

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

Rio de Janeiro, 26 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190654701

Vítima: MARIA ANTONIA DA SILVA SANTOS

Data do Acidente: 16/05/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), MARIA ANTONIA DA SILVA SANTOS

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

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

Rio de Janeiro, 09 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190654701

Vítima: MARIA ANTONIA DA SILVA SANTOS

Data do Acidente: 16/05/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NOVA TENTATIVA DE PAGAMENTO

Senhor(a), MARIA ANTONIA DA SILVA SANTOS

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

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

O formulário está disponível no nosso site e deverá ser entregue na SEGURADORA LIDER DPVAT - REGULAÇÃO, ponto de atendimento onde o pedido do Seguro DPVAT foi feito.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

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

Rio de Janeiro, 31 de Julho de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190654701

Vítima: MARIA ANTONIA DA SILVA SANTOS

Data do Acidente: 16/05/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: REANÁLISE DO PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), MARIA ANTONIA DA SILVA SANTOS

Após revisão da Análise Médica Documental ou perícia em 31/07/2020, verificou-se que a lesão permanente apresentada já foi adequadamente indenizada, nos termos da Lei nº 6.194, de 1974, não tendo sido identificado agravamento da invalidez permanente da vítima, ou nova lesão permanente decorrente do mesmo acidente de trânsito.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para você

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

Rio de Janeiro, 26 de Agosto de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190654701 **Vítima: MARIA ANTONIA DA SILVA SANTOS**

Data do Acidente: 16/05/2019 **Cobertura: INVALIDEZ**

Assunto: REANÁLISE DO PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), MARIA ANTONIA DA SILVA SANTOS

Após revisão da Análise Médica Documental ou perícia em 26/08/2020, verificou-se que a lesão permanente apresentada já foi adequadamente indenizada, nos termos da Lei nº 6.194, de 1974, não tendo sido identificado agravamento da invalidez permanente da vítima, ou nova lesão permanente decorrente do mesmo acidente de trânsito.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para você

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL:

CPF da vítima:

Nome completo da vítima:

340.501.244-91. *Maria Antonia da Silva Samb*

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

Nome completo:

Profissão:

Bairro:

E-mail:

Endereço:

Cidade:

Av. 10 de Novembro, 1000 - Centro - Bezerra

CEP: 55-660.000

E-mail:

CPF:

Número:

Complemento:

CEP:

Tel. (DDD):

RENDIMENTOS CADASTRAIS

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

RENDIMENTO MENSAL:

RECUSO INFORMAR

SEM RENDA

ATÉ R\$1.000,00

R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00

R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00

R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00

R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

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)

AGÊNCIA: **0051**

CONTA: **118.061**

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

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

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

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

Não há IML que 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 Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa 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:

Vivos:

Falecidos:

Vítima deixou nascituro (val nascer)? Sim Não

Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Impressão
digital da
vítima/ben
eficiário
não alfabetizado

Local e Data:

Nome:

CPF:

25/11/2019

Maria Antonia da Silva Samb

(* Assinatura de quem assina o RODO

Maria Antonia da Silva Samb

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU RODO, 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.

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL:

CPF da vítima:

Nome completo da vítima:

340.501.244-91. *Maria Antonia da Silva Samb*

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

Nome completo:

Profissão:

Bairro:

E-mail:

Endereço:

Cidade:

Estado:

Av. 24 de Maio, 1000, Centro, Bezerra

Bezerra, RN

1997

35-660.000

(DDD) 84

CPF:

Número:

Complemento:

CEP:

Tel. (DDD):

DADOS CADASTRAIS

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

RENDIMENTO MENSAL:

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

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA 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)

AGÊNCIA: **0051**

(Informar o dígito se existir)

CONTA: **118.061**

(Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos):

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____

(Informar o dígito se existir)

CONTA: _____

(Informar o dígito se existir)

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

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

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

Não há IML que 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 Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa 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:

Vivos: Falecidos:

Vítima deixou nascituro (val nascer)? Sim Não

Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

MORTE

Impressão digital da vítima/beneficiário não alfabetizado

Local e Data: *25/11/2019*

Nome: *Maria Antonia da Silva Samb*

CPF: *340.501.244-91*

(*) Assinatura de quem assina o RODO

Maria Antonia da Silva Samb

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

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 RODO, 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.

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2º | Nome: _____

CPF: _____

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:

Nome completo da vítima:

340.501.244-91. *Maria Antonia da Silva Samb*

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

Nome completo:

Profissão:

Bairro:

E-mail:

Endereço:

Cidade:

Estado:

Av. 24 de Maio, 1000, Centro, Bezerra

Bezerra, RN

1997

35-660.000

(DDD) 84

CPF:

Número:

Complemento:

CEP:

Tel.(DDD):

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

RENDA MENSAL:

RECUSO INFORMAR

SEM RENDA

ATÉ R\$1.000,00

R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00

R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00

R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00

R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

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)

AGÊNCIA: **0051**

(Informar o dígito se existir)

CONTA: **118.061**

(Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

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

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

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

Não há IML que 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 Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa 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:

Vivos:

Falecidos:

Vítima deixou nascituro (val nascer)? Sim Não

Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Impressão
digital da
vítima/ben
eficiário
não alfabetizado

Local e Data:

Nome:

CPF:

Joállori 25/11/2019

(* Assinatura de quem assina o RODO

Maria Antonia da Silva Samb

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU RODO, 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.



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
 SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
 POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
 DELEGACIA DE POLÍCIA DA 090ª CIRCUNSCRIÇÃO - CARUARU -
 DP90ªCIRC DINTER1/14ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N°. 19E0180003238

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 20/11/2019 às 15:19

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado)
 que aconteceu no dia 16/6/2019 no período da Manhã

Fato ocorrido no endereço: ESTRADA DE PAU SANTO-ZONA RURAL -
 CARUARU/PERNAMBUCO/BRASIL Próximo à: MUNICÍPIO DE CARUARU, 1 -
 Bairro: CENTRO - CARUARU/PERNAMBUCO/BRASIL
 Local do Fato: VIA PÚBLICA

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR / AGENTE)
 LEONEIDE MARIA DOS SANTOS (OUTRO)
 ROSEVALDO SEVERINO DA SILVA (OUTRO)
 MARIA ANTONIA DA SILVA SANTOS (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava sob posse do(a) Sr(a):
 LEONEIDE MARIA DOS SANTOS



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

MARIA ANTONIA DA SILVA SANTOS (presente no plantão) - Sexo: Feminino Mae:
 MARIA MESSIAS DA SILVA Pai: JOÃO LAURENTINO DOS SANTOS Data da
 Naturalidade: BEZERROS / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 1908714/SDS/PE (RG).
 34886124491 (CPF) Estado Civil: VIUVO(A) Profissão: AGRICULTOR(A)
 Residencial: SÍTIO VEADO MAGRO- ZONA RURAL - CARUARU/PERNAMBUCO/BRASIL
 Próximo à: MUNICÍPIO DE CARUARU, 1 - CEP: 55600-000 - Bairro: CENTRO -
 CARUARU/PERNAMBUCO/BRASIL

LEONEIDE MARIA DOS SANTOS (não presente ao plantão) - Sexo: Feminino Mae:
 MARIA ANTONIA SILVA SANTOS Pai: JOÃO LAURENTINO DOS SANTOS Data da
 Naturalidade: BEZERROS / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos:
 7344867/SDS/PE (RG). 93598689429 (CPF) Estado Civil: DIVORCIADO(A) Profissão:
 AGRICULTOR(A)
 Residencial: SÍTIO VEADO MAGRO-ZONA RURAL - CARUARU/PERNAMBUCO/BRASIL
 Próximo à: MUNICÍPIO DE CARUARU, 1 - CEP: 55600-000 - Bairro: CENTRO -
 CARUARU/PERNAMBUCO/BRASIL

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

Boletim de Ocorrência

file:///C:/Users/Polícia Civil/infopol/xml/BOPreview.html

ROSEVALDO SEVERINO DA SILVA (Mar. presente, plantão) - Sexo: Masculino Naturalidade: **NÃO INFORMADO** / PERNAMBUCO, BRASIL

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

MOTO (VEÍCULO) de propriedade do(a) Sr(a): **ROSEVALDO SEVERINO DA SILVA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **LEONEIDE MARIA DOS SANTOS**.
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA HONDA CBR 900 RR** - CIRUNSCRIÇÃO 14º CIR. Objeto apreendido: **Não**. Cor: **VERMELHA** - Quantidade: **UNIDADE** (UNIDADE NÃO INFORMADA)

Placa: **PGH7801** (PERNAMBUCO/CARUARU) - Ano: **2012** - N.º de Chassi: **8G2JC4118DR183828**
Ano Fabricação/Modelo: **2012/2013** Combustível: **GASOLINA**



Complemento / Observação

INFORMA A VÍTIMA QUE ENCONTRAVA-SE COMO PASSAGEIRA DO VEÍCULO ACIMA DESCRIMINADO, E QUE O MESMO ERA CONDUZIDO PELA PESSOA DE LEONEIDE MARIA DOS SANTOS, QUANDO EM DADO MOMENTO OUTRO VEÍCULO A PASSAR PELA MESMA ESTA VEIO A SE ASSUSTAR PERDENDO O CONTROLE DE DIREÇÃO DO MESMO (MOTO), VINDO A DERRAPAR CHEGANDO A TOMBAREM JUNTAMENTE COM O VEÍCULO. FOI SOCORRIDA PELOS FAMILIARES E CONDUZIDA PARA UPA 24 HORAS E APÓS CIRÚRGICA CONFORME DOCUMENTAÇÃO APRESENTADA. NÃO TENDO NADA MAIS A INFORMAR.

Assinatura da(s) pessoa(s) presente(n) na unidade policial

Maria Antonia da Silva Santos
MARIA ANTONIA DA SILVA SANTOS
(VITIMA)

B.O. registrado por: *DAVID LOFES DOS SANTOS JÚNIOR* - Matrícula: 381826-8

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL:

CPF da vítima:

Nome completo da vítima:

340.501.244-91. *Maria Antonia da Silva Samb*

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

Nome completo:

Profissão:

Bairro:

E-mail:

Endereço:

Cidade:

Estado:

Av. 24 de Maio, 1000, Centro, Bezerra

Bezerra, RN

1997

35-660.000

(DDD) 84

CPF:

Número:

Complemento:

CEP:

Tel.(DDD):

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

RENDA MENSAL:

RECUSO INFORMAR

SEM RENDA

ATÉ R\$1.000,00

R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00

R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00

R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00

R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

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)

AGÊNCIA: **0051**

(Informar o dígito se existir)

CONTA: **118.061**

(Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

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

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

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

Não há IML que 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 Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa 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:

Vivos:

Falecidos:

Vítima deixou nascituro (val nascer)? Sim Não

Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Impressão
digital da
vítima/ben
eficiário
não alfabetizado

Local e Data:

Nome:

CPF:

Joállori 25/11/2019

(* Assinatura de quem assina o RODO

Maria Antonia da Silva Samb

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU RODO, 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.

PA: 150 x 100 mmHg
Temp: — °C FR: — rpm
FC: — bpm Peso: — kg
HGT: — mg/dl SpO²: — %
HORA: 11 : 39 hs.

ALERGIA ()



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
UPA RENDEIRAS
Ficha de Atendimento

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

UPA RENDEIRAS

Ficha de Atendimento

PEDIATRIA ()

CLÍNICO (X)

DATA: 16/05/19

HORA: 11:39

Nº DO PRONTUÁRIO: 2114

NOME CIVIL: Maria Antonia da Silveira Santos IDADE: 64a

NOME SOCIAL: — DT.NASC: 19/09/54 SEXO: F M

GÊNERO: HOMEM MULHER HOMEM TRANS MULHER TRANS TRAVESTI NÃO BINÁRIO

ORIENTAÇÃO AFETIVA/SEXUAL: HETEROSEXUAL GAY LÉSICA BISSEXUAL ASSEXUAL PANSEXUAL

MÃE: Maria Antônio da Silveira

PAI: Noel Antônio da Silveira

ENDEREÇO: 2114 Rua 2000 CEP: 56000-000

BAIRRO: Centro CIDADE: Olinda FONE: 9403 6327

Nº DO CARTÃO SUS: 898003722253677 Nº DO DOC: RG. 2588714

HISTÓRICO DO PACIENTE: —

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—</p

MEDICAÇÃO PRESCRITA	ADMINISTRAÇÃO DA MEDICAÇÃO CARIMBO/ASSINATURA/HORA
1) Voltam 1m 50	Dr. Eng. Jo. Marques
2) D5m 1m 50	Clínica Médica CRM-18377
3) Lumin 1m	12:00 janeiro 2012

ENFERMAGEM

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 18/02/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: MARIA ANTONIA DA SILVA SANTOS

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00051

CONTA: 000000111061-6

Nr. da Autenticação 77D0251A60ACBAC7



NOTA FISCAL • FATURA • CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

DADOS DO CLIENTE
ISAAC MANOEL DA SILVA

CPG: 105 349 378-97

**CLASSIFICAÇÃO
BI RESIDENCIAL
RESIDENCIAL**

Nº DA NOTA FISCAL: 080646190 | SÉRIE: UNI. A | EMISSÃO: 11/10/2019

APRESENTAÇÃO: 11/10/2019 | N.º DO CLIENTE: 7002836823 | N.º DA INSTALAÇÃO: 388455

ENDERECO DA UNIDADE CONSUMIDORA

RURAL BOAS NOVAS/BOAS NOVAS
96700-000

CONTA CONTRATO 4009861292	MÊS/ANO 10/2019
DATA DE VENCIMENTO 18/10/2019	DATA DA PRÓXIMA LEITURA 12/11/2019
TOTAL A PAGAR (R\$) 69,53	

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL	
	QUANTIDADE
Consumo Ativo(kWh)	73.000000
Acréscimo Bandeira AMARELA	
Acréscimo Bandeira VERMELHA	
Contrib. Ilum. Pública Municipal	
ICMS Suavização-CE-NF 071817758-09/08/19	
Multa por atraso-NF 076103808 - 10/09/19	
Multa por atraso-NF 078703808 - 10/09/19	
Contribuição CERAPE - (081) 3722-8900	

NOTA FISCAL	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
	13.000.000	0,81069952	59,1

TOTAL FEATURES

60 53

VALOR TOTAL DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO						AJUSTE	CONSUMO (W)	
Nº DO MEDIOR M-04-T04	TIPO DA FUNÇÃO CAT	ANTERIOR		ATUAL		Nº DE DIAS	CONSTANTE	
		DATA 10-09-2016	LEITURA 14.256,00	DATA 11-10-2016	LEITURA 14.356,00	31	1.00000	71,00

HISTÓRICO DE CONSUMO INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

PERÍODO	VALOR	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPORTE	Transações	VALOR
OUT 19	73			62,51	25,00	15,61
SET 19	75			62,51	1,29	0,80
AGO 19	73			62,51	5,35	3,37

Date	New cases
MAR 19	77
APR 19	85
MAY 19	297
JUN 19	297

08/18 76 09/18 64 10/18 52 11/18 43 12/18 30 01/19 55 02/19 1007

INFORMAÇÕES MATERIAIS Preço 10,00. Mais informações: www.mercadolivre.com.br/maisinformacao. Mercado Livre é uma marca registrada da Mercado Livre S.A. e é utilizada com permissão.

As condições geográficas, nomeadamente diferenças geológicas, 414/2010, também produziram variações de estruturas arqueológicas, encontradas a depender da paisagem, em número, amplitude e densidade, e das suas características.

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES					NÍVEIS DE TENSÃO	
CONJUNTO	TOTAL AGREGADO	LIMITE MENSAL	LIMITE TRIMESTRAL	LIMITE ANUAL	TENSÃO NOMINAL (V)	LIMITE DE VARIAÇÃO MÍNIMO
DIC	0,00	11,30	32,81	49,22	220	-
FIC	0,00	7,74	15,43	30,96		
	0,00	5,19	9,98	0,90		

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Rosevaldo Severino da Silva,
RG nº 8247090, data de expedição 10/10/2017
Órgão SÓS-PE, portador do CPF nº 110.096.154-24, com
domicílio na cidade de Lanhamu, no Estado de
Pernambuco, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Sítio Sítio Magno, nº S/N,
complemento _____, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mentionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima Mania Antonia da Silva Santos cujo o condutor era
Leoneide Mania dos Santos.

Veículo: Motocicleta
Modelo: Honda CG 125 Fan KS
Ano: 2012 / 2013
Placa: PGH 1801
Chassi: 9C2JG41100R103026
Data do Acidente: 16/10/2019
Local e Data: Lanhamu 20/11/2019



Rosevaldo Severino da Silva

Assinatura do Declarante

Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)

3º SERVIÇO NOTARIAL E DE PROTESTO

Bei: **CARLOS TOSCARO**

R. dos Expedicionários, 112 - Nossa Senhora das Dores - Caruaru/PE - CEP: 55002-440 Fone: (81) 3722-4733 - Fax: (81) 3721-2118

Reconheço, por autenticidade, a firma de: ROSEVALDO SEVERINO DA

SILVA. Em testemunho ✓ da verdade. Dou fé. Caruaru/PE, 20/11/2019

- 14:03:52.

Leoneide Mania dos Santos
NEIDE MARIA DOS SANTOS (Substituta)

EMOLUMENTOS: R\$3,51, TSNR: R\$0,80, FERC: R\$0,40.

FUNSEG: R\$0,08, FERM: R\$0,04, ISS: R\$0,08.

TOTAL: R\$4,81. Operador: 32

Selo:0073718.LVG11201901.05657



Consulte Autenticidade em: www.tjpe.jud.br

PA: 150 x 100 mmHg
Temp: — °C FR: — rpm
FC: — bpm Peso: — kg
HGT: — mg/dl SpO²: — %
HORA: 11 : 39 hs.

ALERGIA (-)



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

UPA RENDEIRAS

Ficha de Atendimento

Nº DO PRONTUÁRIO:

2114

DATA:

16/05/19

HORA: 11:39

NOME CIVIL:

Maria Antonia da Silva Santos

IDADE: 64a

NOME SOCIAL:

DT.NASC: 19/09/54

SEXO: F M

GÊNERO: HOMEM MULHER HOMEM TRANS MULHER TRANS TRAVESTI NÃO BINÁRIO

ORIENTAÇÃO AFETIVA/SEXUAL: HETEROSEXUAL GAY LÉSBICA BISSEXUAL ASSEXUAL PANSEXUAL

MÃE:

Maria Antonia da Silva

PAI:

Noel Antonia do Silva

ENDEREÇO:

31140-000

CIDADE: Olívia

CEP

BAIRRO:

2 Rua

FONE:

9403 6327

Nº DO CARTÃO SUS: 898003702253677 Nº DO DOC: RG. 2588714

HISTÓRICO DO PACIENTE:

h no at. an cora
m MSE Am mra mto
C m 11

EXAME FÍSICO:

h no MSE

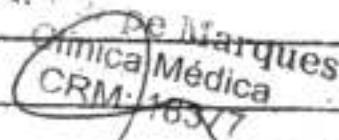
HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:

Cervi MSE

CONDUTA:

Pr MSE prb MSE

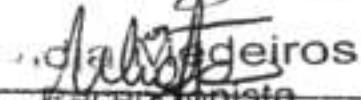
Dr.

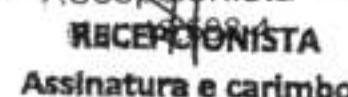

De Marques
Clínica Médica
CRM-1837

Assinatura e carimbo - Médico

CONDIÇÃO DE ALTA:

TIPO DE ALTA: DOMICÍLIO TRANSFERÊNCIA AMBULATÓRIO


Dr. Viezeiros
Receptonista


RECEPÇÃO
Assinatura e carimbo

Dr. De Marques
Clínica Médica
CRM-1837

HORA DA LIBERAÇÃO: —

Assinatura e carimbo - Médico

OBS: TODOS OS DADOS SÃO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO E COM LETRAS LEGÍVEIS, ASSINATURA E CARIMBO



ANAMNESE

Paciente: MARIA ANTONIA DA SILVA SANTOS

Atendimento: 01237796

Nome Social:

Data Nascimento: 19/09/1954 Idade: 64 Anos, 7 Meses e 27 Dias

Prontuário: 00177051

Sexo: Feminino

Senha N°: P0125

Data e Hora: 16/05/2019 13:49h

CLASSIFICAÇÃO:

Queixa Principal: PACIENTE COM RELATO DE DOR EM PUNHO ESQ APOS QUEDA DE MOTO HJ

Alergia:

Observação: DOC CARTAO DO SUS

DESCONHEC ALERGIAS, HAS E DM

AFERIÇÃO:

Peso:

Altura:

Temperatura:

P.A Sistólica: PAS: 138 MMHG

P.A Diastólica: PAD: 75 MMHG

Freq. Cardíaca: FC: 85 BPM

Freq. Respiratória: FR: 12 BPM

HGT:

QPD / HDA:

QUEDA COM TRAUMA EM PUNHO ESQ COM FERIMENTO

Exame Físico:

DOR IMPOT FUN FERIMENTO LACEROCONTUSO

Uly

Exames complementares:

VER RX

Dr. Nilton Pereira de Barros
Ortopedia
CRM: 10660

Evolução:

Ass. do Médico

Dr(a): NILTON PEREIRA DE BARROS
CRM - 10660

HOSPITAL REGIONAL DO AGreste
EMERGÊNCIA



1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Atendimento: 509667 Prontuário: 338728
 Nome: MARIA ANTONIA DA SILVA SANTOS
 Data Nasc.: 19/09/1954 Idade: 64 Sexo: FEMININO Cor: PARDA Religião:
 CPF: 34050124491 RG: 2588714 CNS: 898003722253677
 Endereço: SITIO VIADO MAGRO Nº: 0
 Bairro: ZONA RURAL Cidade: CARUARU Estado: PE
 CEP: 55020202 Fone: 97726327 Profissão: APOSENTADO
 Nome da Mãe: MARIA MESSIAS DA SILVA
 Acompanhante:
 Motivo do Atendimento: QUEDA DA PROPRIA ALTURA
 Clínica: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

2 - ATENDIMENTO Data: 16/05/2019 16:32 Médico: MEDICO PLANTONISTA

Queixa Principal / HDA:

*Paciente com 126 cm de
de altura do chão apresenta lesão
com 200 cm em antebraco*

Exame Físico:

PA: _____ FC: _____ FR: _____

Diag. Provisório:

*Fratura de membro visto
que possuir
máscara entubada e fixada
por bloco, univelar*

Prescrição:

Dieta: _____

Data

Horário

*01/06/2019
09:00 am
01/06/2019 am
01/06/2019
01/06/2019*

*Jackson José Flórencio
Ortopedista / Traumatologista
CRM - PE 18.573
TEC - 201*

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

Unidade de Saúde: HOSPITAL REGIONAL DO AGreste

Paciente: Maria Antonia Silveira Nº do Registro: 338728Clínica: Ortopedia Nº do Leito:Operador: Wesley Guedes

1º Assistente:

Instrumentador:

Anestesista:

Data da Operação: 10/07/2018 Início: 10:00 Término:Diagnóstico Pre-Operatório: fractura pubo e

Diagnóstico Pós-Operatório:

Operação Proposta:

Operação Realizada: H. aviso sobre partes E t fuso adiante

DESCRIÇÃO DO ATO OPERATÓRIO

① Ponto DV4

② oração e catexis

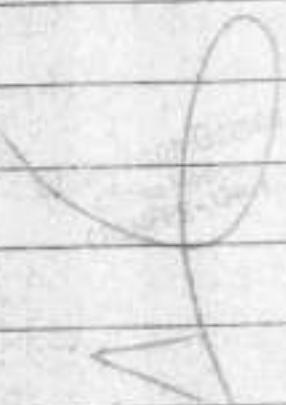
③ operar e cargo ritmo

④ aplicar a ferida a/ laparos 150,5L bactobac

⑤ operar e cargo ritmo

⑥ colarizar a ferida e colar a aguia

⑦ curativo



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO

RELATÓRIO OPERATÓRIO

Unidade de saúde: HOSPITAL REGIONAL DO AGreste

Paciente: MARIA ANTONIA DA SILVA SANTOS	Nº Registro:	
Clínica: ORTOPEDIA	Nº do leito:	
Operador: DR FELIPE CARVALHO		
1º Assistente: DRA SÉVILLA LORENA	2º Assistente:	
Instrumentador:	Anestesista:	
Anestesia: BLOQUEIO	Duração:	
Data da Operação: 31/05/2019	Início:	Término:

Diagnóstico Pré-operatório: FRATURA DE RÁDIO DISTAL E

Diagnóstico Pós-operatório: O MESMO

Operação Proposta: REDUÇÃO INCRUENTA + PINAGEM COM FIO K 2.0 MM

Operação Realizada: A MESMA

DESCRIÇÃO DO ATO OPERATÓRIO

1. PACIENTE EM DDH + ANESTESIA
2. ANTISSEPSIA + ASSEPSIA + APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTEREIS
3. REDUÇÃO INCRUENTA + ESTABILIZAÇÃO COM FIO DE K 2.0 EM RÁDIO SOB FLUOROSCOPIA
4. ENCAMINHO PACIENTE A SRPA

Dr. Sevilla Lorena
Médica Residente de
Ortopedia / Traumatologia
CRM: 26199

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO – SES/SUS/PE

EVOLUÇÃO CLÍNICA

Unidade de saúde: HOSPITAL REGIONAL DO AGreste

Paciente: MARIA ANTONIA SILVA, 64a

Nº Registro: 338.728

DATA DE INTERNAÇÃO: 16/05/19

Clinica: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Nº do leito: 08

EVOLUÇÃO MÉDICA

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA: FRATURA EXPOSTA DE RÁDIO DISTAL ESQUERDA

#MECANISMO: PACIENTE REFERE QUEDA DA MOTO (PARADA), COM O CORPO CAINDO SOBRE A MÃO, COM A REGIÃO PALMAR ESQ VOLTADA PARA O CHÃO.

#MED: VANCOMICINA 1G 12/12H EV (D0 20/05/19).

#EVOLUÇÃO: PACIENTE SEGUE CLÍNICA E HEMODINAMICAMENTE ESTÁVEL. SEM QUEIXAS ALGICAS. DIURESE PRESENTE E CONSTIPAÇÃO HÁ 6D.

#PRÉ-OP: PAR CARD 20/05: APTA P/ CIRURGIA, RISCO HABITUAL - LAB 20/05/19: HB 12 HT 36,2 // LEUCO 7110 // PLT 232000 // GJ 83 // U 44 CR 0,5 // NA 136 K 4,1 CL 105 // TAP 13,7 INR 1,03 .

CD: 1. DEIXO ÓLEO MINERAL E DIETA LAXATIVA.

DATA 22/05/2019

CARIMBO + CREMEPE:

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO – SES/SUS/PE

EVOLUÇÃO CLÍNICA

Unidade de saúde: HOSPITAL REGIONAL DO AGreste

Paciente: MARIA ANTONIA SILVA, 64a

Nº Registro: 338.728

DATA DE INTERNAÇÃO: 16/05/19

Clinica: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Nº do leito: 08

EVOLUÇÃO MÉDICA

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA: FRATURA EXPOSTA DE RÁDIO DISTAL ESQUERDA

#MECANISMO: PACIENTE REFERE QUEDA DA MOTO (PARADA), COM O CORPO CAINDO SOBRE A MÃO, COM A REGIÃO PALMAR ESQ VOLTADA PARA O CHÃO.

#MED: VANCOMICINA 1G 12/12H EV (D0 20/05/19).

#EVOLUÇÃO: PACIENTE SEGUE CLÍNICA E HEMODINAMICAMENTE ESTÁVEL. SEM QUEIXAS ALGICAS. DIURESE PRESENTE E CONSTIPAÇÃO HÁ 7D + FLATOS +.

#PRÉ-OP: PAR CARD 20/05: APTA P/ CIRURGIA, RISCO HABITUAL - LAB 20/05/19: HB 12 HT 36,2 // LEUCO 7110 // PLT 232000 // GJ 83 // U 44 CR 0,5 // NA 136 K 4,1 CL 105 // TAP 13,7 INR 1,03 .

CD: 1. AVALIAR POR NO MAPA

DATA 23/05/2019

CARIMBO + CREMEPE:

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO – SES/SUS/PE

EVOLUÇÃO CLÍNICA

Unidade de saúde: HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE

Paciente: MARIA ANTONIA SILVA, 64a	Nº Registro: 338.728 DATA DE INTERNAÇÃO: 16/05/19
Clinica: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	Nº do leito: 08

EVOLUÇÃO MÉDICA

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA: FRATURA EXPOSTA DE RÁDIO DISTAL ESQUERDA

#HDA: PACIENTE REFERE QUEDA DA MOTO (PARADA), COM O CORPO CAINDO SOBRE A MÃO, COM A REGIÃO PALMAR ESQ VOLTADA PARA O CHÃO.

#AP: NEGA ALERGIAS, HAS OU DM.

#MED: SINTOMÁTICOS,

#EVOLUÇÃO: PACIENTE SEGUE CLÍNICA E HEMODINAMICAMENTE ESTÁVEL. COM QUEIXAS DE DOR ESPORÁDICA EM SITIO DE FX. DIURESE PRESENTE E CONSTIPAÇÃO HÁ 4D.

#PENDENCIAS: AGUARDA PROGRAMAÇÃO CX E FALTA PRE-OP. PACIENTE REALIZOU CIRURGIA DE FIXAÇÃO EXTERNA COM FIXADOR DE COILLES, NO DIA 16, NESTE SERVIÇO; CONTUDO NÃO ENCONTRO A RADIOGRAFIA PRÉ-OP DA LESÃO, APENAS ENCONTRO A RX CONTROLE.

CD: 1. DEIXO TRAMAL FIXO

2. SOLICITO EXAMES LAB E PARECER DA CARDIO.

3. INÍCIO ATB COM VANCOMICINA 1G EV 12/12H



DATA 20/05/2019 CARIMBO + CREMEPE: _____

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO – SES/SUS/PE

EVOLUÇÃO CLÍNICA

Unidade de saúde: HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE

Paciente: MARIA ANTONIA SILVA, 64a	Nº Registro: 338.728 DATA DE INTERNAÇÃO: 16/05/19
Clinica: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	Nº do leito: 08

EVOLUÇÃO MÉDICA

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA: FRATURA EXPOSTA DE RÁDIO DISTAL ESQUERDA

#MECANISMO: PACIENTE REFERE QUEDA DA MOTO (PARADA), COM O CORPO CAINDO SOBRE A MÃO, COM A REGIÃO PALMAR ESQ VOLTADA PARA O CHÃO.

#MED: VANCOMICINA 1G 12/12H EV (DO 20/05/19).

#EVOLUÇÃO: PACIENTE SEGUE CLÍNICA E HEMODINAMICAMENTE ESTÁVEL. SEM QUEIXAS ALGICAS. DIURESE PRESENTE E CONSTIPAÇÃO HÁ 5D.

CD: 1. AGUARDA EXAMES E PARECER DA CARDIO.



DATA 21/05/2019 CARIMBO + CREMEPE: _____

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO

1.08

HOSPITAL REGIONAL DO AGreste - HRA

RESUMO DE ALTA

Nome: Maria Antônia da Silva

Prontuário: 338728

L08

Data: 26 / 05 / 19

Hora: 18:23

DIAGNÓSTICO:

Fratura de rádio distal esquerda

AMBULATÓRIO DE EGRESSO - INFORMAÇÕES ADICIONAIS:

Alta hospitalar da ortopedia sob orientação do Dr. Marcelo

Capela. Retirar vai ambulatório com 15 dias.

25.06.19 às 13:00 - Dr. Jefferson Calume às 13 horas

TRATAMENTO REALIZADO:

Reanimação intravenosa + estabilização com fio K 2.0 em rádio

sob fluoroscopia

Alta Hospitalar: Data: 01 / 06 / 19

Hora: _____

Marcos Gonçalves
Médico Residente
Rádio / Traumatologia
RM-PE 26760

Ass. do Médico e CRM
Carimbo



Governo do Estado de Pernambuco
Secretaria de Saúde

UPA 24h
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO

GESTÃO
IMIP
HOSPITALAR

RECEITUÁRIO MÉDICO

Nome do Paciente: MARIA ANTONIA DA SILVA SANTOS
Nome Social:

USO ORAL

1- CEFALEXINA 500MG ----- 28 COMP
TOMAR 01 COMPRIMIDO DE 6 EM 6 HORAS DURANTE 7 DIAS

Caruaru, 09 DE JUNHO DE 2019

Dr. Felipe Diego Viana Pereira de Carvalho
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PE 30.912

Ass. e carimbo do Médico
Dr.(a): **FELIPE DIEGO VIANA PEREIRA DE CARVALHO**
CRM - 25263



Governo do Estado de Pernambuco
Secretaria de Saúde

UPA 24h
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO

GESTÃO
IMIP
HOSPITALAR

RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL

Identificação do Emitente

Nome Completo: FELIPE DIEGO VIANA PEREIRA DE CARVALHO

CRM - 25263 UF: PE

Endereço: Avenida José Marques Fontes, S/N, Bairro: Indianópolis - CEP: 55026-530

Cidade: Caruaru/PE

Telefone: UF: PE

1.ª VIA FARMÁCIA

2.ª VIA PACIENTE

Paciente: MARIA ANTONIA DA SILVA SANTOS

Nome Social:

Endereço: SITIO VIADO MAGRO, 1 - Bairro: AREA RURAL DE CARUARU - Cidade: CARUARU/PE - CEP.: 55099899

Prescrição: USO ORAL

1- PACO 30MG ----- 01 CX

TOMAR 01 COMPRIMIDO DE 8 EM 8 HORAS SE DOR FORTE

Caruaru, 09 DE JUNHO DE 2019

Ass. e carimbo do Médico
Dr.(a): **FELIPE DIEGO VIANA PEREIRA DE CARVALHO**
CRM - 25263

Identificação do Comprador

Nome: _____

Ident.: _____ Or Emissor: _____

Endereço: _____

Cidade: _____ UF: _____

Telefone: _____

Identificação do Fornecedor

Assinatura do Farmacêutico

Data: / /



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
HOSPITAL REGIONAL DO AGreste
CNPJ Nº 10.572.048/0014-42
BR. 232, Km 130 - Indianópolis - Caruaru - PE - CEP 55.000-000
Fone: (81) 3701-1506 (ambulatório) ou (81) 3719-9400

RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Nome completo: _____
CRM Nº _____ UF: _____

Endereço Completo: _____

Telefone: _____ Cidade: _____ UF: _____

Paciente: _____

Endereço: _____

Prescrição: *200ml de 0,5% de lidocaina*
100ml de 8166 de soro
01ml de
lame 01ml de 6166

Dr. Marc Gonçalves
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
Carimbo e Assinatura do Médico

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome completo: _____
Ident.: _____ Órg. Emissor: _____
End. Completo: _____
Telefone: _____
Cidade: _____ UF: _____

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

ASSINATURA DO FARMACÊUTICO

DATA: _____ / _____ / _____

Secretaria de Saúde do estado de Pernambuco - SES/ SUS / PE
HOSPITAL REGIONAL DO AGreste

RECEITUÁRIO

Unidade:

Nome: M. Antônio da

2.588.714

17/01/2017

<< MARIA ANTONIA DA SILVA SANTOS >>

<< NOEL ANTONIO DA SILVA >>

<< MARIA MESSIAS DA SILVA >>

BEZERROS - PE

DATA DE NASCIMENTO

19/09/1954

<< CC.0191 LB.07 F.220 CAPT.
SAPUCARANA, BEZERROS-PE 08.10.1978 >>

340.501.244-91

Ana Paula G.G. Alcoforado

Assentamento Parque das Flores II, II

LEI N° 7.115 DE 29/05/93

1017026073101103/54 7/57100

F-74 75.089 - 4313

EC-5



Maria Antonia da S. Santos

CARTERA DE IDENTIDADE

VÁLIDO EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
ESTE CARTÃO É O DOCUMENTO COMPROVATÓRIO DE INSCRIÇÃO NO CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS - CPF E DE
USO DILIGENTES NOS CASOS LEGAMENTOS DETERMINADOS
PARA QUALQUER ORIENTAÇÃO DE NATUREZA TRIBUTÁRIA, PRECISE À UNIDADE LOCAL DA SECRETARIA DA
RECEITA FEDERAL.

CARIMBO DO AGENTE RECEPTOR

97 31-1
28/05/81
BRADESCO
44000/2381

APROVADO PELA INSTRUÇÃO NORMATIVA DO BRF 135/91

DE 05/04

SECRETARIA DA RECEITA FEDERAL
CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS

NÚMERO DE INSCRIÇÃO NO CPF
340501244 91

NOME DO CONTRIBUINTE
MARIA ANTONIA DA SILVA SANTOS

NASCIMENTO
10.09.54

ASSINATURA DO CONTRIBUINTE
Maria Antonia da Silva Santos

ESTA VALIDADE SOMENTE COM A APRESENTAÇÃO DA CARTERA DE IDENTIDADE

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190654701 **Cidade:** Caruaru **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARIA ANTONIA DA SILVA SANTOS **Data do acidente:** 16/05/2019 **Seguradora:** MAPFRE VIDA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 28/11/2019

Valorização do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DE PUNHO ESQUERDO. P2.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO OSTEOSÍNTESE. ALTA MÉDICA. P4.
P5,8.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DE PUNHO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DE PUNHO ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações:

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 completa da mobilidade de um dos punhos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

RECEITUÁRIO

Unidade: 2 Atendimentos
Nome: S. S. G. Registro Nº _____
Clinica _____ Enfermria: _____

Acidente ~~do~~
Encontro 16/15/2019
Foot - Perna E
Operação.

Ator

20/11/2019

Nilton Petteira de Barros
Nilton Petteira de Barros
Médico - Traumatologista
Ortopedia e Traumatologia
CRM: 10660

Data 11/11/

Médico - CRM

O primeiro Cigarro é uma passagem para o vício
Eleida Monteiro de Souza