

Rio de Janeiro, 09 de Dezembro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200425239

Vítima: EDYVONAYDE BRUNA ALVES SOUZA

Data do Acidente: 30/01/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), EDYVONAYDE BRUNA ALVES SOUZA

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos ombros

25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

Recebedor: EDYVONAYDE BRUNA ALVES SOUZA

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000000914

Conta: 0000042318-2

Tipo: CONTA POUPANÇA

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

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

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 098.921.934-82 4 - Nome completo da vítima: EDYVONAYDE BRUNA ALVES SOUZA

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

5 - Nome completo: EDYVONAYDE BRUNA ALVES SOUZA 6 - CPF: 098.921.934-82
7 - Profissão: Agricultora 8 - Endereço: R. S. S. PEDRO 9 - Número: 380 10 - Complemento: CASA
11 - Bairro: RURAL 12 - Cidade: SIERRA TALHADA 13 - Estado: PE 14 - CEP: 56.900-000
15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD): 82.9999.8122

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DEPOSITO EM BANCOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, TUTOR, CURADOR, etc.)

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: 914 13 CONTA: 42318 3
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)
☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: AGÊNCIA: CONTA:

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.

22 - 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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: 28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (a) (verificar)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - 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.

34 - Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rgo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rgo)

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rgo)

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

SIERRA TALHADA - PE - 22/11/2020
Edyvonnayde Bruna Alves Souza

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 177ª CIRCUNSCRIÇÃO - SERRA TALHADA - DP177ªCIRC DINTER2/21ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 20E0267003753

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **05/11/2020** às **10:40**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado), que aconteceu no dia **30/1/2020** às **15:00**

Fato ocorrido no endereço: **PRACA DOUTOR SERGIO MAGALHAES, 1** - Bairro: **SERRA TALHADA/PERNAMBUCO/BRASIL** -
 CEP: **56900-000** - Ponto de Referência: **PROXIMO AO PREDIO DA RADIO CULTURA**
 Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR/AGENTE)
 VALDOMIRO BRUNO ALVES SOUZA (OUTRO)
 MARIA RIVANEIDE ALVES SOUSOUZA (VITIMA)
 EDYVONAYDE BRUNA ALVES SOUZA (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**
 VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): **MARIA RIVANEIDE ALVES SOUSOUZA**

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

MARIA RIVANEIDE ALVES SOUSOUZA (presente ao plantão) - Sexo: **Feminino** Mãe: **CELINA ALVES DA CONCEICAO** Pai: **JOAO ISIDORO ALVES** Data de Nascimento: **10/5/1968** Naturalidade: **SERRA TALHADA / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **3449284/SSP/PE (RG)**, **03809567485 (CPF)**, **06102136356 (CNH)** Estado Civil: **CASADO(A)** Escolaridade: **3ª. GRAU INCOMPLETO** Profissão: **AGRICULTOR(A)** Telefones Celulares: **- 87996141141**

Residencial: **FAZENDA SAO PEDRO, DISTRITO LOANDA - SERRA TALHADA/PERNAMBUCO/BRASIL**

EDYVONAYDE BRUNA ALVES SOUZA (presente ao plantão) - Sexo: **Feminino** Mãe: **MARIA RIVANEIDE ALVES SOUSOUZA** Pai: **EDINALDO PEREIRA DE SOUZA** Data de Nascimento: **23/4/1991** Naturalidade: **SERRA TALHADA / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **562776217/SSP/SP (RG)** Estado Civil: **CASADO(A)** Escolaridade: **3ª. GRAU INCOMPLETO** Profissão: **AGRICULTOR(A)** Telefones Celulares: **- 87996141141**

Residencial: **FAZENDA SAO PEDRO, DISTRITO LOANDA - SERRA TALHADA/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

VALDOMIRO BRUNO ALVES SOUZA (não presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / NÃO INFORMADO / BRASIL**

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

MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **VALDOMIRO BRUNO ALVES SOUZA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **MARIA RIVANEIDE ALVES SOUSOUZA**

Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/NXR 160 BROS ESDD** Objeto apreendido: **Não**
 Cor: **BRANCA** - Quantidade: **1,000 (UNIDADE)**

Placa: **PCT2782** (PERNAMBUCO/SERRA TALHADA) Renavam: **103761147** Chassi: **9C2KD0810FR403747**
 Ano Fabricação/Modelo: **2014/2014** Combustível: **ALCO/GASOL**

AUTOMOVEL (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**, que estava em posse do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**

Categoria/Marca/Modelo: **AUTOMOVEL/FIAT/TORO** Objeto apreendido: **Não**
 Cor: **BRANCA** - Quantidade: **1,000 (UNIDADE)**

Complemento / Observação

A SRA. MARIA RIVANEIDE ALVES SOUSOUZA NOTICIA QUE SOFRERA UM ACIDENTE DE TRANSITO AO DESLOCAR-SE PELA PRAÇA SERGIO MAGALHAES, EM DIREÇÃO A IGREJA MATRIZ, CONDUZINDO A MOTOCICLETA DESCRITA NESTE BOE., LEVANDO COMO CARONA A SUA FILHA, A SRA. EDYVONAYDE BRUNA ALVES SOUZA. INFORMOU A SRA. QUE FOI ATINGIDA POR UM VEICULO TORO QUE ESTAVA ESTACIONADO, CUJO CONDUTOR DEU RÊ NO MOMENTO QUE A SRA. A SRA. RIVANEIDE PASSAVA, ATINGINDO A MOTOCICLETA QUE VEIO A CAIR NA VIA, CAUSANDO LESÕES NAS DUAS OCUPANTTES. O PROPRIETARIO DA TORO PRESTOU SOCORRO LEVANDO AS OCUPANTES DA MOTOCICLETA AO HOSPAM ONDE RECEBERAM ATENDIMENTO MÉDICO. VINDO HOJE NOTIFICAR O OCORRIDO EM RAZÃO DE REQUERER O SEGURO DPVAT.

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

MARIA RIVANEIDE ALVES SOUSOUZA
(VITIMA)

EDYVONAYDE BRUNA ALVES SOUZA
(VITIMA)

B.O. registrado por: **DEODORO FONSECA DE CARVALHO** - Matrícula: **2214415**

(Liberado em 05/11/2020 às 11:30)



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: 03/12/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: EDYVONAYDE BRUNA ALVES SOUZA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00914

CONTA: 000000042318-2

Nr. da Autenticação E017D795C4C0A7AE



NOTA FISCAL * FATURA * CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

Companhia Energética de Pernambuco
 Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife - PE, CEP 50050-002
 CNPJ 10.935.032/0001-08 | Ins. Est. 0005943-93 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE

EDNALDO PEREIRA DE SOUZA

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
 FZ SAO PEDRO 380

CPF: 853.704.364-87

JARDIM - RURAL/JARDIM
 SERRA TALHADA PE
 56800-000

CLASSIFICAÇÃO
 B2 RURAL
 AGROPECUÁRIA RURAL
 Monofásico

Nº DA NOTA FISCAL	DATA	EMISSÃO
139822283	05/11/2020	05/11/2020
Nº DA FATURA	Nº DA PROTAÇÃO	Nº DA PROTAÇÃO
2005851943	3693591	3693591

CONTA DE ENERGIA	MÊS/ANO
1594772020	11/2020
DATA DE VENCIMENTO	DATA DE VENCIMENTO
12/11/2020	03/12/2020
TOTAL A PAGAR (R\$)	145,77

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo (kWh)-TUSD	272,0000000	0,28005707	76,17
Consumo Ativo (kWh)-TE	272,0000000	0,21789126	59,20
Multa por atraso NF 126594770 - 05/10/20			2,23
Juros por atraso NF 126594770 - 05/10/20			0,78
Atualização IGP-M NF 126594770 - 05/10/20			2,39
Doação FUNDAÇÃO TERRA - (087) 3921-1542			5,03

TOTAL DA FATURA

145,77

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESSA NOTA FISCAL

Nº DO MEDIDOR	Tipo DA FUNÇÃO	ANTERIOR DATA	ANTERIOR LEITURA	ATUAL DATA	ATUAL LEITURA	Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (kWh)
27207220	CAI	05-10-2020	976300	05-11-2020	10.055,00	31	1,0000		272,00

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO			COMPOSIÇÃO DE TRIBUTOS			COMPOSIÇÃO DE TRIBUTOS		
Medidor	Valor	Porcentagem	Medidor	Valor	Porcentagem	Medidor	Valor	Porcentagem
NGV20 272			ITAB	135,37	0,94	Geração de Energia	R\$ 88,77	41,34%
CUT20 289			PIS	135,37	4,43	Transmissão	R\$ 8,04	5,54%
SET20 231			COPIS			Distribuição (Celpe)	R\$ 41,31	28,69%
AGO20 247						Perdas de Energia	R\$ 12,42	8,51%
XL20 228						Encargos Setoriais	R\$ 8,08	5,55%
UP20 242						Tributos	R\$ 7,27	5,07%
						Total	R\$ 126,37	100%



GOVERNO DO ESTADO
PERNAMBUCO
GOV. PAULO GOMES



HOSPAM
HOSPITAL REGIONAL PROFESSOR
AGAMENON MAGALHÃES



SUS

BOLETIM DE CLASSIFICAÇÃO DE RISCO E EMERGÊNCIA

Nº: 141

Data: 30-03-2020	Hor: 16:44
Nome: Edineide Bruna Alves Souza Pereira	Profissão: Agricultora
Nome Social:	Estado Civil: Solteira
Nascimento: 23-04-97	Sexo: Fem
Escolaridade: E. Superior, Inc.	Responsável:
Mãe: Maria Raimunda Alves Souza	
Endereço: 199 São Pedro	
Bairro:	Município: STPE
Cartão SUS:	Fone: 8962-4030
Raça/Cor:	RG/CPF:
☐ Branca	☐ Preta
☐ Parda	☐ Amarela
☐ Indígena	

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

☐ VERMELHO

☐ AMARELO

☐ VERDE

☐ AZUL

Situação/Queixa:

PA: Pulso: HGT: T: SpO2: Peso: Glasgow:

Medicações em uso:

Intolerâncias/Alergias:

Fluxograma:

Carimbo e Assinatura:

ATENDIMENTO MÉDICO

História e Exame Físico:

Acidente Autoresilístico.
De a Palpação do ombro.

Tratamento:

Crematrina des
Favimides

Consultar

Imobilização c/ valpear.

Ultrassom FM

Retorno p/ Reavaliação.

Segunda 10/02/20.

Solista: Dr. Ombro

A.P.

OBS: Pct. 5A
NEGA K
TOMAR.

Hipótese Diagnóstica:

Frnt. 1/3 Meto clivada @ S/Den

Carimbo e Assinatura:

Dr. José Anacleto B. Guimarães



Sistema Mínio
Único de
Saúde Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

HOSPITAL SÃO VICENTE

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

HOSPITAL SÃO VICENTE

2 - CNES

2 3 5 1 6 3

4 - CNES

2 3 5 1 6 3

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

EDYVONAYDE BRUNA ALVES SOUZA

PEREIRA

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

00228206

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

7 0 2 4 0 6 0 7 5 3 5 6 9 2 1

8 - DATA DE NASCIMENTO

23 / 04 / 1991

9 - SEXO

Masculino

10 - RAÇA

PARDOS

11 - NOME DA MÃE

MARIA RIVABEIDE ALVES SOUZA

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

FAZ SÃO PEDRO N O ZONA RURAL

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

SERRA TALHADA

17 - COD. IBGE MUNICÍPIO

18 - UF

19 - CEP

P E 5 6 9 0 0 0

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Foram percebidas USV, deprimidas
recorrentes clínicas, edema
dos membros inferiores.

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Necessidade de repouso

22 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

Exames de laboratório AP
forneceram resultados

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL

24 - CID 10 PRINCIPAL

25 - CID 10 SECUNDÁRIO

26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Internação

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

040 80 10 150

29 - CLÍNICA

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

31 - DOCUMENTO

32 - Nº DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE (ASSISTENTE)

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

Antonio Rodrigues de Faria

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO

13/02/2020

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

CPF: 000.000.000-00 PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - CNIS DA SEGURADORA

38 - Nº DO BIOMÉTRICO

41 - SÉF

37 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

37 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

37 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

42 - CNPJ EMPRESA

43 - CNAE DA EMPRESA

44 - CRC

45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURO

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - COD. ÓRGÃO EMISSOR

262010488052-5

48 - DOCUMENTO

49 - Nº DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

() CNS

() CPF

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

Ilo Pereira de Andrade Melo

CPF: 163.070.214-15 CRM: 8803

Médico Autorizador

XG 00000

02
12

13.02 e 13.02.2020

GUIA DE TRANSFERÊNCIA

Identificação do Estabelecimento

NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE:
HOSPITAL REGIONAL PROFESSOR AGAMENON MAGALHAES - S. TALHADA

DATA DA SOLICITAÇÃO:
10/02/20 14:51

MÉDICO SOLICITANTE:
PEDRO AURELIANO AMADOR DE CARVALHO

Nº SOLICITAÇÃO:
674025

Identificação do Paciente

NOME DO PACIENTE:
EDYVANAYDE BRUNA A. S. PEREIRA

Nº DO PRONTUÁRIO:

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

DATA DE NASCIMENTO:
23/04/1991

SEXO:
FEMININO

NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL:
MARIA RIVONEIDE ALVES SOUZA

TELEFONE DE CONTATO:

ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO):
FAZ. SÃO PEDRO, ZONA RURAL

MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA:
SERRA TALHADA

CÓD. BOM MUNICÍPIO:
2613909,00

UF:
PE

CEP:

Dados sobre o Transporte

MEIO DE TRANSPORTE:
AMBULÂNCIA

DATA DE EMISSÃO:
13/02/20 11:51

OBSERVAÇÃO:

OBSERVAÇÃO EXECUTANTE:

Regulador

MÉDICO REGULADOR:
EULALIA MADALENA MATOS LAPA

TIPO LEITO:
CIRÚRGICO

ESPECIALIDADE:
ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA

Executante

ESTABELECIMENTO:
CASA DE SAÚDE SÃO VICENTE - SERRA TALHADA

DATA DE AUTORIZAÇÃO:
13/02/20 11:35

MÉDICO AUTORIZADOR:

Hospital São Vicente

Data Atend: 13/02/2020	Atendimento: 0032686	Quarto/leito: 305 / 3
Paciente: 00228206 - EDYVONAYDE BRUNA ALVES SOUZA <i>PEREIRA</i>		
Data Nasc: 23/07/1991	Idade: 28 Anos	Sexo: Feminino
Profissão: AUXILIAR DE SAUDE BOCAL	Naturalidade: SERRA TALHADA	Estado Civil: Casado
		Nacionalidade: BRASILEIRO
Nome Pai:	Nome Mãe: MARIA RIVABEIDE ALVES SOUZA	
Endereço: FAZ SAO PEDRO, 0	- ZONA RURAL - SERRA TALHADA - PE	
Telefones: () / () / (87) 9816.24010		
Elementos da Ocorrência:		
Acidente de Transito ()	Acidente de Trabalho ()	Outros Acidentes ()
Suicídio ()	Casual ()	Outros ()
Nome Acompanhante:		Telefone de Contato: ()
Endereço Acompanhante:		
Local da Ocorrência:		

ANAMNESE E EXAME FISICO:

Posição sentada, sem MSD, dor nas costas, sem alterações de consciência, sem alterações de nível de consciência, sem alterações de nível de consciência.

Diagnostico Inicial:

Test. CAUWIA @

SADT:

Diagnostico Final:

Test. CAUWIA @

Condição de Alta

Motivo de Alta

Melhorada ()
Inalterado ()
Piorando ()
Óbito + 48h ()
Óbito - 48h ()

Descição Médica ()
Alta a Pedido ()
Transferência ()
Evasão ()
Indisciplina ()

Data do Internamento:

Data da Alta:

Local:

Óbito em ____ / ____ / ____

Hora: ____

[Assinatura]
Médico Responsável
Pedro Aureliano Amador de Carvalho
CPF: 024.223.204-30 CRM: 16558

Hospital São Vicente

Data Atend: 13/02/2020	Atendimento: 0032686	Quarto/leito: 305 / 3
Paciente: 00228206 - EDYVONAYDE BRUNA ALVES SOUZA PEREIRA		
Cirurgia Realizado:	N. do Procedimento:	
<i>Osteossintese de Coluna D</i>	<i>M40040/50</i>	
Data: <i>14-02-2020</i>	Início:	Término
Cirurgião: <i>Felipe</i>		
1º Auxiliar:		
2º Auxiliar:		
Anestesista: <i>Felipe</i>		
DESCRIÇÃO CIRURGICA: <i>Sob punção percutânea perfuro Osteotomia D, desbridamento facies posterior de M4 e M5 por placas por placas Alondrafeim foram fixadas, Redução e fixação IO, uso de fio de Kirschner para suturar por placas e parafusos</i>		
 Antonio Rodrigues de Freitas CRM 7351 OAB RJ 152.002-25 Assinatura do Cirurgião		

ESTADO DE SÃO PAULO

8000-2

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA

INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO E REGISTRO DE DADOS



PROIBIDO PLASTIFICAR

Edyvonnayde Bruna Alves Souza Pereira.

CARTEIRA DE IDENTIDADE

56.277.621-7

DATA DE EXPEDIENTE 03/ABR/2012

EDYVONAYDE BRUNA ALVES SOUZA
PEREIRA

EDINALDO PEREIRA DE SOUZA

E MARIA RIVANEIDE ALVES SOUZA

NATURALIDADE SERRA TALHADA -PE

DATA DE NASCIMENTO 23/ABR/1991

SERRA TALHADA-PE
LOANDA

CC:LV.B3 /FLS.103 /N.000444
098921934/82

176 Delegado Divisionário
Robert ASSINATURA DO DIRETOR HRCG/SSPSP

LEI Nº 7.116 DE 29/06/83



MINISTÉRIO DA FAZENDA
Receita Federal

CPF

Cadastro de Pessoas Físicas
Número de Inscrição

098.921.934-82

Nome

EDYVONAYDE BRUNA ALVES SOUZA

Nascimento

23/04/1991



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200425239 **Cidade:** Serra Talhada **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: EDYVONAYDE BRUNA ALVES SOUZA **Data do acidente:** 30/01/2020 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 30/11/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE CLAVÍCULA DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (FIOS DE KIRSCHNER). ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE OMBRO DIREITO.

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 OMBRO DIREITO.

**Documentos
complementares:**

Observações: PÁG. 5_CIRURGIA.

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 ombros	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3200425239 **Cidade:** Serra Talhada **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: EDYVONAYDE BRUNA ALVES SOUZA **Data do acidente:** 30/01/2020 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 27/11/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE CLAVÍCULA DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (FIOS DE KIRSCHNER). ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE OMBRO DIREITO.

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 OMBRO DIREITO.

**Documentos
complementares:**

Observações: PÁG. 5_CIRURGIA.

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 ombros	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0338141/20

Vítima: EDYVONAYDE BRUNA ALVES SOUZA

CPF: 098.921.934-82

CPF de: Próprio

Data do acidente: 30/01/2020

Titular do CPF: EDYVONAYDE BRUNA ALVES SOUZA

Seguradora: CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação

EDYVONAYDE BRUNA ALVES SOUZA : 098.921.934-82

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 25/11/2020
Nome: EDYVONAYDE BRUNA ALVES SOUZA
CPF: 098.921.934-82

EDYVONAYDE BRUNA ALVES SOUZA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 25/11/2020
Nome: JOSEANA MIRANDA LEITE RODRIGUES
CPF: 008.614.524-02

JOSEANA MIRANDA LEITE RODRIGUES