
Rio de Janeiro, 20 de Outubro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200356533

Vítima: Vitoria Ferraz Silvestre de Santana

Data do Acidente: 24/11/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NOVA TENTATIVA DE PAGAMENTO

Senhor(a), VITORIA FERRAZ SILVESTRE DE SANTANA

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 28 de Março de 2021

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200356533

Vítima: Vitoria Ferraz Silvestre de Santana

Data do Acidente: 24/11/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), VITORIA FERRAZ SILVESTRE DE SANTANA

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\$ 843,75
Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um joelho 25%	
Graduação: Em grau leve 25%	
% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 25%) 6,25%	
Valor a indenizar: 6,25% x 13.500,00 =	R\$ 843,75

Recebedor: **Vitoria Ferraz Silvestre de Santana**

Valor: **R\$ 843,75**

Banco: **104**

Agência: **000000651**

Conta: **000873244828-5**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:



DAAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

☒ INVALIDEZ PERMANENTE

☐ MORTE

2 - Nº da ordem ou AN:

3 - CPF da vítima:

4 - Nome completo da vítima:

115358584-24 Vitoria Ferraz Silvestre de Santana

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

5 - Nome completo:

7 - Profissão:

Estudante

8 - Endereço:

RUA QUINZE DE OUTUBRO

9 - Número:

58

10 - Complemento:

11 - Bairro:

ALVARÉS COOPERATIVAS

12 - Cidade:

OLINDA

13 - Estado:

PE

14 - CEP:

53160320

15 - E-mail:

16 - Telefone:

(81) 7888-7131

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☐ RECUSO INFORMAR

☐ R\$1.00 A R\$1.000,00

☐ R\$2.501,00 ATE R\$5.000,00

☒ SEM RENDA

☐ R\$1.001,00 ATE 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 (Instrumento para os bancos. Insira uma opção)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☒ Caixa Econômica Federal (106)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

0651

CONTA:

000873244828

5

AGÊNCIA:

CONTA:

(informar o dígito se existir)

(informar o dígito se existir)

(informar o dígito se existir)

(informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor de indenização/reembolso do Seguro DPVAT, a qualquer tempo, reconhecendo a responsabilidade e a obrigação de indenizar, sob pena de anulação 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:

☐ 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 exposto, solicito o prolongamento 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 da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito, conforme Lei nº 54/74, art. 1º, § 1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestação, caso discorde do seu resultado.

DECLARAÇÃO DE ÚNICO BENEFICIÁRIO - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

☐ Solteiro

☐ Casado (no CM)

☐ Divorçado

☐ 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 tem filhos?

☐ Sim

☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos:

Falecidos:

30 - Vítima deixou residir por nome?

☐ Sim

☐ Não

31 - Vítima teve irmãos?

☐ Sim

☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos:

Falecidos:

33 - Vítima deixou pais/avós vivos?

☐ Sim

☐ Não

Recebo ciência de que a Seguradora Líder poderá, caso discorde da indenização do Seguro DPVAT por morte daqueles beneficiários que se apresentarem e produzirem esta condição, estando cliente, 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 rogatória pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogatória pedido

37 - (*) Assinatura de quem assina a rogatória pedido

38 - 1º Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2º Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

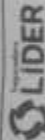
Olinda, 14 de Dezembro de 2019

x Vitoria Ferraz Silvestre de Santana

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Promotor (se houver)



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Resposta (se) quanto ao seguro: ☐ GARANTIA DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTAR ☒ INCAPACIDADE PERMANENTE ☐ MORTE

1 - Nome completo do segurado: Adriana Fariyoz Silva de Santana

2 - CPF do segurado: 015.358.584-84

3 - Data de nascimento: 15/05/1958

4 - Nome completo do representante legal: Adriana Fariyoz Silva de Santana

5 - CPF do representante legal: 015.358.584-84

6 - Data de nascimento do representante legal: 15/05/1958

7 - Endereço completo: RUA BOUTE N. 200

8 - Cidade: OLINDA

9 - Estado: PE

10 - CEP: 52160-20

11 - Telefone: (85) 9988-7131

12 - Complemento: 53

13 - Nome completo do segurado: Adriana Fariyoz Silva de Santana

14 - CPF do segurado: 015.358.584-84

15 - Data de nascimento do segurado: 15/05/1958

16 - Nome completo do representante legal: Adriana Fariyoz Silva de Santana

17 - CPF do representante legal: 015.358.584-84

18 - Data de nascimento do representante legal: 15/05/1958

19 - Endereço completo: RUA BOUTE N. 200

20 - Cidade: OLINDA

21 - Estado: PE

22 - CEP: 52160-20

23 - Telefone: (85) 9988-7131

24 - Complemento: 53

25 - Nome completo do segurado: Adriana Fariyoz Silva de Santana

26 - CPF do segurado: 015.358.584-84

27 - Data de nascimento do segurado: 15/05/1958

28 - Nome completo do representante legal: Adriana Fariyoz Silva de Santana

29 - CPF do representante legal: 015.358.584-84

30 - Data de nascimento do representante legal: 15/05/1958

31 - Endereço completo: RUA BOUTE N. 200

32 - Cidade: OLINDA

33 - Estado: PE

34 - CEP: 52160-20

35 - Telefone: (85) 9988-7131

36 - Complemento: 53

37 - Nome completo do segurado: Adriana Fariyoz Silva de Santana

38 - CPF do segurado: 015.358.584-84

39 - Data de nascimento do segurado: 15/05/1958

40 - Nome completo do representante legal: Adriana Fariyoz Silva de Santana

41 - CPF do representante legal: 015.358.584-84

42 - Data de nascimento do representante legal: 15/05/1958

43 - Endereço completo: RUA BOUTE N. 200

44 - Cidade: OLINDA

45 - Estado: PE

46 - CEP: 52160-20

47 - Telefone: (85) 9988-7131

48 - Complemento: 53

49 - Nome completo do segurado: Adriana Fariyoz Silva de Santana

50 - CPF do segurado: 015.358.584-84

51 - Data de nascimento do segurado: 15/05/1958

52 - Nome completo do representante legal: Adriana Fariyoz Silva de Santana

53 - CPF do representante legal: 015.358.584-84

54 - Data de nascimento do representante legal: 15/05/1958

55 - Endereço completo: RUA BOUTE N. 200

56 - Cidade: OLINDA

57 - Estado: PE

58 - CEP: 52160-20

59 - Telefone: (85) 9988-7131

60 - Complemento: 53

61 - Nome completo do segurado: Adriana Fariyoz Silva de Santana

62 - CPF do segurado: 015.358.584-84

63 - Data de nascimento do segurado: 15/05/1958

64 - Nome completo do representante legal: Adriana Fariyoz Silva de Santana

65 - CPF do representante legal: 015.358.584-84

66 - Data de nascimento do representante legal: 15/05/1958

67 - Endereço completo: RUA BOUTE N. 200

68 - Cidade: OLINDA

69 - Estado: PE

70 - CEP: 52160-20

71 - Telefone: (85) 9988-7131

72 - Complemento: 53

73 - Nome completo do segurado: Adriana Fariyoz Silva de Santana

74 - CPF do segurado: 015.358.584-84

75 - Data de nascimento do segurado: 15/05/1958

76 - Nome completo do representante legal: Adriana Fariyoz Silva de Santana

77 - CPF do representante legal: 015.358.584-84

78 - Data de nascimento do representante legal: 15/05/1958

79 - Endereço completo: RUA BOUTE N. 200

80 - Cidade: OLINDA

81 - Estado: PE

82 - CEP: 52160-20

83 - Telefone: (85) 9988-7131

84 - Complemento: 53

85 - Nome completo do segurado: Adriana Fariyoz Silva de Santana

86 - CPF do segurado: 015.358.584-84

87 - Data de nascimento do segurado: 15/05/1958

88 - Nome completo do representante legal: Adriana Fariyoz Silva de Santana

89 - CPF do representante legal: 015.358.584-84

90 - Data de nascimento do representante legal: 15/05/1958

91 - Endereço completo: RUA BOUTE N. 200

92 - Cidade: OLINDA

93 - Estado: PE

94 - CEP: 52160-20

95 - Telefone: (85) 9988-7131

96 - Complemento: 53

97 - Nome completo do segurado: Adriana Fariyoz Silva de Santana

98 - CPF do segurado: 015.358.584-84

99 - Data de nascimento do segurado: 15/05/1958

100 - Nome completo do representante legal: Adriana Fariyoz Silva de Santana

101 - CPF do representante legal: 015.358.584-84

102 - Data de nascimento do representante legal: 15/05/1958

103 - Endereço completo: RUA BOUTE N. 200

104 - Cidade: OLINDA

105 - Estado: PE

106 - CEP: 52160-20

107 - Telefone: (85) 9988-7131

108 - Complemento: 53



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 025ª CIRCUNSCRIÇÃO - PEIMINHOS - DP25/CIRC DIM7ª/DESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 20E0115001504

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 17/07/2020 às 09:44

Complemento e BO Número: 20E0115000582

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado) que aconteceu no dia 24/11/2019 às 08:00

Fato ocorrido no endereço: RUA GIBRALTAR, 1 - Bairro: AGUAS COMPRIDAS - OLINDA/PERNAMBUCO/BRASIL - CEP: 55000-000
Local do Fato: VIA PÚBLICA

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

NÃO HOUVE (AUTOR / AGENTE)
DEYVID BEZERRA DA SILVA (OUTRO)
DOUGLAS (OUTRO)
VITÓRIA FERRAZ SILVESTRE DE SANTANA (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): DOUGLAS

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

VITÓRIA FERRAZ SILVESTRE DE SANTANA (presente ao plantão) - Sexo: Feminino Mãe: IZABEL DE OLIVEIRA FERRAZ Fil: GALBA SILVESTRE DE SANTANA Data de Nascimento: 26/11/2001 Naturalidade: RECIFE / PERNAMBUCO / BRASIL Document: 10992565305/PE (RG) 7153585427 (CPF) Estado Civil: SOLTEIRO(A)
Escolaridade: 2º - GRAU INCOMPLETO Profissão: ESTUDANTE Telefones Celulares: 983916777

Endereço Residencial: RUA QUINZE DE OUTUBRO, 58 - CEP: 55000-000 - Bairro: AGUAS COMPRIDAS - OLINDA/PERNAMBUCO/BRASIL

DEYVID BEZERRA DA SILVA (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

DOUGLAS (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

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

QUANTIDADE DO(A) OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

MOTOCICLETA (VEICULO) do proprietário do(a) Sr(a) **DOUGLAS** que estava em posse do(a) Sr(a) **DOUGLAS**

Nome **DOUGLAS DO CARMO** **CPF** **020.454.454-11**

Copyright © 2004 by McGraw-Hill, a division of The McGraw-Hill Companies, Inc. All rights reserved. Printed in the United States of America. This publication is protected by copyright. Any unauthorized distribution or reproduction of this work may cause material or financial damage to the individual or entity to whom such damages may apply. No part of this publication may be reproduced, stored in a retrieval system, or transmitted, in any form or by any means, electronic, mechanical, photocopying, recording, or by any information storage or retrieval system, without prior written permission from The McGraw-Hill Companies, Inc.

ISSN: 1603-4023 (print); 1603-4031 (online)
DOI: 10.1002/for.2018.2018

Complemento / Observação

Complemento à Obsecução

1. O presente documento é propriedade da unidade policial

Autism Family

VITORIA FERRAZ SILVESTRE DE SANTANA
(VITIMA)

B.O. registrado por: **MAURICIO GONÇALVES DA SILVA** - Matrícula: **221009-6**
(Liberado em **17/07/2020 às 09:45**)



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 93ª CIRCUNSCRIÇÃO - PEINHOS -
DP23/CINC DIN/1º DESEC

BOLSTIM DE OCORRÊNCIA Nº 20E0113000382

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 07/02/2020 às
14.0h

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - CUIDADO (CONSUMIDO)
que ocorreu no dia 24/11/2019 às 08:00

Fato ocorrido no endereço: RUA GERALVAZ, 4 - Bairro: AGUAS EMERIDAS
SINDE/PERNAMBUCO/BRASIL
Lote 35 - RD VIA PUBLICA

Possíveis envolvidas na ocorrência:

NÃO HAVIA (AUTOR / ACIDENTE)
DEYVID BEZERRA DA SILVA (OUTRO)
DOUGLAS (OUTRO)
VITÓRIA FERNANDES SILVEIRA DE SANTANA (VÍTIMA)

Objetos envolvidos na ocorrência:

VEÍCULO (Usado na geração da ocorrência) - que esteve em posse do(a) sr(a)
DOUGLAS

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

VITÓRIA FERNANDES SILVEIRA DE SANTANA (presente no plantão) - Sexo:
Feminino - Idade: 18/12/91 - Nacionalidade: BRASILEIRA - PERNAMBUCO - BRASIL
1992366/2009/PE (RG) 7432888427 (CPF) Estado Civil: SOLTEIRO(A) Escolaridade: 3º
GRAU INCOMPLETO Telefones Celulares:
- 82281277

Endereço Residência: RUA QUINZE DE OUTUBRO, 38 - CEP: 55000-000 - Bairro: AGUAS
EMERIDAS - OLINDA/PERNAMBUCO/BRASIL

DEYVID BEZERRA DA SILVA (não presente no plantão) - Sexo:
Masculino - Nacionalidade: NÃO INFORMADO - PERNAMBUCO - BRASIL

DOUGLAS (não presente no plantão) - Sexo: Masculino - Nacionalidade: NÃO
INFORMADO - PERNAMBUCO - BRASIL

de 2

07/02/2020 15:11

Bolst. de Ocorrência

file:///C:/Users/3022/mlogolx/public/ErreView.html



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - CIRCULAR SUSEP 445/13

Para mais esclarecimentos, acesse o site: <http://www.seguraduralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT (0800 0221.204 ou 0800 0221.206) (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala).

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

REPRESENTANTE LEGAL * (caso seja aplicável) sem vassuras. O Representante Legal é obrigado para os seguintes casos:

Casos com vítima entre 0 a 15 anos - O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante Legal deve assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima entre 16 e 17 anos - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima interditada com curador - Neste caso, em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima

VICTORIA LEMAS SILVA/3006 PE SAN/PMA

CPF da Vítima

755.358.584-27

Data do Acidente

24/11/2017

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante Legal

Email

Telefone (DDD)

18514.8488-7131

Declaram, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

Assinalar uma das opções abaixo:

☐ Não há estabelecimento do IML, que atenda a região do acidente ou da minha residência, ou

☐ O estabelecimento do IML, que atenda a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou

☒ O estabelecimento do IML, que atenda a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo acidente.

Com o objetivo de permitir o exame do meu corpo de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação de existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaram ainda estar cientes de que a assinatura para a realização desta perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discordar do seu conteúdo.

COLINA 29 de SETEMBRO de 2017

Local e Data

Assinatura

Victória Lemas

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

DALI001-V001/2017

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



PREFEITURA MUNICIPAL DE OLINDA
SECRETARIA DE SAÚDE
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MOVEL DE URGÊNCIA/SAMU 192

DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins, que o Sr. **Vitória Ferraz Silvestre de Santana**, portador do RG nº10.592.565 SDS-PE, CPF: 715.358.584-27foi socorrido pelo Serviço móvel de Urgência / SAMU 192 Olinda, Nº ocorrência 712322, no dia 24/11/2019, aproximadamente a 05:35hs, na rua Gibaltar, Aguas Comprida, via pública causas externas, acidente de trânsito (Queda de MOTO). Encaminhado para UPA Olinda.

Olinda, 12 de Dezembro de 2019.

Carlos Alberto
Aux. Adm. SAMU 192 - Olinda
Cp. **Alberto A. de Souza**
Méd. Administrativo
Mat. 000457
SAMU - Olinda-192

Avenida Santos Dumont, N.º 177 - Varadouro Olinda - PE CEP: 53.010-230.
E-mail: samu.olinda@hotmail.com
Fone: 81 - 3439-6523

BANCO DO BRASIL S.A.

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: Doc - Transferencia para conta em outro banco

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

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1234 CONTA: 12345

DATA DA TRANSFERENCIA:	22/03/2021
NUMERO DO DOCUMENTO:	320035653303
VALOR TOTAL:	843,75

TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: VITORIA FERRAZ SILVESTRE DE SANTANA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00651

CONTA: 000873244828

Número da Autenticação

0CB987AAAC356C3B

30/08/2020	51117568	DM	N	30/08/2020	51117568-0
Valor Bruto	Carteira	Moeda	Quilómetros	Valor Moeda	Valor Total do Documento
	01	R\$			14,14
Instruções:					Valor Descontado - Adicional
Sr. Cliente:					0,00
1) Não aceitar pagamento em cheque;					Valor Descontado - Outros
2) Não aceitar mais de um pagamento com o mesmo boleto;					0,00
3) Em caso de vencimento no fim de semana ou feriado, aceitar o pagamento até o primeiro dia útil após o vencimento.					Valor Descontado - Multa
					0,00
Beneficiário:					Valor Descontado - Outros
Nu Pagamentos S.A.					0,00
					Valor Total Cobrado
					14,14
Endereço:					71535858427
Vitoria Ferraz Silvestre de Santana					
Rua Quinze de Outubro 58 casa					
53160320 - Águas Compridas - Olinda PE					
Selo de Autenticidade					
Código de Barras					

Autenticação Mensal

FICHA DE COMPENSAÇÃO



UPA 24h
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO

UPA OLINDA - OLINDA

UNIMIP

Indicador: 1557186
Data e Hora: 24/11/2019 08:24

Sineta de Classificação:

Protocolo: 908444

VITORIA FERRAZ SILVESTRE DE SANTANA Sexo: FEMININO

Vitória Social:

Data do Nascimento: 26/01/2001 Idade: 18 anos Condição: 2

Nome da Mãe: LIZABEL DE OLIVEIRA FERRAZ Nome do Pai:

Estado Civil: SOLTEIRO Nome do Médico: ORTOMEDISTA - PLANTONISTA

Endereço: CORREIO GUINZE DE OUTUBRO - SA

Cidade/UF: OLINDA

RG (Identidade):

CPF (Cadastro de Pessoa Física):

CRN (Cadastro de Registro de Nasc):

FE: 93180321 Data de Emissão: 08/14/2019

Forma de Emissão: 08/14/2019

RESUMO DE TRATAMENTO

Peso: _____ Altura: _____ Temperatura: _____

Queixa Principal

Doença

Nome

Exame Físico

Hipótese Diagnóstica

Indicação Terapêutica

Prescrição Médica

Destino: () Encaminhado ao Ambulatório () Residência

Transferido:

Para:

HMA

Sineta: 5723215

Françisco Rossi
Técnico de Ortopedia
CRM: 1557186 - 1507/1981

Carimbo Médico



1557186

UPA 24 HORAS - OLINDA

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo: PROTOCOLO CLASSIFICAÇÃO RISCO UPA

Data e hora retirada de risco: 24/11/2019 06:22

Nome Paciente: VITORIA FERRAZ SILVESTRE DE SANTANA

Cód. Paciente: 28.01/2001

Data de Nascimento: 19/01/2001

Idade: 18 anos

Sexo: F

Cartão: 0031

Comorbidade:

Atendimento:

SABE:

Período: 24/11/2019 06:22 - 24/11/2019 06:23

Proprietário: CICERO FERNANDES DE ARAUJO - COREN: 281624 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - CLASSIFICAÇÃO

Cor: AMARELO

Queixa Principal: TRAZIDA PELO BOMU OLINDA

Observação: VITIMA DE QUEDA DE MOTO. NEFERE FERIDA CORTO CONTUSA EM NDO (JOELHO).

Observação: ALERGIA: NADA

HAS: DM

Fluxograma Sintoma: SITUAÇÕES ESPECIAIS

Discriminador(es): - PACIENTES EM AMBULANCIA DO BOMU, BOMBEIRO E MUNICIPAIS

Especialidade: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Acolhido(a) por: CICERO FERNANDES DE ARAUJO - COREN: 281624 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 24/11/2019 06:23

Sistema de Atendimento com Classificação de Risco



HOSPITAL
MIGUEL ARRAES



IMIP
Instituto de Medicina Integral
Prof. Francisco Figueiredo

RESUMO DE ALTA HOSPITALAR/ESCLARECIMENTO

NOME: Wânia Fátima S. Santos REG: 131629
IDADE: 57 SEXO: F DATA DA ADMISSÃO: 24/11/13 DATA DA ALTA: 27/11/13
DIAGNÓSTICO: Infarto agudo do miocárdio (S)

TRATAMENTO REALIZADO:

Unidade Cuidado + Internamento

ORIENTAÇÃO:

- Cuidado Domiciliar

PROGRAMA APÓS ALTA:

AMBULATÓRIO DE EGRESSO ☒ SIM ☐ NÃO

DATA DA CONSULTA AMBULATORIAL: 15 Dias

Dr. Francisco Couto
Tramitação - Ortopedia
Rua do João
15240-1507 1447

ASSINATURA DO MÉDICO, CARIMBO E CRM

ESTA CONTA SERÁ PAGA PELO SUS

DR. FRANCISCO COU
Traumate - Ortopedia
CRM: 13224 FEO 7447

Código do Laudo: 605300



FICHA DE INTERNAÇÃO
Cód. Atendimento: 505301
Unidade: JOURNAL

DADOS DO PACIENTE

Paciente: **VITORIA FERRAZ SILVESTRE DE SANTANA** Fronteiras: 131629
Idade: 13a Anos Sexo: F Estado Civil: SOLTEIRO Data de Nascimento: 26/01/2001
Profissão: **Enfermeira** Carteira Profissional: **984196145** CEP: 53170-230 - PE
R.G.: 10952365 C.P.F.: 7153385437 12 ATIVO DA RESIDUADA - OLINDA
Endereço: **RUA GIBGALYAN** **Dados da Internação** Data e hora da Internação: 24/11/2019 08:11
Planta: GERAL
Unidade de Internação: **URGENCIA/EMERGENCIA**
Unidade de Internação: **VERMELHA - EMERG** Acomodação: **ENFERMARIA DE OBSERVACAO** Leito: **VERMELHO - EXTRA 011**
Médico Internação: **PLANTONISTA ORTOPEDIA**

DADOS DO RESPONSÁVEL

Nome: **ESTHER ROSA** R.G.: **95418200**
P.º Nome: **ESTHER** Número: **95418200** Estado civil: **Casada**
Cidade: **Recife**

DADOS DA LIBERAÇÃO DO PACIENTE

Data de Alta: **25/11/19** Hora da Alta: _____
Motivo: ☒ Melhorado ☐ A Pedido ☐ Transferência ☐ Dbito ☐ Evasão
Condições de Alta: **Melhorado**
Diagnóstico Principal.....: **Fratura exposta no joelho**
Diagnóstico Secundário01.: **REVISÃO**
Diagnóstico Secundário02.: _____
Procedimento.....: **Sut**

Dr. Francisco Gualberto
Médico e CRM: _____

Responsável pela retirada do paciente Assinatura e RG

TERMO DE RESPONSABILIDADE

Autorizo a internação do paciente acima mencionado no HOSPITAL MIGUEL ARRAES bem como os tratamentos clínicos e cirúrgicos (intervenção cirúrgica, anestésias, transfusões, exames de sangue, ou qualquer outro tipo de exame médico e laboratorial) que se fizerem necessários para o diagnóstico, tratamento, cura e o bem estar do paciente.

Em **24** de **Novembro** de **2019**

Vitoria Ferraz
Assinatura e RG do paciente ou pessoa responsável

DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO

Atendimento: 805300 Prontuário: 131829 SAME: 118229 Hora Atendimento: 08:48 Data Atendimento: 24/11/2019
Paciente: VITORIA FERRAZ SILVESTRE DE SANTANA Idade: 18 a
Endereço: RUA GIBRALTAR
Bairro: ALTO DA BONCAZE
Cidade: OLINDA
Coordenada: 805 - EXTERNO / URGENCIA
CID Principal:
CID's Secundárias:
Resultados: ENCAMINHADO AO SETOR DE INTERNAÇÃO
Data Saída: 24/11/2019

UF: PE CEP: 53170000
Plano: PLANO UNICO

Hora Saída: 08:50

Prestador de Serviço Médico: PLANTONISTA ORTOPEDIA

DIAGNÓSTICO
ENF JOANA

PLANTONISTA ORTOPEDIA / 12345
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

HOSPITAL METROPOLITANO NORTE MIGUEL ARRAES DE ALENCAR

HOSPITAL METROP. NORTE MIGUEL ARRAES

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

Data e hora retirada da senha: 24/11/2019 08:31

PROTÓCOLO CLASSIFICAÇÃO RISCO IMP

Nome Paciente: VITORIA FERAZ SILVEIRE DE SANTANA

Cód. Paciente:

Data de Nascimento: 26/01/2001

Sexo: Feminino

Idade: 18 anos

Senha: 0014

Convênio:

Atendimento:

SAME:

Período: 24/11/2019 08:24 - 24/11/2019 08:28

CARLA DANIELE SANTORO DE MELO - COREN: 354495 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - CLASSIFICAÇÃO

Prontidão: EMERGÊNCIA VERMELHO

Cor: VERMELHO

Queixa Principal:

PC ENCAMINHADA UPA DE OLINDA COM SENHA 5823715 COM HD: FRATURA EXPOSTA DE PATELA D

APÓS ACIDENTE AUTOMOBILÍSTICO (MOTO) OCORRIDO HA PROX 3 HORAS

Observação:

NEGA ALÉRGICAS MEDICAMENTOSAS/ HAS/ DM

Fluxograma sintoma:

Discomodidade(s):

Especialidade:

ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Sinais Vitais Líder:

SACR - ESCALA DE GLASGOW 15

SACR - REGUA DE DOR: 4

FREQUENCIA CARDÍACA: 112.00 BPM

GLICOSE: 111.00 MG/DL

P.A. SISTOLICA: 120.00 MMHG

P.A. DISTOLICA: 90.00 MMHG

SATURACÃO DE OXIGÊNIO: 96.00 %

RECEBADO
ENFERMAGEM

Acolhido(a) por: CARLA DANIELE SANTORO DE MELO - COREN: 354495 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 24/11/2019 08:28

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco



PERNAMBUCO

UPA24h
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO



Protocolo de Encaminhamento

TIPO DE OCORRÊNCIA

Causa Externa: Acidente/Violência () Causa Clínica () Obstétrica () Psiquiátrico ()
Em caso de violência/acidente: Via Pública () Domicílio () Local de Trabalho ()

SENHA 5823915

IDENTIFICAÇÃO

Nome do Paciente: _____ Idade: 18
Sexo: M () F ☒ Profissão: _____ Fone: _____
Endereço Residencial: _____
Cidade: Olinda - PE Bairro: _____

CAUSA EXTERNA (ACIDENTE/VIOLENCIA)

Acidente de Trânsito: Ônibus () Caminhão () Carro de Passageiro () Motocicleta ()
Atropelamento: Pedestre () Ciclista ()
Automóvel (Colisão): Passageiro () Motorista () Banco de Trás () Banco da Frente () Uso de cinto S () N ()
Motocicleta: Motociclista () Passageiro () Uso de Capacete: S () N ()
Semi-Afogamento/Submersão () Solamento ()
Intoxicação Exógena () Animais Peçonhentos () Agente Causador:
Exposição ao: Fogo/Fumaça/Choque Elétrico ()
Queimaduras: 1º Grau () 2º Grau () 3º Grau ()
Queda: () Altura Aproximada _____ Metros () Queda da Própria Altura
Agressões: () Por Arma de Fogo/Tipo _____ () Arma Branca/Tipo _____
Agressão Sexual () Maus Tratos () Outros () Citar: _____
Mecanismo do Trauma: () Impacto Frontal () Impacto Lateral () Impacto Traseiro () Ejeção () Capotamento

CAUSAS CLÍNICAS

História Clínica Atual: Queda de moto hoje

Hipótese Diagnóstica: Fratura epitróclea de humero (Aberto)
+ fratura de tórax em pelo D

AValiação Clínica

Glicemia Capilar (HGT): _____ Temperatura: _____ F.C.: _____
Vias Aéreas: FR _____ Dispneia S () N () Tiragem Intercoastais S () N () Obstrução Vias Aéreas: S () N ()
Sibilos Expiratórios: S () N () BAN- S () N () Deformidade do Tórax: S () N () Gemido/Estridor: S () N ()
Distúrbio Fala/Choro: S () N ()
Agitação Psicomotora: S () N () Lesões de face: S () N () Retração Xifóide: S () N ()
Perfusão Periférica: Boa () Lenificada () Bulhas Cardíacas: Normofônicas () Hipofonéticas ()
Pulso: Rítmico () Arritmico () Filiforme () Fino ()
Colocação da Pele: Normocrada () Palidez () Cianose ()
Sudorese: S () N () Desidratado: S () N () Ictérico: S () N ()

FR: RN 35-50
< 1 ano 30-50
Crianças 20-30
Adulto 12-30

FC: RN 120-160
< 1 ano 90-140
Criança 80-110
Adulto 60-100



IMIP

Instituto de Medicina Hospital
Prof. Fernando Figueira

EVOLUÇÃO CLÍNICA

NOME: VITORIA FERRAZ SILVESTRE DE SANTANA
CLÍNICA:

REF-131629

ENFERMAGEM:

LEITO:

DATA/HORA	24/11/2019	# SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
		# ADMISSÃO
		PACIENTE VITIMA DE QUEDA DE MOTO COM FERIMENTO EXTENSO EM JOELHO DIREITO
		CONSCIENTE ORIENTADA EUPNEICA ESTAVEL
		MID FERIMENTO EM FACE ANTERO MEDIAL DE JOELHO DIREITO NV +
		NEGA ALERGIAS E COMORBIDADES
		HD FERIMENTO EXTENSO EM JOELHO DIREITO
		CD INTERNAMENTO + BLOCO CIRURGICO
	24/11/19 23:00h	Dr. Ivan Lacerda CRM 110.170
		Submetido a redução da fratura e imobilização com gesso
		Exame de radiografia do joelho direito
		(fratura da tíbia distal)
		Exame de radiografia do joelho esquerdo
		(sem alterações)
		Exame de radiografia da coluna cervical
		(sem alterações)
		Exame de radiografia da pelve
		(sem alterações)
		Exame de radiografia da mão direita
		(sem alterações)
		Exame de radiografia da mão esquerda
		(sem alterações)
		Exame de radiografia da bacia
		(sem alterações)
		Exame de radiografia da coluna torácica
		(sem alterações)
		Exame de radiografia da coluna lombar
		(sem alterações)
		Exame de radiografia da cabeça
		(sem alterações)
		Exame de radiografia do tórax
		(sem alterações)
		Exame de radiografia do abdome
		(sem alterações)
		Exame de radiografia do pescoço
		(sem alterações)
		Exame de radiografia do ombro direito
		(sem alterações)
		Exame de radiografia do ombro esquerdo
		(sem alterações)
		Exame de radiografia do cotovelo direito
		(sem alterações)
		Exame de radiografia do cotovelo esquerdo
		(sem alterações)
		Exame de radiografia do punho direito
		(sem alterações)
		Exame de radiografia do punho esquerdo
		(sem alterações)
		Exame de radiografia do antebraço direito
		(sem alterações)
		Exame de radiografia do antebraço esquerdo
		(sem alterações)
		Exame de radiografia do carpo
		(sem alterações)
		Exame de radiografia do rádio
		(sem alterações)
		Exame de radiografia do ulna
		(sem alterações)
		Exame de radiografia do fêmur
		(sem alterações)
		Exame de radiografia do tíbia
		(sem alterações)
		Exame de radiografia do fêmur esquerdo
		(sem alterações)
		Exame de radiografia do tíbia esquerdo
		(sem alterações)
		Exame de radiografia do fêmur distal
		(sem alterações)
		Exame de radiografia do tíbia distal
		(sem alterações)
		Exame de radiografia do fêmur proximal
		(sem alterações)
		Exame de radiografia do tíbia proximal
		(sem alterações)
		Exame de radiografia do fêmur proximal esquerdo
		(sem alterações)
		Exame de radiografia do tíbia proximal esquerdo
		(sem alterações)
		Exame de radiografia do fêmur proximal direito
		(sem alterações)
		Exame de radiografia do tíbia proximal direito
		(sem alterações)
		Exame de radiografia do fêmur proximal esquerdo
		(sem alterações)
		Exame de radiografia do tíbia proximal esquerdo
		(sem alterações)
		Exame de radiografia do fêmur proximal direito
		(sem alterações)
		Exame de radiografia do tíbia proximal direito
		(sem alterações)
		Exame de radiografia do fêmur proximal esquerdo
		(sem alterações)
		Exame de radiografia do tíbia proximal esquerdo
		(sem alterações)
		Exame de radiografia do fêmur proximal direito
		(sem alterações)
		Exame de radiografia do tíbia proximal direito
		(sem alterações)
		Exame de radiografia do fêmur proximal esquerdo
		(sem alterações)
		Exame de radiografia do tíbia proximal esquerdo
		(sem alterações)
		Exame de radiografia do fêmur proximal direito
		(sem alterações)
		Exame de radiografia do tíbia proximal direito
		(sem alterações)
		Exame de radiografia do fêmur proximal esquerdo
		(sem alterações)
		Exame de radiografia do tíbia proximal esquerdo
		(sem alterações)
		Exame de radiografia do fêmur proximal direito
		(sem alterações)
		Exame de radiografia do tíbia proximal direito
		(sem alterações)
		Exame de radiografia do fêmur proximal esquerdo
		(sem alterações)
		Exame de radiografia do tíbia proximal esquerdo
		(sem alterações)
		Exame de radiografia do fêmur proximal direito
		(sem alterações)
		Exame de radiografia do tíbia proximal direito
		(sem alterações)
		Exame de radiografia do fêmur proximal esquerdo
		(sem alterações)
		Exame de radiografia do tíbia proximal esquerdo
		(sem alterações)
		Exame de radiografia do fêmur proximal direito
		(sem alterações)
		Exame de radiografia do tíbia proximal direito
		(sem alterações)
		Exame de radiografia do fêmur proximal esquerdo
		(sem alterações)
		Exame de radiografia do tíbia proximal esquerdo
		(sem alterações)
		Exame de radiografia do fêmur proximal direito
		(sem alterações)

Gustavo Souza
CRM 11075

HOSPITAL MIGUEL ARRAES

NOV 2000 - Sistema de Centro Cirúrgico e Obstétrico
Ficha de Cirurgia Descritiva

Página: 0001
Data: 25/11/2019
Hora: 01:02

Ficha de Cirurgia Descritiva

Ata de Cirurgia: 61121
Paciente: 131629
Convênio Alcad: 1

Leito: 474

Dr. Inicio: 24/11/2019 22:05

Dr. Fim: 24/11/2019 23:00

Alimentação: 505301

Caráter:

Idade: 18 Anos

FERIMENTO DE MEMBRO INFERIOR, NÍVEL NÃO ESPECIFICADO

Cid Pré-Operatório: T131
Cid Pós-Operatório:

Procedimentos

Procedimento: 0401010054

Convênio: 001

Anestesia: 05

SUS - INTERNACAO

RAQUI ANESTESIA

Equipe Médica

11075 GUSTAVO SAMPAIO DE SOUZA LEAO
16619 LUAR DE OLIVEIRA SILVA

CIRURGIÃO
ANESTESISTA

Descrição

Descrição Cirúrgica:

DIAGNÓSTICO: FERIMENTO EXTENSO EM JOELHO DIREITO
CIRURGIA: LC + DC + SUTURA
CIRURGIÃO: DR. GUSTAVO SOUZA LEAO
1º AUXÍLIO: DR. LUAR CARVALHO
ANESTESISTA: DRA. LUAR SILVA
ANESTESIA: RAQUI

1. PACIENTE EM DECUBITO DORSAL, SOB ANESTESIA;
2. ASSEPSIA E ANTISEPSIA DE MID.
3. APOSIÇÃO CAMPOS ESTÉREIS;
4. VISUALIZADO FERIMENTO EM FACE ANTERO-MEDIAL DO JOELHO DIREITO COM GRANDE QUANTIDADE DE CONTAMINANTE
5. LIMPEZA EXAUSTIVA COM SF0,9% + DEBRIDAMENTO DE TECIDOS DESVITALIZADOS
6. LIMPEZA EXAUSTIVA COM SF 0,9%
+ SUTURA COM NYLON 2-0
CURATIVO ESTÉRIL

Achados Cirúrgicos:

Descrição Complementar

05/11/2019
GUSTAVO SAMPAIO DE SOUZA LEAO
Cirurgião

DRA.: GUSTAVO SAMPAIO DE SOUZA LEAO
CRM: 11075



PERNAMBUCO

MUNICÍPIO DE MIGUEL ARRÁEZ



IMIP
Instituto de Medicina Integral
Prof. Fernando Figueira

RESUMO DE ALTA HOSPITALAR/ESCLARECIMENTO

NOME: Vanila Fátima S. Santana REG: 131629
IDADE: _____ SEXO: _____ DATA DA ADMISSÃO: 24/11/2019 DATA DA ALTA: 25/11/19
DIAGNÓSTICO: FRATURA LOMBAR L5-S1 DO NÍVEL DO JARRO (D)

TRATAMENTO REALIZADO:

Limpeza Cirúrgica e Sutura

ORIENTAÇÃO:

- Colativo Diária

PROGRAMA APÓS ALTA:

AMBULATORIO DE EGRESSO SIM ☒ NÃO ☐

DATA DA CONSULTA AMBULATORIAL: _____ 15 Dias


Dr. Francisco Couto
Tratamento - Ortopedia
CRM: 15246 E-017427

ASSINATURA DO MÉDICO, CARIMBO E CRM

ESTA CONTA SERÁ PAGA PELO SUS

Atendimento: 505301

Data Atendimento: 24/11/2018 - 08:51

Data Alta: 25/11/2019 - 12:08

Paciente: 131629 VITORIA FERRAZ SILVESTRE DE SANTANA

Serviço: 37 ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA Convênio: 1 SUS - INTERNACAO

Leito: 474 VERMELHO - EXTRA 011 Plano: 1 GERAL

Motivo Alta: 1 ALTA MELHORADA Usuário: ELISAMASP

CID

Procedimento de Alta: 0301060070 - DIAGNOSTICO E/OU ATENDIMENTO DE URGENCIA EM CLINICA CIRURGICA

Observação de Alta

ELISAMA DA SILVA PEREIRA

EC-3

ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO E VALORES BIOMÉTRICOS



Vitoria Ferraz

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

10.592.565

10/05/2017

<< VITORIA FERRAZ SILVESTRE DE SANTANA >>

<< GALBA SILVESTRE DE SANTANA >>

<< IZABEL DE OLIVEIRA FERRAZ >>

RECIFE - PE

DATA DE NASCIMENTO

26/01/2001

SEDE OLINDA PE 04.07.2001

<< CN 109402 LV 112A FL 288 CART

715.358.584-27

ASSINATURA DIRETORIA

ASSINATURA DIRETORIA

LEI Nº 7.116 DE 26/03/83

317052661605132420.7449134

F-76 87.889 - 3021



Ministerio da Fazenda
Receita Federal

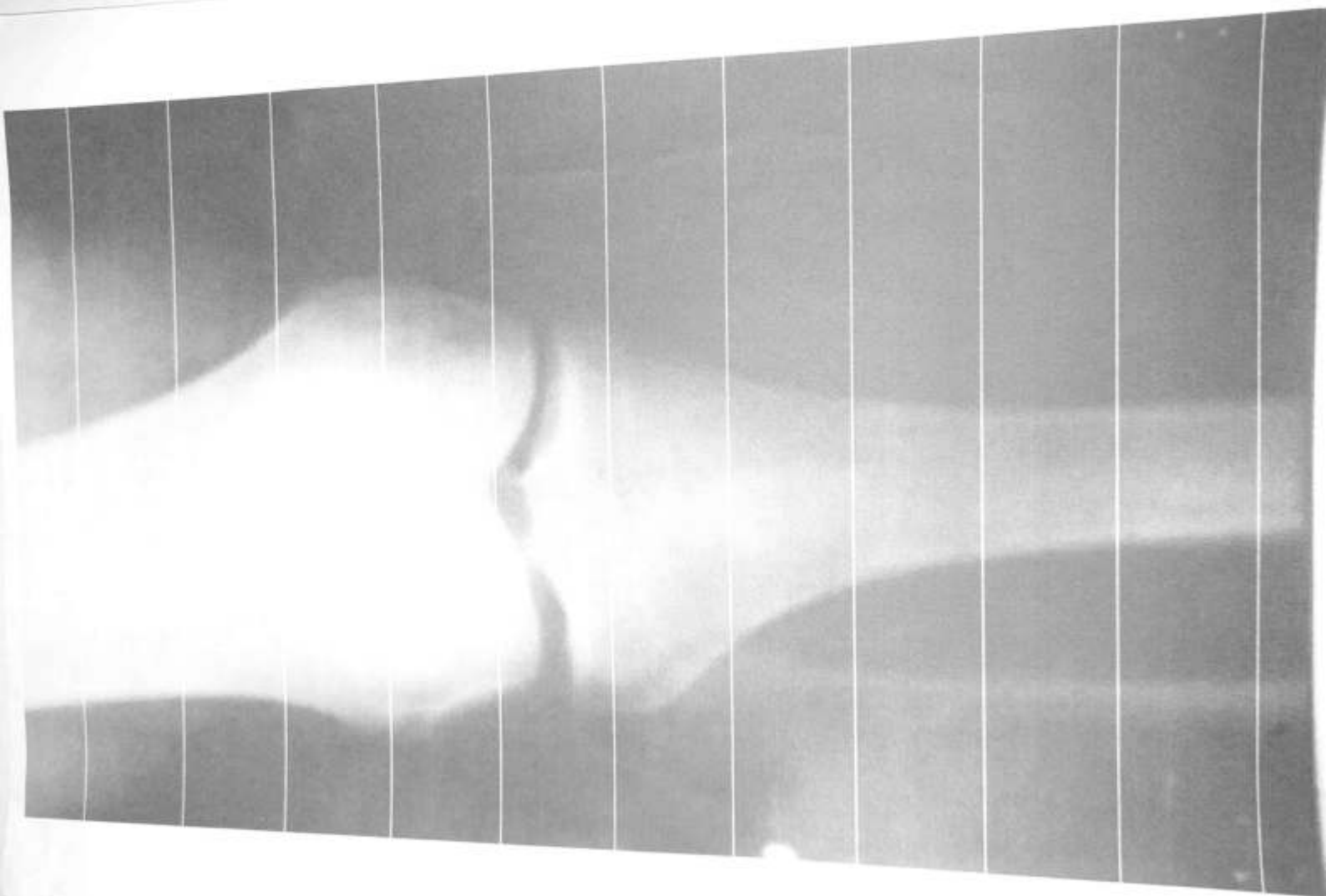
COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO CPF



Número
715.358.584-27

Nome
VITORIA FERRAZ SILVESTRE DE SANTANA

Nascimento
26/01/2001



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200356533 **Cidade:** Olinda **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: Vitoria Ferraz Silvestre de Santana **Data do acidente:** 24/11/2019 **Seguradora:** SUHAI SEGURADORA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 09/10/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DA PATELA DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO JOELHO DIREITO

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO JOELHO DIREITO

**Documentos
complementares:**

Observações: BOLETIM OPERATÓRIO NA PÁGINA 10

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200356533 **Cidade:** Olinda **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: Vitoria Ferraz Silvestre de Santana **Data do acidente:** 24/11/2019 **Seguradora:** SUHAI SEGURADORA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 09/10/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: LESÃO CORTO CONTUSA DE JOELHO DIREITO.P.3,9,10

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO. P9

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO JOELHO DIREITO

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO JOELHO DIREITO

**Documentos
complementares:**

Observações: BOLETIM OPERATÓRIO NA PÁGINA 10

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0281306/20

Vítima: Vitoria Ferraz Silvestre de Santana

CPF: 715.358.584-27

Seguradora: SUHAI SEGURADORA S.A.

Data do acidente: 24/11/2019

Titular do CPF: Vitoria Ferraz Silvestre de Santana

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

Vitoria Ferraz Silvestre de Santana : 715.358.584-27

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.