

REGISTRO NACIONAL DE IDENTIDADE

REGISTRO 1.066.713

DATA DE EMISSÃO 15.05.1995

NOME MARIA ZILDA ARAGÃO COSTA

FILIAÇÃO José Aragão de Vasconcelos

Localidade Ilacema de Mota, Araguaia

Naturalidade Surubim-PE

CPF 975.849.084-20

Doc. Ordem Cas: 43700, N. 136, F. 18, 189

do Recife-PE

DATA DE NASCIMENTO 21.05.1936

RECIFE-PE

ASSINTELECO DIRETOR

TELEFONE 71605/50005

DOCUMENTO 2 *T296*



REGISTRO NACIONAL DE IDENTIDADE

REGISTRO 1.066.713

DATA DE EMISSÃO 15.05.1995

NOME MARIA ZILDA ARAGÃO COSTA

FILIAÇÃO José Aragão de Vasconcelos

Localidade Ilacema de Mota, Araguaia

Naturalidade Surubim-PE

CPF 975.849.084-20

Doc. Ordem Cas: 43700, N. 136, F. 18, 189

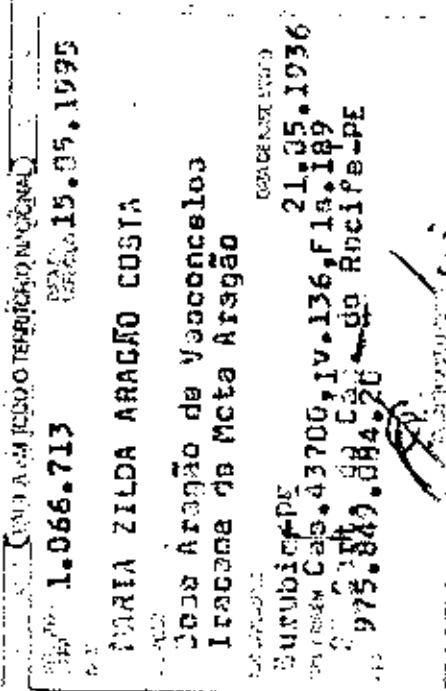
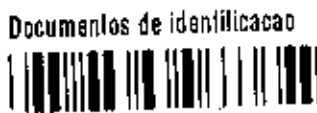
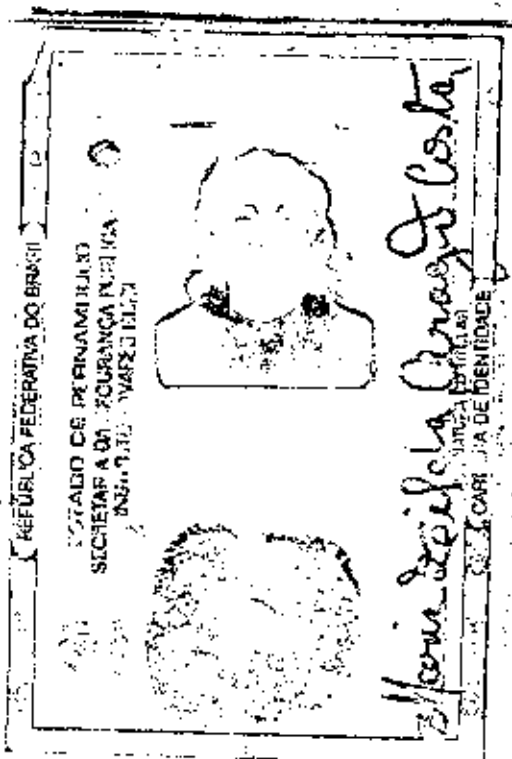
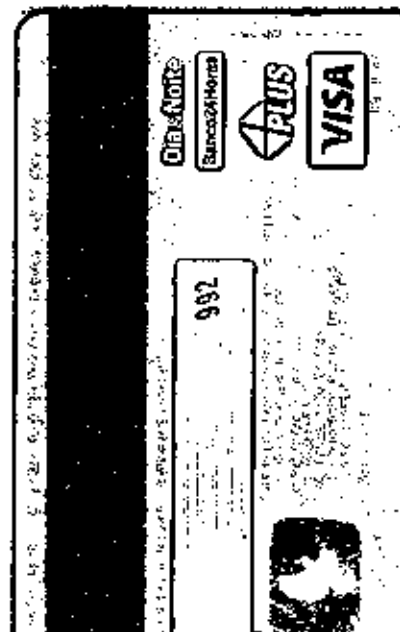
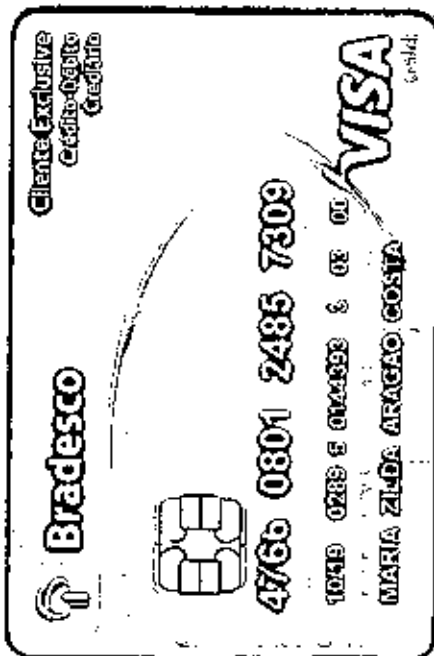
do Recife-PE

DATA DE NASCIMENTO 21.05.1936

RECIFE-PE

ASSINTELECO DIRETOR

TELEFONE 71605/50005



PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3170093786 **Cidade:** Recife **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARIA ZILDA ARAGAO COSTA **Data do acidente:** 19/12/2016 **Seguradora:** ICATU SEGUROS S/A

PARECER

Diagnóstico: TCE LEVE, CONTUSÃO NA PERNA, TORNOZELO E PÉ DIREITOS.

Descrição do exame médico pericial: EDEMA RESIDUAL COM DEFORMIDADE MODERADA NO DORSO DO PÉ DIREITO. SEM ALTERAÇÕES NEUROLÓGICAS.

Resultados terapêuticos: FOI ATENDIDA NA UPA E ENCAMINHADA PARA O HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO, ONDE REALIZOU TOMOGRAFIA DE CRANIO, SEM ALTERAÇÕES. E POSTERIORMENTE LIBERADA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL MODERADA DO PÉ DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 27/09/2017

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: Luiz de Lima Casanova Neto

CRM do médico: 17761

UF do CRM do médico: PE

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 pés	50 %	Em grau médio - 50 %	25%	R\$ 3.375,00
Total			25 %	R\$ 3.375,00

PRESTADOR

SAUDESEG SISTEMAS DE SAÚDE LTDA

Médico revisor: LEONARDO NEVE

CRM do médico: 17742

UF do CRM do médico: PE

Assinatura do médico:

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0062671/17

Vítima: MARIA ZILDA ARAGAO COSTA

CPF: 975.849.084-20

CPF de: Próprio

Data do Acidente: 19/12/2016

Titular do CPF: MARIA ZILDA ARAGAO COSTA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência

Comprovação de ato declaratório

Declaração de Inexistência de IML

Documentação médico-hospitalar

Documentos de identificação

Outros

DOCUMENTO 6 *76%



MARIA ZILDA ARAGAO COSTA : 975.849.084-20

Autorização de pagamento

Comprovante de residência

ATENÇÃO:

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- 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.

Documentação recebida sem conferência.

Portador da documentação entregue

Data: 10/02/2017

Nome: MARIA ZILDA ARAGAO COSTA

CPF/CNPJ: 975.849.084-20

Responsável pelo recebimento na seguradora

Data: 10/02/2017

Nome: Alessandra Gomes Magalhaes

CPF: 140.420.527-62

MARIA ZILDA ARAGAO COSTA

Alessandra Gomes Magalhaes

COBERTURA SOLICITADA **SEGURO DPVAT - 100% DPVAT 3 & 02/03/2017 12:06 - 0000046125 125**

☐ MORTE ☐ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ DAMS

IDENTIFICAÇÃO DA VÍTIMA

VÍTIMA Maria Zilda Aragão Costa

DATA DO ACIDENTE 23/01/17 POSSUI CPF N° SIM ☐ NÃO ☒ Nº CPF 975.879.084-20

PARA VÍTIMAS OU BENEFICIÁRIOS COM IDADE DE 0 A 15 ANOS

- ☐ Documento de identificação do Representante Legal (cópia simples)
- ☐ CPF do Representante Legal (cópia simples)
- ☐ Comprovante de residência do representante legal (cópia simples), ou declaração de residência (original).

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- Com base na legislação em vigor, poderão ser solicitados documentos complementares.
- Para acompanhar o pedido de indenização, acesse www.dpvatsegurodetransito.com.br ou ligue grátis SAC DPVAT 0800 022 1204.
- Todos os documentos devem estar legíveis

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

- ☒ Registro de Ocorrência Policial - original ou cópia autenticada ☒ Sim ☐ Não
- ☒ Documentos médicos/hospitalares que demonstrem o tratamento médico realizado pela vítima (cópia simples)
- ☒ Comprovante de Ato Declaratório - quando necessário
- ☒ Laudo de Invalidez do IML - original ou cópia autenticada ☐ Sim ☐ Não
- ☒ Declaração de Ausência de Laudo do IML (original), junto com relatório médico, comprovando a existência de sequelas permanentes, com a data da alta definitiva - Somente na impossibilidade de apresentar o laudo do IML
- ☒ Declaração do Proprietário do veículo - quando necessário
- ☒ Documento de identificação da vítima (cópia simples)
- ☒ CPF da vítima (cópia simples)
- ☒ Comprovante de residência em nome da vítima (cópia simples) ou comprovante de residência em nome de terceiro (cópia simples), juntamente com declaração de residência (original)
- ☒ Autorização de pagamento (original), com documentos que confirmem os dados bancários (vide orientações no próprio formulário)

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE DAMS

- ☐ Registro de Ocorrência Policial - original ou cópia autenticada ☐ Sim ☐ Não
- ☐ Documentos médicos/hospitalares que demonstrem o tratamento médico realizado pela vítima (cópia simples)
- ☐ Comprovante de Ato Declaratório - quando necessário
- ☐ Comprovantes das despesas (fechos e notas fiscais), contendo a discriminação dos honorários médicos e despesas médicas (materiais e medicamentos), juntamente com os recibos médicos (originais)
- ☐ Declaração do Proprietário do veículo - quando necessário
- ☐ Documento de identificação da vítima (cópia simples)
- ☐ CPF da vítima (cópia simples)
- ☐ Comprovante de residência em nome da vítima (cópia simples) ou comprovante de residência em nome de terceiro (cópia simples), juntamente com declaração de residência (original)
- ☐ Autorização de pagamento (original), com documento que confirme os dados bancários (orientações no próprio formulário)

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE MORTE

- ☐ Registro de Ocorrência Policial - original ou cópia autenticada ☐ Sim ☐ Não
- ☐ Certidão de óbito da vítima - cópia autenticada: ☐ Sim ☐ Não
- ☐ Comprovante de Ato Declaratório - quando necessário
- ☐ Documento de identificação da vítima (cópia simples)
- ☐ CPF da vítima (cópia simples)
- ☐ Documento de identificação de todos os beneficiários (cópia simples)
- ☐ CPF de todos os beneficiários (cópia simples)
- ☐ Comprovante de residência dos beneficiários (cópia simples) ou comprovante de residência em nome de terceiro (cópia simples), juntamente com declaração de residência (original).
- ☐ Autorização de pagamento para todos os beneficiários (original), com documentos que confirmem os dados bancários (vide orientações no próprio formulário)
- ☐ Laudo Cadavérico (IML) - somente quando solicitado - Cópia Autenticada: ☐ Sim ☐ Não

DOCUMENTOS ESPECÍFICOS DOS BENEFICIÁRIOS - COBERTURA MORTE

- BENEFICIÁRIO CÔNJUGE (ESPOSO OU ESPOSA)**
 - ☐ Certidão de Casamento com data atual (cópia simples)
 - ☐ Declaração de Cônjuge (original)
- BENEFICIÁRIO COMPANHEIRO (A)**
 - ☐ Prova de companheirismo junto ao INSS, ou declaração de dependentes junto à Receita Federal, ou prova de dependência através da carteira de trabalho, ou Alvará Judicial reconhecendo a união estável (cópia simples)
- BENEFICIÁRIO COMPANHEIRO (A) E CÔNJUGE - QUANDO AMBOS (AS) SÃO BENEFICIÁRIOS (AS)**
 - ☐ Prova de companheirismo junto ao INSS, ou declaração de dependentes junto à Receita Federal ou Decisão Judicial que reconheça a união estável (cópia simples)
 - ☐ Certidão de Casamento, com data atual (cópia simples)
 - ☐ Declaração de Separação de Fato (original), declarada pelo cônjuge
 - ☐ Termo de Conciliação (original), assinado pelo(a) companheiro(a), e o cônjuge
- BENEFICIÁRIO DESCENDENTE (FILHO(A) OU NETO(A))**
 - ☐ Declaração de Únicos Herdeiros (original)
- BENEFICIÁRIO ASCENDENTE (PAI, MÃE OU AVÓS)**
 - ☐ Declaração de Únicos Herdeiros (original)
- BENEFICIÁRIO COLATERAL (IRMÃO, IRMÃ, TIO (A) OU SOBRINHO(A))**
 - ☐ Declaração de Únicos Herdeiros (original)
 - ☐ Certidão de Óbito dos pais da vítima (cópia simples)
 - ☐ Certidão de Óbito dos filhos da vítima - quando necessário - (cópia simples)
 - ☐ Outros Documentos apresentados:

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO

Portador da documentação (nome): _____

Quem é o portador? ☒ Vítima ☐ Beneficiário ☐ Representante Legal - CPF do portador _____

E-mail: academica.toasilho@gmail.com Tel: 81.98624848

Data: 01/02/2017 Assinatura: [Assinatura]

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO

Ponto de Atendimento (Nome do Ponto): 3ª Sala Polícia Barras

Atendente: [Assinatura] Assinatura: [Assinatura]

Data: 01/02/2017 Assinatura: [Assinatura]

Máquina: 8.506.418-4

PEDIDO DE SEGURO DPVAT

site: www.dpvatsegurodotransito.com.br

SAC DPVAT 0800 022 12 04



Facebook.com/dpvatoficial



Youtube.com/dpvatoficial



Twitter.com/dpvatoficial

Blog: www.viversegurodotransito.com.br

ENDEREÇO / Address		TELEFONE / Phone Number	
Maria Zilda Anjos Costa		CP 99624-8479	
Rua Gomes Taborda, 1085 Capão			
CEP / Zip	CIDADE / City	UF / State	PAÍS / Country
52430250	Pará	PE	



RECYCLAR MATERIAIS É PRESERVAR O MEIO AMBIENTE



PROBAG
BRASIL
(0800) 224-0000

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0062671/17
Vítima: MARIA ZILDA ARAGAO COSTA
CPF: 975.849.084-20

CPF de: Próprio

Data do Acidente: 19/12/2016
Titular do CPF: MARIA ZILDA ARAGAO COSTA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Documentos de identificação
Outros

MARIA ZILDA ARAGAO COSTA : 975.849.084-20
Autorização de pagamento

DOCUMENTO 3 *T34*



ATENÇÃO:

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- 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.

Documentação recebida sem conferência.

Portador da documentação entregue

Data: 23/03/2017
Nome: MARIA ZILDA ARAGAO COSTA
CPF: 975.849.084-20

MARIA ZILDA ARAGAO COSTA

Responsável pelo recebimento na seguradora

Data: 23/03/2017
Nome: JOSE FRANCISCO COELHO LOUREIRO
CPF: 083.495.187-82

JOSE FRANCISCO COELHO LOUREIRO



Rio de Janeiro, 16 de Fevereiro de 2017

Carta nº: 10526880

A/C: MARIA ZILDA ARAGAO COSTA

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170093786 ASL-0062671/17

Vítima: MARIA ZILDA ARAGAO COSTA

Data Acidente: 19/12/2016

Natureza: INVALIDEZ

Procurador:

Ref.: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

Recebemos em 03/02/2017 a documentação relativa ao acidente ocorrido em 19/12/2016. Realizada a análise preliminar, constatamos a necessidade de regularização ou complementação da documentação e/ou informações, conforme descrevemos a seguir:

- Autorização de pagamento não conclusivo
- Boletim de ocorrência não conclusivo

Esclarecemos que o prazo de regulação do processo aberto encontra-se interrompido e se reiniciará a partir do recebimento da documentação acima indicada, juntamente com cópia da presente correspondência, na **SEGURADORA LIDER DPVAT - REGULAÇÃO** onde o aviso de sinistro foi registrado.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito, o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental.

NÃO PERCA TEMPO!

PROVIDENCIE A DOCUMENTAÇÃO PARA COMPROVAR SEU DIREITO À INDENIZAÇÃO DPVAT;

Em caso de dúvida, entre em contato conosco pelo SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.dpvatsegurodotransito.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

Outros



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0062671/17
Vítima: MARIA ZILDA ARAGAO COSTA
CPF: 975.849.084-20

CPF de: Próprio

Data do Acidente: 19/12/2016
Titular do CPF: MARIA ZILDA ARAGAO COSTA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
Outros

MARIA ZILDA ARAGAO COSTA : 975.849.084-20
Autorização de pagamento

ATENÇÃO:

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- 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.

Documentação recebida sem conferência.

Portador da documentação entregue

Data: 02/05/2017
Nome: MARIA ZILDA ARAGAO COSTA
CPF : 975.849.084-20

MARIA ZILDA ARAGAO COSTA

Responsável pelo recebimento na seguradora

Data: 02/05/2017
Nome: Alessandra Gomes Magalhães
CPF: 140.420.527-62

Alessandra Gomes Magalhães

Meus amigos, não tenho telefone
nem tenho computadores. Este é
o motivo de eu não me comunicar
com vocês, desculpe.

tenho 80 anos, e vou completar 81
no mês de ~~dez~~ maio. 21 deste.

Maria Zilda Aragão Costa.

Rio de Janeiro, 31 de Março de 2017

Carta nº: 10756669

A/C: MARIA ZILDA ARAGAO COSTA

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170093786 ASL-0062671/17
Vítima: MARIA ZILDA ARAGAO COSTA
Data Acidente: 19/12/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Ref.: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

Recebemos em 20/03/2017 a documentação relativa ao acidente ocorrido em 19/12/2016. Realizada a análise preliminar, constatamos a necessidade de regularização ou complementação da documentação e/ou informações, conforme descrevemos a seguir:

- Autorização de pagamento não conclusivo
- Documentação médico-hospitalar não conclusivo

Esclarecemos que o prazo de regulação do processo aberto encontra-se interrompido e se reiniciará a partir do recebimento da documentação acima indicada, juntamente com cópia da presente correspondência, na **SEGURADORA LÍDER DPVAT - REGULAÇÃO** onde o aviso de sinistro foi registrado.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito, o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental.

NÃO PERCA TEMPO!

PROVIDENCIE A DOCUMENTAÇÃO PARA COMPROVAR SEU DIREITO À INDENIZAÇÃO DPVAT;

Em caso de dúvida, entre em contato conosco pelo SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Seguradora

LÍDER

Administradora do Seguro DPVAT

MARIA ZILDA ARAGAO COSTA
RUA GOMES TABORDA, 1085
BOA VISTA
CEP 50050-002 - RECIFE - PE



JS557326287BR



Saiba + www.seguradoralider.com.br

Solicitar a indenização do Seguro DPVAT é simples: basta juntar os documentos necessários e entregá-los em uma seguradora consorciada, que, após constatar a sua regularidade, os encaminhará à Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S.A.

Antes de tudo, lembre-se: para dar entrada no pedido de indenização ou acompanhar o andamento do processo, não é preciso envolver intermediários. Se você é o principal interessado na indenização, cuide dela você mesmo.

DPVAT - Como Requerer

Seguradora
LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT



PEDIDO DE SEGURO DPVAT

site: www.dpvatsegurodotransito.com.br

SAC DPVAT 0800 022 12 04



Facebook.com/dpvatoficial



Youtube.com/dpvatoficial



Twitter.com/dpvatoficial

BLOG: www.viversegurodotransito.com.br

REMETENTE / Sender		TELEPHONE / Phone Number	
MARIA ZILDA APAGAO GONCALVES			
ENDERECO / Address		UF / State	
RUA GONCALVES D'ABREU, 1045		RJ	
Cidade / City		PAIS / Country	
CARACARA		BR	
CEP / Zip			
50720158			



RECYCLAR MATERIAS E PRESERVAR O MEIO AMBIENTE



PROBAG
SAC DPVAT
TEL: (0800) 022-1204

DE	IN	RE	CE	NO	AU	TE	1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	11°	12°	13°	14°	15°	16°	17°	18°	19°	20°	21°	22°	23°	24°	25°	26°	27°	28°	29°	30°	31°	32°	33°	34°	35°	36°	37°	38°	39°	40°	41°	42°	43°	44°	45°	46°	47°	48°	49°	50°	51°	52°	53°	54°	55°	56°	57°	58°	59°	60°	61°	62°	63°	64°	65°	66°	67°	68°	69°	70°	71°	72°	73°	74°	75°	76°	77°	78°	79°	80°	81°	82°	83°	84°	85°	86°	87°	88°	89°	90°	91°	92°	93°	94°	95°	96°	97°	98°	99°	100°
----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	------

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder des
Consórcios de Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0062671/17

Vítima: MARIA ZILDA ARAGAO COSTA

CPF: 975.849.084-20

CPF de: Próprio

Data do Acidente: 19/12/2016

Titular do CPF: MARIA ZILDA ARAGAO COSTA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Documentação médico-hospitalar

Outros

MARIA ZILDA ARAGAO COSTA : 975.849.084-20

Autorização de pagamento

Outros



ATENÇÃO:

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- 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.

Documentação recebida sem conferência.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 18/08/2017

Nome: MARIA ZILDA ARAGAO COSTA

CPF: 975.849.084-20

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 21/08/2017

Nome: TANIA CRISTINA DE FARIA PINTO

CPF: 760.547.217-04

MARIA ZILDA ARAGAO COSTA

TANIA CRISTINA DE FARIA PINTO

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3170093786 **Cidade:** Recife **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARIA ZILDA ARAGAO COSTA **Data do acidente:** 19/12/2016 **Seguradora:** ICATU SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 25/09/2017

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: TCE

Resultados terapêuticos: A ESCLARECER

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: LAUDO INCONCLUSIVO

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
		Total	0 %	R\$ 0,00

PRESTADOR

VISÃO MÉDICA LTDA

Nome do médico: EDSON L D ANDRADE

CRM do médico: 52.44121-9

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

Rio de Janeiro, 16 de Fevereiro de 2017

Carta nº: 10526880

A/C: MARIA ZILDA ARAGAO COSTA

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170093786 ASL-0062671/17
Vitima: MARIA ZILDA ARAGAO COSTA
Data Acidente: 19/12/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Ref.: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

Recebemos em **03/02/2017** a documentação relativa ao acidente ocorrido em **19/12/2016**. Realizada a análise preliminar, constatamos a necessidade de regularização ou complementação da documentação e/ou informações, conforme descrevemos a seguir:

- Autorização de pagamento não conclusivo
- Boletim de ocorrência não conclusivo

Esclarecemos que o prazo de regulação do processo aberto encontra-se interrompido e se reiniciará a partir do recebimento da documentação acima indicada, juntamente com cópia da presente correspondência, na **SEGURADORA LIDER DPVAT - REGULAÇÃO** onde o aviso de sinistro foi registrado.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito, o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental.

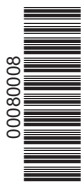
NÃO PERCA TEMPO!

PROVIDENCIE A DOCUMENTAÇÃO PARA COMPROVAR SEU DIREITO À INDENIZAÇÃO DPVAT;

Em caso de dúvida, entre em contato conosco pelo SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.dpvatsegurodotransito.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 16 de Fevereiro de 2017

Carta nº: 10526929

A/C: MARIA ZILDA ARAGAO COSTA

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170093786 ASL-0062671/17
Vitima: MARIA ZILDA ARAGAO COSTA
Data Acidente: 19/12/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Ref.: AVISO DE SINISTRO

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que consta em nossos registros, a abertura do pedido de indenização.

Para acompanhar o seu processo, acesse o site www.dpvatsegurodotransito.com.br, ou ligue para a SAC DPVAT 0800 022 12 04.

Para fazer a consulta, tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário. Ao digitar qualquer um desses números no site www.dpvatsegurodotransito.com.br, não utilize barras, pontos ou traços.

Outras informações importantes sobre o seu pedido de indenização:

- O prazo para recebimento da indenização é de até 30 dias. Durante a análise do seu pedido, podem ser solicitados documentos ou informações complementares.
- Quando isso ocorre, o prazo de 30 dias é interrompido e se reinicia a partir da apresentação dos documentos ou das informações complementares.
- O Valor da garantia é de R\$ 13.500,00 para a Natureza Morte, até R\$ 2.700,00 para reembolso de despesas médicas para a Natureza DAMS, e, para Natureza de Invalidez, é proporcionalmente ao grau da lesão sofrida e, na forma da lei, pode alcançar o limite máximo de R\$ 13.500,00.

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Solicitamos que os documentos sejam encaminhados à SEGURADORA LIDER DPVAT - REGULAÇÃO onde o sinistro foi cadastrado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 31 de Março de 2017

Carta nº: 10756669

A/C: MARIA ZILDA ARAGAO COSTA

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170093786 ASL-0062671/17
Vitima: MARIA ZILDA ARAGAO COSTA
Data Acidente: 19/12/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Ref.: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

Recebemos em **20/03/2017** a documentação relativa ao acidente ocorrido em **19/12/2016**. Realizada a análise preliminar, constatamos a necessidade de regularização ou complementação da documentação e/ou informações, conforme descrevemos a seguir:

- Autorização de pagamento não conclusivo
- Documentação médico-hospitalar não conclusivo

Esclarecemos que o prazo de regulação do processo aberto encontra-se interrompido e se reiniciará a partir do recebimento da documentação acima indicada, juntamente com cópia da presente correspondência, na **SEGURADORA LIDER DPVAT - REGULAÇÃO** onde o aviso de sinistro foi registrado.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito, o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental.

NÃO PERCA TEMPO!

PROVIDENCIE A DOCUMENTAÇÃO PARA COMPROVAR SEU DIREITO À INDENIZAÇÃO DPVAT;

Em caso de dúvida, entre em contato conosco pelo SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 08 de Maio de 2017

Carta nº: 10938456

A/C: MARIA ZILDA ARAGAO COSTA

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170093786 ASL-0062671/17
Vitima: MARIA ZILDA ARAGAO COSTA
Data Acidente: 19/12/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Ref.: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

Recebemos em **26/04/2017** a documentação relativa ao acidente ocorrido em **19/12/2016**. Realizada a análise preliminar, constatamos a necessidade de regularização ou complementação da documentação e/ou informações, conforme descrevemos a seguir:

- Autorização de pagamento não conclusivo
- Documentação médico-hospitalar não conclusivo

Esclarecemos que o prazo de regulação do processo aberto encontra-se interrompido e se reiniciará a partir do recebimento da documentação acima indicada, juntamente com cópia da presente correspondência, na **SEGURADORA LIDER DPVAT - REGULAÇÃO** onde o aviso de sinistro foi registrado.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito, o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental.

NÃO PERCA TEMPO!

PROVIDENCIE A DOCUMENTAÇÃO PARA COMPROVAR SEU DIREITO À INDENIZAÇÃO DPVAT;

Em caso de dúvida, entre em contato conosco pelo SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 25 de Agosto de 2017

Carta nº: 11542546

A/C: MARIA ZILDA ARAGAO COSTA

Sinistro: 3170093786 ASL-0062671/17
Vítima: MARIA ZILDA ARAGAO COSTA
Data Acidente: 19/12/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Ref.: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Prezado(a) Senhor(a),

Em relação sinistro acima referenciado, comunicamos que após análise da documentação apresentada, foi detectada a necessidade de informações complementares, razão pela qual está sendo interrompido o prazo regulamentar para o pagamento da indenização.

Pedimos aguardar novo pronunciamento o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as averiguações cabíveis.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br.

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 25 de Setembro de 2017

Carta nº: 11701259

A/C: MARIA ZILDA ARAGAO COSTA

Sinistro: 3170093786 ASL-0062671/17
Vítima: MARIA ZILDA ARAGAO COSTA
Data Acidente: 19/12/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Ref.: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Prezado(a) Senhor(a),

Em relação sinistro acima referenciado, comunicamos que após análise da documentação apresentada, foi detectada a necessidade de informações complementares, razão pela qual está sendo interrompido o prazo regulamentar para o pagamento da indenização.

Pedimos aguardar novo pronunciamento o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as averiguações cabíveis.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br.

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 03 de Outubro de 2017

Carta nº: 11748826

A/C: MARIA ZILDA ARAGAO COSTA

Sinistro: 3170093786 ASL-0062671/17
Vítima: MARIA ZILDA ARAGAO COSTA
Data Acidente: 19/12/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO, COM MEMÓRIA DE CÁLCULO DE INVALIDEZ

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que estamos disponibilizando o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT cujo o valor e os dados disponibilizamos a seguir:

Creditado: **MARIA ZILDA ARAGAO COSTA**

Valor: **R\$ 3.375,00**

Banco: **237**

Agência: **000000289-5**

Conta: **00000144393-3**

Tipo: **CONTA CORRENTE**

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	3.375,00

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos pés 50%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 50%) 25,00%

Valor a indenizar: 25,00% x 13.500,00 =	R\$	3.375,00
---	-----	----------

NOTA: O percentual indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, sendo este aplicável sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



DOCUMENTO 1 *T1%*



CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com **dados do beneficiário** da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, MARIA ZILDA ARAGÃO COSTA

PORTADOR(A) DO RG Nº 1.066.713 EXPEDIDO POR SSP/PE EM 15/05/1998

CPF 945849084-20 /CNPJ 000000000-00000-00, PROFISSÃO POSENTADA

E RENDA MENSAL DE R\$ RECEDE-SE (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA MARIA ZILDA A. COSTA. AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(*) A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados **não devem**, de forma alguma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício – nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Funcional;
- Conta Empresarial – nos documentos aparecem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéticas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL www.receita.fazenda.gov.br), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.

IMPORTANTE: Também **não devem** ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner colorido, escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informação de código de segurança.

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO 237 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 0289-5 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 0144.393-3

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

Nº do BANCO _____ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) _____ Nº da CONTA (com dígito, se existir) _____

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

de _____ de _____
LOCAL E DATA

Maria Zilda Aragão Costa,
ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

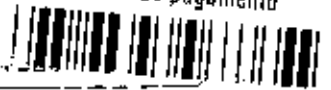
ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares.
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatsegurodotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.



Nº DO SINISTRO _____

CAMPO PREENCHIDO POR _____



Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com dados do beneficiário da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, MARIA ZILDA PEREIRA COSTA
PORTADOR(A) DO RG Nº 1066713 SSP-PE EXPEDIDO POR SSP-PE EM 15/05/1995
CPF 975849084-2 CNPJ 000000000000000000 PROFISSÃO _____
E RENDA MENSAL DE R\$ _____ (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA _____, AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(*) A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados **não devem**, de forma alguma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício – nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Funcional;
- Conta Empresarial – nos documentos aparecem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéricas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL www.receita.fazenda.gov.br), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.

IMPORTANTE: Também **não devem** ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner colorido, escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informação de código de segurança.

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO 237 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 0289 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 0144393-3

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

Nº do BANCO _____ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) _____ Nº da CONTA (com dígito, se existir) _____

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

Recife de Abril de 2017 Maria Zilda Pereira Costa
LOCAL E DATA ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de **R\$13.500,00** em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de **até R\$13.500,00** em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de **até R\$ 2.700,00** em caso de despesas médico-hospitalares.
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatsegurodotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.

Autorização de pagamento

Nº DO SINISTRO _____



CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com dados do beneficiário da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, MARIA ZILDA ARAGÃO COSTA

PORTADOR(A) DO RG Nº 1.066.713 EXPEDIDO POR SSP/PE EM 15/05/1995

CPF 975849084-20 / CNPJ 0000000000-00000000, PROFISSÃO APRESENTADA

E RENDA MENSAL DE R\$ R\$ 2.050,45 (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA MARIA ZILDA ARAGÃO COSTA, AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(*) A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados não devem, de forma alguma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício - nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Funcional.
- Conta Empresarial - nos documentos aparecem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA.
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéticas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, Inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL www.receita.fazenda.gov.br), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.

IMPORTANTE: Também não devem ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner e/ou lido, escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informação de código de segurança.

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO 237 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 0289-5 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 0144393-9

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

Nº do BANCO _____ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) _____ Nº da CONTA (com dígito, se existir) _____

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

RECIFE de 04 de AGOSTO de 2017 Maria Zilda Aragão Costa
LOCAL E DATA ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

! ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares.
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatsegurodotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.



55100000 LINEAR SPAN 10

18-100-2017 12:08 126967 1/1

**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e
Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas do Seguro DPVAT**

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Nome do(a) Examinado(a): Maria Zilda Aragao Costa
Endereço do(a) Examinado(a): Rua Gomes Taborda, 1085
Boa Vista Recife PE CEP: 50050-902
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SSP / PE] 1066713
Data local do exame: [27/09/2017] Olinda [PE]

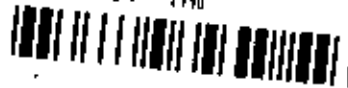
Resultado da Avaliação Médica

- I. Descreva as lesões produzidas pelo trauma, o resultado do exame físico voltado para as regiões lesionadas e o(s) diagnóstico(s)
**TCE LEVE, CONTUSAO NA PERNA, TORNOZELO E PE DIREITOS
EDEMA RESIDUAL COM DEFORMIDADE MODERADA NO DORSO DO PÉ DIREITO. SEM ALTERAÇÕES NEUROLÓGICAS.**
- a) O quadro clínico documentado neste exame decorre de lesão que tenha sido provocada em acidente automobilístico registrado na forma de sinistro que indicou esta avaliação?
(X) Sim () Não
Caso a resposta seja "Não", favor NÃO preencher os demais campos abaixo, exceto o das observações (item V(*)), se necessário
- b) A(s) queixa(s) do(a) Examinado(a) está(ão) relacionada(s) com as lesões decorrentes deste acidente, inclusive com os registros em boletim de atendimento médico?
(X) Sim () Não
Caso a resposta seja "Não", prosseguir SOMENTE se houver alguma correlação entre a queixa e o histórico do acidente, justificando-a nas observações (item V(**))
- II. Descreva a evolução atual do quadro clínico, os tratamentos realizados, a data da alta e os resultados, incluindo complicações.
**FOI ATENDIDA NA UPA E ENCAMINHADA PARA O HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO, ONDE REALIZOU TOMOGRAFIA DE CRÂNIO, SEM ALTERAÇÕES. E POSTERIORMENTE LIBERADA
Data da alta: DEZ/16
SINTOMÁTICOS
Complicações: NENHUMA**
- III. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)?
(X) Sim () Não
Existindo sequela(s) que seja(m) geradora(s) de invalidez total ou parcial informe qual(is) e descreva as perdas anatômicas e/ou funcionais que sejam definitivas e que justifiquem os danos corporais permanentes.
EDEMA RESIDUAL COM DEFORMIDADE MODERADA NO DORSO DO PÉ DIREITO, COM PREJUÍZO FUNCIONAL MODERADO DO MESMO
Caso a resposta seja "Não", concluir dentre as opções no item IV "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item IV opções "b" ou "c"
- IV. Segundo o previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.
- a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).
() "Vítima em tratamento" () "Sem sequela permanente"
Esta avaliação médica deve ser repetida em dias *(Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)*
() "Exame não permite conclusão"
Vide motivo do impedimento no campo das observações
- b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.
- | | |
|--|--|
| Região Corporal (Sequela):
PÉ - Direito
% do dano: () 10% residual () 25% leve
(X) 50% médio () 75% intensa () 100% completo
Região Corporal (Sequela):
% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo | Região Corporal (Sequela):
% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo
Região Corporal (Sequela):
% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo |
|--|--|
- c) Havendo dano corporal total com repercussão na íntegra do patrimônio físico - assinale a opção abaixo sempre apresentando a justificativa médica para este enquadramento no campo das observações (*).
() Total = "100% da IS"
- V. (*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.

Assinatura d(a) Médico(a) Examinador(a)
Carimbo com Nome e CRM


DR. LUIZ CASANOVA
Médico
CRM: 17761

DOCUMENTO: "J194"



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
POSTO POLICIAL DO HOSPITAL DA RESTAURACAO - OPACIHO
SINTESE

BOLETEM DE OCORRÊNCIA Nº 17E0334000113

Outra Encia registrada nesta unidade em 21/01/2017 às
10:57

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Colpo de Consumado,
que aconteceu no dia 19/12/2010 no ponto de Parada

BAIRRO DE CORDEIRO (FARRO), 1025, RUA
DOMESTICA, LONDO CORDEIRO, RECIFE, PERNAMBUCO, BRASIL
EN FRENTE A RESIDENCIA
VIA PUBLICA

^a = 0.05; ^b = 0.01; ^c = 0.001.

1. 1990年12月15日，在“中国—东盟”首脑会议上，中国领导人正式提出“中国—东盟自由贸易区”的构想。

02/01/2014 14:25:00

Other studies have shown that the use of a single, non-validated questionnaire to assess the prevalence of mental health problems in the community is likely to overestimate the prevalence of mental health problems (10, 11). The use of a validated questionnaire, such as the GHQ-12, is likely to provide a more accurate estimate of the prevalence of mental health problems in the community (12).

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

MARIA ZILDA ARAGÃO COSTA (Presente ao plantão) - 0 Feminino
 HADENA DA MOTA ARAGÃO - JOSE DE ARAGÃO VASCONCELOS -
 DISCIPULOS: ANTONIO GUSTAVO FERNANDES BRAGA -
 (RG) 9.784.611 CASADO(M) - 0 EPICENTRO
 BARRIO DO SAIAO DE COELHO (BARRIO), 1457, RUA CORDEIRO
 000.00000000 BARRIO CORDEIRO - RECIFE PERNAMBUCO BRASIL

DESCONHECIDO (não presente no plantão) - 35 - Desconhecido - NÃO
INCORPORADO, BARRAGEM, BARRIL

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

VEICULO (MOTOCICLETA) (VEICULO) DE COR PRETA, MARCA DESCONHECIDA
COR PRETA EM ALGUM CILINDRO, DESCONHECIDA
COR PRETA, MARCA DESCONHECIDA, MOTOCICLETA, NÃO INFORMADO, NÃO INFORMADO, NÃO
INFORMADO, NÃO.

6º OFÍCIO DE NOTAS DE RECIFE - PE - CARTÓRIO ROMA *Endereço: Rua da República, 100 - Recife, PE - Fone: (31) 311.1891 - e-mail: cartorio@cartorio.com.br*

Cópia autenticada conforme original: dou fe.
2017 06:01:15. Em tes.

RECITE-FE 01/02/2017 08:01:11
TOTAL: 0.00 TOTAL: 5.99

SELU:0077248. REVOLZOL707.02756
BNA PH

07.02730
SRA PHILA ALVES DA SILVA BRUNO

Continued on next page (to left or right)

SEBASTIAN LIDER DEPUT 3 & 03/02/2017 12:06 - 00000006128 128

UNIDADE (UNIDADE NÃO INFORMADA)

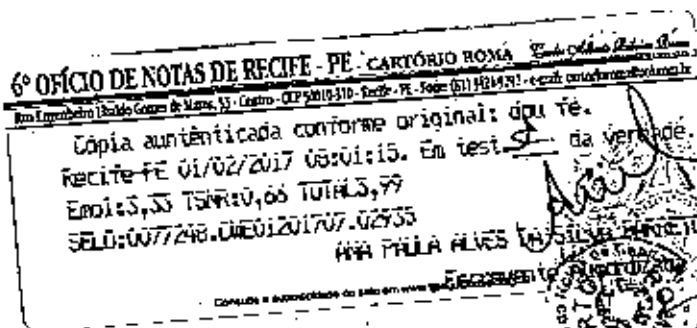
Complemento / Observação

CONFORME INFORMAÇÕES PRESTADAS, A VITIMA AO TRAVESSAR A RUA GOMES TABORDA EM FRETE A RESIDENCIA FOI ATROPELADA POR UMA MOTOCICLETA DE PLACA NÃO IDENTIFICADA, QUE APÓS O ACIDENTE FOI ENCORRIDA PELA SAME ONDE FOI ATENDIDA NESTE HOSPEDALIO.

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

MARIA ZILDA ARAGÃO COSTA
(VITIMAS)

Maria Zilda Aragão Costa
E O REGISTRADO GEORGE PEREIRA ALVES



DOCUMENTO 1 "T10"



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
POSTO POLICIAL DO HOSPITAL DA RESTAURACAO - DP4ªCIRC DIM/2ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 17E0334000113Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **21/01/2017** às **10:37****ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado)** que aconteceu no dia **19/12/2016** no período da **Manhã**

Fato ocorrido no endereço: **BAIRRO DE CORDEIRO (BAIRRO), 1085, RUA GOMES TABORDA -**
Bairro: **CORDEIRO - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL** - Ponto de Referência: **EM FRENTE A**
RESIDENCIA
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR / AGENTE)
MARIA ZILDA ARAGÃO COSTA (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

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

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

MARIA ZILDA ARAGÃO COSTA (presente ao plantão) - Sexo: Feminino Mãe: IRACEMA DA MOTA
ARAGÃO Pai: JOSE DE ARAGÃO VASCONCELOS Data de Nascimento: 21/5/1938 Naturalidade: SURUBIM /
PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 1066713/SSP/PE (RG) Estado Civil: CASADO(A) Profissão: APOSENTADO
Endereço Residencial: **BAIRRO DE CORDEIRO (BAIRRO), 1085, RUA GOMES TABORDA - CEP: 55000-000 -**
Bairro: **CORDEIRO - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

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

VEICULO (MOTOCICLETA) (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**, que estava em posse
do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**
Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Complemento / Observação

CONFORME INFORMAÇÕES PRESTADAS, A VÍTIMA AO TRAVESSAR A RUA GOMES TABORDA EM FRENTE A
RESIDENCIA FOI ATROPELADA POR UMA MOTOCICLETA DE PLACA NÃO IDENTIFICADA, QUE APÓS O
ACIDENTE FOI SOCORRIDA PELO SAMU ONDE FOI ATENDIDA NESTE NOSOCOMIO.

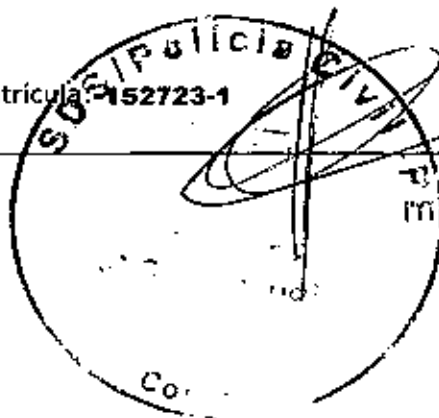
Assinatura da(s) pessoa(s) presente nesta unidade policial



SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL - 2017-01-21 10:37:10 106164 1/1

Maria Zilda Aragão Costa
MARIA ZILDA ARAGÃO COSTA
(VITIMA)

B.O. registrado por: **GEORGE PEREIRA ALVES** - Matrícula: **152723-1**



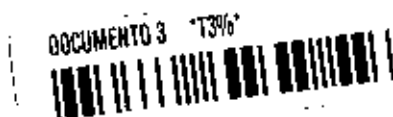
DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, Maria Zilda Aragão Costa, portador da carteira de identidade nº 1066.713 SSP-PE e inscrito no CPF/MF sob o nº 975849.087-20, residente e domiciliado na Rua Gomes Teixeira, 1085 Contão - Jaboatão - PE, Cidade Recife, Estado PE, declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal - IML para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- () Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou
- () O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- (☒) O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido;

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido 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 a 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 da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.



Maria Zilda Aragão Costa

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

Recife 01/01/2017

Local e data

SEGURADORA LÍDER DPVAT S.A. 03/07/2017 12:06 - 000000412 126



POP. AO L. TRABALHANDO SEMPRE



192

Secretaria de Saúde
Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO

DA Nº. 081.01.2017
EM: 23.01.2017

Atendendo ao requerimento da paciente Sra. **MARIA ZILDA ARAGÃO COSTA**, portadora do Documento de Identidade nº **1066713** SSP/PE e inscrita no CPF/MF sob o nº **975.849.084-20**, declaramos que consta em nossos arquivos a ocorrência de nº **S-270689**, que no dia 19 de dezembro de 2016, foi atendida por nosso Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU Metropolitano do Recife, vítima de atropelamento, por volta das 12h00, na Rua Gomes Taborda, Cordeiro, Recife/PE, em seguida, encaminhada a UPA Torrões e posteriormente, redirecionada ao Hospital da Restauração. Recife, 23 de janeiro de 2017.

Dr. Sérgio Parente Costa
Gerente de Informação e Avaliação
SAMU Metropolitano - Recife

Sergio Parente Costa
Dr. **Sérgio Parente Costa**
Gerente de Informação e Avaliação
SAMU Metropolitano do Recife

SECRETARIA LIDER: DPURF 3 & 03/02/2017 12:06 - 000000046127 127

BRADESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 237 AGÊNCIA: 2373-6 CONTA: 000000429200-6

DATA DA TRANSFERENCIA: 29/09/2017

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL:	3.375,00
--------------	----------

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: MARIA ZILDA ARAGAO COSTA

BANCO: 237

AGÊNCIA: 00289-5

CONTA: 000000144393-3

Nr. Autenticação

BRDESCO2909201705000000000023700289000000144393337500 PAGO



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

EU, Maria Zilda Aragão Costa

RG nº 1066.718, data de expedição 15/05/95, Órgão SSP - PE

CPF nº 925.849.084-20, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Rua Gomes Teborda</u>
Número	<u>1085</u>
Apto / Complemento	
Bairro	<u>Condado</u>
Cidade	<u>Recife</u>
Estado	<u>PE</u>
CEP	<u>50630-250</u>
Telefone de Contato	<u>996248479</u>
E-mail	<u>academia.joãofilho@gmail.com</u>

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Recife, 31/01/2017

Assinatura do Declarante: Maria Zilda Aragão Costa

2

Nº da obra e volume	LIMITE DE VARIAÇÃO	
	gigante	média e D
220	202	231
380	350	399

SEANEDORA LIDER DEPT 3 E 03/02/2017 12:06 - 0000006133 133



Nome: MARIA ZILDA ARAGAO COSTA (Laudo para Revisão)

Nº registro: 517808

Dt. Nasc.: 21/05/36, - 80 ano (s)

Sexo: Feminino

Mãe: IRACEMA DA MOTA ARAGAO

Fone:

Endereço: R GOMES TABORDA, nº 1085, CORDEIRO, RECIFE - PE

Data/hora: 22/07/2016 - 12:53

Nº pág.: 1/1

ENCAMINHAMENTO

ENCAMINHAMENTO PACIENTE ACIMA COM PRESENÇA DE FA E SINTOMAS DE LIPOTÍMIA, NECESSITANDO AVALIAÇÃO DO **CARDIOLOGISTA**.

Nome:

Nº registro:

Dt. Nasc.:

Mãe:

Endereço:

Data/hora:

Dra. Tâmara Moraes
Médica
CRM 24.676

Dra. TAMARA MARIA OLIVEIRA DE MORAES
CRM: 24676

SEIARPD006 LITER 02001 3 R 03/02/2017 12:46 - 0000046129 129

ENCAMINHAMENTO PACIENTE ACIMA COM PRESENÇA DE FA E SINTOMAS DE LIPOTÍMIA, NECESSITANDO AVALIAÇÃO DO **CARDIOLOGISTA**.

Nome:

Nº registro:

Dt. Nasc.:

Mãe:

Endereço:

Data/hora:

ENCAMINHAMENTO PACIENTE ACIMA COM PRESENÇA DE FA E SINTOMAS DE LIPOTÍMIA, NECESSITANDO AVALIAÇÃO DO **CARDIOLOGISTA**.

Nome:

Nº registro:

Dt. Nasc.:

Mãe:

Endereço:

Data/hora:

Esta conta dever ser paga com recursos publicos.



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO

HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO

FICHA DE ESCLARECIMENTO

ATENDIMENTO: 744665/2016

NOME: MARIA ZILDA ARAGAO COSTA.

Foi atendido às 15h25 do dia 19.12.2016.

Diagnóstico provável: T.C. E. LEVE

(ATMOSFERA VENTIL)

Tratamento realizado: TAC DE CÂNCER SEM LE SUE
WANO GIMNASIAS.

TRATAMENTO CONSERVADOR.

Obs. ALTA EM 19-12-16

As informações contidas neste documento foram transcritas, na íntegra, do Prontuário Médico, não do Médico Assistente e sim do serviço Arquivo Médico e Estatístico.

Cópia de Prontuário Médico em 03-01-2017

SES - Hospital da Restauração
Dr. Gilberto Magalhães Lima
Gerente Médico do Serviço
CRM 4533

MÉDICO - CRM No. 453

Atenção: Este documento destina-se a comprovação de atendimento hospitalar ou ambulatorial para: INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO, CONTINUIDADE DO TRATAMENTO AMBULATORIAL.

Av. Agamenon Magalhães, S/N - Derby - Recife - PE, CEP 52.010-040

Fones: 31815451/31815572



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO
03/02/2017 12:06 - 0000046130 L10



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO

FICHA DE ESCLARECIMENTO

ATENDIMENTO: 744665/2016

NOME: MARIA ZILDA ARAGAO COSTA.

Foi atendido às 15h25 do dia 19.12.2016.

Diagnóstico provável: T.C. E. LEVE

(ATENDIMENTO)

Tratamento realizado: TAC DE CRÂNIO SEM LESÃO
WENNO CIRCULAS.

TATUAGEM COM SECAVOT.

Obs.

ALTA EM 19-12-16

As informações contidas neste documento foram transcritas, na íntegra, do Prontuário Médico, não do Médico Assistente e sim do serviço Arquivo Médico e Estatístico.

Cópia de Prontuário Médico em 03-01-2017

SES - Hospital da Restauração
Dr. Gilberto Wanderley Lima
Gerente Médico do HRA
CRM: 4533

MÉDICO - CRM No. 4533

Atenção: Este documento destina-se a comprovação de atendimento hospitalar ou ambulatorial para: INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO, CONTINUIDADE DO TRATAMENTO AMBULATORIAL.

Av. Agamenon Magalhães, 8/N - Derby - Recife - PE CEP 52.010-040

Fones: 31815451/31815572



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO

FICHA DE ESCLARECIMENTO

ATENDIMENTO: 744665/2016

NOME: MARIA ZILDA ARAGAO COSTA.

Foi atendido às 15h25 do dia 19.12.2016.

Diagnóstico provável: T.C. E. LEVE

(ATENDIMENTO)

Tratamento realizado: TAC DE CRÂNIO SEM LESÃO
NEOPLÁSICAS

Tratamento Conservador.

Obs. ALTA EM 19-12-16

As informações contidas neste documento foram transcritas, na íntegra, do Prontuário Médico, não do Médico Assistente e sim do serviço Arquivo Médico e Estatístico.

Cópia de Prontuário Médico em 03-01-2017

SES - Hospital da Restauração
Dr. Gilberto Wanderley Lima
Gerente Médico do S.A.M.E.
CRM: 4339

MÉDICO - CRM No. 4533

Atenção: Este documento destina-se a comprovação de atendimento hospitalar ou ambulatorial para: INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO, CONTINUIDADE DO TRATAMENTO AMBULATORIAL.

Av. Agamenon Magalhães, S/N - Derby - Recife - PE CEP 52.010-040

Fones: 31815451/31815572

6º OFÍCIO DE NOTAS DE RECIFE - PE - CARTÓRIO ROMA - Rua Celso de Figueiredo, 11 - Centro - CEP 50010-110 - Recife - PE - Fone: (51) 3444-9992 e-mail: cartorio@notasrecife.org.br

Cópia autenticada conforme original: deu fé,
Recife-PE 10/01/2017 08:20:46. Em test. da verif.
Enol: 2,72 INSS: 0,62 TOTAL: 3,34
SEL: 0007248 OFX01201701.04040



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO

HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO

FICHA DE ESCLARECIMENTO

ATENDIMENTO: 744665/2016

NOME: MARIA ZILDA ARAGAO COSTA.

Foi atendido às 15h25 do dia 19.12.2016.

Diagnóstico provável: T.C. E. LEVE.

(ATENDIMENTO)

Tratamento realizado: TAC DE CRÂNIO SEM LESÃO
NEOPLÁSICA.

Tratamento conservador.

Obs.

ALTA EM 19-12-16

As informações contidas neste documento foram transcritas, na íntegra, do Prontuário Médico, não do Médico Assistente e sim do serviço Arquivo Médico e Estatístico.

Cópia de Prontuário Médico em 03-01-2017

SES - Hospital da Restauração
Dr. Gilberto Wanderley Lima
Garante Médico do SAUPE
CRM: 4833

MÉDICO - CRM No. 4533

Atenção: Este documento destina-se a comprovação de atendimento hospitalar ou ambulatorial para: INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO, CONTINUIDADE DO TRATAMENTO AMBULATORIAL.

Av. Agamenon Magalhães, S/N - Derby - Recife - PE CEP 52.010-040

Fones: 31815451/31815572

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO
2016-12-19 10:41:01 1/1



Secretaria de Saúde
Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO

DA Nº. 081.01.2017
EM: 23.01.2017

Atendendo ao requerimento da paciente Sra. **MARIA ZILDA ARAGÃO COSTA**, portadora do Documento de Identidade nº **1066713** SSP/PE e inscrita no CPF/MF sob o nº **975.849.084-20**, declaramos que consta em nossos arquivos a ocorrência de nº **S-270689**, que no dia 19 de dezembro de 2016, foi atendida por nosso Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU Metropolitano do Recife, vítima de atropelamento, por volta das 12h00, na Rua Gomes Taborda, Cordeiro, Recife/PE, em seguida, encaminhada a UPA Torrões e posteriormente, redirecionada ao Hospital da Restauração. Recife, 23 de janeiro de 2017.

Dr. Sérgio Parente Costa
Gerente de Informação e Avaliação
SAMU Metropolitano - Recife
Sergio Parente Costa
Dr. Sérgio Parente Costa
Gerente de Informação e Avaliação
SAMU Metropolitano do Recife



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO

FICHA DE ESCLARECIMENTO

ATENDIMENTO: 744665/2016

NOME: MARIA ZILDA ARAGAO COSTA.

Foi atendido às 15h25 do dia 19.12.2016.

Diagnóstico provável: TIC. E. LEVE

(ATROFIA MUSCULAR)

Tratamento realizado: TAC DE CÂMIO SEM VE SUE
VENAS CILINDRICAS.

INSTAURADO CONSERVADOR.

Obs.

ALTA EM 19-12-16

As informações contidas neste documento foram transcritas, na íntegra, do Prontuário Médico, não do Médico Assistente e sim do serviço Arquivo Médico e Estatístico.

Cópia de Prontuário Médico em 03-01-2017

SES - Hospital da Restauração
Dr. Gilberto Wanderley Lima
Gerente Médico do SAUS
CRM: 4533

MÉDICO - CRM No. 4533

Atenção: Este documento destina-se a comprovação de atendimento hospitalar ou ambulatorial para: INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO, CONTINUIDADE DO TRATAMENTO AMBULATORIAL.

Av. Agamenon Magalhães, S/N - Derby - Recife - PE CEP 52.010-040

Fones: 31815451/31815572

6º OFÍCIO DE NOTAS DE RECIFE - PE - CARTÓRIO ROMA

Rua Eschscholtz (Lado Curto de Matos, 53 - Centro - CEP 50010-210 - Recife - PE - Povo: (081) 3424-5292 - e-mail: cartorio@recife.pe.gov.br

Cópia autenticada conforme original: dou fé.

Recife-PE 10/01/2017 08:20:46. Em test. da ver.

Emol:2,79 TSNR:0,62 TOTAL3,72

SELO:0077248..0FX01201701.04040

ANA PAULA ALVES DA SILVA BARRETO

Consulte a autenticidade do selo em: www.recife.pe.gov.br



Font:

FICHA DE ATENDIMENTO
CR: CLÍNICA MÉDICA - AMARELO

ANAMNESE / QUEIXA PRINCIPAL:

TRIAGEN:

- QUEIXA
- VITIMA DE ATROPELAMENTO POR MOTO TRAZIDA PELO SAMU APRESENTANDO HEMATOMA SUBGALEAL E TRAUMA COM ESCORIAÇÕES EM MMIL. 140X80MMHG

ORIGEM

1

TIPO DE CHEGADA

—

OBSERVAÇÕES

—

FLUXOGRAMA

- Trauma craneoencefálico

DISCRIMINADOR

- Por moderada *

COLETA AUTORIZADA?

- NAD

AVALIAÇÃO E MEDIDAS CLÍNICAS

- GLASGOW 15

DOR 6

DOR 6

ENCAMINHAMENTOS

- Clínica Médica

TRANSPORTADO POR

JUSTIFICATIVA

MEDICA:

TCE APÓS ATROPELAMENTO POR MOTO HÁ 02H COM RELATO DE SONOLÊNCIA, HAS+/ DM-.

EXAME FÍSICO:

PA: x mmHg Altura: IMC: () Temperatura: °
 HGT: mg/dL
 EGB, CONSCIENTE, ORIENTADA, HIDRATADA, CORADA, ACIANÓTICA, ANICTÉRICA, AFEBRIL AO TOQUE.
 ACV: RCR EM 2T, BNF SEM SOPROS
 AR: MV+ EM AHT SEM RA, EUPNEICO.-
 NEURO: GLASGOW 15

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:

Esta conta dever ser paga com recursos publicos.

Nome: MARIA ZILDA ARAGAO COSTA

Nº registro: 517808

Dt. Nasc.: 21/05/36 - 80 ano (s)

Sexo: Feminino

Mãe: IRACEMA DA MOTA ARAGAO

Fone:

Endereço: R GOMES TABORDA, nº 1085, CORDEIRO, RECIFE - PE

Data/hora: 19/12/2016 - 12:21 **Nº pág.:** 2/2

S09 - OUTROS TRAUMATISMOS DA CABEÇA E OS NÃO ESPECIFICADOS|

OBSERVAÇÕES :

Evolução do paciente:

CD: 1) A NCR.

Resultados de Exames:

Marcella Siqueira Pacheco
CRM-PE 22831

Dra. MARCELLA SIQUEIRA PACHECO
CRM: 22831

SEMPRE COM LÍDER EM PRAT. AC.

18-09-2017 12:04 126909 1/1

Esta conta dever ser paga com recursos publicos.

Nome: MARIA ZILDA ARAGAO COSTA
Nº registro: 517808
Dt. Nasc.: 21/05/36 - 80 ano (s) **Sexo:** Feminino
Mãe: IRACEMA DA MOTA ARAGAO **Fone:**
Endereço: R GOMES TABORDA, nº 1085, CORDEIRO, RECIFE - PE
Data/hora: 19/12/2016 - 12:51 **Nº pág.:** 1/1

GUIA DE ENCAMINHAMENTO E TRANSFERÊNCIA

REMOÇÃO COM MÉDICO : NÃO

AMBULÂNCIA BÁSICA(USB)

HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL:

TCE APÓS ATROPELAMENTO POR MOTO HÁ 02H COM RELATO DE SONOLÊNCIA. HAS+/ DM-. NEGA ALERGIAS.

EXAME FÍSICO:

Peso: **Altura:** **IMC:** () **Temperatura:** °
PA: x mmHg **HGT:** mg/dL
EGG, CONSCIENTE, ORIENTADA, HIDRATADA, CORADA, ACIANÓTICA, ANICTÉRICA, AFEBRIL AO TOQUE.
ACV: RCR EM 2T, BNF SEM SOPROS
AR: MV+ EM AHT SEM RA. EUPNEICO.-
NEURO: GLASGOW 15

CONDUTA:

1) À NEUROCIRURGIA

Exames Complementares/Resultados:

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:

S09 - OUTROS TRAUMATISMOS DA CABEÇA E OS NÃO ESPECIFICADOSI

OBSERVAÇÕES :

DADOS DA TRANSFERÊNCIA:

Transferência encaminhado para: HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO
Especialidade: NEUROCIRURGIA
Senha: 5065719

PACIENTE SOLICITA TRANSPORTE POR MEIOS PRÓPRIOS : NÃO

Dra. MARCELLA SIQUEIRA PACHECO
CRM: 22831

Marcelle Siqueira Pacheco
CRM-PE 22831

Esta conta dever ser paga com recursos publicos.