
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

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



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



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: 340.501.244-91 Nome completo da vítima: Mário Antônio da Silva Santos

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

Nome completo: Mário Antônio da Silva Santos CPF: 340.501.244-91
Profissão: Agricultor Endereço: Rua Vitorino Número: 2997 Complemento: _____
Bairro: Encruzilhada Cidade: Bezerro Estado: PE CEP: 55.660.000
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)
AGÊNCIA: 0051 CONTA: 000.001
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)
☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: _____
AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(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
Vivos: _____ Falecidos: _____

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

Indicação
pela vítima ou
beneficiário
não alfabetizado

Local e Data: Bezerro 25.11.2019
Nome: _____
CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Mário Antônio da Silva Santos
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.

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: 340.501.244-91 Nome completo da vítima: Mário Antônio da Silva Santos

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

Nome completo: Mário Antônio da Silva Santos CPF: 340.501.244-91
Profissão: Agricultor Endereço: Rua Vitorino Número: 2997 Complemento: _____
Bairro: Encruzilhada Cidade: Bezerro Estado: PE CEP: 55.660.000
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)

AGÊNCIA: 0051 CONTA: 333.061
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(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.

Indicação
pela vítima ou
beneficiário
não alfabetizado

Local e Data: Bezerro 25.11.2019
Nome: _____
CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Mário Antônio da Silva Santos
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.

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: 340.501.244-91 Nome completo da vítima: Mário Antônio da Silva Santos

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

Nome completo: Mário Antônio da Silva Santos CPF: 340.501.244-91
Profissão: Agricultor Endereço: Rua Vitorino Número: 2997 Complemento: _____
Bairro: Encruzado Cidade: Bezerro Estado: PE CEP: 55.660.000
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)

AGÊNCIA: 0051 CONTA: 333.061
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(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.

Indicação
pela vítima ou
beneficiário
não alfabetizado

Local e Data: Bezerro 25.11.2019
Nome: _____
CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Mário Antônio da Silva Santos
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.

20/11/2019 15:00



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 Nº. **19E0180003238**

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

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (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 a: **MUNICIPIO DE CARUARU, 1 -
Bairro: CENTRO - CARUARU/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR \ AGENTE)
LEONEIDE MARIA DOS SANTOS (OUTRO)
ROSEVALDO SEVERINO DA SILVA (OUTRO)
MARIA ANTONIA DA SILVA SANTOS (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (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 ao plantão) - Sexo: Feminino Mãe:
MARIA MESSIAS DA SILVA Pai: **NOEL ANTONIO DA SILVA** Data de Nascimento: **18/8/1954**
Naturalidade: **BEZERROS / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **2005714/SDS/PE (RG),
34080124491 (CPF)** Estado Civil: **VIVO(A)** Profissão: **AGRICULTOR(A)**
Residencial: **SÍTIO VEADO MAGRO- ZONA RURAL - CARUARU/PERNAMBUCO/BRASIL**
Próximo a: **MUNICIPIO DE CARUARU, 1 - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO -
CARUARU/PERNAMBUCO/BRASIL**

LEONEIDE MARIA DOS SANTOS (não presente ao plantão) - Sexo: Feminino Mãe:
MARIA ANTONIA SILVA SANTOS Pai: **JOÃO LAURENTINO DOS SANTOS** Data de
Nascimento: **24/8/1978** Naturalidade: **BEZERROS / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos:
7344867/SDS/PE (RG), 93598689428 (CPF) Estado Civil: **DIVORCIADO(A)** Profissão:
AGRICULTOR(A)
Residencial: **SÍTIO VEADO MAGRO-ZONA RURAL - CARUARU/PERNAMBUCO/BRASIL**
Próximo a: **MUNICIPIO DE CARUARU, 1 - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO -
CARUARU/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

ROSEVALDO SEVERINO DA SILVA (sem presente ou plantão) - Sexo: **Masculino** Naturalidade: **NÃO INFORMADA** / **PERNAMBUCO** / **BRASIL**

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

MOTO (VEICULO) 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 CB 600 FAN KS** Objeto apreendido: **Não**
 Cor: **VERMELHA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Pisca: **PGH7891** (PERNAMBUCO/CARUARU) Placa: **4995** Ano Chassi: **962JC4110DR103828**
 Ano Fabricação/Modelo: **2012/2013** Combustível: **GASOLINA**

Complemento / Observação

INFORMA A VITIMA QUE ENCONTRAVA-SE COMO PASSAGEIRA DO VEICULO ACIMA DESCRIMINADO, E QUE O MESMO ERA CONDUZIDO PELA PESSOA DE LEONEIDE MARIA DOS SANTOS, QUANDO EM DADO MOMENTO OUTRO VEICULO A PASSAR PELA MESMA ESTA VEIO A SE ASSUSTAR PERDENDO O CONTROLE DE DIREÇÃO DO MESMO VINDO A DERRAPAR CHEGANDO A TOMBAREM JUNTAMENTE COM O VEICULO (MOTO), VINDO A VITIMA SOFRER FRATURA EXPOSTA DE PUNHO ESQUERDO, QUE FOI SOCORRIDA PELOS FAMILIARES E CONDUZIDA PARA UPA 24HORAS E APÓS REMOVIDA PARA O HRA-CARUARU ONDE FOI SUBMETIDA A INTERVENÇÃO CIRURGICA.CONFORME DOCUMENTAÇÃO APRESENTADA.NÃO TENDO NADA MAIS A INFORMAR.

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

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

B.O. registrado por: **DAVID LOPES DOS SANTOS JÚNIOR** - Matrícula: **321026-8**

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: 340.501.244-91 Nome completo da vítima: Mário Antônio da Silva Santos

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

Nome completo: Mário Antônio da Silva Santos CPF: 340.501.244-91
Profissão: Agricultor Endereço: Rua Vitorino Número: 2997 Complemento: _____
Bairro: Encruzado Cidade: Bezerro Estado: PE CEP: 55.660.000
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)

AGÊNCIA: 0051 CONTA: 333.061
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(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.

Indicação
pela vítima ou
beneficiário
não alfabetizado

Local e Data: Bezerro 25.11.2019
Nome: _____
CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Mário Antônio da Silva Santos
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.

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

ALERGIA



CARUARU

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

UPA RENDEIRAS

Ficha de Atendimento

PEDIATRIA ()

CLÍNICO (X)

Nº DO PRONTUÁRIO:

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 Cis ☐ MULHER Cis ☐ HOMEM TRANS ☐ MULHER TRANS ☐ TRAVESTI ☐ NÃO BINÁRIO ☐

ORIENTAÇÃO AFETIVA/SEXUAL: HETEROSEXUAL ☐ GAY ☐ LÉSBICA ☐ BISSEXUAL ☐ ASSEXUAL ☐ PANSEXUAL ☐

MÃE: Maria Mendes da Silva

PAI: Noel Antonio do Silva

ENDEREÇO: Silva Uoado Negro

BAIRRO: 2 Km CEP

CIDADE: Olinda FONE: 9403 6327

Nº DO CARTÃO SUS: 848003722253677 Nº DO DOC: RG. 2588714

HISTÓRICO DO PACIENTE:

Tru no nl an carter
m MSE Am ma mto
E m n

EXAME FÍSICO:

Tru MSE

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:

Carpi MSE

CONDUTA:

Rn MSE Tru MSE

Dr. Felipe Marques
Clínica Médica
CRM: 16377

Assinatura e carimbo - Médico

CONDIÇÃO DE ALTA:

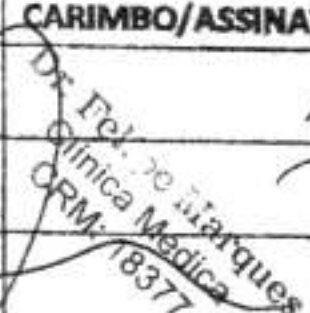
TIPO DE ALTA: ☐ DOMICÍLIO ☒ TRANSFERÊNCIA ☐ AMBULATÓRIO

Dr. Felipe Marques
Clínica Médica
CRM: 18377

Assinatura e carimbo - Médico

Recepcionista
Assinatura e carimbo

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

MEDICAÇÃO PRESCRITA		ADMINISTRAÇÃO DA MEDICAÇÃO CARIMBO/ASSINATURA/HORA	
1) Voltam Jan	(to)		12:20
2) D5M Jan	(to)		J. 432386
3) Luma Jan			

ENFERMAGEM

SINAIS VITAIS										Assinatura e carimbo
HORA										
P.A										
TEMP										
F.C										
F.R										
HGT										
SpO ²										

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:

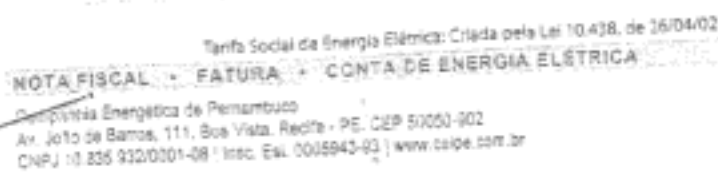
CLIENTE: MARIA ANTONIA DA SILVA SANTOS

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00051

CONTA: 000000111061-6

Nr. da Autenticação 77D0251A60ACBAC7



ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

RURAL BOAS NOVAS/BOAS NOVAS
BEZERROS PE
55660-000

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

Nº DA NOTAFISCAL	SÉRIE	EMIÇÃO
080646190	UNL A	11/10/2019
APRESENTAÇÃO	Nº DO CLIENTE	Nº DA INSTALAÇÃO
11/10/2019	200283673	386455

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
	73,0000000	0,81088852	59,18
Consumo Ativo (kWh)			0,58
Acrescimo Bandeira AMARELA			2,77
Acrescimo Bandeira VERMELHA			3,13
Contrib. Ilum. Pública Municipal			0,52
ICMS Supvenção - C/IE - NF 072827758-09/08/19			1,18
Multa por atraso - NF 076703608 - 10/08/19			0,18
Multa por atraso - NF 076703608 - 10/08/19			2,00
Contribuição CERAPE - (081) 3722-8900			

TOTAL DA FATURA

TOTAL DA FATURA		DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL									
Nº DO MEDIDOR		TIPO DA FUNÇÃO		ANTERIOR		ATUAL		Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (KWH)
MAGALHÃ		CAT		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA	31	1.000,00		71,00
				10-09-2019	14.238,90	11-10-2019	14.359,00				
CONTABILIZAÇÃO DO CONSUMO											

HISTÓRICO DE CONSUMO		INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS			COMPOSIÇÃO DO CONSUMO		
DATA	QTD	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPÓSTO	Descrição de Energia	RS	RS Tot
OUT 19	73	62,51	29,40	18,62	Transmissão	RS	2,17
SET 19	71	62,51	1,29	0,08	Distribuição (Cabo)	RS	13,19
AGO 19	73	62,51	5,95	3,71	Perdas de Energia	RS	1,15
JUL 19	84				Encargos Setoriais	RS	3,10
JUN 19	71				Tributos	RS	20,12
MAY 19	68				Total	RS	42,61
ABR 19	55						
MAR 19	77						
FEV 19	95						
JAN 19	237						
DEZ 18	75						
NOV 18	64						
OUT 18	63						

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Prezado(a) cliente(a), informamos que o seu contrato de prestação de serviços de manutenção elétrica e eletrônica, assinado em 17/06/2014, encontra-se em vigor. O prazo de validade do contrato é de 12 (doze) meses, sendo que o primeiro ano de vigência do contrato será de 12 (doze) meses, a partir da data de assinatura do contrato, e o segundo ano de vigência do contrato será de 12 (doze) meses, a partir da data de vencimento do primeiro ano de vigência do contrato. O contrato será renovado automaticamente por 12 (doze) meses, a partir da data de vencimento do primeiro ano de vigência do contrato, e assim sucessivamente, até que o cliente(a) não renove o contrato. O contrato será renovado automaticamente por 12 (doze) meses, a partir da data de vencimento do primeiro ano de vigência do contrato, e assim sucessivamente, até que o cliente(a) não renove o contrato. O contrato será renovado automaticamente por 12 (doze) meses, a partir da data de vencimento do primeiro ano de vigência do contrato, e assim sucessivamente, até que o cliente(a) não renove o contrato.

As condições gerais de fornecimento (prestação de serviços) estão disponíveis em nosso site: www.celgas.com.br

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERFERÊNCIAS				NÍVEL DE TENSÃO	
CONJUNTO	VALOR aproximado	LIMITE MENSAL	LIMITE TRIMESTRAL	TENSÃO NOMINAL (V)	LIMITE DE VARIAÇÃO AP percento
	0,00	11,30	22,61	220	
DIC	0,00	7,74	15,43		
FIC	0,00	8,15	0,00		
DMIC					

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Rosevaldo Severino da Silva,
RG nº 8247090, data de expedição 10/10/2017,
Órgão SDS-PE, portador do CPF nº 110.096.154-24, com
domicílio na cidade de Caruaru, no Estado de
Pernambuco, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Sítio Ugado Magno, nº SIN,
complemento _____, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado 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 4801
Chassi: 9C2JC4310JR103026
Data do Acidente: 16/05/2019
Local e Data: Caruaru 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

Bel. **CARLOS TOJORNO**

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.

Mania Antonia da Silva 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.cartorio3.com.br

PA: 150 x 100 mmHg
Temp: — °C FR: — rpm
FC: — bpm Peso: — kg
HGT: — mg/dl SpO₂: — %
HORA: 11 : 39 . 45

ALERGIA: —



CARUARU

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

UPA RENDEIRAS

Ficha de Atendimento

PEDIATRIA ()

CLÍNICO (X)

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 Cis ☐ MULHER Cis ☐ HOMEM TRANS ☐ MULHER TRANS ☐ TRAVESTI ☐ NÃO BINÁRIO ☐

ORIENTAÇÃO AFETIVA/SEXUAL: HETEROSEXUAL ☐ GAY ☐ LÉSBICA ☐ BISSEXUAL ☐ ASSEXUAL ☐ PANSEXUAL ☐

MÃE: Maria Mendes da Silva

PAI: Abel Antonio do Silva

ENDEREÇO: Silva Uoad Negro

BAIRRO: 2º Quilômetro

CIDADE: Olinda

CEP

FONE: 9403 6327

Nº DO CARTÃO SUS: 848003722253677

Nº DO DOC: RG. 2588714

HISTÓRICO DO PACIENTE:

h h no nh an carta
m MSE Am ma mto
E m n

EXAME FÍSICO:

h h m MSE

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:

Comp. MSE

CONDUTA:

h MSE h MSE

Dr. Felipe Marques
Clínica Médica
CRM: 18377

Assinatura e carimbo - Médico

CONDIÇÃO DE ALTA:

TIPO DE ALTA: ☐ DOMICÍLIO ☒ TRANSFERÊNCIA

☐ AMBULATÓRIO

Dr. Felipe Marques
Clínica Médica
CRM: 18377

HORA DA LIBERAÇÃO: —

Recepcionista

RECEPCIONISTA

Assinatura e carimbo

Assinatura e carimbo - Médico

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



Governo do Estado de Pernambuco
Secretaria de Saúde

UPA24h
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO

GESTÃO
IMIP
HOSPITALAR

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.º: **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 ES COM FERIMENTO

Exame Físico:

DOR IMPOT FUN FERIMENTO LACEROCONTUSO

Exames complementares:

VER RX

HD:

FRATURA EXPOSTA DE PUNHO ESQ

Conduta:

ORIENTAÇÃO GERAL CURATIVO TALA HRA

Evolução:

Ass. do Médico

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

Dr. Nilton Pereira de Barros
Ortopedia
CRM: 10660

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

Unidade de Saúde: HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE

Paciente:

Marta Antônia Silva

Nº do Registro:

338728

Clínica:

Ginecologia

Nº do Leito

Operador:

Wagner Guedes Lima

1º Assistente:

2º Assistente:

Instrumentador:

Anestesista:

Anestesia:

Duração:

Data da Operação:

Início:

Término:

Diagnóstico Pré-Operatório:

f. de parto normal E

Diagnóstico Pós-Operatório:

Operação Proposta:

Operação Realizada:

H. cirúrgico segundo partes E + feto aduado

DESCRIÇÃO DO ATO OPERATÓRIO

1) Pêlo em DVH

2) exame e cateter

3) exame de corpo inteiro

4) aspirar o feto e/ou líquido de SF 0,5% anestesia

5) examinar de baixo a cima

6) colar o feto de baixo a cima

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 SÉVLLA LORENA

2º Assistente:

Instrumentador:

Anestesista:

Anestesia: BLOQUEIO

Duração:

Data da Operação: 31/05/2019

Início:

Término:

Diagnóstico Pré-operatório: FRATURA DE RADIO 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. Sevlia 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

Clínica: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Nº do leito: 08

EVOLUÇÃO MÉDICA

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA: FRATURA EXPOSTA DE RADIO 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 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

Clínica: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Nº do leito: 08

EVOLUÇÃO MÉDICA

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA: FRATURA EXPOSTA DE RADIO 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 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: _____



EVOLUÇÃO CLÍNICA

Unidade de saúde: HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE

Paciente: MARIA ANTONIA SILVA, 64a

Nº Registro: 338.728

DATA DE INTERNAÇÃO: 16/05/19

Clínica: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Nº do leito: 08

EVOLUÇÃO MÉDICA

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA: FRATURA EXPOSTA DE RADIO 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 ESPORADICA 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 COLLES, 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. INICIO ATB COM VANCOMICINA 1G EV 12/12H

DATA 20/05/2019

CARIMBO + CREMEPE: _____



EVOLUÇÃO CLÍNICA

Unidade de saúde: HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE

Paciente: MARIA ANTONIA SILVA, 64a

Nº Registro: 338.728

DATA DE INTERNAÇÃO: 16/05/19

Clínica: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Nº do leito: 08

EVOLUÇÃO MÉDICA

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA: FRATURA EXPOSTA DE RADIO 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: _____



HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE - HRA

RESUMO DE ALTA

Nome: Maria Antônia da Silva

Prontuário: 338728 L08

Data: 16 / 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. Retorno ao ambulatório com 15 dias.

25.06.19 às 13:00 - Dr. Jefferson Calume às 13h00

TRATAMENTO REALIZADO:

Redução incruenta + estabilização com fio K 2.0 em rádio

sob fluoroscopia

Alta Hospitalar: Data: 01 / 06 / 19

Hora: 18:23
MARCOS GONÇALVES
Médico Residente
Ortopedia / Traumatologia
RM-PE 26760

Ass. do Médico e CRM
Carimbo



Governo do Estado de Pernambuco
Secretaria de Saúde

UPA24h
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

Felipe Diego V.P. 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

UPA24h
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: SÍTIO 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

Felipe Diego V.P. de Carvalho
Ortopedia e Traumatologia
CRM-BA 30.912

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: *10 unidades de 100 mg*

para uso de 8/66 a 12/66

10 unidades de 100 mg

para uso de 6/66 a 12/66

Data: *01 / 06 / 14*

Dr. Marcos Gonçalves
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM 198.760

Carimbo e Assinatura do Médico

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome completo: _____

Ident.: _____ Org. 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. S. Antunes

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

2.588.714 17/01/2017

<< MARIA ANTONIA DA SILVA SANTOS >>

<< NOEL ANTONIO DA SILVA >>

<< MARIA MESSIAS DA SILVA >>

BEZERROS - PE 19/09/1954

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

340.501.244-91

Ana Paula C.O. Alencar

LEI Nº 7.116 DE 29/06/93

1017026073101103/54 7.57100 F-74 75.089 - 4313

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE PERNAMBUCO

EC-5

MARIA ANTONIA DA SILVA SANTOS

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDO EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

ESTE CARTÃO É O DOCUMENTO COMPROVATÓRIO DE INSCRIÇÃO NO CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS - CNP E DE USO OBRIGATÓRIO NOS CASOS LEGALMENTE DETERMINADOS PARA QUALQUER ORIENTAÇÃO DE NATUREZA TRIBUTÁRIA, PROCURE A UNIDADE LOCAL DA SECRETARIA DA RECEITA FEDERAL.

CARTÃO DO AGENTE RECEPTOR

9 7 31-1

28 /05 /81

BRADESCO

L 44000/2381

APROVADO PELA INSTRUÇÃO NORMATIVA DO SRF 135/81

CNP 0.504

SECRETARIA DA RECEITA FEDERAL

CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS

C/C

NÚMERO DE INSCRIÇÃO NO CNP

340501244 91

NOME DO CONTRIBUÍTE

MARIA ANTONIA DA SILVA SANTOS

VÁLIDO ATÉ 360 DIAS A CONTAR DA DATA DO CARTÃO DO AGENTE RECEPTOR

NASCIMENTO

10.09.54

ASSINATURA DO CONTRIBUÍTE

Maria Antonia da Silva Santos

SEU VALOR É SOMENTE COM A APRESENTAÇÃO DA CARTEIRA 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

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DE PUNHO ESQUERDO. P2.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO OSTEOSSÍNTESE. 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:

Nome:

Registro Nº

Clinica Enfermia:

Ariscante
Ariscante 16/5/2015
Enfermagem -
Ortopedia e
Ata

20/11/2018

Atílio Pereira de Barros
Ortopedia e Traumatologia
CRM: 10660

Data

Médico - CRM

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