

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, 02 de Abril de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200136717

Vítima: MARIA APARECIDA DE LIMA SILVA

Data do Acidente: 01/05/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSIMAR CARVALHO DE SOUZA

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), MARIA APARECIDA DE LIMA SILVA

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Autorização de pagamento	Apresentar o formulário Pedido do Seguro DPVAT, disponível em nosso site, com preenchimento completo/correto de todos os campos dos Dados Cadastrais, sem abreviações e/ou rasuras, confirmando as informações bancárias de titularidade da própria vítima/beneficiário, pois o banco recusou a realização do depósito da indenização/reembolso na conta bancária inicialmente informada.
---------------------------------	---

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação 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, 02 de Abril de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200136717

Vítima: MARIA APARECIDA DE LIMA SILVA

Data do Acidente: 01/05/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSIMAR CARVALHO DE SOUZA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), MARIA APARECIDA DE LIMA SILVA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. 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, 22 de Abril de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200136717 **Vítima: MARIA APARECIDA DE LIMA SILVA**

Data do Acidente: 01/05/2019 **Cobertura: INVALIDEZ**

Procurador: JOSIMAR CARVALHO DE SOUZA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), MARIA APARECIDA DE LIMA SILVA

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\$ 4.725,00

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros inferiores 70%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 70%) 35,00%

Valor a indenizar: 35,00% x 13.500,00 = R\$ 4.725,00

Recebedor: MARIA APARECIDA DE LIMA SILVA

Valor: R\$ 4.725,00

Banco: 001

Agência: 000001771-X

Conta: 000010013509-9

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, retorno 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: 4 - Nome completo da vítima:
074.056.434-00 MARIA APARECIDA DE LIMA SILVA

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

5 - Nome completo: **MARIA APARECIDA DE LIMA SILVA** 6 - CPF: **074.056.434-00**
7 - Profissão: **Agricultora** 8 - Endereço: **Sítio Vertentes** 9 - Número: **3105** 10 - Complemento: **casa**
11 - Bairro: **Zona Rural** 12 - Cidade: **Chá Grande** 13 - Estado: **PE** 14 - CEP: **55.636-000**
15 - E-mail: **—** 16 - Tel. (DDD): **(81) 9996-7-5458**

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

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 - DADOS BANCÁRIOS: BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção):
 Bradesco (237) Itaú (341)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: 1771 **0** **CONTA: 13509** **7**
 (informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir) **VACINA 51** (informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos):
 Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____ **CONTA:** _____

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.

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 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 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

23 - Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:
 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 Sim Não 29 - Se tinha filhos, informar teve filhos? Vivos Falecidos 30 - Vítima deixou nascituro (velas nascidas)? 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 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.

34

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, **Recife - PE 29 de Fevereiro de 2020**

Maria Aparecida de Lima

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

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: 4 - Nome completo da vítima:
024 056 934 - 00 MARIA APARECIDA DE LIMA SILVA

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

5 - Nome completo: MARIA APARECIDA DE LIMA SILVA 6 - CPF: 07104131005
7 - Profissão: Agente de Telemarketing 8 - Endereço: Sítio Vertentes 9 - Número: 3105
11 - Bairro: zona Rural 12 - Cidade: Cha Grande 13 - Estado: PR 14 - CEP: 59 636-000
15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD): (61) 9902-1543

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:

RECUZO 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 - DADOS BANCÁRIOS: BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção):
 Bradesco (237) Itaú (341)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 1710 CONTA: 13509 (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (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) (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.

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 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 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

23 - Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:

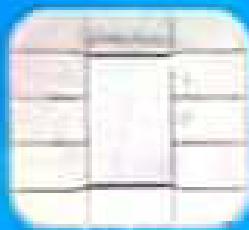
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): Sim Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima Sim Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deuou Sim Não 31 - Vítima Sim Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou Sim Não pais/avós vivos? Não

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

34 35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido
36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido
37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido
40 - Local e Data, Recife - PE 29 de Fevereiro de 2020
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante) Maria Aparecida de Lima

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)
43 - Assinatura do Procurador (se houver)



Ourocard
International

4001 6382 1215 1169

11/20

MARIA A LIMA SILVA
1771-X 13.509-7





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 067ª CIRCUNSCRIÇÃO - CHÁ GRANDE - DP67ªCIRC
DINTER1/12ºDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **19E0157000545**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **01/07/2019** às **15:46**

Complementa o BO Número: **19E0157000402**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado) que aconteceu no dia **1/5/2019** no período da **Noite**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICIPIO DE CHA GRANDE, 1, RODOVIA PE-71** - Bairro: **CENTRO - CHA GRANDE/PERNAMBUCO/BRASIL** - Ponto de Referência: **PROXIMO AO BRENAN**
Local do Fato: **RODOVIA ESTADUAL**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR \ AGENTE)
JOSEILDO JOSE DOS SANTOS (VITIMA)
JONATAS GABRIEL DE LIMA SANTOS (VITIMA)
MARIA APARECIDA DE LIMA SILVA (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Outros motivos) , que estava em posse do(a) Sr(a): JOSEILDO JOSE DOS SANTOS

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

JOSEILDO JOSE DOS SANTOS (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: **MARIA DO CARMO DOS SANTOS** Pai: **JOSE HELENO DOS SANTOS** Data de Nascimento: **20/1/1982** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE CHA GRANDE, 1, SITIO LAJEDO GRANDE - CEP: 0 - Bairro: ZONA RURAL - CHA GRANDE/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

JONATAS GABRIEL DE LIMA SANTOS (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: **MARIA APARECIDA DE LIMA SILVA** Pai: **JOSEILDO JOSE DOS SANTOS** Data de Nascimento: **16/9/2014** Naturalidade: **CHA GRANDE / PERNAMBUCO / BRASIL**

Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE CHA GRANDE, 41, SITIO LAJEDO GRANDE - CEP: 0 - Bairro: ZONA RURAL - CHA GRANDE/PERNAMBUCO/BRASIL, PROXIMO A NOBIU VEREADOR**

MARIA APARECIDA DE LIMA SILVA (não presente ao plantão) - Sexo: Feminino Mãe: **MARIA DOS ANJOS DE LIMA SILVA** Pai: **JOSE RAUL DA SILVA** Data de Nascimento: **2/11/1985** Naturalidade: **CHA GRANDE / PERNAMBUCO / BRASIL**

Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE CHA GRANDE, 1, SITIO LAJEDO GRANDE - CEP: 0 - Bairro: ZONA RURAL - CHA GRANDE/PERNAMBUCO/BRASIL, PROXIMO A NOBIU VEREADOR**

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

MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **JOSEILDO JOSE DOS SANTOS**, que estava em posse do(a) Sr(a): **JOSEILDO JOSE DOS SANTOS**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/NXR 150 BROS ESD** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **PRETA** - Quantidade: **0 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PFD6607** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Renavam: **392828995** Chassi: **9C2KD0540CR513618**
Ano Fabricação/Modelo: **2011/2012** Combustível: **ALCO/GASOL**

Complemento / Observação

A VITIMA INFORMA QUE ESTAVA indo PARA SUA RESIDENCIA, TRANSITANDO NA PE-71, NA SUPRACITADA MOTOCICLETA, JUNTAMENTE COM SUA ESPOSA: MARIA APARECIDA DE LIMA SILVA, E SEU FILHO: JONATAS GABRIEL DE LIMA SANTOS, AMBOS NO BANCO CARONA DA MOTO; QUE NAS PROXIMIDADES DO SITIO BRENAN, NA REFERIDA RODOVIA, OUTRA MOTOCICLETA NÃO IDENTIFICADA COLIDIU DE FREnte COM A VITIMA; QUE DEVIDO AO ACIDENTE QUEBROU UM DEDO DA MÃO ESQUERDA E QUATRO DEDOS DO PÉ ESQUERDO; QUE FOI SOCORRIDO PARA O HOSPITAL DESTE MUNICPIO E POSTERIORMENTE TRANSFERIDO PARA O HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS, NO RECIFE-PE; QUE REALIZOU PROCEDIMENTOS CIRURIGICOS NO PÉ E NA MÃO NO HOSPITAL ARMINDO MOURA, EM MORENO-PE; QUE MARIA APARECIDA DE LIMA SILVA E JONATAS GABRIEL DE LIMA SANTOS FORAM SOCORRIDOS PARA O HOSPITAL DE CHA GRANDE E POSTERIORMENTE ENCAMINHADOS PARA O HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO, EM RECIFE, POIS SOFRERAM FRATURAS EM SEUS RESPECTIVOS MEMBROS INFERIORES ESQUERDO; QUE NÃO SABE QUEM FOI O AUTOR DO ACIDENTE. SEM MAIS, ESSE FOI O FATO.

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

Joseildo José dos Santos
JOSEILDO JOSE DOS SANTOS
(VITIMA)

B.O. registrado por: **JOAO PAULO LOURENCO DA SILVA** - Matrícula: **2969602**



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
 SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
 POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
 DELEGACIA DE POLICIA DA 067ª CIRCUNSCRICAO - CHA GRANDE - DP67ªCIRC
 DINTER1/12ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N.º **19E0157000402**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **13/05/2019 às 11:33**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado) que aconteceu no dia 1/5/2019 no periodo da Noite

Fato ocorrido no endereço: **MUNICIPIO DE CHA GRANDE, 1, RODOVIA PE-71 - Bairro: CENTRO - CHA GRANDE/PERNAMBUCO/BRASIL** - Ponto de Referência: **PROXIMO AD BRENAN**
 Local do Fato: **RODOVIA ESTADUAL**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR \ AGENTE)
JOSEILDO JOSE DOS SANTOS (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Outros motivos) , que estava em posse do(a) Sr(a): JOSEILDO JOSE DOS SANTOS
Qualificação da(s) pessoa(s) envolvida(s)

JOSEILDO JOSE DOS SANTOS (presente ao plantão) - Sexo: Masculino **Mãe: MARIA DO CARMO DOS SANTOS** **Pai: JOSE HELENO DOS SANTOS** **Data de Nascimento: 20/1/1982** **Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**
Endereço Residencial: MUNICIPIO DE CHA GRANDE, 1, SITIO LAJEDO GRANDE - CEP: 0 - Bairro: ZONA RURAL - CHA GRANDE/PERNAMBUCO/BRASIL

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

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

MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): JOSEILDO JOSE DOS SANTOS, que estava em posse do(a) Sr(a): **JOSEILDO JOSE DOS SANTOS**
Categoria/Marca/Modelo: MOTOCICLETA/HONDA/NXR 150 BROS ESD **Objeto apreendido: Não**
Cor: PRETA - Quantidade: (UNIDADE NÃO INFORMADA)

Placa: **PFD6607** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Renavam: **392828995** Chassi: **9C2KD0540CR513618**
 Ano Fabricação/Modelo: **2011/2012** Combustível: **ALCO/GASOL**

Complemento / Observação

A VITIMA INFORMA QUE NA DATA SUPRACITADA ESTAVA indo PARA SUA RESIDENCIA, TRANSITANDO NA PE-71 COM SUA MOTOQUELETA; QUE NAS PROXIMIDADES DO SITIO BRENAN, NA REFERIDA RODOVIA, OUTRA MOTOCICLETA NÃO IDENTIFICADA COLIDIU DE FREnte COM A VITIMA; QUE DEVIDO AO ACIDENTE QUEBROU UM DEDO DA MÃO ESQUERDA E QUATRO DEDOS DO PÉ ESQUERDO; QUE FOI SOCORRIDO PARA O HOSPITAL DESTE MUNICÍPIO E POSTERIORMENTE TRANSFERIDO PARA O HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS, NO RECIFE-PE; QUE REALIZOU PROCEDIMENTOS CIRURGICOS NO PE E NA MÃO NO HOSPITAL ARMINDO MOURA, EM MORENO-PE; QUE NÃO SABE QUEM FOI O AUTOR DO ACIDENTE. SEM MAIS, ESSE

FOI O FATO.

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

JOSEILDO JOSE DOS SANTOS
JOSEILDO JOSE DOS SANTOS
(VITIMA)

B.O. registrado por: **JOAO PAULO LOURENCO DA SILVA** - Matrícula: **2969602**

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: 4 - Nome completo da vítima:
074.056.434-00 MARIA APARECIDA DE LIMA SILVA

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

5 - Nome completo: MARIA APARECIDA DE LIMA SILVA 6 - CPF: 074.056.434-01
7 - Profissão: Agricultora 8 - Endereço: Sítio Vertentes 9 - Número: 3105 10 - Complemento: casa
11 - Bairro: Zona Rural 12 - Cidade: Cha Grande 13 - Estado: PR 14 - CEP: 55.636-000
15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD): (81) 9998-7-5698

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

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 - DADOS BANCÁRIOS: BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção):

Bradesco (237) Itaú (341)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 1771 CONTA: 13509 (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) 7 (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 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.

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 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 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

23 - Estado civil da vítima:	<input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (no Civil) <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado Judicialmente <input type="checkbox"/> Viúvo	24 - Data do óbito da vítima:			
25 - Grau de Parentesco com a vítima:	26 - Vítima deixou companheiro(a): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:			
28 - Vítima <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não teve filhos?	29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:	30 - Vítima deixou nascituro (vel nascituro)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	31 - Vítima <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não teve irmãos?	32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:	33 - Vítima deixou <input type="checkbox"/> Sim pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> 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.

34

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1º | Nome:

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome:

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: Recife - PE 29 de Fevereiro de 2020

Maria Aparecida de Lima

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



**SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DE PERNAMBUCO**

DInter/1 - 1º Grupamento de Bombeiros

Vitória de Santo Antão, PE, 11 de junho de 2019.

N.I.

WASHINGTON LUIZ VIEIRA DE BARROS Ten Cel QOC-BM
Comandante do 1ºGB

Saulo Berenguer
Saulo Berenguer dos Santos
Maj. QOC BM - Mat. 950743-4

Subent. 26.4.19-GB

CERTIDÃO DE OCORRÊNCIA nº Div. Op. 035/19-1ºGB

O Chefe da Divisão de Operações do 1º Grupamento de Bombeiros do Corpo de Bombeiros Militar do Estado de Pernambuco, por solicitação da Sra. MARIA APARECIDA DE LIMA SILVA RG 7160727 SDSPE, residente ao Sítio Lajedo Grande, Zona Rural, Chã Grande-PE, certifica que uma equipe foi deslocada às 18h02min do dia 01 de maio de 2019, à PE 071, Chã Grande-PE, a fim de atuar em um acidente de trânsito envolvendo uma motocicleta Honda FAN de cor cinza, placa KFO 1439 PE, e uma motocicleta HONDA BROS 150 de cor preta, placa PFD 6607 PE, conduzido pelo Sr JOSEILDO JOSÉ DOS SANTOS, RG 6523188 SDSPE, na garupa da moto estava a Sra. MARIA APARECIDA DE LIMA SILVA já qualificada, que apresentava fratura aberta no membro inferior esquerdo. Depois de prestados os devidos socorros, a vítima foi conduzida pelo nosso efetivo ao Hospital Municipal de Chã Grande, ficando aos cuidados do Dr. EDVALDO JOSÉ, CRM 16589. Nada mais havendo a certificar do que consta nos registros do relatório básico e de atendimento pré-hospitalar da ocorrência, que se encontram arquivados na Divisão de Operações, segue, apostado, com o sinete do 1ºGB e assinado por mim, Capitão QOC/BM 707445-0 *ANDRÉ PEREIRA DA SILVA*, chefe da Divisão de Operações do 1ºGB.



BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUpanca

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 15/04/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 4.725,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: MARIA APARECIDA DE LIMA SILVA

BANCO: 001

AGÊNCIA: 01771-X

CONTA: 000010013509-9

Nr. da Autenticação 372533ECA918391B

NOTA FISCAL | FATURA | CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA 2a VIA

COMPANHIA ENERGÉTICA
DE PERNAMBUCO
AV. JOSÉ DE BARROS, 111, BOA VISTA,
RECIFE, PERNAMBUCO
CEP 50059-902
CNPJ 10.835.932/0001-08
INSCRIÇÃO ESTADUAL 0005943-83



Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de 28/04/02
COMERCIAL 116 | PRONTIDÃO 116
Atendimento ao deficiente auditivo ou de fala: 0800 281 0142
Ouvidoria 0800 282 5599
Agência de Regulação dos Serviços Públicos Delegados do Estado de Pernambuco-ARPE: 0800-727-0167-Ligação Gratuita de Telefones Fixos
Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL 167-Ligação Gratuita de telefones fixos e móveis

DADOS DO CLIENTE	
MARIA APARECIDA DE LIMA	
CPF: 074.056.434-00 NIS: 16426830635	
ENDERECO DA UNIDADE CONSUMIDORA	
SI VERTENTES 3105	
RURAL/SANTA LUZIA 55636-000 CHA GRANDE PE	
<p>As condições gerais de fornecimento (Resolução ANEEL 414/2010), tarifas, produtos, serviços prestados e tributos se encontram à disposição, para consulta em nossas unidades de atendimento e no site www.celpe.com.br</p>	

DATA DE VENCIMENTO 18/02/2020	DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL 11/02/2020	CONTA CONTRATO 007004412855
TOTAL A PAGAR (R\$) 0,00	DATA DA APRESENTAÇÃO 11/02/2020	Nº DO CLIENTE 2010880520
NÚMERO DA NOTA FISCAL 098438776		
Nº DA INSTALAÇÃO 0005249695		
CLASSIFICAÇÃO B1 RESIDENCIAL - BAIXA RENDA COM NIS Monofásico		
RESERVADO AO FISCO FF15.E34C.8C6D.6149.6AE8.590E.22B1.7DD6		

DESCRÍÇÃO DA NOTA FISCAL

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)		
Consumo-TUSD até 33 kWh	30,00	0,09967836	2,99		
Consumo-TE até 30 kWh	30,00	0,09172149	2,75		
Acréscimo Bandeira AMARELA			0,05		
Contrib. Ium. Pública Municipal			1,34		
TOTAL DA FATURA			7,18		
INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS					
ICMS	PIS		COFINS		
BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOR	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOR
0,00		0,00	5,82	9,75	0,04
			5,82	9,49	0,20

EM ATÉ 15 DIAS, DÉBITOS EXISTENTES CAUSARÃO CORTE:

Vencido	Dt. Refer	Valor
21/01/20	11/02/20	7,18

Este comunicado NÃO substitui aviso de débitos anteriores e NÃO contempla débitos em discussão judicial. Caso a suspensão do fornecimento persista por dois ciclos de faturamento, poderá ocorrer o encerramento do contrato, podendo também existir restrição, conforme os critérios definidos no Art. 89 REN 414/ANEEL. Podem ocorrer atrasos de satisfação, bem como inclusão nos registros de restrições do crédito SPC e SERASA.

Tarifas Aplicadas

Consumo-TUSD até 33 kWh	0,09967836
Consumo-TE até 30 kWh	0,09172149

HISTÓRICO DO CONSUMO

Mês	Consumo (kWh)
FEV	20
JAN	20
DEZ	19
NOV	18
OUT	19
SET	19
AGO	19
JUL	19
JUN	13
MAI	13
ABR	13
MAR	13
FEV	13

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL							
NÚMERO DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR DATA	ATUAL DATA	LEITURA	LEITURA	NT DIA	CONSTANTE AJUSTE CONSUMO kWh
0303060303016288794	CAT	14/01/2020	14/02/2020	1.492,00	28	1.00003	0,03 0,00
DATA PREVISTA PARA A PRÓXIMA LEITURA: 12/03/2020							
<p>DIC-Nenhuma hora sem Energia</p> <p>FIC-Não de visita sem Energia</p> <p>DMC-Duração máxima de Interrupção contínua</p> <p>DMR-Duração de Interrupção em dia útil</p> <p>Límite DICR: 16,00</p> <p>EUSD-Valor do Encargo de Uso = R\$ 2,00</p> <p>Todos consumidores são sujeitos a adicional das Interrupções DIC, FIC, DMC e DMR a qualquer tempo.</p>							

INFORMAÇÕES IMPORTANTES		NÍVEIS DE TENSÃO					
<p>Pague no ponto mais perto de você ag correios chorrecho: avenida são jose centro / panificadora maurício: av são jose 28 centro lista completa em www.celpe.com.br"</p> <p>Na data de leitura a bandeira em vigor é a Verde. Mais informações em www.aneel.gov.br.</p> <p>O cliente é compensado quando há violação na continuidade individual ou no nível de tensão de fornecimento.</p> <p>Pagto, em atraso, gera multa 2% (Res414/ANEEL), Juros 1% a.m (Lei 10.438/02) e atualização monetária no próximo mês.</p> <p>Isenção do ICMS conforme art. 9, XLVIII, a, 2.2.2, do RICMS-PE.</p> <p>Desconto pela aplicação da Tarifa Social de Energia Elétrica criada pela Lei N° 10.438 de 28/04/02 - R\$ 11,63 .</p> <p>O Cliente é compensado quando há descumprimento do prazo definido para os padrões de atendimento comercial.</p> <p>Em caso de suspensão de fornecimento, o encerramento do contrato poderá ocorrer após 2 ciclos de faturamento, pedindo também ser cobrado o custo de disponibilidade no ciclo em que ocorrer a suspensão.</p>		<p>TENSÃO NOMINAL(V)</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>MINÍMO</td> <td>MÁXIMO</td> </tr> <tr> <td>220</td> <td>202</td> </tr> </table> <p>AUTENTICAÇÃO MECÂNICA</p>		MINÍMO	MÁXIMO	220	202
MINÍMO	MÁXIMO						
220	202						

DESENQUE AGOR	CONTA CONTRATO	MÊS/ANO	TOTAL A PAGAR(R\$)	VENCIMENTO	TALÃO DE PAGAMENTO
	007004412855	02/2020	0,00	18/02/2020	Evite dobrar, perfurar ou rasurar. Este canhoto será usado em leitora ótica.

PAGAMENTO ATRAVÉS DE FICHA DE COMPENSAÇÃO

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA



NOTA FISCAL | FATURA | CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA 2a VIA

COMPANHIA ENERGÉTICA
DE PERNAMBUCO
AV. JOSÉ DE BARROS, 111, BOA VISTA,
RECIFE, PERNAMBUCO
CEP 50050-902
CNPJ 10.835.932/0001-08
INSCRIÇÃO ESTADUAL 0005043-93



Tarifa Social da Energia Elétrica - Lei 10.438, de 26/04/02
COMERCIAL 116 | PRONTIDÃO 116
Atendimento ao deficiente auditivo ou de fala: 0800 281 0142
Ouvidoria 0800 282 5599
Agência de Regulação dos Serviços Públicos Delegados do Estado
de Pernambuco-ARPE: 0800-07167-Ligação Gratuita de Telefones Fixos
Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL
187-Ligação Gratuita de telefones fixos e móveis

DADOS DO CLIENTE
JARBAS BRANDAO DE SIQUEIRA SANTOS
CPF: 583.499.524-15
ENDERECO DA UNIDADE CONSUMIDORA
RUA MATIAS DE ALBUQUERQUE 223 AP-884
STO ANTONIO/RECIFE 50010-090 RECIFE PE
As condições gerais de fornecimento (Resolução ANEEL 414/2010), tarifas, produtos, serviços prestados e tributos se encontram à disposição, para consulta em nossas unidades de atendimento e no site www.celpe.com.br

DATA DE VENCIMENTO 31/03/2020	DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL 24/03/2020	CONTA CONTRATO 004003839066
TOTAL A PAGAR (R\$) 0,00	DATA DA APRESENTAÇÃO 24/03/2020	Nº DO CLIENTE 2000480087
CLASSIFICAÇÃO B3 COMERCIAL - COMERCIAL Monofásico	NÚMERO DA NOTA FISCAL 101974393	Nº DA INSTALAÇÃO 0003201815
RESERVADO AO FISCO 3E14.469F.A791.CDC4.FD9C.23BD.54C2.0660		

DESCRÍÇÃO DA NOTA FISCAL

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)
Consumo Ativo(kWh)-TUSD	229,00	0,43137198	98,76
Consumo Ativo(kWh)-TE	229,00	0,36380179	83,08
Contrib. Ilum. Pública Municipal			31,09
ICMS Subvenção-CDE-NF 094228419-24/01/20			1,34
TOTAL DA FATURA			214,39
INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS			
ICMS		PIS	COFINS
BASE DE CÁLCULO	%	BASE DE CÁLCULO	%
181,86	25,00	45,45	181,86
			1,04
			1,89
			181,86
			4,79
			8,71

Tarifas Aplicadas

Consumo Ativo(kWh)-TUSD	0,29330033
Consumo Ativo(kWh)-TE	0,25080293

HISTÓRICO DO CONSUMO

		kWh
MAR	20	223
FEV	20	291
JAN	20	202
DEZ	19	249
NOV	19	219
OUT	19	240
SET	19	192
AGO	19	161
JUL	19	218
JUN	19	237
MAI	19	291
ABR	19	326
MAR	19	298

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL										
NÚMERO DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR	ATUAL	Nº DIAS	CONSTANTE	AJUITE				
0000000217038978	CAT	21/02/2020 8.942,03	24/03/2020 7.163,03	32	1,00000	0,00				
Consumo kWh: 229,00										
DATA PREVISTA PARA A PRÓXIMA LEITURA: 24/04/2020										
DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES										
DESCRIÇÃO	CONJUNTO	VALOR APURADO	META MENSAL	META TRIM.	META ANUAL					
jan/2020										
DIC-No dia horas sem Energia	GAZOMETRO	6,69	26,36	52,17	104,34					
FIC-No. de vezes sem Energia		0,00	3,11	6,22	12,45					
DMC-Ocorrência máxima de interrupção contínua		0,00	12,22	0,00	0,00					
DMCI-Ocorrência de interrupção em dia crítico			Límite DICRI: 12,32							
BUSD-Valor do Encargo de Uso = R\$ 88,32										
Nota Consultar sobre encargo e encargo RIC, RIC/DMC, DMC x DICRI e outras tarifas.										

INFORMAÇÕES IMPORTANTES						
Pague no ponto mais perto de você ou no correios central salvador: avenida guararapes santo antônio / cbn informática: pc da independência 29 santo antônio. lista completa em www.celpe.com.br . Na data da leitura a bandeira em vigor é a Verde. Mais informações em www.aneel.gov.br . Cobrança ICMS sobre subvenção CDE, conforme Decreto Estadual 39.459/13. O cliente é compensado quando há violação na continuidade individual ou do nível da tensão de fornecimento. Pagão, em atraso, gera multa 2% (Res 414/ANEEL), Juros 1% a.m (Lei 10.438/02) e atualização monetária no prazo, mês. O Cliente é compensado quando há descumprimento do prazo definido para os padrões de atendimento comercial. Coronavirus. Basta como proteger você e sua família. Acesse saude.gov.br/coronavirus .						
DESTAQUE AQUI						
CONTA CONTRATO: 004003839066 MÊS/ANO: 03/2020 TOTAL A PAGAR(R\$): 0,00 VENCIMENTO: 31/03/2020						
TALÃO DE PAGAMENTO Evite dobrar, perfurar ou rasurar. Este canhoto será usado em leitora ótica.						

FATURA PAGA	AUTENTICAÇÃO MECÂNICA
--------------------	------------------------------

NÍVEIS DE TENSÃO			
TENSÃO NOMINAL(V)	LIMITE DE VARIAÇÃO(V)		
	MÍNIMO	MÁXIMO	
220	202	231	
AUTENTICAÇÃO MECÂNICA			

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF².

¹ Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Josimar Bonvalho de Souza inscrito (a) no CPF sob o Nº 402 061 2291 20, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Maria Aparecida de Lima Silveira inscrito (a) no CPF sob o Nº 074 056 4291 00, da sinistro de DPVAT cobertura Imobilizado da Vítima Maria Aparecida de Lima Silveira inscrito (a) no CPF sob o Nº 074 056 4341 00, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço	Rua Matos de Albuquerque, 107, Bairro	Número	Complemento
Santo Antônio	Recife	223	Sal 804
		PE	50010-090
Email	josimar.advogado@gmail.com	Telefone comercial (DDD)	Telefone celular (DDD)
		(81) 9998-75498	(81) 95188-9137

Reife, 01 de Abril de 2020
Local e Data

Josimar Bonvalho de Souza
Assinatura do Declarante



HOSPITAL GERAL ALFREDO ALVES DE LIMA
HOSPITAL GERAL ALFREDO ALVES DE LIMA
PREFEITURA MUNICIPAL DE CHÁ GRANDE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Atendimento em: 27/05/2019

9:48

Atendimento N.:

PAC

Cartão SUS:

Nome do Paciente:

M. Francisco de Lima Santos

Nascimento:

Idade:

Sexo:

32 anos

f

Raça/Cor:

f

Tel. Contato:

Tel. Contato:

Nome do País:

Observações:

M. Piau, Piauí, de Lima.

Endereço: Sítio Sagrado Coração de Jesus - Chá Grande

ANTROPOMETRIA

PESO: Kg ALTURA: m MASSA:

SINAIS VITAIS / GLICEMIA

A.: mmHg TEMPERATURA: c GLICEMIA: mg/dl

REO.CARD.: bpm SAT. O2.: % Jejum Pós-Prandial

REQ.RESP.: bpm HGT:

INFORMAÇÕES ADICIONAIS

ERGIAS? QUAIS?

SINTOMAS RELATADOS PELO PACIENTE: Pct vítima de catarro autoimune, da esquerda, que já tem 20 dias. Presente d. m. m. Protrusão exófita na esquerda e cintura, pecten, m. 35 cm x 15 cm, subcutânea, 1 cm de espessura. Peculiar sistema Q.

EXAMES FÍSICOS

DIAGNÓSTICO

EXAMES COMPLEMENTARES

TRATAMENTO

Data do Atendimento: / / Hora: :

Médico / CRM / Carimbo

Transfusão de Hb. F. T. L. (0,00)

*Dr. Fabio de Souza Lima
Médico CRM PR 15000*

Av. 20 de Dezembro - Chá Grande - PR

HOSPITAL DE DESTINO: Hospital de Reabilitação
SENHA DE REGULAÇÃO: 5674637

MÉDICO REGULADOR: SECRETARIA

DATA DA RESERVA: 01/05/2019 HORA DA RESERVA: _____

*Dr. Melo Lúcio
Assistente
Carimbo*

LAUDO MÉDICO DE TRANSFERÊNCIA

UNIDADE DE ORIGEM: _____

UNIDADE DE DESTINO: _____

NAME DO PACIENTE: Monica Alvescida de Lima Santos

CPF	IDENTIDADE	DATA NASCIMENTO	SEXO
		03/11/85	FEM MASC

HISTÓRIA CLÍNICA

*Sintoma de cintilante notável fisiológico aparente
febre alta e febre de febre e febre febre
apresentando febre e febre de febre
apresentando febre e febre de febre*

CONDUTA INICIAL:

Analgésico (Acetaminofeno) e anti-inflamatórios.

EXAMES REALIZADOS:

TCR

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL:

Febre suspeita

OUTROS DIAGNÓSTICOS:

MOTIVO DA TRANSFERÊNCIA:

Data da transferência:

1421430

ETIQUETA

Ficha de Atendimento

Numero do Registro

1421007

Data e Hora de Atendimento:
01/05/2019 21:44

Local de Entrada: **EMERGENCIA GERAL**
Atendimento Manual: **ATD 0105 NEPI**

Paciente: 1676683
de nascimento: 02/11/1985

Paciente: MARIA APARECIDA DE LIMA SANTOS SIC
Idade: 33a 5m 28d

Sexo: **FEMININO**

Estado Civil: **SOLTEIRO**

Profissão:

Acompanhante: **ADVANIA MARIA DE LIMA SAT**

DOC ID / data expedição

Mãe: MARIA DOS ANJOS LIMA SILVA

Cartão SUS:

Pal:

Endereço: SITIO MUCHOCHO

Bairro: ZONA RURAL

Cidade: CHÁ GRANDE

Forreiros dec. ou
acorrenhante dia
02/05/2019.

UF: PE

Numero 1
Completo:
Número 2
Telefone: (89) 2128976 HORA:

Corrências:

03/05 - Dá dor conf. nela Irmã Ediane

motivo do atendimento: ACIDENTE MOTO (QUEDA, COLISAO)

Procedência: OUTRO HOSPITAL

9-4212-8976

Informações do Serviço Social:

Confirmação de nome:

9.9445-6473

Fones:

Assistente Social

Confirmação de endereço:

Go nente curuado

Providências: Alta Caso Social

Encaminhamentos: Rede de Apoio GPCA Cons. Tutelar Delegacias Minist. Pùblico

Outros

Observação: *Vaga alterga e fone das
13/05/19 sonhei de quebra de memória
e de Ediane m. de Lima Santos (má)*

Assistente Social

História Clínica:

Pt chega acompanhada de tec. e enf. 01
máioria de queda **FATIGADO** na = 4h e
perda de consciência **10min**.
des MTC, o pt evidencio falha. Relato
de ter feito 1000ml SF 0,9% desde o acidente.

Atendimento Médico

Perda de consciência: Sim Não Episódio Emético: Sim Não Acidente de Trabalho: Sim Não

Acidente de Trânsito: Sim Não Tipo:

Transporte realizado Por:

Imobilização Cervical: Sim Não

Sofreu Queda: Sim Não Altura:

Condições de imobilização adequadas: Sim Não Por Quê?

11 vaso 11 poache.

Exame Físico:

A: Geral | Via aérea está pélvia: Sim Não O paciente fala: Sim Não Temp:

*EG grave, nonolata, mordescia, hipocondre (2/4),
aumento, dor dural (7/9+), consciente.*

B: Respiratório

rrr n AMT n RIA.

C: Circulatório

PA: x mm

Pulso:

15 110 bpm

RCA em 2T BNF.

PA 130 x 90 mmHg.

HR 160

D: Exame Neurológico		Deficiência motora: <input type="checkbox"/> MSD <input type="checkbox"/> MSE <input type="checkbox"/> MID <input type="checkbox"/> MIE <input type="checkbox"/> Pupilas: <input type="checkbox"/> Isocôricas <input type="checkbox"/> Anisocôricas				
Glasgow: Abertura Ocular Escore: 3	Hora: 14	Glasgow: Resposta Verbal Escore: 6	Hora: 6	Glasgow: Resposta Motora Escore: 6	Hora: 6	
<i>ECG = 13 (21:55)</i>						
E: Exposição/Abdômen: <i>Olhos, perineal, idolor, s/ rini de dor lata</i>						
Diagnóstico Inicial: <i>- fratura MIC - TCE</i>	Cod. Procedimento					
Conduta: <ul style="list-style-type: none">- ST 0,9% 1000ml ev jaca.- Neri/Or jaca- punhos Jav P.- Sol. Hb/Ht.- Sol. CS+RS- Valvula nci e bronco.	<ul style="list-style-type: none"> - Sol. 10c. crânio - Sol. crânio - Sol. RX fôrnx e pulm <p><i>Dr. Gilberto Lima Cir. Cabeça e Pescoço CRM 21394</i></p>					
Evolução de Enfermagem:	Ass. Médico					
<i>Dr. Gilberto Lima Cir. Cabeça e Pescoço CRM 21394</i>						Ass. Enfermagem

Definição do Caso:	Condição de Alta:
<input type="checkbox"/> Internamento <input type="checkbox"/> Cirurgia <input type="checkbox"/> Óbito <input type="checkbox"/> Termo de Alta a Pedido <input type="checkbox"/> Evadiu-se <input type="checkbox"/> Alta Internado na Clínica: Transferido para:	<input type="checkbox"/> Curado <input type="checkbox"/> Melhorado <input type="checkbox"/> Inalterado <input type="checkbox"/> Piorado <input type="checkbox"/> Óbito

Autorização para Alta / Internamento / Transferência:
Médico: _____ CRM: _____ Data: _____ Hora: _____

Termo de responsabilidade para Internamento:

- Estou ciente das normas existentes neste hospital, as quais aceito integralmente e autorizo a realização de tratamento, clínico e/ou cirúrgicos inclusive transfusões e sem exames complementares e transporte se forem necessários.

Data: _____ Nome completo legível: _____
No. da identidade: _____ Assinatura: _____

Termo de responsabilidade de alta a pedido:

- Responsabilizo-me pela imediata retirada do paciente neste nosocomio, bem como tenho absoluto conhecimento sobre todas as consequências que deste ato possam advir.

Data: _____ Nome completo legível: _____
No. da identidade: _____ Assinatura: _____

Data e Hora Impressão: 01-Mai-19

HOSPITAL DA RESTAURACAO

Resumo da Cl: Ação de Risco - Protocolo

MANCHESTER_V2

Data e hora retivada da senha: 01/05/2019 21:33

	Nome Paciente:	MARIA APARECIDA DE LIMA SANTOS
	Cód. Paciente:	
	Data de Nascimento:	02/11/1985
	Sexo:	Feminino
	Idade:	33
	Senha:	U0040
	Convênio:	-
	Atendimento:	
	SAME:	

Período: 01/05/2019 21:33 - 01/05/2019 21:38

ANA MARIA AMORIM FERREIRA - COREN: 78232 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - CLASSIFICAÇÃO

Prioridade: LARANJA - MUITO URGENTE

Cor: LARANJA

Queixa Principal: PACIENTE VITIMA DE QUEDA DE MOTO HA CERCA DE 04 HORAS APRESENTA FRATURA EXPOSTA DE FEMUR ESQUERDO E FRATURA FECHADA EM 3, 4 E 5 MATATARSO.

Observação: SENHA 5674637

Fluxograma sintoma: PROBLEMAS EM EXTREMIDADES

Discriminador(es): - DOR INTENSA?

Especialidade: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Sinais Vitais Lidos: - REGUA DE DOR: 8

22:19

Orthopedia #

01/05/19

Paciente vítima de acidente automobilístico
HD: Frx exposta de joelho e pé +
frx fechada de tornozelo.

CD: - Solicito liberação da C. Geral e NCR
p/ procedimento.

+ Aguardo resultados

- ① Cefalofriza lg + AD (EV) agora (22/05)
- ② Sat + Sat (TM)
- ③ Dipirona - o/apt AD (EV)

Dr. José Gomes dos Santos
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PE: 25516

Acolhido(a) por: ANA MARIA AMORIM FERREIRA - COREN: 78232 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 01/05/2019 21:38

CG

ssific

Paciente c/ quadro clínico mantido,
com indícios de Abordagem dirigida
pela traumato-
logia.

Rx torax: ✓ evidência de hemo/pneumotórax
ou fratura em costela.

Rx pulmão: ✓ sinusoite pulmonar

Abd: Flácido, de fundo, indolor.

C2: ① Alter do CG.

② Aos cuidados de Enfermista.

Paulo Roberto
Cach

FICHA DE ANESTESIA

Data

01/05/14

HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO

HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO



PERNAMBUCO

Paciente

MINHA PAZ PEREIRA DA CUNHA DE LIMA SANTOS

Sexo F Cor BRANCA Idade 33. Risco PVC

CRM Nome do Anestesista

71120117 LUIZOS R. R.

Nome do Cirurgião

Medicação Pré-anestésica

LEG: 1676683

Urgência Não Sim

Cirurgia

TRATAMENTO CRUPOÍDO DE FRANJA EXPOSTA DE
CÂINHO

Horário

00:40

AR

NO

SEVO

Líquidos

500

500

500

500

500

500

500

500

500

500

500

500

500

500

500

500

500

500

500

500

500

500

500

500

500

500

500

500

500

500

500

500

500

500

500

500

500

500

500

500

500

500

500

500

500

500

500

500

500

500

500

500

500

500

500

500

500

500

500

500

500

500

500

500

500

500

500

500

500

500

500

500

500

500

500

500

500

500

500

500

500

500

500

500

500

500

500

500

500

500

500

500

500

500

500

500

500

500

500

500

500

500

500

500

500

500

500

500

500

500

500

500

500

500

500

500

500

500

500

500

500

500

500

500

500

500

500

500

500

500

500

500

500

500

500

500

500

500

500

500

500

500

500

500

500

500

500

500

500

500

500

500

500

500

500

500

500

500

500

500

500

500

500

500

500

500

500

500

500

500

500

500

500

500

500

500

500

500

500

500

500

500

500

500

500

500

500

500

500

500

500

500

500

500

500

500

500

500

500

500

500

500

500

500

500

500

500

500

500

500

500

500

500

500

500

500

500

500

500

500

500

500

500

500

500

500

500

500

500

500

500

500

500

500

500

500

500

500

500

500

500

500

500

500

500

500

500

500

500

500

500

500

500

500

500

500

500

500

500

500

500

500

500

500

500

500

500

500

500

500

500



RELATÓRIO DE OPERAÇÃO



Unidade de Saúde : HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO

Paciente : Maria Apolônia de LimaNº do Registro : 1676683Clínica : Ortopédica

Nº do Leito :

Operador : Vinícius + Jersonino1º Assistente : Thales Lacerda

2º Assistente :

Instrumentador :

Anestesista : Dra. VilmaAnestesia : Geral

Duração :

Data da Operação : 02/05/19

Início :

Fim :

Diagnóstico Pré-Operatório : Fratura exposta da fêmur distal (E) +fix férula de TNZ (E) + pé (E)Diagnóstico Pós-Operatório : O mesmo + síndrome compartimental
do pé (E)Operação Proposta : tratamento cirúrgico da fratura expostaOperação Realizada : O mesmo + fasciotomia do
pé (E).

DESCRÍÇÃO DO ATO OPERATÓRIO

1- Paciente em ORN sob efeito anestésico

2- Rotina cirúrgica + campos estériles.

3- Observado ferimento extenso na face anterior
e posterior de joelhos (E) e contaminação
grossa + edema importante e cianose de
músculos e pé (E).4- Irrigação exaustiva + debridamento de ferimento
de coxa (E) + limpeza de fôs de fratura.5- Sutura de ferimentos + fixação truvarcular
e tubo-a-tubo.

6- fasciotomia do pé (E) + irrigação de fraturas.

7- Curativo estéril + taba suínos podolíva.

8- Bem perfurado distal

Dr. José Víncio
Ortopédico e Traumatologista
Matr. 7521

COD. 0342



Ortomédica

COMÉRCIO ORTOPÉDICO LTDA.

Estrada do Encanamento, 61 - Parnamirim

CEP: 52.060-210 - Recife - PE

CNPJ. 24.061.657/0001-27 Insc. Est. 18.1.001.0140069-5

Fones: (81) 3268-8554 / 3441-6966 Fax: (81) 3269-6781

REG 1676683

**CONTROLE DE MATERIAIS
UTILIZADOS EM CIRURGIA**

(RQ-06)

Nº 057462

1º Via Fixa

Hospital H.R

Convênio: SUS

Cidade: _____

Nome do Paciente: Ne Aporeida de Lima Santos Data da Cirurgia: 02/05/19

Médico: _____ Membro Operado: _____

MATERIAL

ESPECIFICAÇÃO

QUANT.

LOTE

Fixador externo

tubo - a - tubo

06

Dr. José Nóbrega Góes dos Santos
Ortopedia - Traumatologia
CRM-PE: 100

FATURADO

PARAFUSOS CORTICais

Nº

QUANT.

LOTE

**PARAFUSOS DE
BLOQUEIO**

Nº

QUANT.

LOTE

**PARAFUSOS PARA
HASTE BLOQUEADA**

Nº

QUANT.

LOTE

**PARAFUSOS
CANULADOS**

Nº

QUANT.

LOTE

**PARAFUSOS DE
INTERFERÊNCIA**

Nº

QUANT.

LOTE

VENDEDOR/INSTRUMENTADOR: _____

NOME: MARIA APARECIDA DE LIMA SANTOS SIC

PRONTUÁRIO: 1676683

SEXO: Feminino

DATA NASC: 02/11/1985

DATA/HORA: 06/05/2019 16:02

ATENDIMENTO: 1421430

Leito 602-L7

EVOLUÇÃO CLÍNICA

Data: 06/05/2019

Hora: 16:01

PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO NA QUARTA FEIRA TENDO FRATURA EXPOSTA DE FEMUR ESQUERDO E FRATURA DE OSSOS DO PÉ

SUPORTE CLÍNICO
PRE OP

08/05/19

Pacote com cravim de
fratura de fêmur marcado 01 ampolha.

Dr. Jenner Fellipe
Ortopedia e Traumatologia
CRMPE 27827

Seguir em R.G.G. Acidente, Gripe, Sph. I, Anestesia
Sobredose etanol 01-01.

09/05/19: Pacote tomou 4 hastes de rosca e opõe 01
- ABS (4,7).

CURATIVO
06/05/19

18/05/19
CURATIVO
marcado

Dr. Jenner Fellipe
Ortopedia e Traumatologia
CRMPE 27827

19/05/19
CURATIVO
marcado



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco



HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO

Paciente

Enfermaria/Leito

Registro

EVOLUÇÃO CLÍNICA

09/05/99
CURATIVO
Julio's

09/05/19
CURATIVE
Ana Melo



NOME: MARIA APARECIDA DE LIMA SANTOS SIC

PRONTUÁRIO: 1676683

SEXO: Feminino

DATA NASC: 02/11/1985

DATA/HORA: 09/05/2019 09:56

ATENDIMENTO: 1421430

Leito 602-L7

EVOLUÇÃO CLÍNICA

Data: 09/05/2019

Hora: 16:01

PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO NA QUARTA FEIRA TENDO FRATURA EXPOSTA DE FEMUR ESQUERDO E FRATURA DE OSSOS DO PÉ.
CIRURGIA ESTAVA MARCADA PARA HOJE E FOI CANCELADA POR FALTA DE ANESTESISTA

SUPORTE CLÍNICO
AGUARDA NOVA PROGRAMAÇÃO

Dr. Iehner Felipe
Ortopedia e Traumatologia
CRMEPE 27827



NOME: MARIA APARECIDA DE LIMA SANTOS SIC

PRONTUÁRIO: 1676683

SEXO: Feminino

DATA NASC: 02/11/1985

DATA/HORA: 14/05/2019 15:41

ATENDIMENTO: 1421430

Leito 602-L7

EVOLUÇÃO CLÍNICA

Data: 14/05/2019

Hora: 16:01

PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE DE MOTO NA QUARTA FEIRA TENDO FRATURA EXPOSTA DE FEMUR ESQUERDO E FRATURA DE OSSOS DO PÉ.
CIRURGIA ESTAVA MARCADA PARA 9/05/19 E FOI CANCELADA POR FALTA DE ANESTESISTA

SUporte CLÍNICO
AGUARDA NOVA PROGRAMAÇÃO

Dr. Jenner Fellipe
Ortopedista e Traumatologista
CRMPE/ 27827

CURATIVO
15105119
pura

Unidade de Saúde : HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO

Paciente : Maria Aporecida de Lima Soeza Nº do Registro : 1676683

Clinica : Proemtaz Nº do Leito : 602-7

Operador : Dr Luciano Góes

1º Assistente : Dr. Montezem

2º Assistente : Dr Tergo + Virgínia Soeza + Bruna

Instrumentador :

Anestesista : Dr Luciano

Anestesia :

Duração :

Data da Operação : 16/05/14

Inicio :

Fim :

Diagnóstico Pré-Operatório : Fractura fechada de fêmur distal

Diagnóstico Pós-Operatório : A anterio

Operação Proposta : Fixação com placa e parafusos

Operação Realizada : A anterio

DESCRIÇÃO DO ATO OPERATÓRIO

- 1) Corte de DDA sob epófise anterior
- 2) Aspirar + Anti-espasmo
- 3) Abertura de Cervix Cervico
- 4) Incisão no lado lateral da coxa e perfurada com caneta de fresa futebol. Reduzir cunha + fixação de fêmur distal com placa liso + parafusos comutados 6,5mm interligante em condilo femoral
- 5) Incisão em região de ilíaco direito para colher a gordura óssea.
- 6) Colocar a enxertia em fresa futebol de fêmur e perfurada.
- 7) Fechar a placa de coxa e perfurada fixando entre ilíaco direito
- 8) F. I. + t. + f.

PACIENTE Wanda Apetebla de Lima 2m/07 REGISTRO 1676683data 02/05/19 CIRULANTE

Rito

CIRURGIA	Trauma	QUANT	MATERIAL	QUANT	MATERIAL	QUANT	MEDICACAO	QUANT	MEDICACAO
Q	Aguilha 25x07	1	Fio protene s/a	1	Adrenalina	1	Metoclopramida (plasil)		
Q	Aguilha 40x12	1	Fio de seda	1	Agua destilada 10ml	1	Naloxona (narcan)		
Q	Aguilha 13x4	1	Fio simples	1	Alcurônio	1	Neocalhia		
Q	Aguilha de bloqueio ()	1	Fio simples	1	Alfentanila (rapifen)	1	Neostigmine		
Q	Alad. Crepe	1	Fita cardíaca	1	Antibiótico <i>cefazol</i>	1	Pancurônio		
Q	Alad. Gessada	1	Gase	1	Antibiótico	1	Pomada oftálmica		
Q	Capa microscópio	1	Hemostático	1	Atropina	1	Propofol		
Q	Capa de vídeo	1	Lâmina bisturi nº (2B) ()	1	Bicarbonato de sódio	1	Ranitidina		
Q	Cat. Subclávia	1	Luva cirúrgica nº 7.0	1	Cedilanide	1	Rocurônio (esmeron)		
Q	Cat. venopunção nº	1	Luva cirúrgica nº 7.5	1	Cetoprofeno	1	Sorobane		
Q	Cat. de oxigênio	1	Luva cirúrgica nº 8.0	1	Decadron	1	Soro fisiológico <i>500 ml</i>		
Q	Câra óssea	1	Luva de procedimento	1	Dexametasona	1	Soro fisiológico		
Q	C. de urína fechado () aberto ()	1	Seringa insulina () 5cc ()	1	Diazepam	1	Soro glicosado		
Q	Compreensa cirúrgica p/et c/5	1	Seringa 10cc () 20cc ()	1	Dipirona	1	Soro Ringer 500ml		
Q	Conexão 2 vias	1	Sistema de drenagem () ()	1	Dopamina	1	Suxametônio (quelicin)		
Q	Eletrodo	1	Sonda endotracheal ()	1	Dormonid	1	Tracrium		
Q	Eq. De bomba	1	Sonda de foley nº ()	1	Enflurano	1	Vitamina C		
Q	Eq. De soro	1	Sonda nosogástrica nº ()	1	Etiléfrina (eféfili)	1	Vitamina K		
Q	Fio cromado	1	Sonda uretral nº ()	1	Fenitoína (hidantoina)	1	Xilocaina C/A		
Q	Fio cromado	1	Torneira de 3 vias	1	Fentanil	1	Xilocaina S/A		
Q	Fio de aço	1	Vidro de aspiração	1	Furosemida (lasix)	1	Xilocaina 2ml		
Q	Fio de aço	1	<i>cloradeno</i>	1	Gelatundin	1	Xilocaina geléia		
Q	Fio de algodão c/a	1	<i>espiradeno</i>	1	Glicose 10ml				
Q	Fio de algodão s/a	1	<i>Alcool</i>	1	Furoconato de sódio				
Q	Fio de nylon 2-0	1	<i>louca</i>	1	Heparina				
Q	Fio de nylton	1	<i>látex</i>	1	hidrocortisona				
Q	Fio protene c/a	1	<i>látex</i>	1	Hypnomidate				
Q	Fio protene s/a	1		1	isoflurano				
Q	Fio protene s/a	1		1	Lanexat (flumazinil)				
Q	Fio protene s/a	1		1	Manitol				
Q	Fio protene s/a	1		1	Meperidina (Dolantina)				



'paciente

Enfermaria/Leito

Registro

Mário Aparecido de Lima
Santos

602-07

167 6683

EVOLUÇÃO CLÍNICA

16/05/19

HD: Fostos fechados de ferro da tibia
 No Bior. cunjunto: Foi realizada por tentativa
 cunjunto de ferro da tibia, picadas intensas com
 pilow tipo lata + parafuso conduto 6.5 para
 reduzir o picapés interproximais do conduto
 femoral esquerdo. Foi realizada sondagem para
 extubar ondas em região de nódulo ilíaco
 distal e colocada em fragmento o esporão ondas
 em ferro da tibia esquerda

- CD:
- ① Inulação rigorosa
 - ② Menteira ATB
 - ③ N.º 6 onto SUL, op. altro
da SR

Stanley
Dr. Stanley Neves
MEDICO
CRM-PI7412

16/05/19

TSRPA - Diárias

13:30 - Paciente admitido em PO, dito é um
 aq co de paciente de gímnas esquerda, EGR,
 consciente e orientado, emolho, si está
 correto, N.º 6 onto, FC = 63 bpm, FR = 16 bpm,
 PTA = 130/70, S.A.S. = 95%, FO = NIF, outras
 implicações.

ANALISADO PELO DOUTOR
C. COHEN

20/05/19

curativo
T.P.M.

COD. 0123



Estrada do Encanamento, 61 - Parnamirim
CEP: 52.060-210 - Recife - PE
CNPJ. 24.061.657/0001-27 Insc. Est. 18.1.001.0140069-5
Fones: (81) 3268-8554 / 3441-6966 Fax: (81) 3269-6781

**CONTROLE DE MATERIAIS
UTILIZADOS EM CIRURGIA
(RQ-06)**
Nº 058509
1º Via Fixa

Hospital HR Reje 76683 Convênio: SUS Cidade: Recife
Nome do Paciente: Maria Aparecida da L. Soárez Data da Cirurgia: 16/05/09

Médico: Dr. Leonardo Monteiro Membro Operado: Fernando Henrique

MATERIAL	ESPECIFICAÇÃO	QUANT.	LOTE
Placa lisa titânio	10 furos	01	264265
Parafuso de blocoar		11	4
Parafuso certicor		04	4
Parafuso comutador air nr 75	01	113	
Arruelas		01	4

PARAFUSOS CORTICIAIS	Nº					
	QUANT.					
	LOTE					
PARAFUSOS DE BLOQUEIO	Nº					
	QUANT.					
	LOTE					
PARAFUSOS PARA HASTE BLOQUEADA	Nº					
	QUANT.					
	LOTE					
PARAFUSOS CANULADOS	Nº					
	QUANT.					
	LOTE					
PARAFUSOS DE INTERFERÊNCIA	Nº					
	QUANT.					
	LOTE					

FATURADO

VENDEDOR/INSTRUMENTADOR:



Paciente

Enfermaria/Leito

Registro

MARIA APARECIDA DE LIMA SANTOS

SAPA / MUL

1676693

EVOLUÇÃO CLÍNICA

#16/05/19, 14:45# #SAPA#

DEZ DE ADMISSÃO NESTA SAPA, NOITE, EM POS DE TTO DE FRACTURA DE FEMURA ESQ. ("FIXAÇÃO COM PLACA E PARAFUSO", SIC), PACIENTE EM EGB, EUPNEICA (AA), RAMSAY 03, OBSTINADA, BEFOLWADA LEVE POR EM MSE. NENHUMA INTERCOTINUA DESDE ENTRADA.

+CD: DORIENTO ENFERMIGEM A CONTINUA SORVINDO PARENTELAÇÃO DA S.O., EM QNE CONSTA ANALGÉSIA.

② ALTA DA SAPA.


Rainy Scherb Steinberg
CRM-PE 18.873

CURATIVO

21/05/19.

PAP

CURATIVO

21/05/19

02/06/19

CURATIVO

Materias



NOME: MARIA APARECIDA DE LIMA SANTOS SIC

PRONTUÁRIO: 1676683

SEXO: Feminino

DATA NASC: 02/11/1985

DATA/HORA: 17/05/2019 08:34

ATENDIMENTO: 1421430

Leito: 602-L7

EVOLUÇÃO CLÍNICA

Data: 17/05/2019

Hora: 16:01

PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO NA QUARTA FEIRA TENDO FRATURA EXPOSTA DE FEMUR ESQUERDO E FRATURA DE OSSOS DO PÉ.
CIRURGIA ESTAVA MARCADA PARA 9/05/19 E FOI CANCELADA POR FALTA DE ANESTESISTA

FOI ABORDADA PELA ORTOPEDIA 16/05/19, SEGUO EM POS OP EG, EUPNEICA, ACIANOTICA, AFEBRIL, COSCIENTE, ORIENTADA

CD:
SUPORTE CLINICO
GUARDA MELHORA

Dr. Jenner Fellipe
Ortopedia e Traumatologia
CRMPE 27527



NOME: MARIA APARECIDA DE LIMA SANTOS SIC

PRONTUÁRIO: 1675683

SEXO: Feminino

DATA NASC: 02/11/1985

DATA/HORA: 21/05/2019 07:40

ATENDIMENTO: 1421430

Leito 602-L7

EVOLUÇÃO CLÍNICA

Data: 21/05/2019

Hora: 16:01

PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO NA QUARTA FEIRA TENDO FRATURA EXPOSTA DE FEMUR ESQUERDO E FRATURA DE OSSOS DO PÉ.

CIRURGIA ESTAVA MARCADA PARA 9/05/19 E FOI CANCELADA POR FALTA DE ANESTESISTA

FOI ABORDADA PELA ORTOPEDIA 16/05/19, SEGUO EM POS OP
BEG, EUPNEICA, ACIANOTICA, AFEBRIL, COSCIENTE, ORIENTADA

CD:
- SUPORTE CLINICO
- AGUARDA MELHORA

Jr. Jenner Fellipe
Ortopedia e Traumatologia
(C.R.E.M.E.P.E: 27827)

25/05/19
CURATIVO
(marcas)



NOME: MARIA APARECIDA DE LIMA SANTOS SIC

PRONTUÁRIO: 1676683

SEXO: Feminino

DATA NASC: 02/11/1985

DATA/HORA: 24/05/2019 06:41

ATENDIMENTO: 1421430

Leito 602-L7

EVOLUÇÃO CLÍNICA

Data: 24/05/2019

Hora: 16:01

PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO NA QUARTA FEIRA TENDO FRATURA EXPOSTA DE FEMUR ESQUERDO E FRATURA DE OSSOS DO PÉ.
CIRURGIA ESTAVA MARCADA PARA 9/05/19 E FOI CANCELADA POR FALTA DE ANESTESISTA

FOI ABORDADA PELA ORTOPEDIA 16/05/19, SEGUE EM POS OP
BEG, EUPNEICA, ACIANÓTICA, AFEBRIL, COSCIENTE, ORIENTADA
PACIENTE APRESENTA NEUROPRAXIA EM MIE
TROCADO ESQUEMA DE ATB PARA MEROPENEM+ VANCOMICINA

CD:
SUPORTE CLÍNICO
GUARDA MELHORA

05.06.19
CURATIVO
Dr. Jenner Fellipe
Ortopedia e Traumatologia
CREMEE: 27827

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

Unidade de Saúde : HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO

Paciente :	Maria Aparecida Lima Santa	Nº do Registro :	1676683
Clinica :	Trancoso	Nº do Leito :	602-7
Operador :	Dr. Benedito Chony		
1º Assistente :	Dr. Stanley	2º Assistente :	
Instrumentador :		Anestesista :	Dr. Raulson
Anestesia :		Duração :	

Data da Operação : 27/05/19 Início : Fim :

Diagnóstico Pré-Operatório : Fratura de tímpano C +

Fratura avessa do pr. e par. d

Diagnóstico Pós-Operatório : A antec.

Operação Proposta : Fisop - extensão tímpano C +

Laringo - cavigia em ferro e parafuso

Operação Realizada :

A antec.

DESCRÍÇÃO DO ATO OPERATÓRIO

- 1) Ponto DPH pré-operatório
- 2) Assepsia + Antissepsia
- 3) Colopexia do campo cavigia
- 4) Fenda extensão - tubo em tímpano e parafuso
- 5) Laringo (Laringo - cavigia em ferro e parafuso + colhida material para cultura)
- 6) Laringopexia com SF 2.3 / -
- 7) Apresentar - tolar
- 8) Curar Estéril

Dr. Stanley Nogueira
MÉDICO
CRM-PI 7472

Ortomédica
COMÉRCIO ORTOPÉDICO LTDA.

COMÉRCIO ORTOPÉDICO LTDA.

Estrada do Encanamento, 61 - Parnamirim

CEP: 52.060-210 - Recife - PE

CNPJ: 24.061.657/0001-27 | insc. Est. 18.1.001-0140069-5

Phones: (81) 3268-8554 / 3441-6966 Fax: (81) 3269-6781

Reg. 1676683

CONTROLE DE MATERIAIS

(ВО-06)

Nº 058778-

1º Via Fixa

Hospital Extensão Convênio: Sus Cidade: Recife

Convênio: Sua

Cidade: Recife

Nome do Paciente: Ma. Aparecida de Souza Santos Data da Cirurgia: 27/05/17

Médico: Dr. Bernardo Chaves Membro Operado: MIE

~~Dr. Sérgio Nogueira
MÉDICO
CRM-PI 7414~~

PARAFUSOS CORTICais	Nº					
	QUANT.					
	LOTE					
PARAFUSOS DE BLOQUEIO	Nº					
	QUANT.					
	LOTE					
PARAFUSOS PARA HASTE BLOQUEADA	Nº					
	QUANT.					
	LOTE					
PARAFUSOS CANULADOS	Nº					
	QUANT.					
	LOTE					
PARAFUSOS DE INTERFERÊNCIA	Nº					
	QUANT.					
	LOTE					

~~FATURADO~~

VENDEDOR/INSTRUMENTADOR:



HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO

HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO

PERNAMBUCO

FICHA DE ANESTESIA

Data

16/01/19

Pacientes

MARINA APARECIDA DE LIMA MACHADO

Sexo

F

Cor

PD

Idade

33

Risco

I

CRM

Nome do Anestesista

LUCIANA MARCOS

Nome do Cirurgião

LEONARDO GOMES

Medicação Pré-anestésica

R 651676683

Urgência

Não

Sim

Cirurgia

TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRACTURA DE FEMUR ESQUERDO

Horário

9:50

10:50

11:50

12:50

50

O₂O₂O₂O₂AC/CO₂CO₂CO₂CO₂CO₂S_{PO2}S_{PO2}S_{PO2}S_{PO2}S_{PO2}ETCO₂ETCO₂ETCO₂ETCO₂ETCO₂

ECG

ECG

ECG

ECG

ECG

242

242

242

242

242

222

222

222

222

222

200

200

200

200

200

180

180

180

180

180

160

160

160

160

160

140

140

140

140

140

120

120

120

120

120

100

100

100

100

100

80

80

80

80

80

60

60

60

60

60

40

40

40

40

40

20

20

20

20

20

0

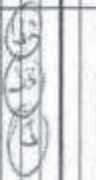
0

0

0

0

Anestesia



Monitorização

- Cardioscópio
- Oxímetro
- PNI
- Sonda Vesical
- Capnógrafo
- Esret. Pto-Cordial
- Outros
- BIS
- Temperatura
- Swan-Ganz
- Analisador Gases
- PVC
- Estimulador de Nervo
- Linha Arterial
- Volemia IBP Plus

Encaminhado

- Acordado
- Sonolento
- Intubado
- SRPA
- Apart. / Ent.
- UTI
- Externo

Destino

Intercorrência: Não Sim

Descrever:

Observações:

GASOTETE INIC 12:20

GASOTETE FIM 12:25

Assinatura do Anestesista:



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco

HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO



PERNAMBUCO
GOVERNO DO ESTADO

Paciente

Maria Aparecida Lima

Enfermaria/Leito

602-7

Registro

1676683

EVOLUÇÃO CLÍNICA

27/05/19 Tornozelo

HO: Fratura de Tornozelo esquerdo + F. O
em ferro infetado

CO: ① No bloco: Realizou Fixação externa
em ~~ferro~~ tornozelo → quando venha intercomunicação
② Limpeza cirúrgica da ferida e quebra

③ Prescrição Montanhês

④ Ar 6º andar Sul gm olho
x SR

Dr. Stanley Napoléon
MÉDICO
CRM-PI 7472

27/05/19

#SRPA#

PACIENTE ADMITIDA NO POI DE FIXAÇÃO EXTERNA EM TORNOSSELO DIREITO, SEM
INTERCORRÊNCIAS. Chega em AR AMBIENTE, CONSCIENTE, ORIENTADA.

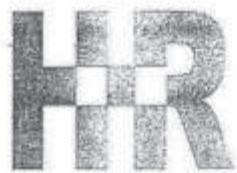
AO EXAME: EGB, CONSCIENTE, ORIENTADA.

ACV: RCR, EM 2T, BUE, SIS.

AR: MUB, EM AUT, SIRI.

CD: Alta da SR.

Marco Crasto Neto
Médico
CRM-PI 27.216



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco

HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO



PERNAMBUCO
GOVERNO DO ESTADO

Paciente

Enfermaria/Leito

Registro

Maria Apa eada moça

1421430.

EVOLUÇÃO CLÍNICA

27/05/19 - SRPA - Enfermeira

16:55 - Paciente em POC de
TOT com raios de fratura de
tornozelo. consciente, orientada.

Assinatura
Enfermeira
COREN-98320-PE



NOME: MARIA APARECIDA DE LIMA SANTOS SIC

PRONTUÁRIO: 1676683

SEXO: Feminino

DATA NASC: 02/11/1985

DATA/HORA: 27/05/2019 13:40

ATENDIMENTO: 1421430

Leito 602-L7

EVOLUÇÃO CLÍNICA

Data: 27/05/2019

Hora: 16:01

PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO NA QUARTA FEIRA TENDO FRATURA EXPOSTA DE FEMUR ESQUERDO E FRATURA DE OSSOS DO PE.
CIRURGIA ESTAVA MARCADA PARA 9/05/19 E FOI CANCELADA POR FALTA DE ANESTESISTA

FOI ABORDADA PELA ORTOPEDIA 16/05/19, SEGUO EM POS OP
BEG, EUPNEICA, ACIANOTICA, AFEBRIL, COSCIENTE, ORIENTADA
PACIENTE APRESENTA NEUROPRAXIA EM MIE
- TROCADO ESQUEMA DE ATB PARA MEROPENEM+ VANCOMICINA

CD:
SUPORTE CLÍNICO
AGUARDA MELHORA

Dr. Janner Fellipe
Ortopedia e Traumatologia
CRMPE: 2787



NOME: MARIA APARECIDA DE LIMA SANTOS SIC

PRONTUÁRIO: 1676683

SEXO: Feminino

DATA NASC: 02/11/1985

DATA/HORA: 29/05/2019 08:52

ATENDIMENTO: 1421430

Leito 602-L7

EVOLUÇÃO CLÍNICA

Data: 29/05/2019

Hora: 16:01

PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO NA QUARTA FEIRA TENDO FRATURA EXPOSTA DE FEMUR ESQUERDO E FRATURA DE OSSOS DO PÉ.
CIRURGIA ESTAVA MARCADA PARA 9/05/19 E FOI CANCELADA POR FALTA DE ANESTESISTA

FOI ABORDADA PELA ORTOPEDIA 16/05/19, SEGUO EM POS OP
BEG, EUPNEICA, ACIANOTICA, AFEBRIL, COSCIENTE, ORIENTADA
PACIENTE APRESENTA NEUROPRAXIA EM MIE
TROCADO ESQUEMA DE ATB PARA MEROPENEM+ VANCOMICINA

CD:
SUPORTE CLINICO
AGUARDA MELHORA

*30/05/19 CURATIVO
01/06/19 curativo*

*03-06-19
CURATIVO*

*Dr. Jenner Bettarini
Ortopedia e Traumatologia
CRMPE: 27847*



NOME: MARIA APARECIDA DE LIMA SANTOS SIC

PRONTUÁRIO: 1676683

SEXO: Feminino

DATA NASC: 02/11/1985

DATA/HORA: 31/05/2019 07:02

ATENDIMENTO: 1421430

Leito 602-L7

EVOLUÇÃO CLÍNICA

Data: 31/05/2019

Hora: 16:01

PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE DE MOTO NA QUARTA FEIRA TENDO FRATURA EXPOSTA DE FEMUR ESQUERDO E FRATURA DE OSSOS DO PÉ.
CIRURGIA ESTAVA MARCADA PARA 9/05/19 E FOI CANCELADA POR FALTA DE ANESTESISTA

FOI ABORDADA PELA ORTOPEDIA 16/05/19, SEGUO EM POS OP
BEG, EUPNEICA, ACIANOTICA, AFEBRIL, COSCIENTE, ORIENTADA
PACIENTE APRESENTA NEUROPRAXIA EM MIE
TROCADO ESQUEMA DE ATB PARA MEROPENEM+ VANCOMICINA

CD:
SUPORTE CLÍNICO
AGUARDA MELHORA

Dr. Fernando Fellipe
Ortopedia e Traumatologia
CRMPE: 27827



NOME: MARIA APARECIDA DE LIMA SANTOS SIC

PRONTUÁRIO: 1676683

SEXO: Feminino

DATA NASC: 02/11/1985

DATA/HORA: 03/06/2019 06:55

ATENDIMENTO: 1421430

Leito 602-L7

EVOLUÇÃO CLÍNICA

Data: 03/06/2019

Hora: 16:01

PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO NA QUARTA FEIRA TENDO FRATURA EXPOSTA DE FEMUR ESQUERDO E FRATURA DE OSSOS DO PÉ.
CIRURGIA ESTAVA MARCADA PARA 9/05/19 E FOI CANCELADA POR FALTA DE ANESTESISTA

FOI ABORDADA PELA ORTOPEDIA 16/05/19, SEGUE EM POS OP
NEG, EUPNEICA, ACIANOTICA, AFEBRIL, COSCIENTE, ORIENTADA
PACIENTE APRESENTA NEUROPRAXIA EM MIE
TKOCADO ESQUEMA DE ATB PARA MEROPENEM+ VANCOMICINA

CD:
SUPORTE CLÍNICO
GUARDA MELHORA

12.06.19
CLÍNICO

Dr. Stanley Nogueira
MÉDICO
CRM-PI 7473



Paciente

Enfermaria/Leito

Registro

Mário Jovane Lira

602.07

1421007

Pront. 1676683

EVOLUÇÃO CLÍNICA

07/06/19 10:55

HD - Fácal Operatório infectado
Ch. O Lungs legum② Mantal Antibiotico
③ A. 6 mês Seu em
70% gl SL

Sandy

LHM-PI/1972
MEDICO
Geraldo Napoléon

06/06/19 Paciente处于在 Poi de Limpesa Anatomia (12:30h) de Risco infeccioso. Paciente é envelhecido, com aspecto patológico, hiperativo, com um risco de 40%. Quarto de EO. Luso e seu entorno sujo. Fixador extano em tempo inferior. O. Sot-967-01 se sujo; P=96.6%; feste em 100%.

06/06/19, 12:40# #5000#

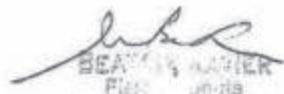
11.06.19
CURATIVOVanuaria da Silva Braz
COREN-PE 70485-ENF

* DESDE ADMISSÃO NA SAPA, HOJE EM Poi, PACIENTE EM EB, RISCO 02, EUPNÉIA (AN) e sem anoxia.

* CD: ① RUA DA SAPA.

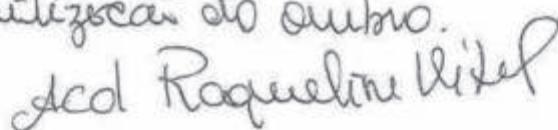
Sandy Steinberg
Sandy Steinberg
Sandy Steinberg09.06.19
CURATIVO13/06/19
curativo01/06/19
CURATIVO
210016/06/19
curativoCURATIVO
14/06/1908/06/19
CURATIVO
marcelo

26/06/2019 - Fisioterapia motoria
paciente orientada, colaborativa e sem queixa. está
em P.O.I. de limpeza crônica em MSD. Pauta rea-
liza a fisioterapia em D.D.
Conduta: - Alongamento + mobilizações em MSD.
- Cinestesia ativa em diagonal em
MSD.


BEATRIZ AYLLER
Fisioterapeuta
CREFI 07/114788-F

07/06/2019 Fisioterapia motoria

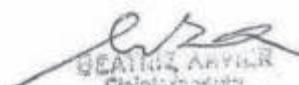
Paciente orientada, colaborativa e sono lepto.
Alongamento MSD, Flexos extensoes, Exercício ^{de suporte} ~~ADM~~
de suporte de suporte, mobilizações do suporte.


Rosângela Bilel


Fabrícia Venzola
Fisioterapeuta
CREFI 07/114788-F

01/06/19 - Fisioterapia motoria

Paciente orientada, colaborativa e sem queixa.
Conduta: - Alongamento + mobilizações em MSD.
- Cinestesia ativa em diagonal em MSD.


BEATRIZ AYLLER
Fisioterapeuta
CREFI 07/114788-F

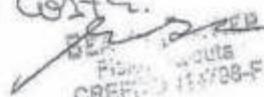
11/06/2019. Paciente, consciente, orientado, colabora-
tiva, fez os exercícios, - em MSD, para ganho de
amplitude articular e fortalecimento.

Conduta motora proposta para Alongamento,
mobilizações.

Cinestesioterapia com resistência e
liberações miofáscial em região cervical, uso
de bola de caucho para massagem.

Paciente refere leve quadro álgico, no sentido de
flexos e extensões do ombro, porém responde posi-
tivo a conduta fisioterapêutica na realização dos
exercícios.

Ass. Edilene Costa.


Leiliane Macêdo
Fisioterapeuta
CREFI 07/114788-F



NOME: MARIA APARECIDA DE LIMA SANTOS SIC

PRONTUÁRIO: 1676683

SEXO: Feminino

DATA NASC: 02/11/1985

DATA/HORA: 14/06/2019 18:17

ATENDIMENTO: 1421430

Leito 602-L7

EVOLUÇÃO CLÍNICA

Data: 14/06/2019

Hora: 18:17

PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO NA QUARTA FEIRA TENDO FRATURA EXPOSTA DE FEMUR ESQUERDO E FRATURA DE OSSOS DO PÉ.
CIRURGIA ESTAVA MARCADA PARA 9/05/19 E FOI CANCELADA POR FALTA DE ANESTESISTA

FOI ABORDADA PELA ORTOPEDIA 16/05/19, SEGUE EM POS OP
BEG, EUPNEICA, ACIANOTICA, AFEBRIL, COSCIENTE, ORIENTADA
PACIENTE APRESENTA NEUROPRAXIA EM MIE
TROCADO ESQUEMA DE ATB PARA MEROPENEM+ VANCOMICINA

CD:
JPORTO CLINICO
GUARDA MELHORA

24/06/19
CURATIVO

Jr. Avner Alencar
Médico
CREMEPE 26.793

15.06.19
CURATIVO

24.06.19
CURATIVO

30/06/19
CURATIVO

HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO

RELAÇÃO DE MATERIAIS USADOS EM CIRURGIA

H.R. 40 anos

PACIENTE Maria Apaculé de Jure SentoREGISTRO 14.4.007CIRURGIA Laringe e laringe cl. f.2data 06/06/07

CIRULANTE

CIRULANTE

CIRURGIA	MATERIAL	QUANT.	MATERIAL	QUANT.	MEDICACAO	QUANT.	MEDICACAO	QUANT.	MEDICACAO
<input checked="" type="checkbox"/> Agulha 25x07	Fio protene s/a		Adrenalina						Metoclopramida (plasti)
<input checked="" type="checkbox"/> Agulha 40x12	Fio de seda		Ag. c/f. destilada 10ml						Naioxona (narcan)
<input checked="" type="checkbox"/> Agulha 13x4	Fio simples		Alcuran						Neocaina
<input checked="" type="checkbox"/> Agulha de bloqueio (Fio simples		Afentanila (rapifen)						Neostigmine
<input checked="" type="checkbox"/> Atad. Crepe	Fita cardíaca		Antibiótico						Pancuronio
<input checked="" type="checkbox"/> Atad. Gessada	Gase <input checked="" type="checkbox"/>		Antibiótico						Pomada oftálmica
Capa microscópio	Hemostático		Atropina						Propofol
Capa de vídeo	Lâmina bisturi nº <u>13</u> ()		Bicarbonato de sódio						Ranitidina
Cat. Subclávia	Luva cirúrgica nº 7.0		Cedilanide						Rocúrbrio (esmero):
Cat. venopuncção nº	Luva cirúrgica nº 7.5 <input checked="" type="checkbox"/>		Cetopropofeno						Sevorane
<input checked="" type="checkbox"/> Cat. de oxigênio	Luva cirúrgica nº 8.0		Decadron						<input checked="" type="checkbox"/> Soror fisiológico
Cera óssea	Luva de procedimento		Dexametasona						Soro fisiológico
C. de urina fechado () aberto ()	Seringa insulina () 5cc (W)		Diazepam						Soro glicosado
Compreessa cirúrgica	Seringa 10cc (A 20cc) <input checked="" type="checkbox"/>		Dipirona						Soro Ringer 500ml
Conexão 2 vias	Sistema de drenagem () ()		Dopamina						Suxametônio (quelicina)
Eletrodo	Sonda endotracheal ()		Dormonid						Tracrium
Eq. De bomba	Sonda de foley nº ()		Enflurano						Vitamina C
Eq. De soror	Sonda nosogástrica nº ()		Etilefrina (efortil)						Vitamina K
Fio cromado	Sonda uretral nº ()		Fenitoína (hidantoina)						Xilocaina C/A
Fio cromado	Tomeira de 3 vias		Fentanil						Xilocaina S/A
Fio de aço	Vidro de aspiração		Furosemida (lasix)						Xilocaina 2ml
Fio de aço	<u>alveol</u>		Gelafundin						Xilocaina geléia
Fio de algodão c/a	<u>denudar</u> <u>de</u> <u>batatu</u> <u>l</u>		Glicose 10ml						<u>Bulbúlo</u> <u>l</u> <u>me</u>
Fio de algodão c/a			Heparina						<u>metilfome</u> <u>l</u> <u>me</u>
Fio de algodão s/a			hidrocortisona						<u>hidroxetônio</u> <u>l</u> <u>me</u>
Fio de algodão s/a			Hypnomidate						<u>clorodiazep</u> <u>l</u> <u>me</u>
Fio de nylon <u>J-0</u>			Isoflurano						
Fio de nylon			Lanexat (flumazinil)						
Fio protene c/a			Meperidina (Dolantina)						
Fio protene s/a			Manitol						



Unidade de Saúde: HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO

Paciente:	Maria Aparecida Lin	Nº do Registro:	1421007
Clínica:	Trombato	Nº do leito:	602.7
Operador:	Dr. Leonel Gómez		
1º Assistente:	Dr. Stanley - Thulio	2º Assistente:	
Instrumentador:		Anestesista:	Dr. Luciano
Anestesia:	general	Duração:	70 min
Data da Operação:		Início:	
Fim:			

1 Diagnóstico Pré-Operatório: Fémur infectado

Diagnóstico Pós-Operatório: A mela;

Operação Proposta: Limpeza ecolisa

Operação Realizada: A mela

DESCRIÇÃO DO ATO OPERÁTORIO

- (1) Ponto em DOR sob expectativa
- (2) Anestesia + anestesiômetro
- (3) Lise da pele para exponer os pontos
- (4) Limpeza ecolisa + desbridamento + irrigação
- (5) Osteotomia com SFD 3 -
- (6) Sustar os ossos
- (7) Curar os ossos

Stanley

2012
MEDICO
S-47
S-47



Paciente

M^o Aparecida de L. Santos

Enfermaria/Leito

602-7

Registro

EVOLUÇÃO CLÍNICA

04/06/19 - Fisioterapia Motor

Paciente orientada, colaborativa e queixa de dor ao movimento em ombro D. Apresenta dor ao realizar adução horizontal e na extensão de ombro D, ADM em todos os movimentos de ombro D normais, PM grau 4 em todos os movimentos do ombro D. Paciente com fratura de clavícula, observada no exame clínico.

Conduta:

- Mobilização ombro D.
- Alongamento RSD.
- Cinestesiojogo ativa em situações de MSD.

BEATRIZ XAVIER
Fisioterapeuta
CREFITO 114738-F

05/06/2017 - Fisioterapia Motor

Paciente eupnica, orientada colaborativa, normocorda e com queixa de dor ao movimento no ombro D. Foi realizado alongamentos ativos; rotações; adução e abdução, e, elevação laterais e frontal (ambos em MSD).

Adm: am Karoline de Souza
BEATRIZ XAVIER
Fisioterapeuta
CREFITO 114738-F
Leiliane Macêdo
Fisioterapeuta
CREFITO 250191-F



Paciente

Enfermaria/Leito

Registro

Maria Aparecida

602-7

EVOLUÇÃO CLÍNICA

12/06/19 Psicologia 15:50

No momento, a paciente encontra-se consciente e orientada. Receptiva ao atendimento. Foi notado entristecimento referente ao período de hospitalização e saudade do filho. A mesma está vivenciando expectativa da retirada dos fixadores. Foi realizada abordagem e intervenção psicológica buscando fortalecer a autonomia da paciente e reforçar a importância do tratamento clínico. Permanecerá em atendimento sistemático.

Daniela Brayner
Estagiária.

Flávia Rodrigues

Flávia C. Rodrigues
Psicóloga
CRP 02/1020391.06.10
CURATIVO



Paciente

Márcia Aparecida

Enfermaria/Leito

602-7

Registro

EVOLUÇÃO CLÍNICA

14/06/19 - Fisioterapia Motor

Paciente orientada, colaborativa e sem queixas. Relata sentir melhora nos movimentos dos membros inferiores.

- Alongamento M.S.D

Conduta: - Amniotriapia ativa vaginal em M.S.D.

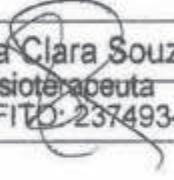

 BEATRIZ XAVIER
 Fisioterapeuta
 CREFITO 144700-F

21/06/2019 Fisioterapia motora

Paciente consciente, orientada, colaborativa, com queixas de dor na perna E e ombro D, iniciou Fisioterapia com flexão, extensão e Abdução ativa de ombro D, mobilizou em perna D, elevações de perna com joelho estendido, flexão de joelho e quadril, dorsiflexão e flexão plantar, finalizando com isometria de quadríceps, em pé E, realizou operações mobilizadoras de folhagens (reduzindo dores).

Ass.: Maria Amélia

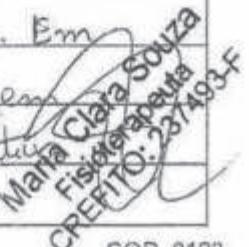

 BEATRIZ XAVIER
 Fisioterapeuta
 CREFITO 144700-F


 Maria Clara Souza
 Fisioterapeuta
 CREFITO 237493-F

29-06-19 - Fisioterapia motora

Paciente consciente, orientada, colaborativa com queixa de dor na perna E e ombro D. Iniciou a Fisioterapia com mobilização articular no M.S.S + mobilização Patelar em M.I.D. Fez elevações da perna, flexão de joelho e quadril. Realizou flexões plantar e isometria isométrica na região poplítea (interna) ambas em M.I.D. Em M.S.S foi realizada drenagem linfática em mão esquerda e em ambas as M.S.S foi realizada (flexão, adução e abdução) ativa. Finalizando com liberação miofascial em ombro direito.

Ass.: médica: Dra. Alina Lins


 Maria Clara Souza
 Fisioterapeuta
 CREFITO 237493-F

COD. 0123

20/06/19 - Fisioterapia Motora.

Paciente colaborativa, orientada e com queixa de dor no tornozelo esquerdo e ondulão direito.

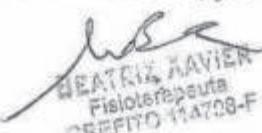
Foi realizada em MMSI mobilizações de tornozelo, fôlegos e interossos, mobilização patelar MID, flexão e extensão de quadril com o joelho estendido, flexão e extensão de joelho quadril com o joelho estendido, flexão e extensão de joelho quadril com o joelho flexionado.

Em MHSI foi realizado abdução e adução, mobilizações de quadril, liberação e mobilização. Finalizou com higiene da pele em MMSI e MHSI.

Acd: Dayon Losta ; Deborah Costa

21/06/19 - Fisioterapia Motora

Paciente orientada, colaborativa e sem queixa, conduta mantida.


BEATRIZ XAVIER
Fisioterapeuta
CREFI 114700-F

21/06/19 - Fisioterapia Motora

Paciente orientada, queixa-se dor moderada ondulão D nata (esta prima clavícula) com arco completo varimento nista articulacão. NIE escosta-se com andar lateral bloquando articulações tornozelos e rotulanos e discreta celebração isquemica podátilos. Grande limitação para flexão joelhos e liberado para grande medida para mobilizações após ter evoluído infecções tópica (férula E).

Conduta: Isométricos NID + mobilizações escápula e intra-articular ondulão D.

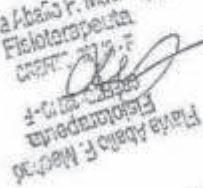
Liberada passiva NIE.

Liberada amarrada NIE

Mobilizações patela

Isométrica quadríceps (glúteos, ISG)


Maria Paula F. Machado
Fisioterapeuta
CREFI 114700-F


Paula Paula F. Machado
Fisioterapeuta
CREFI 114700-F

31/06/19 - Fisioterapia Motora

afonso



NOME: MARIA APARECIDA DE LIMA SANTOS SIC

PRONTUÁRIO: 1676683

SEXO: Feminino

DATA NASC: 02/11/1985

DATA/HORA: 27/06/2019 16:07

ATENDIMENTO: 1421430

Lelto 602-L7

EVOLUÇÃO CLÍNICA

Data: 27/06/2019 Hora: 16:07

PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO NA QUARTA FEIRA TENDO FRATURA EXPOSTA DE FEMUR ESQUERDO E FRATURA DE OSSOS DO PE.

CIRURGIA ESTAVA MARCADA PARA 9/05/19 E FOI CANCELADA POR FALTA DE ANESTESISTA

FOI ABORDADA PELA ORTOPEDIA 16/05/19, SEGUE EM POS OP;

BEG, EUPNEICA, ACIANOTICA, AFEBRIL, COSCIENTE, ORIENTADA
PACIENTE APRESENTA NEUROPRAXIA EM MIE

FO: LIMPA, SECA, SEM SINAIS FLOGISTICOS.

CD:
RETIRO PONTOS LOCALIZADOS EM COXA E.
SUPORTE CLINICO

30-06-19
CURATIVO

Dr. Aparecida
Médico
CRM-PE 20.709



FICHA DE ESCLARECIMENTO

NOME: MARIA APARECIDA DE LIMA SANTOS SIC	PRONTUÁRIO: 1676693	ATENDIMENTO: 01421430
DATA DE NASCIMENTO: 02/11/1985	FOI ATENDIDO EM: 01/05/2019 ÀS: 15:22	
		DATA DA ALTA: 02/07/2019 ÀS: 15:09

Diagnóstico Provável:

FRATURA DE FÉMUR (CID: S.72) + FRATURA DE OSSOS DO PÉ (CID: S.92)

Tratamento Realizado:

TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DE FEMUR + TRATAMENTO CIRÚRGICO COM FIXADOR EXTERNO EM PÉ.

Observação:

ALTA DA ORTOPEDIA;
ANALGÉSIA + ANTIBIÓTICOTERAPIA + ANTICOAGULAÇÃO;
AFASTAMENTO DAS ATIVIDADES LABORAIS POR 60 DIAS;
CURATIVO DIÁRIO;
ORIENTAÇÕES GERAIS;

Encaminhado para:

RETORNAR PARA O AMBULATÓRIO DE ORTOPEDIA, APOS 21 DIAS, PARA DR. BERNARDO CHAVES E APÓS 30 DIAS PARA DR. LEONARDO GOUVEIA.

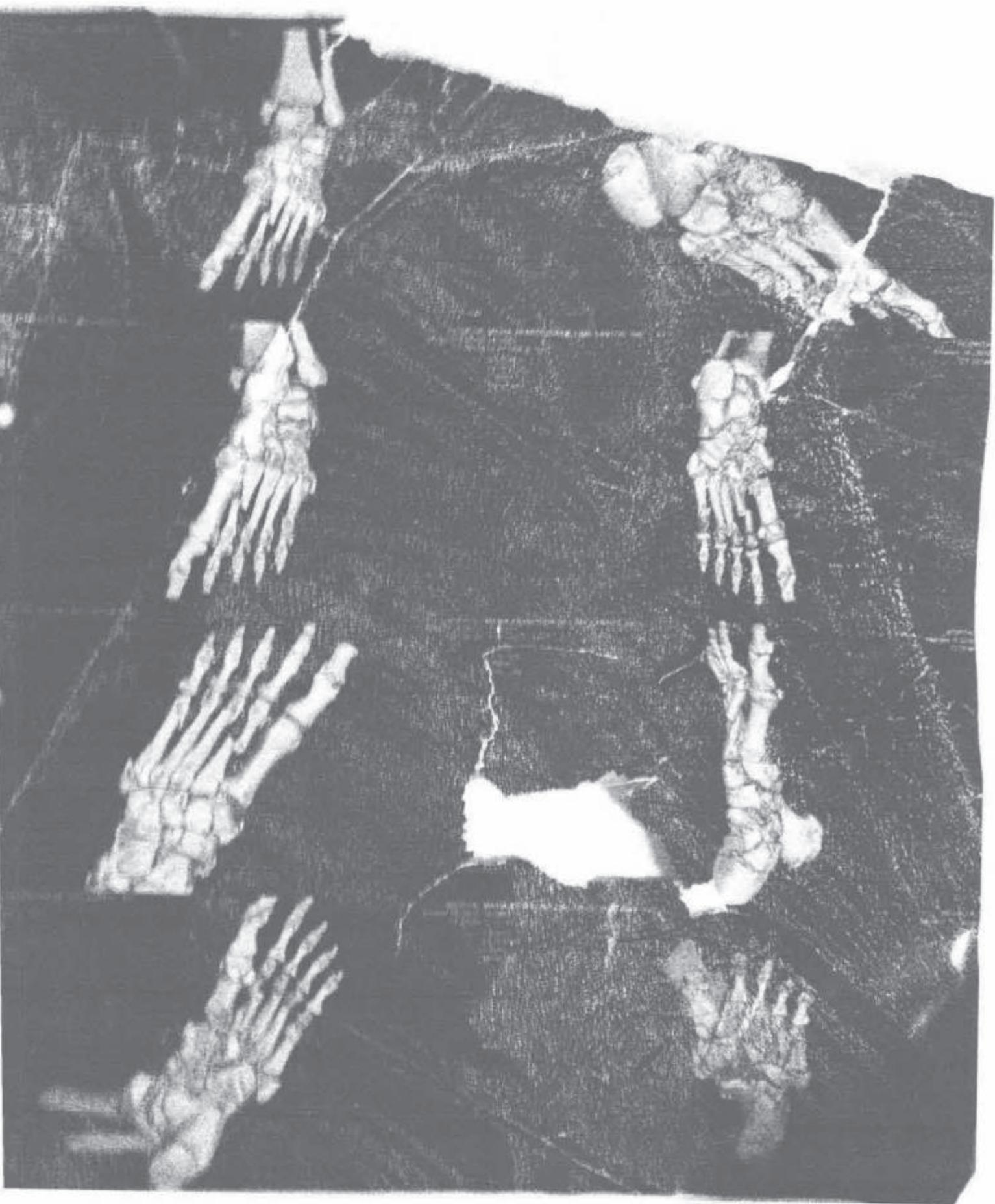
Dr. Avner Alenca,
Médico
CREMEPE 26.793

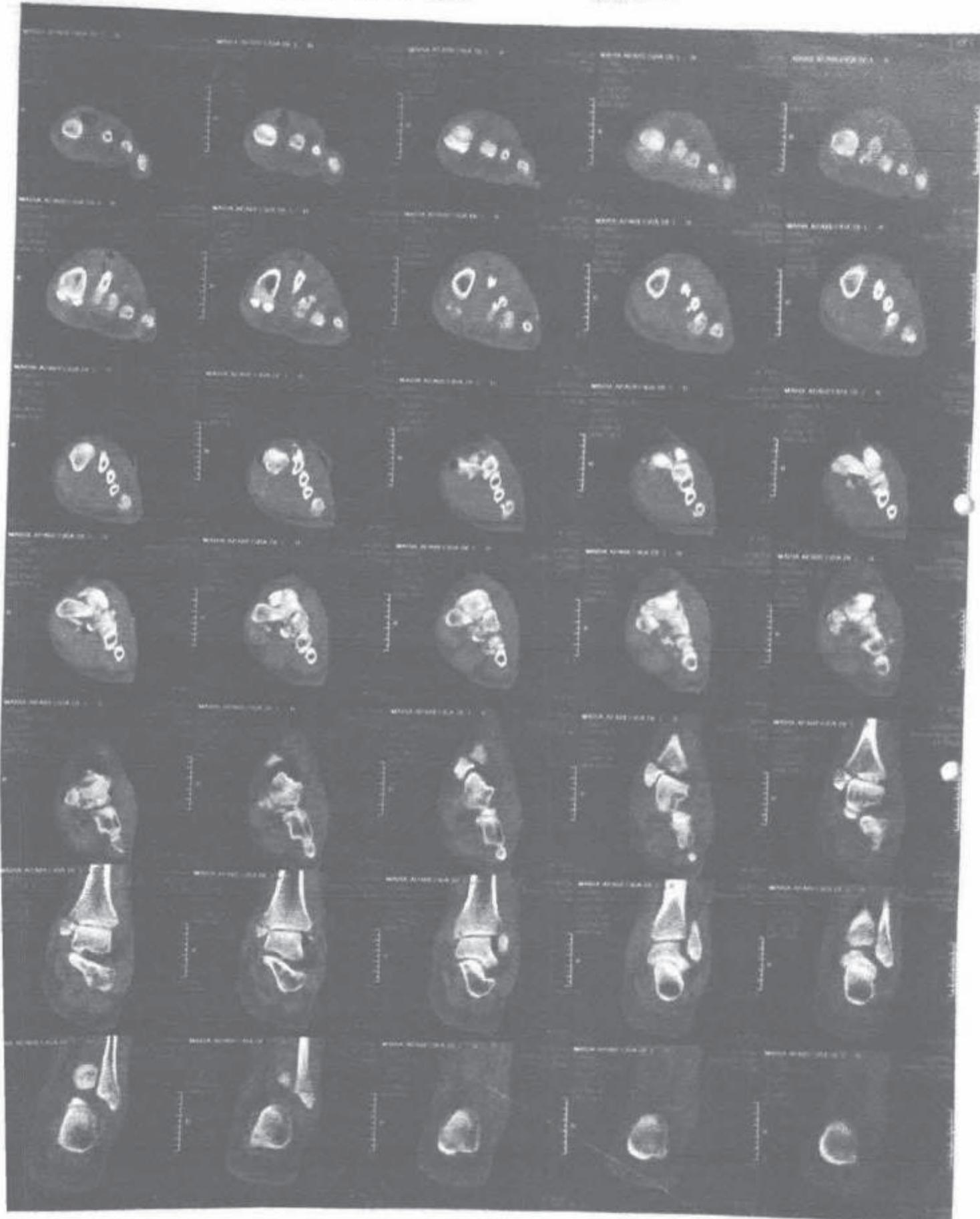
FRANCISCO STANLEY DAMAS NAPOLEÃO - CRM: Nº.7472

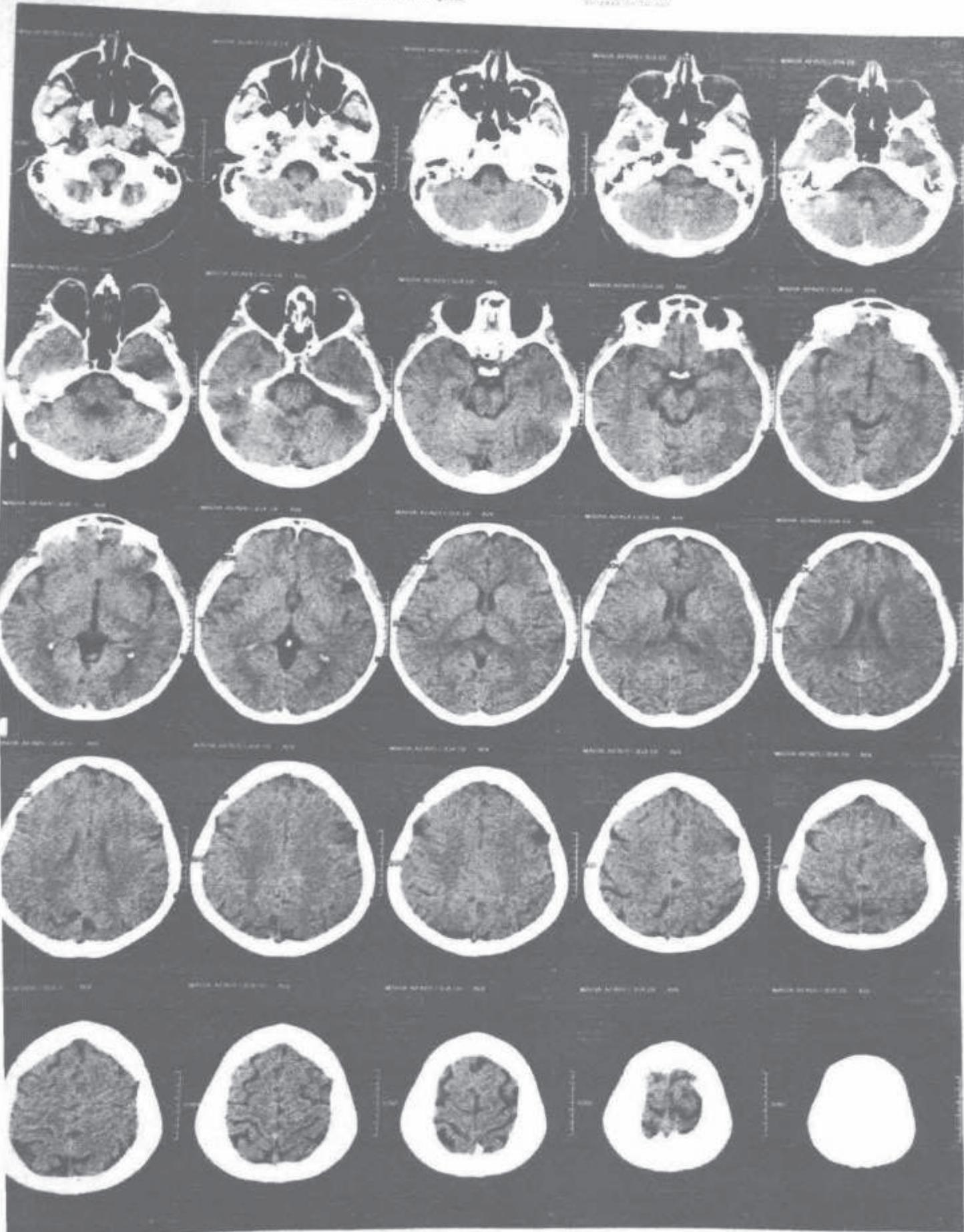
Recife, 02, JULHO ,2019

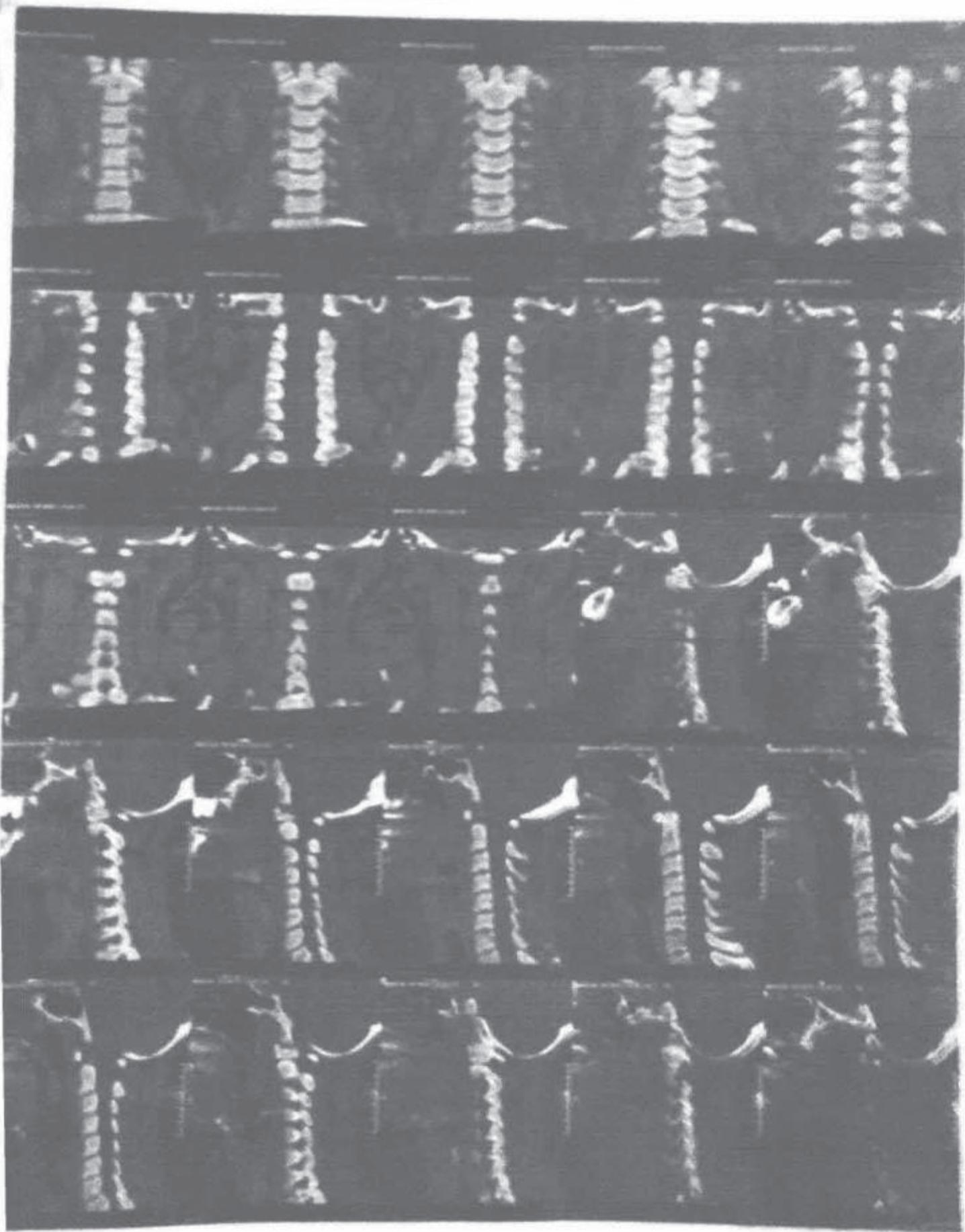
ATENÇÃO:

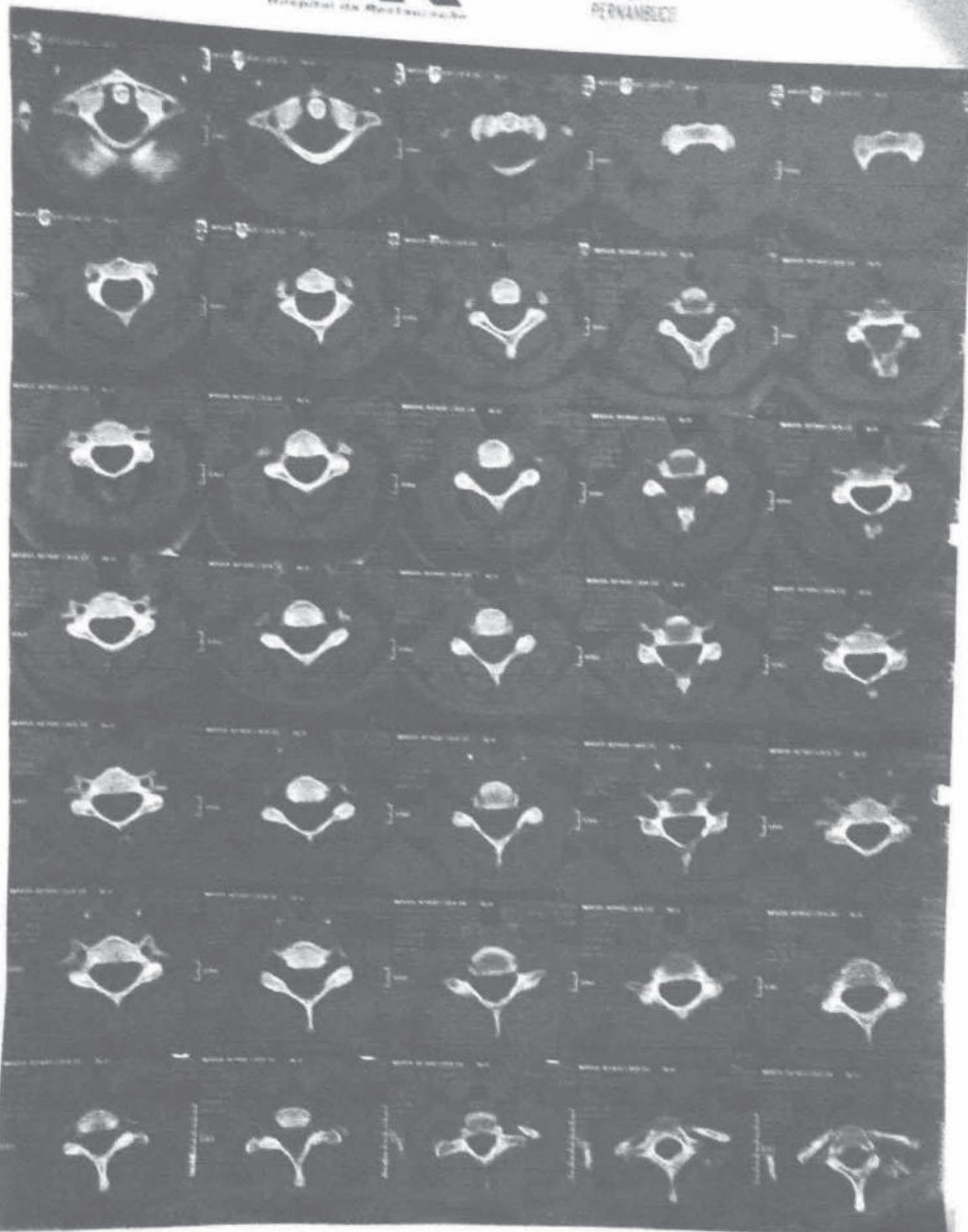
Este documento destina-se a comprovação de atendimento hospitalar ou ambulatorial para INSS, Empresas, Escolas, Ministério do Trabalho, Continuidade do Tratamento Ambulatorial, segundo a recomendação Nº 04/2002 do Ministério Público do Estado de Pernambuco.

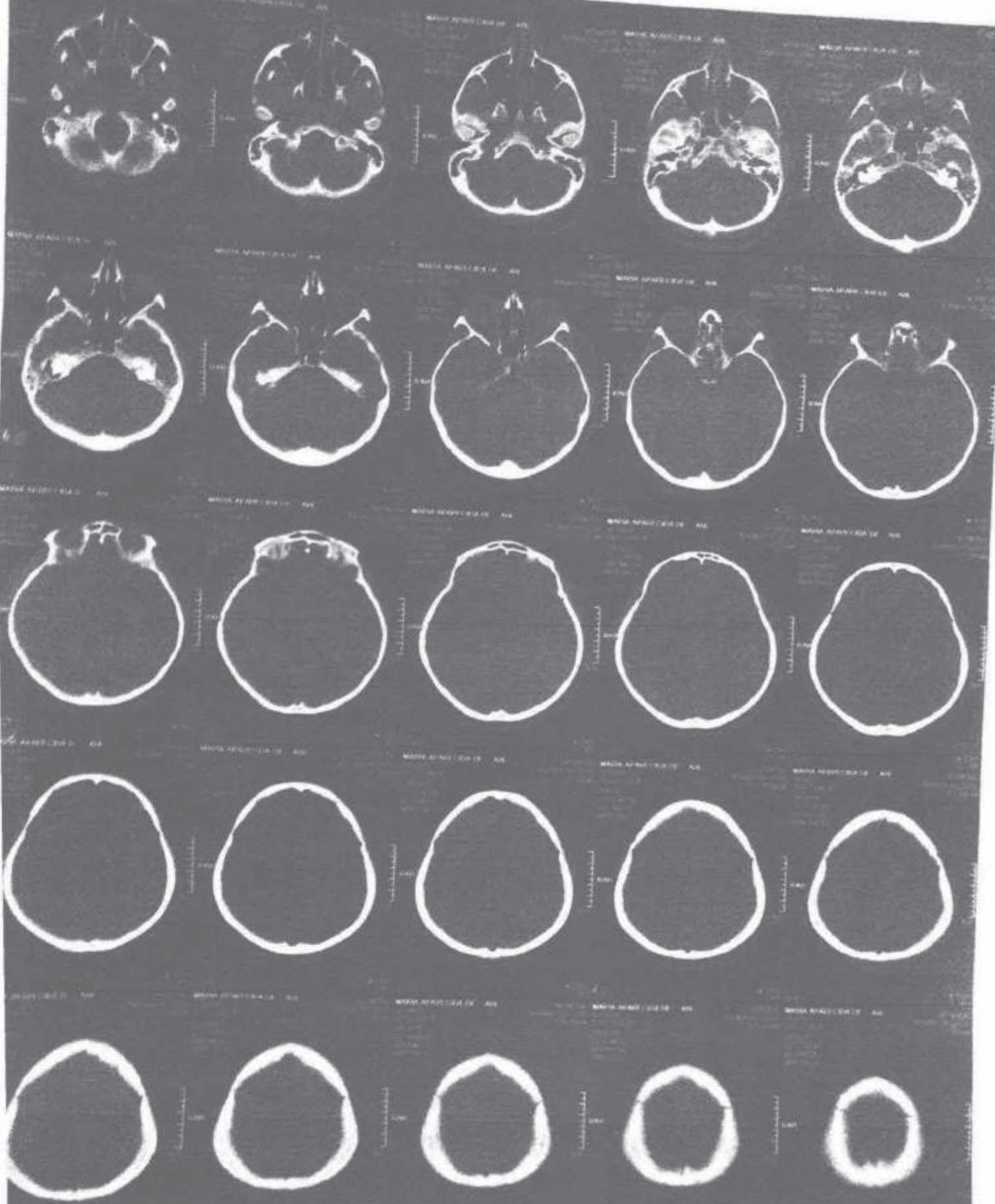


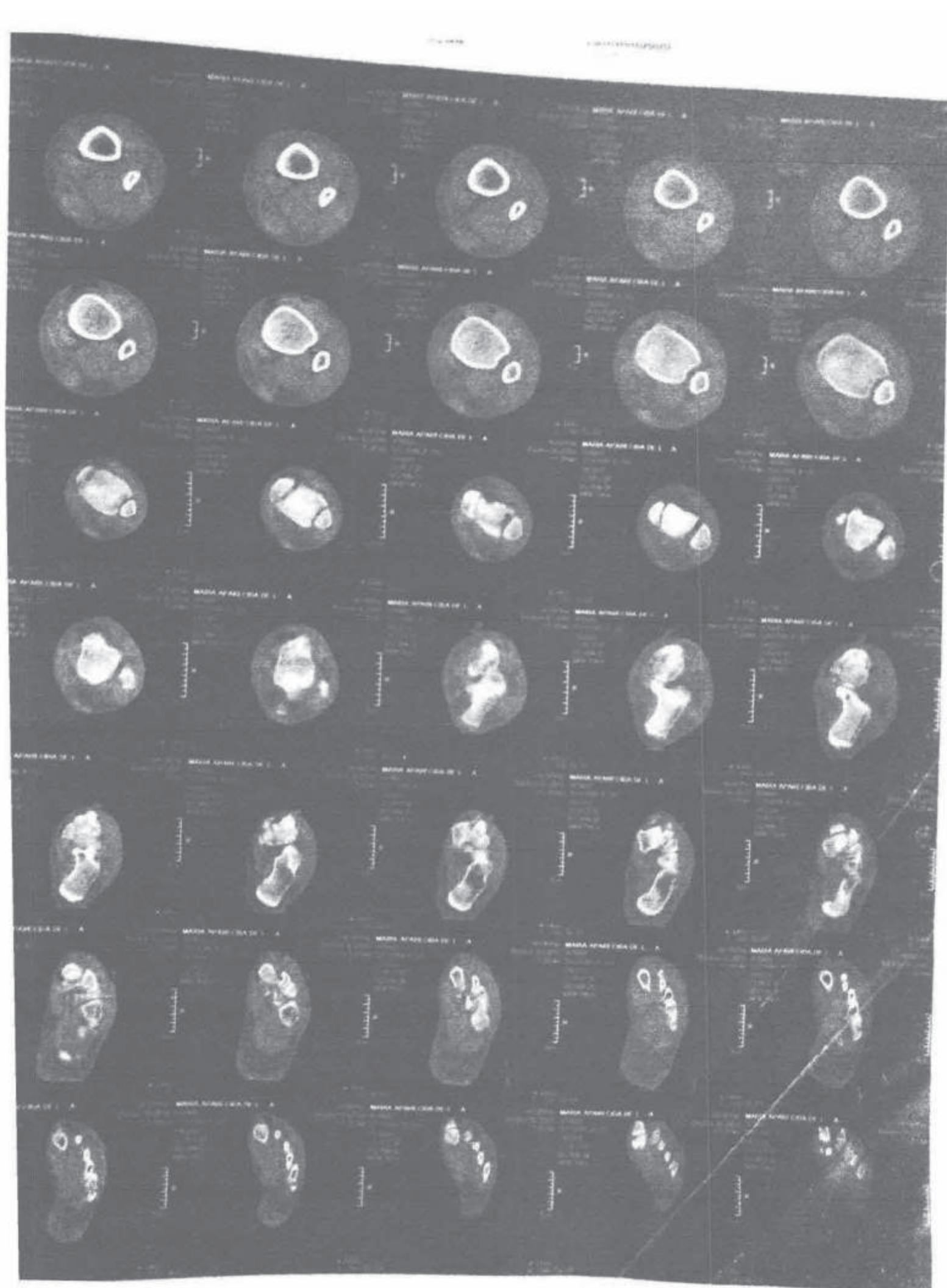


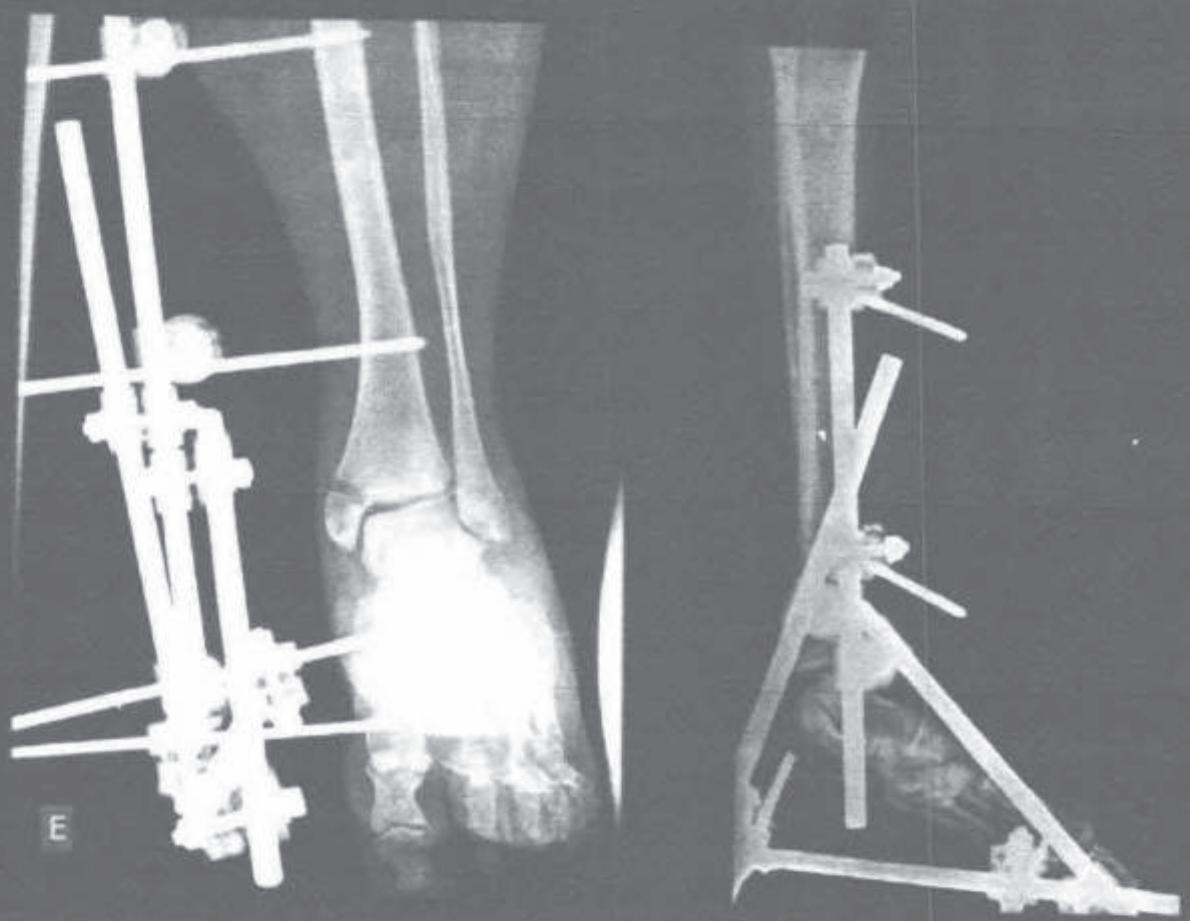










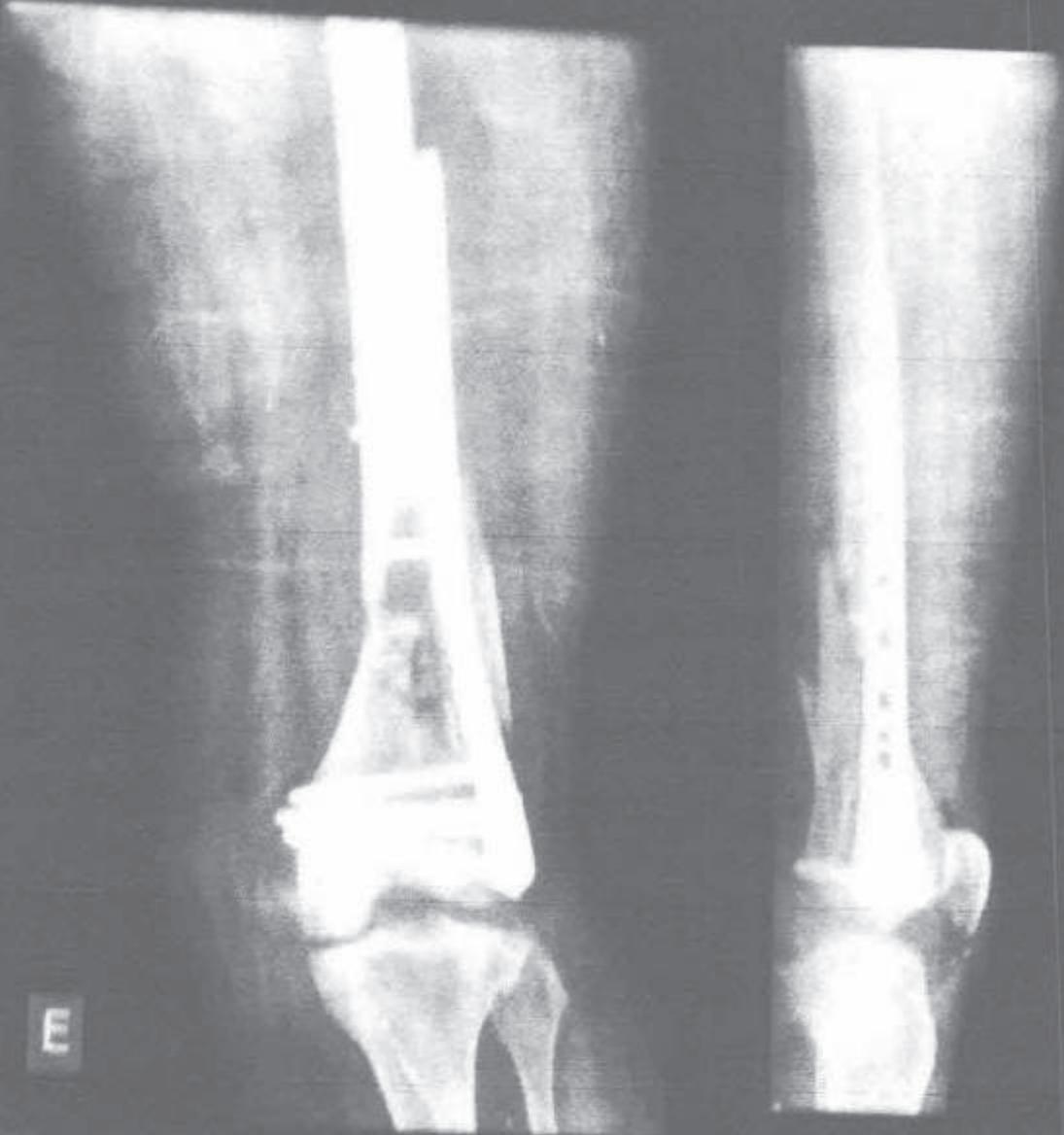


Nome: MARIA APARECIDA DE LIMA SANTOS
HOSPITAL DA RESTAURACAO - PE

ID: 1676683

Data: 27/06/2018 16:08:58

Scanned by CamScanner



E

NAOME MARIA APARECIDA DE LIMA SANTOS
HOSPITAL DA RESTAURACAO - PE

01 1678683

Date: 07/06/2015 16:08:59

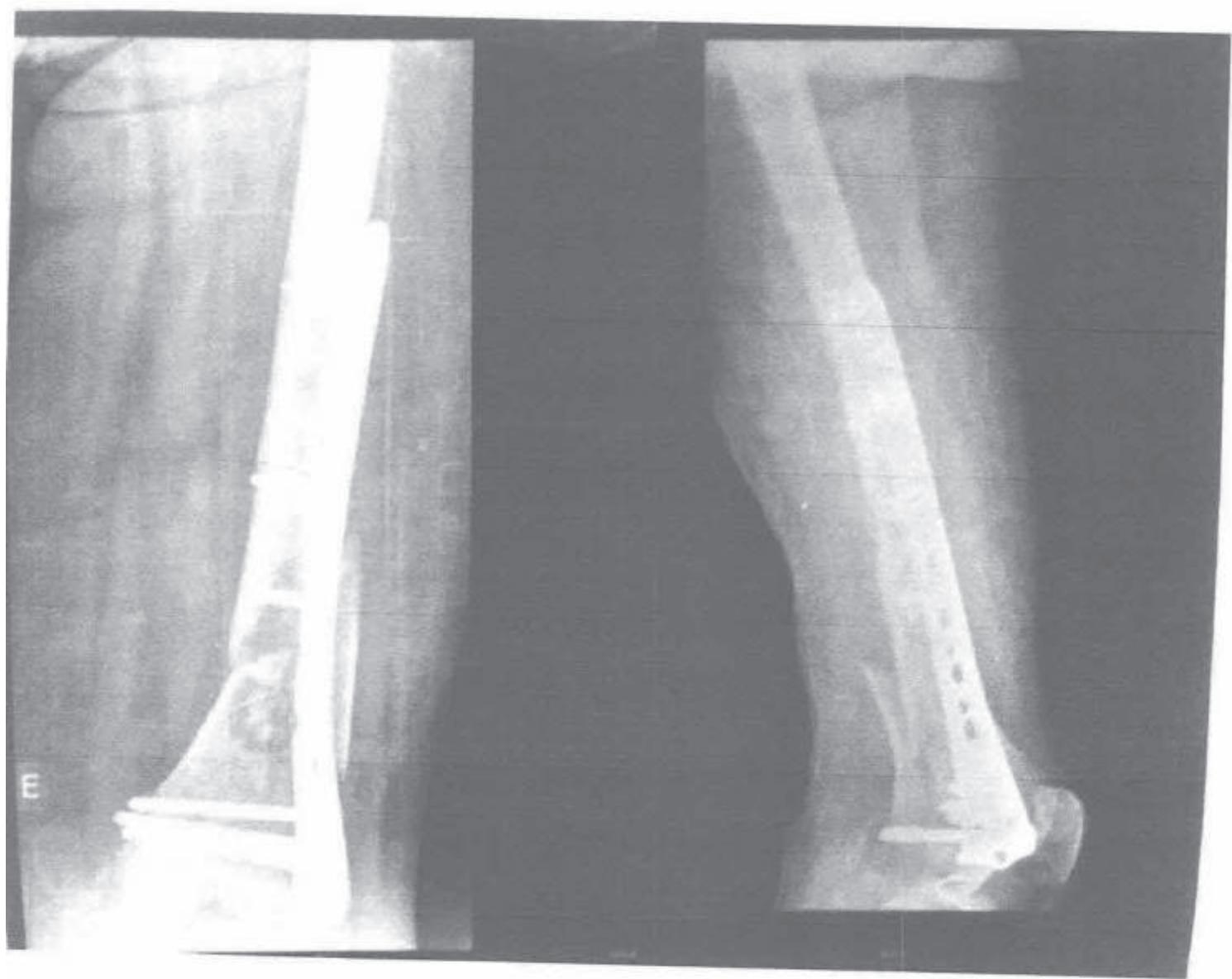
None

Examination

None

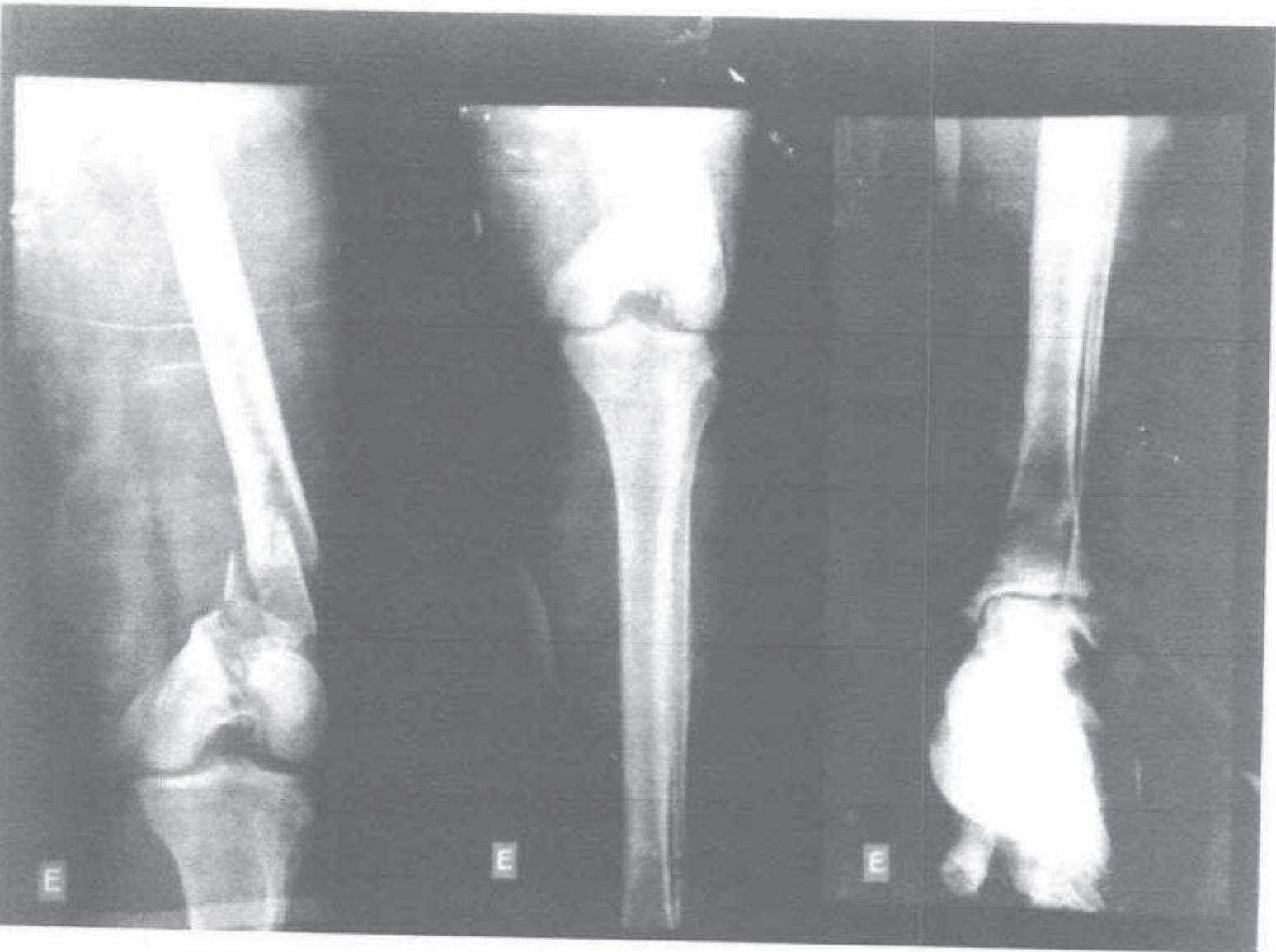
D

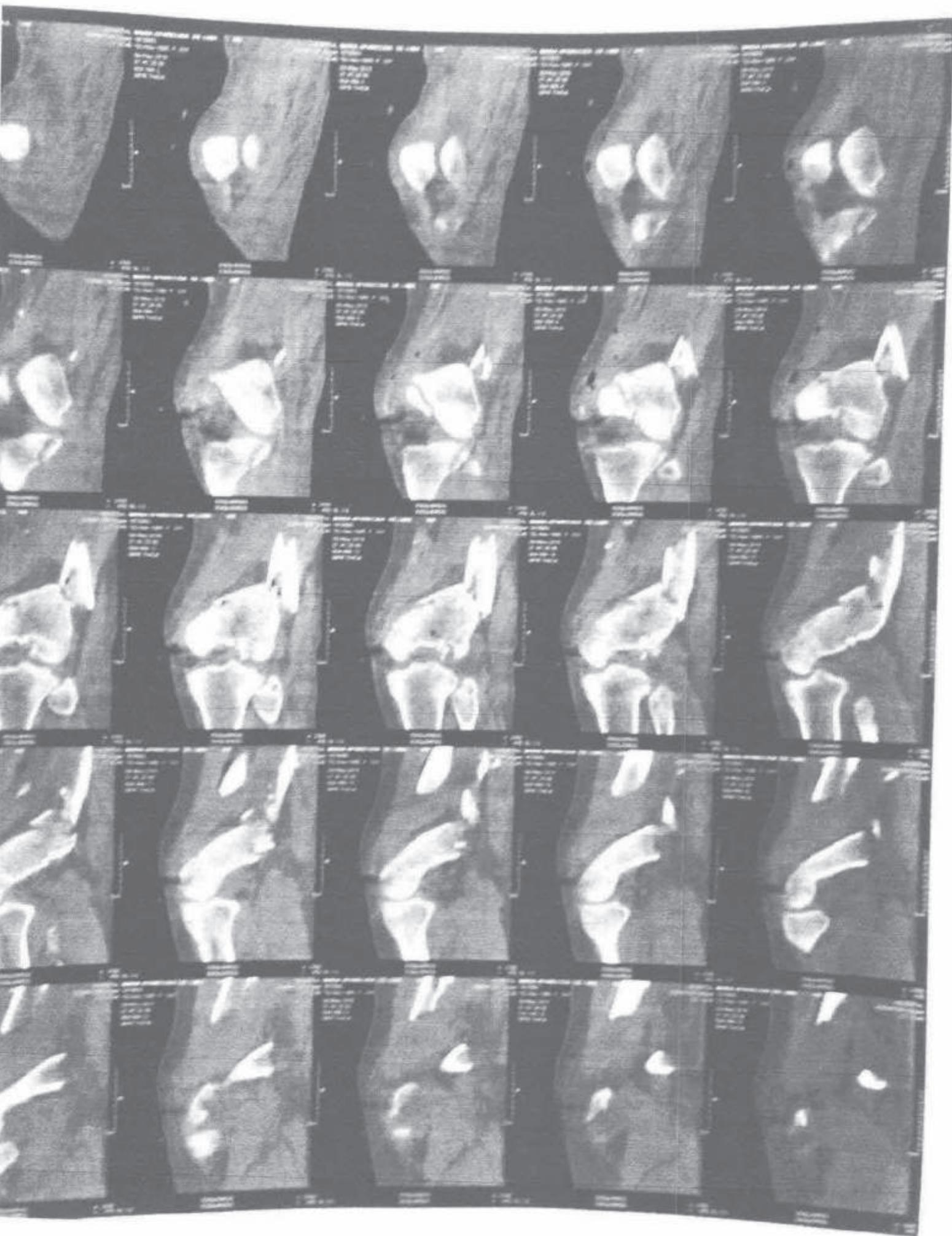
D

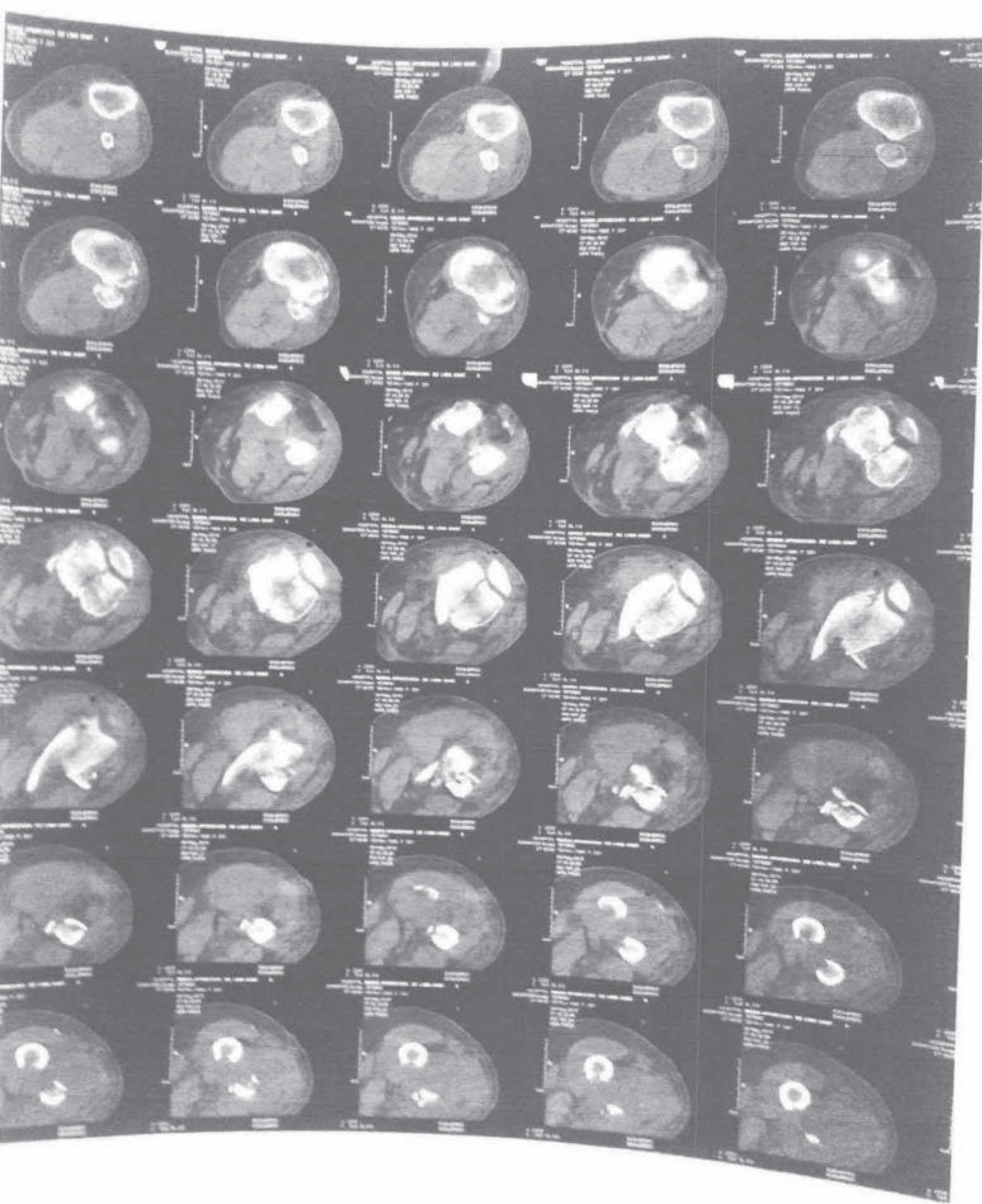


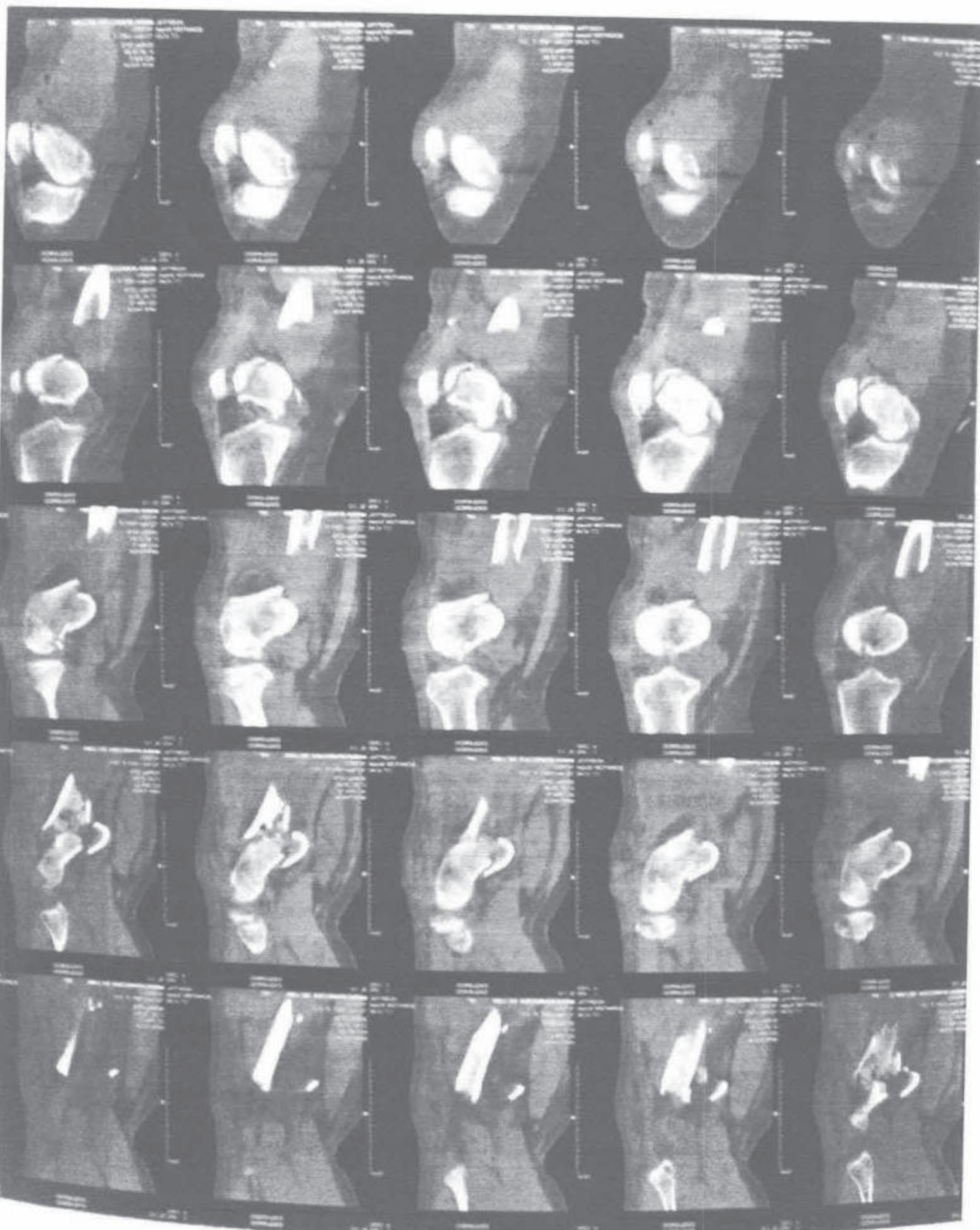
Scanned by CamScanner

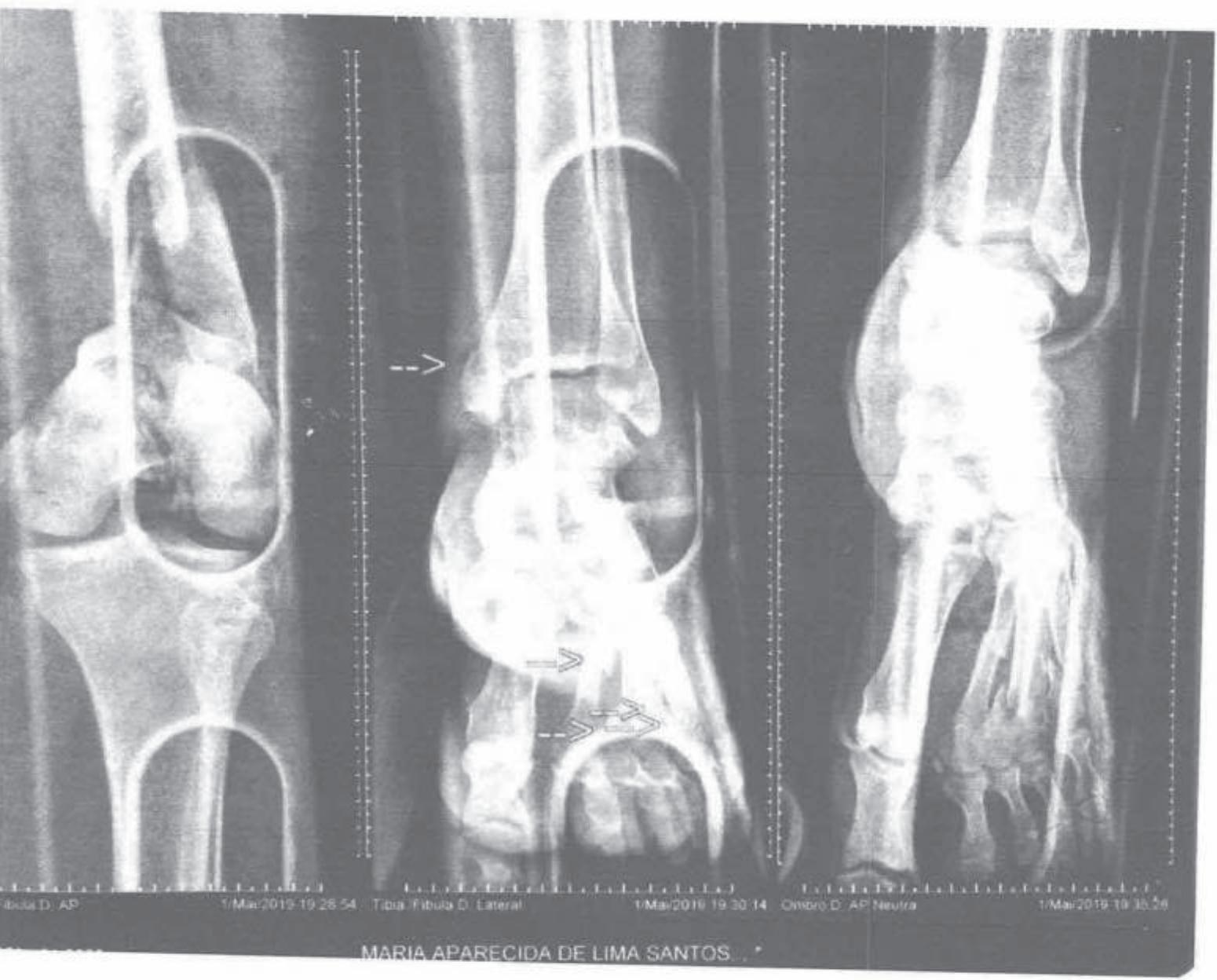
Scanned by CamScanner

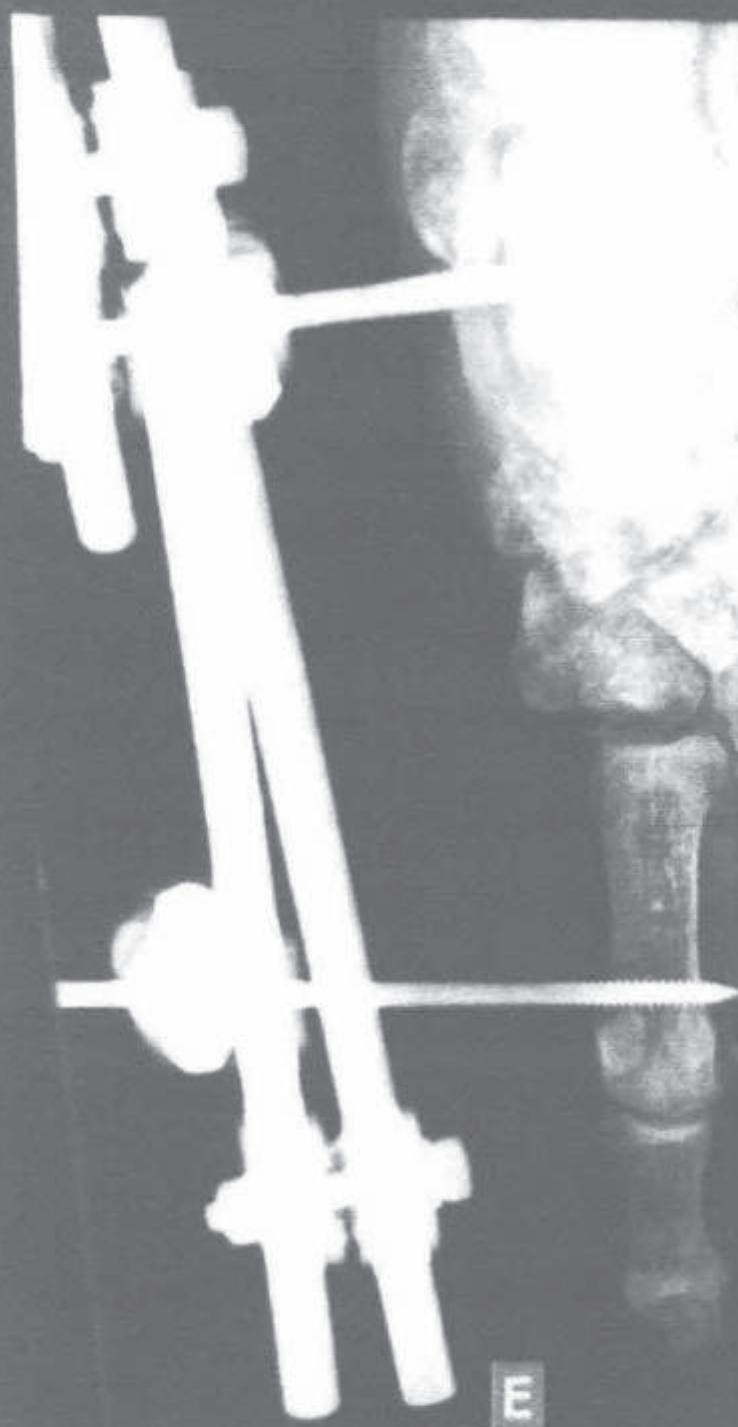












E

Nome: MARIA APARECIDA DE LIMA SANTOS

ID: 1458202

Nasc:

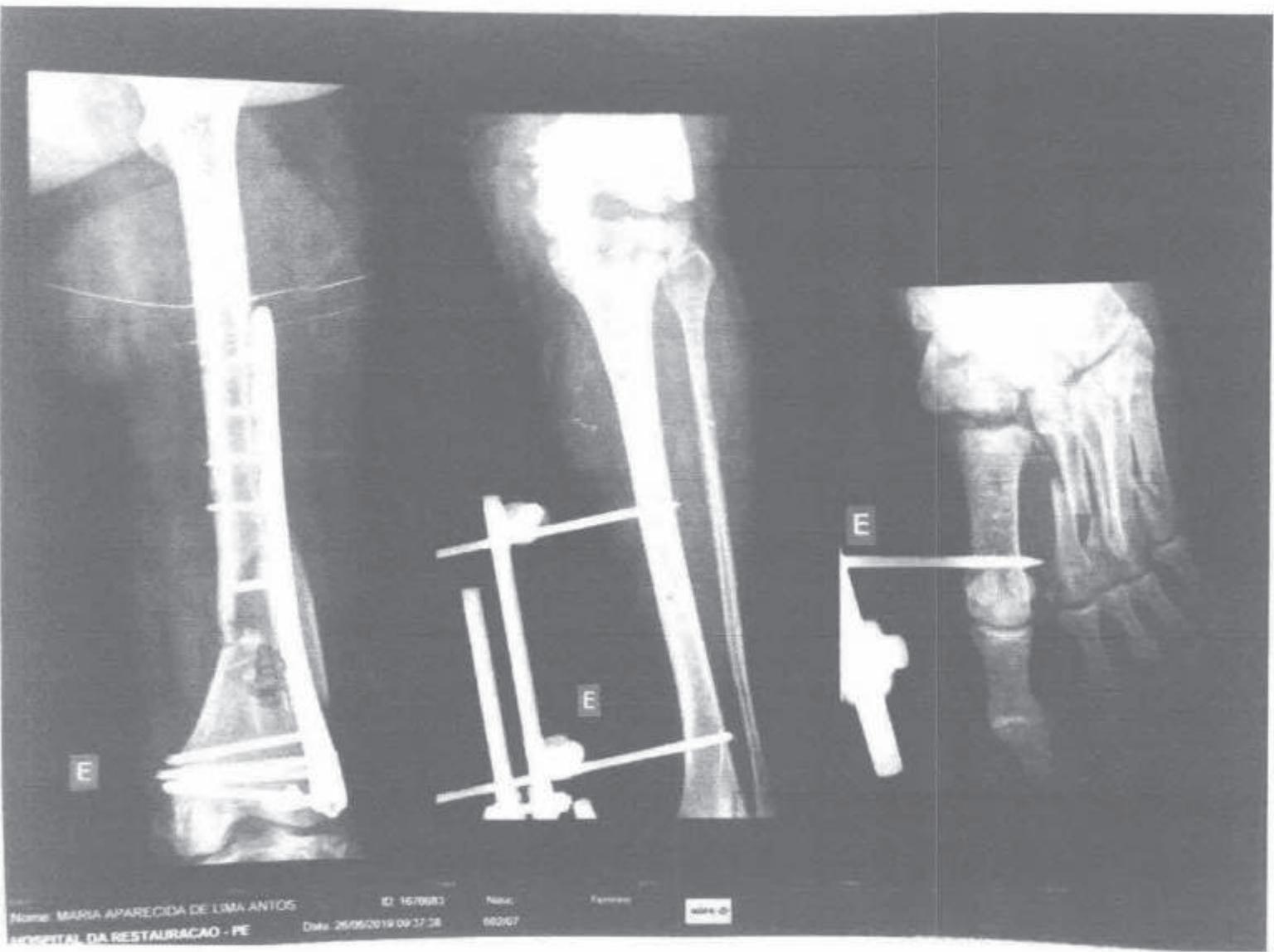
Feminino

HOSPITAL DA RESTAURACAO - PE

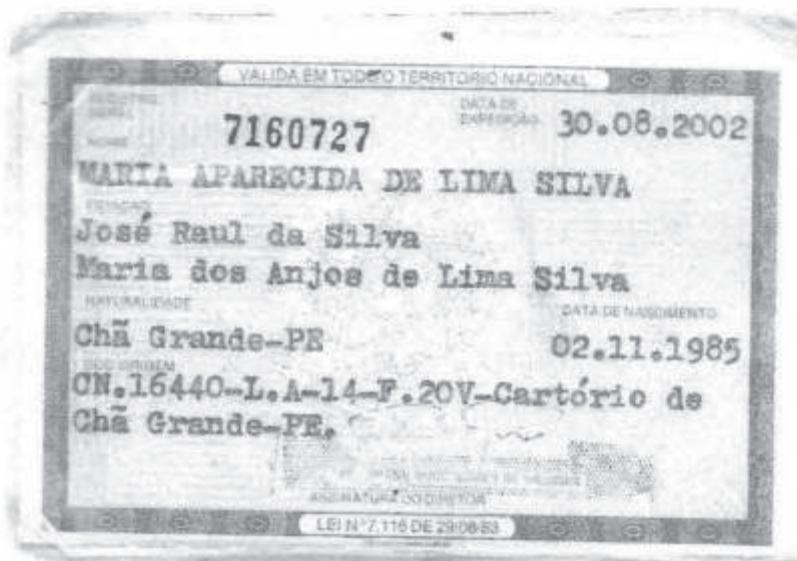
Data: 26/07/2018 14:26:52

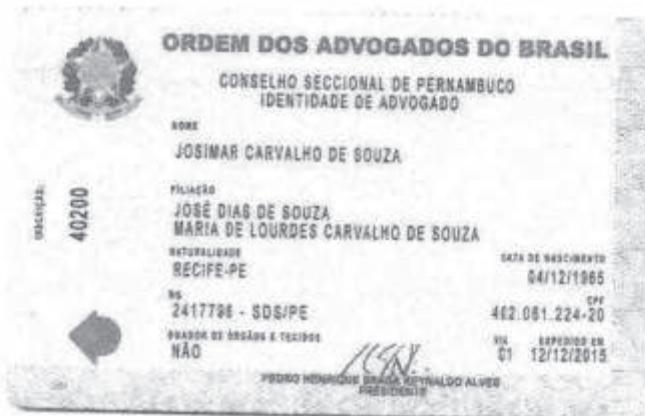
94.9 %





Name: MARIA APARECIDA DE LIMA ANTOS ID: 1676603
HOSPITAL DA RESTAURACAO - PE Date: 26/05/2019 09:17:38 Name:
Age:





PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3200136717 **Cidade:** Chã Grande **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARIA APARECIDA DE LIMA SILVA **Data do acidente:** 01/05/2019 **Seguradora:** ANGELUS SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 09/04/2020

Valorização do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE FÉMUR ESQUERDO.
FRATURA DO MALEOLO MEDIAL ESQUERDO.
FRATURA DE METATARSOS À ESQUERDA

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO. ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE MEMBRO INFERIOR 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 MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações: PÁG 3_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 funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau médio - 50 %	35%	R\$ 4.725,00
		Total	35 %	R\$ 4.725,00

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0106813/20

Vítima: MARIA APARECIDA DE LIMA SILVA

CPF: 074.056.434-00

CPF de: Próprio

Data do acidente: 01/05/2019

Titular do CPF: MARIA APARECIDA DE LIMA SILVA

Seguradora: ANGELUS SEGUROS S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médica-hospitalar
Documentos de identificação
Outros

JOSIMAR CARVALHO DE SOUZA : 402.061.224-20

Comprovante de residência
Declaração Circular SUSEP 445/12
Documentos de identificação
Procuração

MARIA APARECIDA DE LIMA SILVA : 074.056.434-00

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: 01/04/2020
Nome: JOSIMAR CARVALHO DE SOUZA
CPF: 402.061.224-20

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 01/04/2020
Nome: Marta Marinho dos Santos
CPF: 492.294.514-87

JOSIMAR CARVALHO DE SOUZA

Marta Marinho dos Santos

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3200136717 **Cidade:** Chã Grande **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARIA APARECIDA DE LIMA SILVA **Data do acidente:** 01/05/2019 **Seguradora:** ANGELUS SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 09/04/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE FÉMUR ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO. ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE MEMBRO INFERIOR 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 LEVE DE MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações: PÁG 3_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 funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: MARIA APARECIDA DE LIMA SILVA, brasileira, casada, Agricultora, portadora do RG nº 7.160.727 SDS/PE, inscrita no CPF (MF) sob o nº 074.056.434-00, residente no Sítio Vertentes, 3105, Santa Luzia, Zona Rural, Chã Grande-PE, CEP: 55.636-000.

OUTORGADO: JOSIMAR CARVALHO DE SOUZA, brasileiro, casado, Advogado OAB/PE 40.200, RG nº 2.417.796 SDS/PE, inscrito no CPF/MF sob o nº 402.061.224-20, com endereço profissional sito na Rua Matias de Albuquerque, 223, Sala 804, Edifício Bancomércio, Santo Antônio, Recife-PE, CEP: 50.010-090.

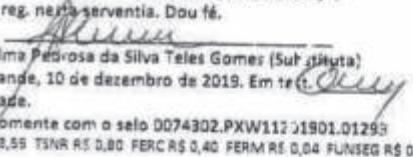
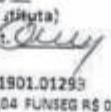
PODERES: Pelo presente instrumento particular de procuração, a outorgante acima qualificada, nomeia e constitui como seu bastante procurador, o outorgado também qualificado, para representá-la no que diz respeito ao recebimento da indenização do seguro DPVAT (Danos pessoais causados por veículos automotores de via terrestre).

OBS: É de inteira responsabilidade do outorgante a veracidade das informações prestadas e documentos apresentados e disponibilizados ao outorgado.

Chã Grande-PE, 10 de dezembro de 2019.


Maria Aparecida de Lima Silva
OUTORGANTE

Reconheço por Autenticidade a firma indicada de:
MARIA APARECIDA DE LIMA SILVA que confere c/ a
padrão reg. na 2a serventia. Dou fé.


Adelma P. da Silva T. Gomes (Substituta)
Chã Grande, 10 de dezembro de 2019. Em test. 
da verdade.
Válido somente com o selo D074302.PXW11201901.01299
Emol. R\$ 3,55 TSNR R\$ 0,80 FERC R\$ 0,40 FERM R\$ 0,04 FUNSEG R\$ 0,08 Total R\$ 4,81



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0106813/20

Vítima: MARIA APARECIDA DE LIMA SILVA

CPF: 074.056.434-00

CPF de: Próprio

Data do acidente: 01/05/2019

Titular do CPF: MARIA APARECIDA DE LIMA SILVA

Seguradora: ANGELUS SEGUROS S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médica-hospitalar
Documentos de identificação
Outros

JOSIMAR CARVALHO DE SOUZA : 402.061.224-20

Comprovante de residência
Declaração Circular SUSEP 445/12
Documentos de identificação
Procuração

MARIA APARECIDA DE LIMA SILVA : 074.056.434-00

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: 01/04/2020
Nome: JOSIMAR CARVALHO DE SOUZA
CPF: 402.061.224-20

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 01/04/2020
Nome: Marta Marinho dos Santos
CPF: 492.294.514-87

JOSIMAR CARVALHO DE SOUZA

Marta Marinho dos Santos