

De acordo com as Leis n.º 1.060/50 e 7.510/86, para o fim de obter a GRATUIDADE DE JUSTIÇA que não possui condições financeiras para arcar com o ônus das custas processuais e honorários advocatícios, sem prejuízo próprio e de sua família. Declara conhecer que está sujeito às sanções civis, administrativas e criminais previstas na legislação aplicável, em sendo comprovada a falsidade das afirmações supra.

Recife, 05 de Agosto de 2019.

Severina Maria Azevedo da Silva
SEVERINA MARIA AZEVEDO



CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS ADVOCATÍCIOS

OUTORGANTE:

SEVERINA MARIA AZEVEDO DA SILVA, brasileiro (a), solteiro(a), pedreiro, inscrito (a) no RG de nº 1.990-835 SDS/PE, CPF .sob o 233.513.814-68, com endereço a Rua Estrada da Luz, 1182-A, Santo Aleixo, Jaboatão dos Guararapes/PE.

daqui em diante denominado (a) simplesmente de Contratante; e, como Contratado, RAQUEL MARIA MANGABEIRA DOS SANTOS, brasileira, solteira, inscrita na OAB/PE: 39.442, com endereço profissional a AV. Fagundes Varela, nº 365, Loja 09, Jardim Atlântico, Olinda/PE, CEP: 53.140-080.

CLÁUSULA 1ª - DO OBJETO - O presente contrato tem como objeto a Prestação de Serviços de Advocacia para ajuizamento e acompanhamento de processo judicial até 2º. grau, na esfera do TJPE ou TRT/PE, e ações de execução, referentes à Cobrança de Complemento DPVAT, Reclamações Trabalhistas e Previdenciárias. Ressalta-se que o acompanhamento judicial só abrange as instâncias mencionadas, não sendo dever da contratada a interposição de Recursos Extraordinário, Especial e de Revista.

CLÁUSULA 2ª - DOS SERVIÇOS - Os serviços serão iniciados a partir da data de assinatura deste contrato e executados em caráter de exclusividade, através da competente procuração em nome da contratada e de seus advogados terceirizados, acima qualificados, com os poderes cabíveis.

Parágrafo Primeiro - Correrão por conta dos Contratantes todas as despesas referentes ao acompanhamento das ações, tais como custas processuais/judiciais e cópias, que serão requeridas por escrito e repassadas ao Contratante para o pagamento de tais despesas.

CLÁUSULA 3ª - DOS HONORÁRIOS - A contratante, através deste contrato de risco, se compromete, havendo êxito da ação (procedência em 1º ou 2º grau) a pagar 30% da indenização recebida por cada uma delas.

PARÁGRAFO ÚNICO - Em caso de quaisquer condenações judiciais, acordos judiciais ou extrajudiciais, ficará a cargo do contratante o pagamento, ao Contratado, de honorários advocatícios no percentual de 30 % sobre o valor total do acordo, independente de honorários sucumbenciais pagos pelas Demandadas.

CLÁUSULA 4ª - DA AUSÊNCIA EM AUDIÊNCIA - A Contratada receberá do Contratante, ao final da ação, o valor de **R\$ 100,00 (CEM REAIS)** por conta de cada ausência em audiência.

PARÁGRAFO ÚNICO - Em caso de eventual condenação em custas decorrentes da ausência injustificada do Contratante, caberá ao mesmo arcar com estas despesas processuais, uma vez que são pré-requisito para propositura de nova ação judicial. Caso haja determinação judicial para que o Contratante justifique a ausência na sede de Secretaria Judiciária, através de declaração de próprio punho, o mesmo se responsabiliza de tal encargo, independente de acompanhamento advocatício.

CLÁUSULA 5ª - DOS ENCARGOS - Todos os encargos tributários ou sociais havidos com a execução dos serviços serão de inteira responsabilidade do Contratante que arcará com estes, as suas expensas, cabendo ao Contratado os encargos referentes às suas atividades profissionais.

CLÁUSULA 6ª - DA SITUAÇÃO JURÍDICA DAS PARTES - Além das cláusulas estipuladas neste contrato e na falta de regras específicas contratadas ficam os contratantes submetidos às demais regras legais determinantes da situação jurídica das partes.

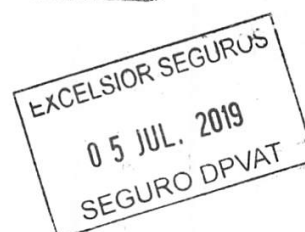
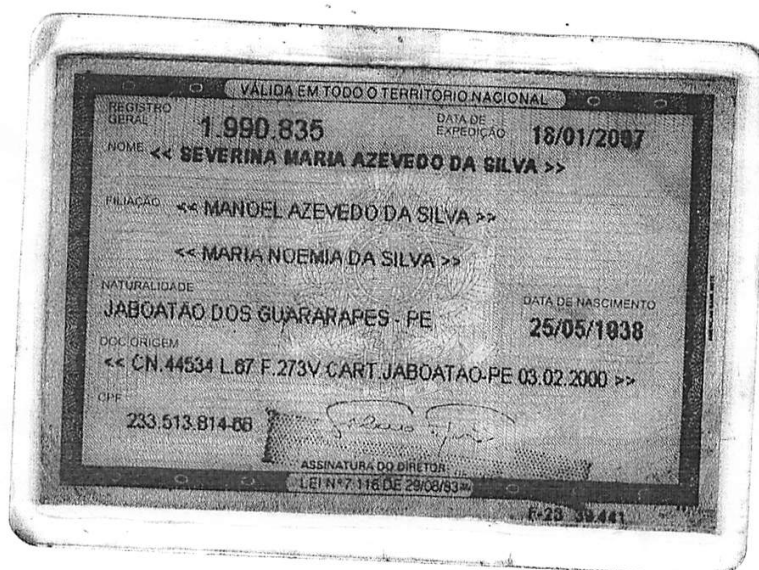
CLÁUSULA 7ª - DO FORO - Fica eleito o Foro da Comarca de Recife, neste estado de Pernambuco, como o único competente para dirimir qualquer demanda que verse sobre o presente contrato, renunciando os contratantes expressamente a qualquer outro por mais especial que seja, inclusive no caso de mudança de residência ou domicílio das partes. E por estarem de acordo, assinam o presente, em duas vias de igual teor, valendo por si e por seus herdeiros, para que produza seus jurídicos e legais efeitos.

Recife, 05 de Agosto de 2019.

RAQUEL MARIA MANGABEIRA DOS SANTOS - OAB/PE 39.442
Contratado

Severina Maria Azevedo Silva
SEVERINA MARIA AZEVEDO DA SILVA





SUBSTABELECIMENTO

Dra. RAQUEL MARIA MANGABEIRA DOS SANTOS, Brasileira, Solteira, Advogada, com escritório situado na Avenida Fagundes Varela, 365 - sala 9, Jardim Atlântico - Olinda/PE, inscrito(a) na Ordem dos Advogados do Brasil sob o nº 39.442, através de Instrumento Particular de mandato nos autos do Processo, conferidos por **SEVERINA MARIA AZEVEDO DA SILVA** que move em face da Companhia Excelsior de Seguros, nesta Comarca, SUBSTABELECE SEM RESERVA DE PODERES a pessoa de **Dra. ARTANY VICTORIA DE SOUZA SANTOS MACHADO**, Brasileira, Solteira, Advogada, inscrita na Ordem dos Advogados do Brasil sob o nº 22.077, com escritório profissional situado à Avenida Agamenom Magalhães, nº 4318, Sala: 1510, Empresarial Renato Dias, CEP: 50070-200, Recife-PE.

Recife, 04 de fevereiro de 2020.


Raquel Maria Mangabeira dos Santos
OAB/PE 39.442

