



SÁ FERREIRA
ADVOGADOS ASSOCIADOS

INSTRUMENTO DE PROCURAÇÃO JUDICIAL PARTICULAR

Outorgante: JULIANE THALITA PEREIRA DA SILVA, solteira, portadora do CPF nº 701.655.194-60 e RG nº 9.383.676 SDS/PE residente e domiciliada na Rua Dr. Júlio Pires Ferreira nº 187, Mauriti, Cabo de Santo Agostinho-PE, CEP: 54.530-120.

Outorgadas: IANE ANDREA DE SÁ FERREIRA, brasileiro, divorciada, advogada inscrita na OAB/PE sob o nº 16.450, IAN KARLO DE SÁ FERREIRA, brasileiro, divorciado, estagiário de direito, portador da identidade nº 439.4166 SDS/PE ambos com endereço profissional na Avenida Historiador Pereira da Costa, nº 786, 1º Andar, Cabo de Santo Agostinho-PE.

Poderes: O outorgante confere as outorgadas, os poderes das cláusulas ad judicia et extra e os poderes para agir no foro em geral, em qualquer juízo, instância ou tribunal, podendo assinar, acordar, transigir, desistir, requerer, receber, dar quitação, firmar compromisso, substabelecer e de requerer os benefícios da justiça gratuita.

Cabo Santo Agostinho-PE, 02 julho de 2019.

JULIANE THALITA PEREIRA DA SILVA

CPF nº 701.655.194-60



CONTRATO PARTICULAR DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS
ADVOCATÍCIOS

CONTRATANTE: JULIANE THALITA PEREIRA DA SILVA, solteira, portadora do CPF nº 701.655.194-60 e RG nº 9.383.676 SDS/PE residente e domiciliada na Rua Dr. Júlio Pires Ferreira nº 187, Mauriti, Cabo de Santo Agostinho-PE, CEP: 54.530-120.

CONTRATADO: IANE ANDREA DE SÁ FERREIRA, brasileiro, divorciada, advogada inscrita na OAB/PE sob o nº 16.450, com endereço profissional à Av. Historiador Pereira da Costa, nº 786, 1º andar, Cabo de Santo Agostinho/PE.

OBJETO: A Contratante compromete-se a ingressar com uma ação civil perante o foro competente, contra a **SEGURADORA LIDER ADMINISTRADORA DO SEGURO DPVAT**.

DA REMUNERAÇÃO: Caberá a Contratada a título de honorários advocaticios, pela remuneração dos seus serviços o percentual de 20% (vinte por cento) sobre todo e qualquer ganho financeiro decorrente das referidas ações, o que inclui multas estabelecidas, sendo recebido em juízo ou fora dele.

Parágrafo Primeiro: O percentual mencionado será disponibilizado para a Contratante a medida que forem sendo recebidos, mediante depósito em conta.

Parágrafo Segundo: Todas as despesas com custas processuais em todas as instâncias, deverão serão arcadas pela contratante.

DO FORO: Os contratantes elegem o foro da Capital para dirimir as controvérsias decorrentes deste contrato.





Cabo de Santo Agostinho, 02 de julho de 2019.

CONTRATANTE:

Juliane Thalita Pereira da Silva
JULIANE THALITA PEREIRA DA SILVA
CPF nº 701.655.194-60

CONTRATADA:

IANE ANDREA DE SÁ FERREIRA
OAB/PE 16.450





Assinado eletronicamente por: IANE ANDREA DE SA FERREIRA - 10/07/2019 13:33:56
https://pje.tje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19071013335624300000046906067
Número do documento: 19071013335624300000046906067

Num. 47634684 - Pág. 1

GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL

POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO

DELEGACIA DE POLÍCIA DA 040ª CIRCUNSCRIÇÃO - CABO DE SANTO AGOSTINHO -
DP40ºCIRC DIM/10ºDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N°. 18E0130004288

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 12/07/2018 às 08:41

Complementa o BO Número: 18E0130004214

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado) que aconteceu no dia 17/7/2017 no período da ManhãFato ocorrido no endereço: MUNICIPIO DE PESQUEIRA, 1 - Bairro: CENTRO -
PESQUEIRA/PERNAMBUCO/BRASIL

Local do Fato: RODOVIA FEDERAL

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR / AGENTE)
OUTRO (OUTRO)

JULIANE THALITA PEREIRA DA SILVA (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

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

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

JULIANE THALITA PEREIRA DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: Feminino Mãe: CLAUDEJANE
FELIX PEREIRA Pai: JULIO CARLOS DA SILVA Data de Nascimento: 12/5/1999 Naturalidade: CABO DE SANTO
AGOSTINHO / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 9383676/9DS/PE (RG) Estado Civil: SOLTEIRO(A) Telefones:
Celulares:
- 98782542

Endereço Residencial: MUNICIPIO DE CABO DE SANTO AGOSTINHO (MUNICIPIO), 187, RUA DOUTOR JULIO
PIRES FERREIRA - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - CABO DE SANTO AGOSTINHO/PERNAMBUCO/BRASILDESCONHECIDO (não presente ao plantão) - Sexo: Desconhecido Naturalidade: NÃO INFORMADO /
PERNAMBUCO / BRASILOUTRO (não presente ao plantão) - Sexo: Desconhecido Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO /
BRASIL

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

VEÍCULO 1 (VEÍCULO) de propriedade do(a) Sr(a): OUTRO, que estava em posse do(a) Sr(a): OUTRO
Categoria/Marca/Modelo: CAMIONETA/NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO Objeto apreendido: Não
Quantidade: 0 (UNIDADE NÃO INFORMADA)



Placa: KKB2246 (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO)

VEÍCULO 2 (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**, que estava em posse do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**

Categoria/Marca/Modelo: **CAMINHAO/NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**
Quantidade: **0 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Complemento / Observação

INFORMA A VÍTIMA QUE ESTAVA VINDO DE PESQUEIRA EM UMA VAN QUANDO UMA CARRETA COLIDIU NO VEÍCULO EM QUE A VÍTIMA ESTAVA VINDO O VEÍCULO A CAPOTAR NA ESTRADA. RELATA A VÍTIMA QUE FOI SOCORRIDA PELO SAMU PARA O HOSPITAL DE PESQUEIRA E DEPOIS PARA O HOSPITAL DE CARUARU, EM SEGUITA PARA O HOSPITAL DOM HELDER CAMARA NO CABO DE SANTO AGOSTINHO.

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

**JULIANE THALITA PEREIRA DA SILVA
(VITIMA)**

B.O. registrado por: **ROMÃO JOSÉ FÉLIX - Matrícula: 273818-0**



MINISTÉRIO DA
JUSTIÇA E
SEGURANÇA PÚBLICA

Boletim de Ocorrência de Acidente de Trânsito
Acidente nº 17057514B01



PRF

V1 PASSAGEIRO

JULIANE THALITA PEREIRA DA SILVA

Placa do veículo: KKB2246

Marca/modelo: I/M.BENZ311CDI SPRINTERM

Envolvimento: Passageiro

Nome: JULIANE THALITA PEREIRA DA SILVA

CPF: 701.655.194-60

Data de nascimento: 12/05/1999

Estado civil:

Sexo: Feminino

Estado físico: Lesões Graves

Usava cinto de segurança: Igno **Usava capacete:** NÃO

DADOS DE CONTATO

Endereço: DOUTOR JULIO PIRES FERREIRA, 187, MAURITI, CABO DE SANTO AGOSTINHO/PE

Telefone/email: 81 98744-4109/NÃO INFORMADO

ENCAMINHAMENTO

Motivo: **Tipo de receptor:** SAMU

Informações complementares: Hospital de Pesqueira/PE



Documento assinado eletronicamente por LUIZ ALBUQUERQUE, matrícula 1371364, Policial Rodoviário Federal, em 19/07/2017, às 08:52, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória N° 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto N° 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa N° 61-DG, de 13 de novembro de 2015.

A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar>, informando o protocolo 17057514B01 e o número de controle 74F6351B87514C6B9A0DC694F38E53





POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DIRETORIA INTEGRADA METROPOLITANA – DIM
10ª DESEC – DELEGACIA SECCIONAL DO CABO
40ª- CIRCUNSCRIÇÃO POLICIAL – CABO DE SANTO AGOSTINHO

Cabo de Santo Agostinho, 29 de maio de 2019.

Ofício nº 091/2019 - S.A

Ilmo Sr.
Gestor do Instituto de Medicina Legal – IML

Senhor Gestor,

Pelo presente, encaminho para **PERÍCIA TRAUMATOLÓGICA COMPLEMENTAR** a pessoa de **JULIANE THALITA PEREIRA DA SILVA**, brasileira, solteira, RG nº 9.383.676 – SDS/PE, natural de Cabo de Santo Agostinho, nascida em 12/05/1999 , filha de Claudejane Felix Pereira e Julio Carlos da Silva, Rua Doutor Júlio Pires Ferreira, 187, Mauriti Cabo de Santo Agostinho/PE a qual foi vítima de acidente de trânsito. O laudo anterior nº 26115/2018 foi solicitado através do Ofício 2742/2018, no dia 17/07/2018.

Saliento por oportuno, que o respectivo laudo seja posteriormente encaminhado a esta 40ª Circunscrição Policial – Cabo de Santo Agostinho.

Atenciosamente,

NATASHA DOLCI
Delegada de Polícia





26/11/18

POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DIRETORIA INTEGRADA METROPOLITANA – DIM
10ª DELEGACIA SECCIONAL DE POLÍCIA CIVIL – 10º DESEC
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 40ª CIRCUNSCRIÇÃO – 3ª TURMA DE PLANTÃO - CABO DE SANTO AGOSTINHO

Cabo de Santo Agostinho/PE, 09 de Julho de 2018.

Ofício nº. 2742/2018.

Senhor Gestor,

Pelo presente, solicito de Vossa Senhoria as necessárias providências no sentido de que seja procedido o **EXAME TRAUMATOLÓGICO** na pessoa abaixo qualificada:

JULIANE THALITA PEREIRA DA SILVA, brasileira, solteira, filha de Claudejane Felix Pereira e Júlio Carlos da Silva, nascida em 12/05/1999, natural do Cabo de Santo Agostinho, RG nº. 9.383.676 SDS/PE, CPF nº 701.655.194-60, residente à Rua Doutor Julio Pires Ferreira, nº. 187, Centro, Cabo de Santo Agostinho/PE. Telefone: (81) 99878-2542.

Igualmente, solicito a Vossa Senhoria que o laudo seja remetido à 40ª DP - Cabo de Santo Agostinho.

Certo da sua valiosa atenção, renovo os meus protestos de elevada estima e distinta consideração.

Atenciosamente.

EDUARDO ALBERTO VILHENA SARAIVA
Delegado de Polícia

TRAUMATOLOGIA - IML/PE
Realizado em 12/7/18 13:56
Adalmo Cordeiro
Realizado por *Adalmo Cordeiro*
IML/PE

Ao Ilustríssimo Senhor
Gestor do IML – Instituto de Medicina Legal
Recife - PE.

Assinatura
1





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
DIRETORIA DE POLÍCIA CIENTÍFICA
INSTITUTO DE MEDICINA LEGAL ANTÔNIO PERSIVO CUNHA

PERÍCIA TRAUMATOLÓGICA N° 26115 / 2018

REQUISITADO POR: DELEGACIA DE POLICIA DA 040A. CIRCUNSCRICAO - CABO DE SANTO AGOSTINHO

Ofício nº. 2742 / 2018 Data 12 / 7 / 2018

ENCAMINHAR PARA: DELEGACIA DE POLICIA DA 040A. CIRCUNSCRICAO - CABO DE SANTO AGOSTINHO

O médico legista abaixo assinado, cumprindo determinação do Diretor do Instituto de Medicina Legal Antônio Persivo Cunha, de acordo com o disposto na legislação vigente, examinando às 13:59 do dia 12 de Julho de 2018, na seção de Clínica Médico-legal, procedeu o exame da JULIANE THALITA PEREIRA DA SILVA filha(a) de JULIO CAELOS DA SILVA e de CLAUDEJANE FELIX PEREIRA, de cor NÃO INFORMADO, sexo Feminino, cabelo NÃO INFORMADO, estado civil Solteiro (a), aparentando a idade de 19 Anos, peso NÃO INFORMADO, de estatura NÃO INFORMADO, natural de CABO DE SANTO AGOSTINHO - PE, nacionalidade BRASIL, documento apresentado RG: 9383676, profissão NÃO INFORMADO, endereço RUA DOUTOR JULIO PIRES FERREIRA, nº 187, complemento: NÃO INFORMADO, bairro CENTRO, telefone/s. (81) . CABO DE SANTO AGOSTINHO - PE, sinal particulares NÃO INFORMADO, local de ocorrência NÃO INFORMADO, verificou o que, a seguir, descreve, pelo que responde a estes quesitos:

HISTÓRICO:

Refere a periciada que foi vítima de acidente de trânsito em 17/07/17. Refere que a van em que viajava colidiu com uma carreta no município de Pesqueira-PE. Foi socorrida ao Hospital de Pesqueira, transferida ao Hospital Regional do Agreste em Caruaru e depois transferida ao Hospital Dom Hélder Câmara. Trouxe cópia da ficha de atendimento deste Hospital que diz: "Acidente automobilístico há 4 dias. Trauma Indireto na bacia. Fratura de acetábulos D e E". Refere que foi submetida a tratamento conservador, entretanto diz que está aguardando realizar procedimento cirúrgico em quadril esquerdo em virtude de dor intensa e ressalto.

Descrição

Exame Físico:

Deambula sem auxílio de muletas. Apresenta boa mobilidade em quadris, porém com dor moderada aos movimentos extremos. Pequeno encurtamento aparente do membro inferior direito em relação ao membro inferior esquerdo. Apresenta ressalto em quadril esquerdo ao deambular.

DISCUSSÃO / CONCLUSÃO:

Periciada vítima de acidente automobilístico com fratura bilateral de acetábulos. Foi submetida a tratamento conservador, porém em virtude das dores e ressalto que apresenta em quadril esquerdo aguarda procedimento cirúrgico. Deverá ser submetida a exame complementar após término do tratamento.

QUESITOS:

1º) Houve lesão à integridade corporal ou à saúde do examinado?

Sim

2º) Qual o instrumento ou meio que a ocasionou?

Instrumento contundente.

3º) Da lesão resultou debilidade permanente de membro, sentido ou função, perigo de vida, aceleração de parto, incapacidade para as ocupações habituais por mais de 30 (trinta) dias? (especificar)

Sim, Incapacidade para as ocupações habituais por mais de trinta dias. Aguarda exame complementar



**GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
DIRETORIA DE POLÍCIA CIENTÍFICA**

INSTITUTO DE MEDICINA LEGAL ANTÔNIO PERSIVO CUNHA

4º) Da lesão resultou deformidade permanente, perda ou inutilização de membro, sentido ou função, enfermidade incurável, incapacidade permanente para o trabalho, aborto? (especificar).

Aguardar exams complementaris.

Lido e achado correto o(a) médico(a) legista que assina Dr("). ANDRE ALENCAR BARBOSA PALITOT
COM 141457

Ponto responsável

SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL DO ESTADO DE PERNAMBUCO
GERÊNCIA GERAL DE POLÍCIA CIENTÍFICA
INSTITUTO DE MEDICINA LEGAL ANTÔNIO PEREIRA CUNHA

Seção de Protocolo

De acordo com a legislação em vigor, foi extraída esta cópia autenticada com valor de original por sollicitação de

Dr. Antônio Pereira Cunha - Ofício N° 334974 - assado de 10/03/2011 e que deve ser devolvida.

Funcionário: TM/MS/GR/AB

Página 2 de 2





HOSPITAL METROPOLITANO SUL - DOM HÉLDER CÂMARA SERVIÇO SOCIAL

Cabo de Santo Agostinho, 31 de julho de 2017

Do: Serviço Social

A: Secretaria de Saúde do Cabo de Santo Agostinho

ENCAMINHAMENTO

Cumprimentando Vossa Senhoria, venho por meio deste encaminhar a usuária **Juliane Thalita Pereira da Silva**, residente na Rua Dr. Julio Pires Ferreira, Nº187, Mauriti – Cabo de Santo Agostinho.

A usuária esteve internada nesta unidade de saúde e precisará retornar ao hospital no dia 25/08/17 Às 12:00 para consulta ambulatorial.

Diante disto, encaminhamos o caso visando o atendimento e as intervenções necessárias para que a Sra. Juliane tenha garantido o direito da continuidade do tratamento de saúde.

É importante ressaltar que considerando a política do Sistema Único de Saúde (SUS) é de responsabilidade do município o tratamento e reabilitação de seus munícipes, inclusive no que diz respeito aos princípios da regionalização, hierarquização dos níveis de atenção à saúde e a integralidade na assistência ao usuário.

Agradecemos pela compreensão, colocando-nos à disposição para maiores esclarecimentos, caso necessário pelos telefones (81) 3183-0161 / 3183-0162 ou pelo e-mail hdh.servicosocial@hdh.imip.org.br.

Atenciosamente,

HDH-Hospital Dom Hélder Câmara
Mariana de Oliveira Santos
Coordenação Serviço Social
CRESS/PE 1390

Rodovia BR 101 Sul – Km 28 Cabo de Santo Agostinho – PE CEP: 54.510-000 Fone: 81 3183-0000



Assinado eletronicamente por: IANE ANDREA DE SA FERREIRA - 10/07/2019 13:33:56
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19071013335689200000046907372>
Número do documento: 19071013335689200000046907372

Num. 47634689 - Pág. 1

HOSPITAL DOM HELDER CAMARA

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

PROTÓCOLO CLASSIFICAÇÃO REDE IMIP

Data e hora fechada da senha: 20/07/2017 14:41

Nome Paciente:	JULIANE THALITA PEREIRA DA SILVA
Cód. Paciente:	96121
Data de Nascimento:	12/05/1999
Sexo:	Feminino
Idade:	18
Senha:	0019
Convênio:	2 - SUS/SIA AMB/URG
Atendimento:	384680
SAME:	

Período: 20/07/2017 14:50 - 20/07/2017 14:55

ERICA ALMEIDA CARVALHO PEIXOTO - COREN: 353843 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - Classificação

Prioridade: URGENCIA - AMARELO

Cor: AMARELO

Queixa Principal: PACIENTE ENCAMINHADA DO REGIONAL DE CARUARU, FRATURA DE ACETABULO.NO MOMENTO SEM ALTERAÇÕES FC:98BPM ,SAT 99%.ALERGIA Á MEDICAÇÃO AEROLIM

Observação: CONTATO DRºGEOVANI COM DRº JULIO.

Fluxograma sintoma: TRAUMA

Discriminador(es): - SUSPEITA DE FRATURA OU LUXAÇÃO SEM DEFORMIDADE

Especialidade: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Alessandra Gomes
Enfermeira
COREN-PE 818455

Acolhido(a) por: ERICA ALMEIDA CARVALHO PEIXOTO - COREN: 353843 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 20/07/2017 14:55



Assinatura com Classificação de Risco

Página 1 de 1



EVOLUÇÃO CLÍNICA

Nome: Juliane Trajita Pereira Registro: 96121

Clinica: _____ Enfermaria: 402 Leito: 02



EVOLUÇÃO CLÍNICA

Nome: Flávia Registro: _____

Clínica: _____ Enfermaria: 402 - 2 Leito: _____

Data/Hora	
15/17	Pt. admitida no aero com SVA converte ondulado, suspira apneu pacardo de fato com SVA, E+ pela orofaringe fog bradypnoea
	Juliana Medeiros Enfermeira COREN-PE 489.777
21/17	Paciente CVA recente - ondulado, apneia, temperatura alta, desuso apneico suspirante. D SVA, Sufoco em dia em que piorado <i>Silvana Medeiros Enfermeira COREN-PE 489.777</i>
21/17	Pt. CVA, convalescente, ondulado ANPM SVA, com quanto alguma medicada para relaxantes do bário no leito.
22/07/17	Paciente melhora dia EAE comumente ondulado suspira, esp. diurno N+ PVA E- AVSCN Signs agudizados fog long. Agua aer condensado
Atendimento Nutricional	<i>Maria da Graça E. Lima Nutricionista COREN-PE 489.777</i>
Datas:	<u>21/07/17</u>
Nutricionista Responsável	<u>Patrícia Amorim</u>
	Nutricionista CRN6 7556



EVOLUÇÃO CLÍNICA

Nome: _____ Registro: _____

Clínica: _____ Enfermaria: _____ Leito: _____

Data/Hora	
23/07/19 21:00h	paciente JANEIRO MARIA PEREIRA Encantado, mulher de 60 anos, sem víus, SCD, AVE-SCD, DIF+SUP, GTO(ho 8 dias) <i>Silvia Michelle</i> <i>LIA M. M. M. T.</i> <i>CORONARTE 386.910</i>
23/07 +	Ptx EGR DIF+EF- AVE SCD, com lesões carótidas avas, relato de mesma medicina duas, a 24h ult 100 mg.
	<i>Juliana Medeiros</i> <i>Enfermeira</i> <i>CORONARTE 117</i>
Atendimento Nutricional	Paciente exibe muita dificuldade de吞嚥. Sigue sob acompanhamento.
Data: 23/07/19 Hora: 21:00 HS	
Nutricionista Responsável	
Dr. Silvana Saini Kusum	
Nutricionista	
CRN-6 6340	
23/07	paciente CGR, comentei - entorse, esmalte o sono, cento conta, AVE-SCD, DIF+ (apo. gent).
	<i>Gabriela Ribeiro</i> <i>Enfermeira</i> <i>CORONARTE 344.039</i>
24/07	EGFR, compreende, orientada, apelul, dtrv AVE-mso, EF+
	<i>Zé</i>
24/07/17	paciente em tbc, ex-sesofpi, onco-vasos endovenos bascula e sono. em 21-07-17, fui lg. fsepi ador. qd. ALP em 5,02. fai. Ed. gato. fai. ect. folic. qd. folic. fai. folic. folic. folic. folic. Gripe. provocado por SCD muito concorrente c. 1. 07-217. 7 dias. fai. fai. fai. fai. fai. fai. fai.



EVOLUÇÃO CLÍNICA

Nome: Silvana Registro: _____

Clínica: _____ Enfermaria: 402 - 2 Leito: _____

Data/Hora	
20/07	Pt. admitida no ater da SVA consciente orientada, eupneia aguda. Maturidade da fala com SVO, E+ fala lenta e pausada por Bradicinesia.
	<i>Juliana Medeiros Enfermeira COREN-PE 489.777</i>
21/07	Paciente EGR. Compreendendo o que é dito. comento quanto nutri, infuso, alivio supradom. D. SVA. Segue em obs. em sua pac.º <i>Juliana Medeiros Enfermeira COREN-PE 489.777</i>
21/07	Pt. EGR, consciente, orientada AVPM/SD, com quanto alguma medicada para malaises do bário no leito.
	<i>Juliana Medeiros Enfermeira COREN-PE 489.777</i>
22/07/17	Paciente melhora em EAF comumente orientado lúpneia, com duração de 1h PVO E- AVCS/SD segue orientando fuz long. Agora os cond. des.
	<i>Maria da Penha Enfermeira COREN-PE 489.777</i>
Atendimento Nutricional	
Data: <u>22/07/17</u> Hora: <u>17:00hs</u>	
Nutricionista Responsável	
Fábioley Amerim	
Nutricionista	
CRN6 7556	





EVOLUÇÃO CLÍNICA

Nome: _____ **Registro:** _____

Clinica: _____ **Enfermaria:** _____ **Leito:** _____

Data/Hora	
26/6/17	Paciente com ESR, com endocrinologia e nutrição, encaminhado a nossa clínica para: ALC 500P. D+ e + 750g GLU.
	Gabriel Ribeiro Matos Nutricionista COREN-PE 374.214
	<i>Atendimento Nutricional Data: 07/07/2017 Horário: 20 HS Nutricionista Responsável Nutricionista GRN-PE 6340</i>
22/9/17	Sintomas: dor óssea, dor no abdômen, dor no seio, dor nas costas, dor nas articulações e dor no seio. Em 2016 foi diagnosticado com artrite reumatoide. exame de ESR/ESR 200mm (F). Síndrome (+) Síndrome (+) Síndrome (+) Síndrome (+)
	Fábio M. P. Alexandre Nutricionista COREN-PE 374.214
28/07/17	Paciente encaminhado para consultas orientadas para a sua diabetes mellitus tipo 2 e a sua ESR. Síndrome (+) Síndrome (+)



Evolução Clínica

Nome: Juliane thalita Pereira Registro: 96121

Clinica: _____ Enfermaria: 402 Leito: 02

Data/Hora	
27/07/17	#Serviço Social# Realizado atendimento a familiar da paciente, prestada orientações sobre fluxo hospitalar.
28/07/17	A 21/07/17 paciente Juliane Thalita Pereira foi para o Hospital Dom Helder Câmara. Ela é casada, com 2 filhos, de 10 e 12 anos, fumadora, diabética, PMS, E-10 e C-10.
29/07/17	Entrou em coma, comancante, amnésica, espasmos generalizados, com GCS 4-4-4 por V.O., respiração irregular com AR C/SCD. Acesso por SNC bem conservado/funcionando. Encamadas ausentes 1x/02 dias. Seus pais cuidados assistidos é socialista. Fabiola M.P. Alexandre Enfermeira COREN-PE 374.214
30/07/17	#Ortopedia# Paciente evoluiu em BEG Fratura não pômio intracraânio crâniovertebral. Elta da ortopedia.





EVOLUÇÃO CLÍNICA

Nome: Indene Thakur Registro: _____

Clinica: _____ **Enfermaria:** _____ **UCP:** _____ **Leito:** _____

Data/Hora	
29/03	Paciente com eczema - evitado. ECR 2.0. S. sono, cutâneo auto. D. +.
30/03	Paciente com eczema - evitado. ECR 2.0. S. sono, cutâneo auto. D. +.
31/03	Paciente com eczema - evitado. ECR 2.0. S. sono, cutâneo auto. D. +.
(31/03)	# Curalvus # Simplificando em HTE, faltou logo, pede paciente, cortar 3/4
	DS/efeto



Evolução Clínica

Nome: _____ Registro: _____

Clinica: _____ Enfermaria: _____ Leito: _____

Data/Hora	# Segundo Soc. Nutr
30/07/17	<p>Função clínica: permaneceu no setor odontológico transferido do núcleo de ceto de Stº Agostinho p/ p/ retomar p/ leucodistro. Amanhã transferência p/ leucodistro da planta, metade das enfermidades já estão estabilizadas.</p> <p>HDR-Hospital Dom Helder Câmara Márcia Lopes Alves Conceição Assistente Social CRESS/PE 6390</p>
30.7.17	<p>Problema: fui eu que, considerando o meu trabalho isolado, dei esse tipo de atendimento.</p> <p>Diagnóstico: em SVZ, com escala (-) 5mm</p> <p>Atendimentos: Pct de alta - agudos</p> <p>Técnicas: Ribeiro</p> <p>Fabíola M P Alexandre Enfermeira COREMEPE 3...214</p>
31/07/17	<p>Paciente internada em ECA comenteu orientação para operação dia 10 de Agosto não estar funcionando.</p> <p>Márcia Lopes Santos Márcia Lopes Santos COREMEPE 3...214</p>
31/07/17	<p># Ortopedia #</p> <p>Pai da paciente recusa alta da filha, refere-se à equipe médica e de enfermagem de forma hostil, incluindo chameando a médica, logo referindo-se ao médico de "jumento". Questionava porque não foi realizada nova tomografia e novo raios X da fratura da filha. Apesar de explicado que não há indicação para os exames por não haver qualificação para recorrer (menos de 10 dias no dia da internação), além da contra-indicação devido a carga de raios X na paciente, aquela não aceita as explicações e acusa a equipe médica de invasão de privacidade.</p>





EVOLUÇÃO CLÍNICA

Nome: Juliane Thalita Pereira Registro: 96121

Clinica: _____ Enfermaria: 402 Leito: 02





CUIDADOS SISTEMATIZADOS DE ENFERMAGEM
AUXILIAR/TÉCNICO DE ENFERMAGEM

Nome: Juliane Thalita Parreira de Souza Registro: 36321
 Clínica: JFNU Enfermaria: 402 Leito: 01
 Sexo: F Peso de admissão: _____ Kg Peso Atual: _____ Kg

Hipótese Diagnóstica:

HORA: 05:00 PLANTÃO DIURNO: Par DATA: 20/10/17

Estado Geral : () Regular () Grave () Gravíssimo
 Dieta : () VO () SNG () SNE () SML () SOG () Dieta Zero
 Padrão Respiratório : () Eupneico () Taquipneico () Bradigêico
 Acesso Venoso : () Periférico () Central Local: _____
 Curativo : () Sim () Não Local: _____
 Drenos : () Sim () Não Local: _____
 Evacuações : () Presente () Ausente Aspecto: _____

Observações : Paciente admitida de emergência, consciente, orientada, SSVV estável, diur-
ex SVN. Vacuagem em prado de se no dia
anterior de infusão e confirma-
ção, ausc. m/dia
elucide

Auxiliar / Técnico de Enfermagem:

HORA: 20:00 a 08:00 PLANTÃO NOTURNO: Par DATA: 20/10/17

Estado Geral : () Regular () Grave () Gravíssimo
 Dieta : () VO () SNG () SNE () SML () SOG () Dieta Zero
 Padrão Respiratório : () Eupneico () Taquipneico () Bradigêico
 Acesso Venoso : () Periférico () Central Local: _____
 Curativo : () Sim () Não Local: _____
 Drenos : () Sim () Não Local: _____
 Evacuações : () Presente () Ausente Aspecto: _____

Observações : Paciente consciente, orientada, calmo
em repouso no leito, afeto SSVV, matur-
e PM, segue em cuidados da enfermagem.

Auxiliar / Técnico de Enfermagem:

PREScriÇÃO DE ENFERMAGEM

Cuidados de Enfermagem	Horário	Responsável





HISTÓRIA CLÍNICA

Identificação

Nome: Juliane Thalita Pereira da Registro: 96.611 Nº Atendimento: _____

Idade: _____ Sexo: _____ Estado Civil: Solteira Cor: _____ Acompanhante: () Sim - () Não

Clinica: _____ Enfermaria: _____ Leito: _____ Faturação: _____

Queixa Principal e Duração: Acidente automobilístico há 04 dias, trauma indireto na bacia.

História da Doença Atual: _____

Interrogatório Sintomatológico: _____



Exame Físico: ~~Existe a náusea e dores~~ do quadro P x E

Antecedentes Pessoais: Congre à aérolia.

Medicações em Uso:

Antecedentes Familiares:

Hipótese Diagnóstica Principal: Fratura de autâmbulo P x E

Hipóteses Diagnósticas Secundárias:

Plano Terapêutico: Intervenir

Cabo de Santo Agostinho, 20/07/17

~~Assinatura S. Couto~~
~~Assinatura e. Carimbo~~

Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco – SES/PE
Hospital Metropolitano Sul – Dom Helder Câmara
Rodovia BR 101 Sul, Km 28, CEP: 54.510-000
Cabo de Santo Agostinho - PE





FISIOTERAPIA DO CABO

Thiada

A vcs. Juliane Thalita Oliveira da Silva,
1800° Realizando fisioterapia no cl.
Silviano denide e p/rt de quadril.

A mesma apresenta dor aguda e conti-
nente, dor no pérol, instabilidade de
quadril e claudicação devido ao quadril.

Assinado

Dr. Edmo Serafim
Fisioterapeuta
124.459-F

27/10/17

Rua José Pach Fernandes, 115 Loja B - Centro - Cabo de Santo Agostinho - PE
Fone: (81) 4123.0131



Assinado eletronicamente por: IANE ANDREA DE SA FERREIRA - 10/07/2019 13:33:58
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19071013335798600000046908220>
Número do documento: 19071013335798600000046908220

Num. 47635687 - Pág. 1

27/09/2017

SISREG III - Ambiente de Produção

AUTORIZAÇÃO DE PROCEDIMENTOS AMBULATORIAIS

Chave de Confirmação:

48957

UNIDADE SOLICITANTE

Nome:	Cod. CNES:	Op. Solicitante:	Op. Autorizador:	Op. Videofonista:
CENTRAL DE REGULAÇÃO CABO ST AGOSTINHO	4654524	DANIELBATALHAZ	DANIELBATALHAZ	

UNIDADE EXECUTANTE

Nome:	Cod. CNES:		
FISIOTERAPIA DO CABO	6439632		
Endereço:	Número:	Complemento:	Bairro:
RUA JOSE PLECH FERNANDES	37	—	CENTRO
Telefone:	CEP:	Município:	
08141230131	54510-390	CABO DE SANTO AGOSTINHO - PE	
Profissional Executante:	Data e Horário de Atendimento:		
EDMO SERAFIM DOS SANTOS	QUI • 28/09/2017 • 07:00hrs		

DADOS DO PACIENTE

CNS:	Nome:	Nome Social / Apelido:	
705004229424251	JULIANE THALITA PEREIRA DA SILVA	—	
Nome da Mae:	Sexo:	Data Nascimento:	Idade:
CLAUDEJANE FELIX PEREIRA	FEMININO	12/05/1999	18 anos
Tipo Sanguíneo:	Raça:		
---	BRANCA		
Nacionalidade:	Naturalidade:		
BRASILEIRA	CABO DE SANTO AGOSTINHO - PE		
Tipo de Logradouro:	Nome do Logradouro:	Número:	Complemento:
RUA	RUA DR JÚLIO PIRES FERREIRA	155	---
Bairro:	Município de Residência:	CEP:	
FUNDAL DO MURITI	CABO DE SANTO AGOSTINHO - PE	00000-000	
Telefone(s):			

DADOS DA SOLICITAÇÃO

Código da Solicitação:	Data de Solicitação:	Data de Aprovação:	Vaga Solicitada:	Vaga Consumida:
215374299	27/09/2017	27/09/2017	1ª Vez	1ª Vez
CPF Profissional Solicitante:	Profissional Solicitante:			
027.282.804-10	DIANA CAROLINE DINIZ ARRAES			
Diagnóstico Inicial:	CID:	Classificação de Risco:		
EXAME MEDICO GERAL	Z000	AZUL - ATENDIMENTO ELETIVO		
Procedimentos Autorizados:	Cod. Unificado:	Cod. Interno:		
ATENDIMENTO FISIOTERAPEUTICO NAS ALTERACOES MOTORAS.	0302050027	1313036		

PREPARO PARA O PROCEDIMENTO

0302050027 - ATENDIMENTO FISIOTERAPEUTICO NAS ALTERACOES MOTORAS

1- IDENTIFICAÇÃO & ATILDE;DO USUARIO

2- CARTAO NACIONAL DO SUS

3- AUTORIZACAO DO PROCEDIMENTO

4- RN LEVAR O REGISTRO

FISIOTERAPIA DO CABO:

RUA JOSE PLECH FERNANDES, 115, B- CENTRO - CABO DE SANTO AGOSTINHO
TEL: 4123-0131

NA RUA DA AUTO-ESCOLA, PROCON E ANTIGA SEC. SAÚDE
 &NBSP;

&NBSP;

Data da Extração dos Dados: 27/09/2017 08:40:03



Assinado eletronicamente por: IANE ANDREA DE SA FERREIRA - 10/07/2019 13:33:58
<https://pje.tje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19071013335805400000046908221>

Num. 47635688 - Pág. 1

Número do documento: 19071013335805400000046908221

TRIAGEM DE RISCO NUTRICIONAL – NRS 2002

Data: 21/07/17

Paciente: Filipe Thales P. da Silva Registro: 96121
 Peso Atual: 52 Peso Habitual: 159 Altura: 1,59 Idade: 18 Leito: 402-A

Parte 1 – Triagem Inicial	SIM	NÃO
Paciente Apresenta IMC < 20,5?	<u>22,6 Kg/m²</u>	<input checked="" type="checkbox"/>
Houve Perda de Peso nos Últimos 3 meses?		<input checked="" type="checkbox"/>
Houve Redução na Ingestão de alimentos na última semana?		<input checked="" type="checkbox"/>
Paciente apresenta doença grave, está em mau estado geral ou UTI?		<input checked="" type="checkbox"/>

SIM: Se a resposta for "sim" para qualquer uma das questões, o Nutricionista deverá continuar a preencher a parte 2.

NÃO: Se a resposta for "não" para todas as questões, reavale o paciente semanalmente.

Se o paciente tiver indicação de cirurgia de grande porte, deve-se considerar Terapia Nutricional para evitar riscos associados. Continue e preencha a parte 2.

Parte 2 – Triagem do Risco Nutricional

Estado Nutricional		Gravidade da doença (Efeito do estresse metabólico no aumento das necessidades nutricionais)	
Ausente (Pontuação 0)	Estado Nutricional Normal	Ausente (Pontuação 0)	Necessidades Nutricionais Normais
Leve (Pontuação 1)	Perda de peso >5% em 3 meses ou ; Ingestão alimentar abaixo de 50-75% da necessidade normal na semana anterior.	Leve (Pontuação 1)	Fratura de Quadril; Pacientes crônicos com complicações agudas; Cirrose, doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC); Diabetes, Câncer; Hemodiálise crônica.
Moderado (Pontuação 2)	Perda de peso >5% em 2 meses ou ; IMC 18,5-20,5 + condição geral comprometida ou ; Ingestão alimentar entre 25-60% da necessidade normal na semana anterior.	Moderado (Pontuação 2)	Cirurgia abdominal de grande porte; Acidente vascular cerebral (AVC); Pneumonia grave; Doenças malignas hematológicas (leucemias e linfomas).
Grave (Pontuação 3)	Perda de peso >5% em 1 mês(>15% em 3 meses) ou IMC <18,5+ condição geral comprometida ou ; Ingestão alimentar entre 0-25% da necessidade normal na semana anterior.	Grave (Pontuação 3)	Trauma Craniano; Transplante de medula óssea; Pacientes em cuidados intensivos (APACHE >10).

Pontuação (Estado nutricional) + Pontuação (gravidade da doença) = Escore total = 9 NAN terciária

Para calcular o escore total: A. Encontre o escore (de 0 a 3) para o estado nutricional e para a gravidade da doença (escolher apenas a variável de maior gravidade); B. Some os dois escores para obter o escore total; C. Se o paciente apresentar idade > ou igual a 70 anos, adicione 1 ponto ao escore total para ajustar a fragilidade dos idosos.

Escore total > ou igual a 3: O paciente está em risco nutricional e a TN deve ser iniciada.

Escore total < 3: No momento, o paciente não apresenta risco nutricional e deve ser reavaliado semanalmente. Porém, se o paciente tiver indicação de cirurgia de grande porte, deve-se considerar terapia nutricional para evitar riscos associados.

Pontuação =1: A necessidade protéica está aumentada, mas o déficit protéico pode ser recuperado pela alimentação oral ou pelo uso de suplementos, na maior parte dos casos.

Pontuação =2: A necessidade protéica está substancialmente aumentada e o déficit protéico pode ser recuperado na maior parte dos casos com o uso de suplementos orais / dieta enteral.

Pontuação =3: A necessidade protéica está substancialmente aumentada e não pode ser recuperada somente pelo uso de suplementos orais / dieta enteral.

Iane Andrade
Nutricionista
CRN-6 6340

Nutritional Risk Screening – NRS é baseada em estudos clínicos randomizados e recomendada pelo Guideline da ESPEN* para o âmbito hospitalar

*Kondrup J, Alleson SP, Elia M, Vellas B, Plauth M ; Educational and Clinical Practice Committee, European Society for Parenteral and Enteral Nutrition(ESPEN). ESPEN guidelines for nutrition screening 2002, Clin Nutr 2003;22(4):415-21. *European Society for Parenteral and Enteral Nutrition. Questionário traduzido e utilizado pela nutricionista Mariana Rasan.



402-03-

SECRETARIA
de Saúde



Resumo de Alta Hospitalar

PACIENTE: JULIANE THALITA PEREIRA DA SILVA

REGISTRO: 96121

IDADE: 21 ANOS

DATA ADMISSÃO:

20/07/2017

DATA ALTA: 30/07/2017

5) Diagnósticos Definidos:

FRATURA DE ACETÁBULO DIREITO E ESQUERDO

6) Conduta/ Procedimentos Realizados:

TRATAMENTO CONSERVADOR

7) Prescrição Para Domicílio: Em anexo

8) Informações Complementares:

1) NÃO CAMINHAR, CARGA ZERO NO MEMBRO FRATURADO

2) TOMAR MEDICAÇÕES PRESCRITAS

2) RETORNO AO AMBULATÓRIO DE ORTOPEDIA EM 02 SEMANAS

Programação Após Alta:

Ambulatório de Egresso Sim (X) Data da Consulta: ___/___/2017
Não ()

Encaixe no Ambulatório de ortopedia em 2 semanas

Vinicius S. Couto
CRM 20693-PE



(81) 3183-0141

Telefone para marcar consulta de
retorno ambulatorial no HDH.

Assinatura do Médico e Carimbo

Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco - SES-PE
Fundação Professor Martiniano Fernandes - IMIP Hospitalar
Hospital Metropolitano Sul - Dom Helder Câmara
Rodovia BR 101 Sul - KM 55, CEP 54.610-000
Cabo de Santo Agostinho - PE



Assinado eletronicamente por: IANE ANDREA DE SA FERREIRA - 10/07/2019 13:33:58

<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19071013335819700000046908225>

Número do documento: 19071013335819700000046908225

Num. 47635692 - Pág. 1

Brasil
Pernambuco
Governo

Saúde
Secretaria



Fisioterapia

Data do atendimento: 30/07/2017

Paciente:

JULIANE THALITA PEREIRA DA SILVA

Solicito Fisioterapia motora

Indicação clínica:

FRATURA DE ACETABULO DIREITO E ESQUERDO

Nº sessões

Calu de Santo Agostinho, 30 de julho de 2017

Vinícius S.
Cirurgião-Dentista





FISIOTERAPIA

Data do Atendimento 26/08/17

Nº PRONTUÁRIO: 96126

NOME DO PACIENTE: Ianei Melo de Souza

Nº. 10 DEZ. , SESSÕES

CID.

duas embaixadas
de sacrum per sacrum

OBS:

congo parceria

Dr. Natan Mendes de Oliveira
Ortopedista - Traumatologista
CRM 18363

Assinatura do Médico
Carimbo





HOSPITAL METROPOLITANO DOM HELDER CAMARA



FICHA DE CONFIRMAÇÃO DO AGENDAMENTO

Setor: AMBULATORIO DE EGRESSO

Usuario do Agendamento: LAISMSR

Paciente: 96121 JULIANE THALITA PEREIRA DA SILVA

Serviço: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Medico do Agendamento: LEONARDO CAMAROTTI DE OLIVEIRA CANEJO

Convênio: SIA/SUS - AMBUL/URGEN.EMERG

Tipo de Agendamento:

Data da Agenda: 02/01/2018

ook
b5

PREZADO CLIENTE, AS SENHAS SERÃO ENTREGUES POR ORDEM DE CHEGADA

TURNO MANHA: APARTIR DAS 08:00H ATÉ AS 11:00H

TURNO MANHA: APARTIR DAS 11:00H ATÉ AS 14:00H

TURNO TARDE: APARTIR DAS 14:00H ATÉ AS 17:00H

APÓS O HORÁRIO NÃO SERÁ POSSÍVEL O ATENDIMENTO CONFORME DETERMINAD

PARA ATENDIMENTO É OBRIGATÓRIO APRESENTAÇÃO DESTE DOCUMENTO E RG OU CPF





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

 DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) INVALIDEZ PERMANENTE MORTE

Nº do sinistro ou ASL:

CPF da vítima:

701.655.194-60 JULIANE THALITA PEREIRA DASILVA

Nome completo da vítima:

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

Nome completo:

Profissão:

Endereço:

Bairro:

Cidade:

CPF:

Número:

CEP:

Tel.(DDO):

Complemento:

51530-120

81-9987823542

E-mail:

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

RENDIMENTO:

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

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

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

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 0559

CONTA: 041857

AGÊNCIA: _____

(Informar o dígito se existir)

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento da indenização do Seguro-DPVAT por invalidade 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 invalidade permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica as custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.154/74, art. 39, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discordar do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado judicialmente Viúvo Data do óbito da vítima:Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): Sim Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:Vítima teve filhos? Sim Não Se tinha filhos, informar quantos: Vivos: Falecidos: Vítima deixou nascituro (vai nascer)? Sim Não Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 295 do Código Penal.

INSCRIÇÃO
NOME DO
BENEFICIÁRIO
QUE ASSINA

Local e Data: Recife, 26/10/2019
 Nome: JULIANE THALITA P. DASILVA
 CPF: 701.655.194-60

(*) Assinatura de quem assina A FOGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____
 CPF: _____

Assinatura _____

2º | Nome: _____
 CPF: _____

Assinatura _____



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, 27 de Maio de 2019

Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3190329230

Vítima: JULIANE THALITA PEREIRA DA SILVA

Data do Acidente: 17/07/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JULIANE THALITA PEREIRA DA 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, contados 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

Fatura nº 14362664



Assinado eletronicamente por: IANE ANDREA DE SA FERREIRA - 10/07/2019 13:33:58
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19071013335854500000046908230>
Número do documento: 19071013335854500000046908230

Num. 47635697 - Pág. 1



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, 27 de Maio de 2019

Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3190329230

Vítima: JULIANE THALITA PEREIRA DA SILVA

Data do Acidente: 17/07/2017 Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JULIANE THALITA PEREIRA DA 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, contados 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 Lider-DPVAT

Estamos aqui para Você

Fatura nº 14362664



Assinado eletronicamente por: IANE ANDREA DE SA FERREIRA - 10/07/2019 13:33:58
<https://pje.tjejus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19071013335861300000046908231>
Número do documento: 19071013335861300000046908231

Num. 47635698 - Pág. 1

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, 24 de Junho de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190329213

Vítima: JULIANE THALITA PEREIRA DA SILVA

Data do Acidente: 17/07/2017

Cobertura: DAMS

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), JULIANE THALITA PEREIRA DA SILVA

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

Autorização de pagamento incorreto(a), necessário verificar as informações e apresentar o documento com os dados corretos.

Boletim de ocorrência incompleto(a), necessário apresentar o documento completo sem rasuras ou abreviações.

Comprovantes de despesas médicas ilegível, o documento não permite a leitura das informações, necessário apresentar.

Comprovação de ato declaratório não enviado(a), não acusamos o recebimento do documento, necessário apresentar.

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

ctrl n° 14478277



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 4020-1595 (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, 24 de Junho de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190329213

Vítima: JULIANE THALITA PEREIRA DA SILVA

Data do Acidente: 17/07/2017

Cobertura: DAMS

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), JULIANE THALITA PEREIRA DA SILVA

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

Autorização de pagamento incorreto(a), necessário verificar as informações e apresentar o documento com os dados corretos.

Boletim de ocorrência incompleto(a), necessário apresentar o documento completo sem rasuras ou abreviações.

Comprovantes de despesas médicas ilegível, o documento não permite a leitura das informações, necessário apresentar.

Comprovação de ato declaratório não enviado(a), não acusamos o recebimento do documento, necessário apresentar.

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

ctrl n° 14478277

