

HOSPITAL GETULIO VARGAS

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

MANCHESTER V2

Data e hora retirada da senha: 11/08/2017 14:30

Nome Paciente: LEONARDO SANTANA DA SILVA
Cód. Paciente:
Data de Nascimento: 03/12/1982
Sexo: Masculino
Idade: 34
Senha: E0020
Convênio:
Atendimento:
SAME:

Período: 11/08/2017 14:31 - 11/08/2017 14:31

MARGARIDA MARIA GONCALVES MARTINS MALTA - COREN: 148626 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) -

Prioridade:

AMARELO URGENTE

Cor:

AMARELO

Queixa Principal:

HISTORIA DE ATROPELAMENTO, EVOLUI COM DOR + EDEMA + LIMITAÇÕES DE MOVIMENTOS EM MID

Observação:

SENHA 5232134

Fluxograma sintoma:

PROBLEMAS EM EXTREMIDADES

Discriminador(es):

- DOR MODERADA?

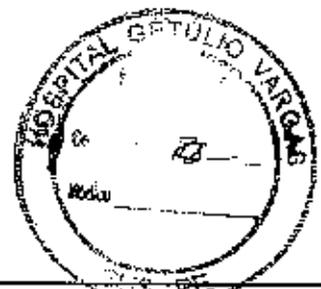
Especialidade:

ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Sinais Vitais Lidos:

- REGUA DE DOR: 5

ARUANA SEGURADORA
24 SET 2018



Acolhido(a) por: MARGARIDA MARIA GONCALVES MARTINS MALTA - COREN: 148626 - FUNÇÃO:

ENFERMEIRO(A)
Data Impressão: 11/08/2017 14:31



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
HOSPITAL
Getúlio Vargas



FICHA PARA AVALIAÇÃO DE RISCO DE QUEDA

NOME: _____

Nº DO REGISTRO: _____

SETOR: _____

DATA DE ADMISSÃO: ____/____/____

ASSINALAR COM X TODOS OS ITENS DE RISCO IDENTIFICADOS. CONSIDERAR A EXISTÊNCIA DO RISCO QUANDO ASSINALAR UM OU MAIS ITENS.

- IDADE > OU IGUAL 65 ANOS
- CRIANÇAS < OU IGUAL 5 ANOS
- COMPROMETIMENTO NEUROLÓGICO
- DEPRESSÃO E/OU ANSIEDADE
- PREJUÍZO DO EQUILÍBRIO DA MARCHA
- DÉFICIT SENSITIVO, ACUIDADE AUDITIVA, TATO E VISUAL DIMINUÍDA
- HISTÓRIA PRÉVIA DE QUEDA
- ALTERAÇÃO METABÓLICA (EX:HIPOGLICEMIA)
- OBESIDADE MÓRBIDA OU BAIXO ÍNDICE DE MASSA CORPÓREA
- SEDAÇÃO/ANESTESIA
- MEDICAMENTO QUE ALTERAM O SISTEMA NERVOSO CENTRAL
- URGÊNCIA URINÁRIA/INTESTINAL
- HIPOTENSÃO ORTOSTÁTICA
- PACIENTE CIRÚRGICO

CASO O PACIENTE APRESENTE UM OU MAIS FATORES DE RISCO, COLOCAR PULSEIRA ROXA NO MSD.

COLOCADO PULSEIRA ROXA

NÃO SE APLICA

ENTREGA DO FOLDER DE ORIENTAÇÃO AO PACIENTE/ACOMPANHANTE:

SIM
 NÃO

ASSINATURA (ORIENTADO): _____

RECOMENDAÇÕES:

1. Orientar paciente e acompanhante quanto ao risco de queda e necessidade de solicitação da enfermagem para sua locomoção e mobilização;
2. Manter a cama na posição baixa, com rodas travadas e grades de proteção elevadas;
3. Orientar a não trancar portas;
4. Orientar a não andar nem circular na enfermaria ou corredor no momento da limpeza;
5. Manter a área de circulação, livre de móveis e utensílios;
6. Auxiliar na deambulação dos pacientes que apresentarem dificuldade de marcha ou déficit sensitivo ou motor;
7. Estimular o uso de acessórios de apoio;
8. Conscientizar a família sobre a importância da presença de um acompanhante e comunicar a enfermagem quando houver necessidade de ausentar-se;
9. Manter iluminação adequada durante a noite;
10. Orientar a evitar apoiar-se na cama, móveis e parapeitos de janelas;
11. Manter o acompanhamento da enfermagem no momento do transporte;
12. Orientar o acompanhante para ficar atento às brincadeiras das crianças e a utilização de brinquedos;
13. Não deixar o paciente sozinho no banheiro ou durante o banho;
14. Intensificar a atenção a pacientes que estão em uso de sedativo e hipnótico, tranquilizante, diurético, anti-hipertensivo, anti-parkinsonianos.

ENFERMEIRA/GOVERNANTE: _____

[Handwritten signature and stamp of the nursing staff]

Avenida Getúlio Vargas, s/n - Cordeiro
 Recife-PE - CEP 50.830-090
 Fone: (0XX) 51 31846200

Protocolo de Encaminhamento

TIPO DE OCORRÊNCIA

Causa Externa: Acidente/Violência () Causa Clínica () Obstétrico () Psiquiátrico () SENHA 5232134
Em caso de violência/acidente: Via Pública () Domicílio () Local de Trabalho ()

IDENTIFICAÇÃO

Nome do Paciente: Leonardo Santana de Sá Idade: 34

Sexo: M () F () Profissão: _____ Fone: _____

Endereço Residencial: R. Petrópolis 104 Bairro: Volta

Cidade: Recife

CAUSA EXTERNA (ACIDENTE/VIOLENCIA)

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

CAUSAS CLÍNICAS

História Clínica Atual: Victima de acidente de trânsito
colando com o tornozelo direito

Hipótese Diagnóstica: Fratura do malleolo lateral direito

AValiação CLÍNICA

Glicemia Capilar (HGT): _____ Temperatura: _____ F.C.: _____ P.A.: _____ x _____
Vias Aéreas: FR _____ Dispnéia S () N () Tiragem Intercostais S () N () Obstrução Vias Aéreas: S () N ()
Sibilos Expiratórios: S () N () BAN*: S () N () Deformidade do Tórax: S () N () Gemido/ Estridor: S () N ()
Distúrbio: Fala/Choro: S () N ()
Agitação Psicomotora: S () N () Lesões de Face: S () N () Retratação Xifóide: S () N ()
Perfusão Periférica: Boa () Lenificada () Bulhas Cardíacas: Normofonéticas () Hipofonéticas ()
Pulso: Rítmico () Arritmico () Filiforme () Fino ()
Coloração da Pele: Normocorada () Palidez () Cianose ()
Sudorese: S () N () Desidratado: S () N () Ictérico: S () N ()

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

FR:RN 120-180
< 1 ano 90-140
Criança 80-110
Adulto 60-100

EXAME NEUROLÓGICO

Avaliação Primária: Alerta () Resposta Verbal () Resposta ao Estímulo Doloroso () Irresponsivo ()

Escala de Coma de Glasgow (ECG)

ABERTURA OCULAR

Abertura Ocular Espontânea 4
Abertura Ocular a Voz 3
Abertura Ocular a Dor 2
Sem Abertura Ocular 1

RESPOSTA VERBAL

Orientado 5
Confuso 4
Resposta Inapropriada 3
 Sons Incompreensíveis 2
Sem resposta Verbal 1

RESPOSTA MOTORA

Obedece ao Comando 6
Localiza Estímulo Doloroso 5
Retirada ao Estímulo Doloroso 4
Descorticação 3
Descerebração 2
Sem Resposta Motora 1

TOTAL DE PONTOS ECG: _____

Sinais de disfunção cerebral: Déficit Motor () Desvio comissura labial ()
Dificuldade na fala ()
Avaliação Pupilar: Isocóricas () Anisocóricas () Midríase () Miose ()

Classificação TCE pela ECG
ECG 3-8: TCE Grave
ECG 9-13: TCE Moderado
ECG 14-15: TCE Leve

NATUREZA DA LESÃO

Presença de sangramento Externo: S () N ()
Lesões Intra-Torácica: S () N () Fratura Pélvis: S () N ()
Lesões Intra-Abdominais: S () N () Fraturas em Osso Longo: Fechada () Aberta ()

USO DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS

Usou álcool: S () N () Informante: Vítima () Outros ()
Hálito Alcoólico () Alteração na Marcha () Sonolência/Agitação () Alteração no Humor ()
Usou Outras Drogas: S () N () Informante: Vítima () Outros ()
Loló () Maconha () Cola () Cocaína () Crack () Lança-perfume () Anfetamina () Éxtase ()

CONDUTA CLÍNICA/EVOLUÇÃO

Imobilização da Coluna Cervical: S () N ()
Imobilização Tala Gessada: S () N ()
Antibióticoterapia: S () N () Especificar: _____
Oxigenioterapia: Cateter () Venturi () GPAP ()
Aspiração de Sangue e/ou secreções: S () N ()
Entubação Orotraqueal: S () N ()
Ventilação Mecânica: Modalidade _____
FIO2: _____

Reanimação Cardiopulmonar: S () N ()
RX: S () N () Analgesia: S () N ()
Infusão de Fluidos: S () N () Especificar _____
Volume de Fluidos Infundido: _____
Outras Condutas: _____
Intercorrências: _____

MOTIVO DA TRANSFERÊNCIA

Traumato - ortopedico

CONCLUSÃO DO ATENDIMENTO

Hospital para onde foi encaminhado: *Hosp. São João Vespas*

Médico Regulador: _____ Hora: _____

Transferência com acompanhamento Médico: S () N ()

Recife, 08.08.2014
Local e Data

Dr. Gabriel Costa
Ortopedia
CRM 9467

Dr. Gabriel Costa
Ortopedia
CRM 9467

Médico Assistente



BOLETIM DE ESCLARECIMENTO

NOME: LEONARDO SANTANA DA SILVA

1. Ocorrência da Emergência: 470589

1.1 - Atendimentos em: 11/08/17

1.2 - Às 14 horas e 38 minutos.

1.3 - Internado: SIM

1.4 - Retirou-se às hr. e min.

2. Internamento Eletivo - Reg. Geral No. 275210

2.1 - Internado em: 11/08/17

2.2 - Alta em: 14/08/17

3. Hipótese Diagnóstica: FRATURA DE MALÉOLO LATERAL DIREITO COM DESVIO.

4. Tratamento: 1) ANALGESIA. 2) TRANSFERIDO PARA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA.

5. Observação: VÍTIMA DE ATROPELAMENTO.

DATA: 27.9.2017

HORA: 07:17:11

PASTA: 01.09.2017

JGAS

RS

Jéssica Guido de Araújo Sá
Dermatologista
CRM 16.178 - RQE 2167

Dr. Jéssica Guido.

HOSPITAL GETULIO VARGAS

EMERGÊNCIA



1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

ATENDIMENTO: 470589

Prontuário: 275210

Nome: LEONARDO SANTANA DA SILVA

Data Nasc.: 03/12/1982

Idade: 34

Sexo: MASCULINO

Cor:

CPF:

RG: 6340200

CNS: 702602781232543

Endereço: RUA PATROCINIO

Nº: 104

Bairro: VARZEA

Cidade: RECIFE

Estado: PE

CEP: 50740210

Fone: 83287327

Profissão:

Nome da Mãe: SONIA MARIA DE SANTANA

Acompanhante: LUIZ FERNANDO SANTANA DE ALENCAR

Nome do Conjuge:

Local de Procedência: UPA CAXANGA

Clinica: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Ocorrência: SENHA 52322134 PAC REFERE ATROPELAMENTO, EVOLUI COM DOR + EDEMA DE MEMBROS DE MOVIMENTOS EM

Acidente de Trabalho: Sim Não

2 - ATENDIMENTO DATA: 17/08/2017 HORA: 13:30 Médico:

Queixa Principal / HDA: *Vítima de atropelamento com trauma no tornozelo Direito.*

História do Trauma

Perda da Consciência: Sim <input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/>	Episódio Emético: Sim <input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/>	Acidente de Trabalho: Sim <input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/>
Acidente de Trânsito: Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Tipo:	
Colisão: Sim <input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/>	Tipo:	Motorista: <input type="checkbox"/> Passageiro: <input type="checkbox"/>
Atropelamento: Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Local de Impacto:	Sofreu Queda: Sim <input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/> Altura: m
Vítima de Ferimento: Sim <input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/>	Tipo:	Transporte Realizado por:
Queimadura: Sim <input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/>	Por:	Por que:
Condições de imobilização adequadas: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>		
Observações:		

Exame Físico

A: Geral Via aérea esta pervia: Sim Não O paciente fala: Sim Não Temp.: Cº

B/B6 consciente e orientado.

B: Respiratório

C: Circulatório

PA: x mm mm Pulso: bpm:

D: Exames Neurológico

Deficiência motora: MSD MSE MID MIE Pupilas: Isocóricas Anisocóricas

Glasgow: Abertura Ocular
Escore: Hora:

Glasgow: Resposta Verbal
Escore: Hora:

Glasgow: Resposta Motora
Escore: Hora:

*Dr. Leonardo Silveira
Ortopedia
CREMÉRPE 18.118*





HOSPITAL GETULIO VARGAS EMERGÊNCIA



E: Abdômen

Diagnóstico Inicial:

Fratura do úlcero lateral direito

Exames Solicitados : 1 - Patologia Clínica

(com dor no)

Exames Solicitados : 1 - Especializados

Resultado de Exames:

Dr. Leonardo Silveira
Código Procedimento:
CREMESP 18.176

Tratamento / Procedimentos:

*Internamento
para cirurgia*

Ass. Médico + Carimbo
Código Procedimento:

Indicação Cirúrgica: Sim Não Motivo:

Ass. Médico + Carimbo

Evolução de Enfermagem:

Ass. Enfermeira + Carimbo

Diag. Definitivo:

Definição do Caso:

Internamento Cirurgia Óbito Termo de Alta a Pedido Evadiu-se

Condição de Alta:
 Curado Melhorado
 Inalterado Piorado
 Óbito

Informação do Serviço Social:

Confirmação do Nome:

Confirmação do Endereço:

Providências:

Alta Transferência Estudo de Caso Exames Externo:

Observações:

resp. Sandra Rosa 14-08-17

Autorização para Alta / Internamento / Transferência:

Médico:

CRM/CRO: _____ Data: _____ Hora: _____

Termo de Responsabilidade Para Internamento:

- Estou ciente das normas existente neste Hospital, as quais integralmente e autorizo a realização de tratamentos, clínicos e/ou cirúrgicos, inclusive transfusões e sem os exames complementares e transporte se forem necessários.

Data: _____ Nome completo legível: _____
Nº da Identidade: _____ Assinatura: _____

Termo de Responsabilidade de Alta a Pedido:

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

Data: _____ Nome completo legível: _____
Nº da Identidade: _____ Assinatura: _____

Cadastramento: 11/08/2017 14:38 h DENNISELD

Impressão: 11/08/2017 14:38 h DENNISELD

Médico



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
HOSPITAL
Getúlio Vargas



FICHA PARA AVALIAÇÃO DE RISCO DE QUEDA

NOME: _____

Nº DO REGISTRO: _____

SETOR: _____

DATA DE ADMISSÃO: ____/____/____

ASSINALAR COM X TODOS OS ITENS DE RISCO IDENTIFICADOS. CONSIDERAR A EXISTÊNCIA DO RISCO QUANDO ASSINALAR UM OU MAIS ITENS.

- IDADE > OU IGUAL 65 ANOS
- CRIANÇAS < OU IGUAL 5 ANOS
- COMPROMETIMENTO NEUROLÓGICO
- DEPRESSÃO E/OU ANSIEDADE
- PREJUÍZO DO EQUILÍBRIO DA MARCHA
- DÉFICIT SENSITIVO, ACUIDADE AUDITIVA, TATO E VISUAL DIMINUÍDA
- HISTÓRIA PRÉVIA DE QUEDA
- ALTERAÇÃO METABÓLICA (EX:HIPOGLICEMIA)
- OBESIDADE MÓRBIDA OU BAIXO ÍNDICE DE MASSA CORPÓREA
- SEDAÇÃO/ANESTESIA
- MEDICAMENTO QUE ALTERAM O SISTEMA NERVOSO CENTRAL
- URGÊNCIA URINÁRIA/INTESTINAL
- HIPOTENSÃO ORTOSTÁTICA
- PACIENTE CIRÚRGICO

CASO O PACIENTE APRESENTE UM OU MAIS FATORES DE RISCO, COLOCAR PULSEIRA ROXA NO MSD.

COLOCADO PULSEIRA ROXA

NÃO SE APLICA

ENTREGA DO FOLDER DE ORIENTAÇÃO AO PACIENTE/ACOMPANHANTE:

SIM
 NÃO

ASSINATURA (ORIENTADO): _____

RECOMENDAÇÕES:

1. Orientar paciente e acompanhante quanto ao risco de queda e necessidade de solicitação da enfermagem para sua locomoção e mobilização;
2. Manter a cama na posição baixa, com rodas travadas e grades de proteção elevadas;
3. Orientar a não trancar portas;
4. Orientar a não andar nem circular na enfermaria ou corredor no momento da limpeza;
5. Manter a área de circulação, livre de móveis e utensílios;
6. Auxiliar na deambulação dos pacientes que apresentarem dificuldade de marcha ou déficit sensitivo ou motor;
7. Estimular o uso de acessórios de apoio;
8. Conscientizar a família sobre a importância da presença de um acompanhante e comunicar a enfermagem quando houver necessidade de ausentar-se;
9. Manter iluminação adequada durante a noite;
10. Orientar a evitar apoiar-se na cama, móveis e parapeitos de janelas;
11. Manter o acompanhamento da enfermagem no momento do transporte;
12. Orientar o acompanhante para ficar atento às brincadeiras das crianças e a utilização de brinquedos;
13. Não deixar o paciente sozinho no banheiro ou durante o banho;
14. Intensificar a atenção a pacientes que estão em uso de sedativo e hipnótico, tranquilizante, diurético, anti-hipertensivo, anti-parkinsonianos.

ENFERMEIRA/COREN: _____



Av. Getúlio Vargas, s/n - Centro
 Recife/PE - CEP 50.830-000
 Fone: 0XX 81 31846800

HOSPITAL GETULIO VARGAS

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

MANCHESTER V2

Data e hora retirada da senha: 11/08/2017 14:30



Nome Paciente: LEONARDO SANTANA DA SILVA
Cód. Paciente:
Data de Nascimento: 03/12/1982
Sexo: Masculino
Idade: 34
Senha: E0020
Convênio:
Atendimento:
SAME:

Período: 11/08/2017 14:31 - 11/08/2017 14:31

MARGARIDA MARIA GONCALVES MARTINS MALTA - COREN: 148826 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) -

Prioridade: **AMARELO URGENTE**

Cor: **AMARELO**

Queixa Principal: HISTORIA DE ATROPELAMENTO, EVOLUI COM DOR + EDEMA + LIMITAÇÕES DE MOVIMENTOS EM MID

Observação: SENHA 5232134

Fluxograma sintoma: PROBLEMAS EM EXTREMIDADES

Discriminador(es): - DOR MODERADA?

Especialidade: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Sinais Vitais Lidos: - REGUA DE DOR: 5



Acolhido(a) por: MARGARIDA MARIA GONCALVES MARTINS MALTA - COREN: 148826 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 11/08/2017 14:31

Relatório Médico de Alta

Nome: LEONARDO SANTANA DA SILVA
Reg.: 523777 **Pront.:** 1101334
Sexo: Masculino **Dt. Nasc.:** 03/12/1982 **Idade:** 36
Conv.: RETAGUARDA GETULIO **Admissão:** 14/08/2017 09:41 **Alta:** 16/08/2017 18:30

Admissão:

FRATURA EM TORNOZELO DIREITO

Evolução / Conduta:

OPERADO SEM INTERCORRÊNCIAS

Diagnóstico:

Principal S82 FRATURA DA PERNA, INCLUINDO TORNOZELO| [NOTA: AS SEGUINTE SUBDIVISÕES SÃO FORNECIDAS, PARA USO OPCIONAL, QUANDO NÃO É POSSÍVEL OU NÃO É DESEJÁVEL USAR A CODIFICAÇÃO DE CAUSAS MÚLTIPLAS PARA IDENTIFICAR A FRATURA E O FERIMENTO. UMA FRATURA NÃO INDICADA FRATURA DO MALÉOLO LATERAL

Outros S82.6 FRATURA DO MALÉOLO LATERAL
 W99.9 EXPOSIÇÃO A OUTROS FATORES AMBIENTAIS ARTIFICIAIS E AOS NÃO ESPECIFICADOS - LOCAL NÃO ESPECIFICADO

Internação:

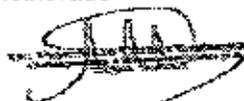
Unidade	Admissão	Alta/Transferência	Tempo
ENFERMARIA SÃO LUIZ	14/08/2017 09:41	16/08/2017 18:30	2 dia(s)

Orientação:

- 1) Agendar retorno para Drº AZARIAS para 15 dias;
- 2) Tomar medicação prescrita;
- 3) Realizar RX
- 5) Não pisar até 2º ordem;

Condição de Alta: Melhorado

Tipo de Alta: Médica



Médico Responsável: Dr. HENRIQUE COSTA BARBOSA
CRM: 10531

DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins, que o paciente **LEONARDO SANTANA DA SILVA**, prontuário nº **110.1334**, admitido neste hospital em 14/08/2017 com diagnóstico de Fratura do Tornozelo Direito, sendo submetido a tratamento Cirúrgico. Recebeu alta hospitalar em 16/08/2017.

Recife, 20 de Setembro de 2017.

Roberta C. de Almeida
Diretora Técnica
Hospital Santo Amaro
GRM/PE - 13434

Dr^a Roberta Cavalcanti de Almeida
Diretora Técnica do Hospital Santo Amaro



Santa Casa de Misericórdia do Recife
Av. Cruz Cabugá, 1563 - Santo Amaro - Recife - PE
Fone: PABX 3412-3800 | Email: sta-casa@santacasarecife.org.br
Site: www.santacasarecife.org.br

Nome: **LEONARDO SANTANA DA SILVA**
Nº Registro: 523777 Nº Protuário: 1101334 Sexo: Masculino Idade: 34 ano (s)
Data: 15/08/2017 / 13:51 Convênio: SUS - AMB
Data do internamento: 14/08/2017 09:41 Data da alta: 16/08/2017 18:30
Intervalo: 2

SÚMARIO DE ADMISSÃO E ALTA

DIAGNÓSTICO INICIAL (CONSTANTE NO LAUDO MÉDICO): Fratura do Tornozelo Direito CID:

PROCEDIMENTO SOLICITADO: Tratamento Cirúrgico de Fratura-Luxação do Tornozelo Direito + Reconstrução Ligamentar CÓDIGO: 0408050497 / 0408050144

TEMPO DE PERMANÊNCIA PREVISTO:

PROCEDIMENTO REALIZADO:

COD.	EQUIPE	NOME	MATRICULA
1	CIRURGIÃO	: Dr. Azarias Salgado	6218
2	1.AUX CIRÚRGICO:		
3	2.AUX CIRÚRGICO:		
4	ANESTESIA	:	
5	ANESTESISTA	: Dr. Mauro Casado	2161
6	CLÍNICA MÉDICA	:	

PROCEDIMENTOS ESPECIAIS:

USO DE PRÓTESE, ÓRTESE,

RESUMO DE CASO: Paciente vítima de atropelamento por ônibus, resultando em Fratura do Tornozelo Direito. Evoluindo com dor e edema local.

Necessitando de procedimento cirúrgico.
Operado. Alta Hospitalar após melhora.

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL: Fratura do Tornozelo Direito CID:

Dr. Azarias Salgado
Cirurgião / Ortopedista
16/08/2017

Dr. Azarias Salgado
Cirurgião / Ortopedista
16/08/2017



Santa Casa de Misericórdia do Recife
Av. Cruz Cabugá, 1563 - Santo Amaro - Recife - PE
Fone: PABX 3412-3800 | Email: sta-casa@santacasarecife.org.br
Site: www.santacasarecife.org.br

Nome: **LEONARDO SANTANA DA SILVA**
Nº Registro: 523777 Nº Protuário: 1101334 Sexo: Masculino Idade: 34 ano (s)
Data: 15/08/2017 / 13:51 Convênio: SUS - AMB
Data do internamento: 14/08/2017 09:41 Data da alta: 16/08/2017 18:30
Intervalo: 2

DIAGNÓSTICO SECUNDÁRIO: CID:

Data Internamento: Data Intervalo: Data da Alta:

*Dr. Antonio Sérgio
Lopes / Internista
2017/08*

*Dr. Antonio Sérgio
Lopes / Internista
2017/08*



Santa Casa de Misericórdia do Recife
Av. Cruz Cabugá, 1563 - Santo Amaro - Recife - PE
Fone: PABX 3412-3800 | Email: sta-casa@santacasarecife.org.br
Site: www.santacasarecife.org.br

Nome: **LEONARDO SANTANA DA SILVA**
Nº Registro: 523777 Nº Protuário: 1101334 Sexo: Masculino Idade: 34 ano (s)
Data: 15/08/2017 / 13:50 Convênio: SUS - AMB
Intervalo: 2

BOLETIM OPERATÓRIO

Recife, 15/08/2017-13:50

Diagnóstico pré-operatório: Fratura-Luxação do Tornozelo Direito
Diagnóstico pós-operatório: Fratura-Luxação do Tornozelo Direito
Cirurgia: Tratamento Cirúrgico de Fratura-Luxação do Tornozelo Direito + Reconstrução Ligamentar
Cirurgião: Dr. Azarias Salgado
Anestesia: Raquí

Acidentes durante a cirurgia: Nenhum

DESCRIÇÃO CIRÚRGICA

1. Assepsia e antisepsia c/ PV PI;
2. Incisão lateral do membro inferior;
3. Abordagem por planos por planos e hemostasia. Visualização do foco da fratura, realizado redução do foco da fratura + osteossíntese com 01 placa + parafusos, verificado boa aposição dos implantes e boa redução da fratura;
4. Realizado reconstrução ligamentar do tornozelo.
5. Realizado limpeza com SF 0,9%;
6. Sutura;
7. Curativo;
8. Bota gessada;
9. RX de controle.

Dr. AZARIAS SALGADO DE VASCONCELOS NETO
CRM:6218

Dr. Azarias Salgado
Recife, 15/08/2017
13:50



Santa Casa de Misericórdia do Recife
Av. Cruz Cabugá, 1563 - Santo Amaro - Recife - PE
Fone: PABX 3412-3800 | Email: sta-casa@santacasarecife.org.br
Site: www.santacasarecife.org.br

Nome: **LEONARDO SANTANA DA SILVA**
Nº Registro: 523777 Nº Protuário: 1101334 Sexo: Masculino Idade: 34 ano (s)
Data: 24/08/2017 / 07:36 Convênio: SUS - AMB
Intervalo: 2

LAUDO-PERNA e TORNOZELO DIREITO AP/P

Exame para controle de tratamento cirurgico.

MARCELO WANDERLEY
CRM: 010755

CHAPA: 117.203862



SOLICITAÇÃO DE FICHA DE ESCLARECIMENTO AO SAME

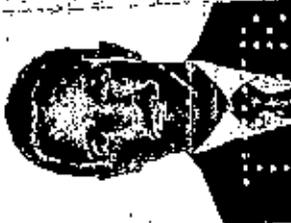
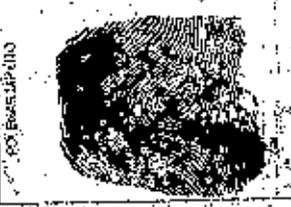
Nome do Paciente: LEONARDO SANTANA DA SILVA		
Identidade: 6.340.300	Telefone(s) de Contato: 81 936924424	
Endereço: RUA DO PATROCÍNIO, 104		
Bairro: VIAZEN	Cidade: RECIFE	Estado: PE
Nome da Mãe: SONIA MARIA DE SANTANA		
Prontuário: 1101334	Data de Entrada: 14.08.17	Aitor: 16.08.17
Nome do Solicitante: O MESAIO		
Grau de Parentesco: -----		
Laudo para fins de: PPVAT		
Obs: PPVAT FORNECIDO		
<input checked="" type="checkbox"/> Laudo Médico	<input checked="" type="checkbox"/> Cópia do Prontuário	
Obs: Para solicitação de cópia do Prontuário anexar o Xerox da identidade ao pedido. Ligar após 30 dias para o telefone (81) 3412-3015 de Segunda à Sexta, das 7h às 18h.		
Recibo <u>31</u> de <u>08</u> de 201 <u>7</u>		
x _____ (O Laudo só será entregue ao paciente, parente de 1º grau ou procurador)		

ARUANA SEGURODORA
24 SET 2019

CARTERA DE IDENTIDADE

REG. GERAL DO TITULAR

Ido Albeduzado(a)

ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO E REGISTRO CIVIL

REPÚBLICA FEDERAL DO BRASIL

EC-1

ARUANA SEGURODORA
24 SET 2019

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL	DATA DE EXPEDIÇÃO
6.340.200	17/04/2018
NOME	
<< LEONARDO SANTANA DA SILVA >>	
FILIAÇÃO	
<< JOÃO BATISTA DA SILVA >> << SONIA MARIA DE SANTANA >>	
NACIONALIDADE	
RECIFE - PE	DATA DE NASCIMENTO
	03/12/1982
DOC. ORIGEM	
<< CN.44716 L.59 F.204 CART.2ºDIST. RECIFE-PE 22.02.1990 >>	
CPF	
093.393.764-47	<i>Paulo de Carvalho</i>
ASSINATURA DO TITULAR	
LEI Nº 7.116 DE 21/05/73	

11741912 SILVANA 977 RUA DE... F-00 TR 119 - 3011

ARIELDO OLIVEIRA DA SILVA
 - DOC. IDENTIDADE / CPF / RG / CPF / UF
 359097, SSP, PE

CPF: 045.922.754-26 DATA NASCIMENTO: 23/03/1981

FILIAÇÃO: ARIELDO OLIVEIRA DA SILVA
 LIZA ANA MARIA SANTANA DA SILVA

Nº REGISTRO: 03368529667 VALOR: 30/05/2023 PRAZOS: 30/08/2024

CANCELAMENTO:

Assinatura: *[Assinatura]*
 Assado e autenticado

LOCAL: RECIFE, PE DATA EMISSÃO: 30/05/2023

2157662804
 0200814485

PERNAMBUCO

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
 1676459676

PROTEÇÃO PLÁSTICA
 1676459676

ARIANA SEGURADORA
 24 SET 2019

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190549212

Cidade: Recife

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: LEONARDO SANTANA DA SILVA

Data do acidente: 11/08/2017

Seguradora: MONGERAL AEGON
SEGUROS E PREV. S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 27/09/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO TORNOZELO DIREITO COM DESVIO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO. ALTA MÉDICA. P11,15

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

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DO TORNOZELO DIREITO.

**Documentos
complementares:**

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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

IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA LEONARDO SANTANA DA SILVA
 DATA DO ACIDENTE 11/08/2017 CPF DA VÍTIMA 093.393.764-47
 PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ANDREA MARIA SANTANA DA SILVA
 QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR () VÍTIMA () REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COM A VÍTIMA É PROCURADOR
 ENDEREÇO DO PORTADOR R. CONEGO SOUZE FERNADES MACHADOS
 Nº 233 COMPLEMENTO CASA - BAIRRO VARZEA
 CIDADE PEUFE UF PE CEP 50.970-230
 E-MAIL _____ TELEFONE (81) 99259-0049

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML: DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML (ORIGINAL) ASSINADA PELA VÍTIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA
- BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TALS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

- () CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 - () CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 - () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

- () REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- () CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SOFRIDAS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () COMPROVANTES (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS
- () NOTAS FISCAIS (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- () AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TALS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

- () CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 - () CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 - () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- VALORES DE INDENIZAÇÃO
- MORTE = R\$ 13.500,00
 - INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R\$ 13.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/74.
 - DESPESAS MÉDICAS (DAMS) = REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO). ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.
- O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA
 - COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO
 - PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSSE WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA 24/09/2019
 IDENTIDADE 5.696.087 SSP/PE
 ASSINATURA Andrea M. Santana Silva

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA 24-SET-2019
 NOME _____
 ASSINATURA Andréia F. de Jesus

A Rogo

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL Nº 4.262.939 DATA DE EXPEDIÇÃO 04/02/2010

Nome << ADAISE FRANCISCA DA SILVA >>

FILIAÇÃO << IZAIAS ANTONIO DA SILVA >>
<< EDILEUZA FRANCISCA DA SILVA >>

NACIONALIDADE RECIFE - PE DATA DE NASCIMENTO 05/07/1972

CPF << 076240 01 55 1983 1 00031 150 >>

RG 0096220-20 RECIFE - PE

002-138-7-4-9

ASSINATURA DO DETENTOR

031703031 011957116622000303

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO E TAVARES RUIZ

031703031 011957116622000303

031703031 011957116622000303

Assinatura do Titular

CARTEIRA DE IDENTIDADE

ARUANA SEGURADORA
24 SET 2019

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)

Capitais e regiões metropolitanas: 0020-1596 / Outras regiões: 0000 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0600 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 88

Eu, ADAMSE FRANCISCA DA SILVA

RG nº 9.262.939, data de expedição 04/02/2010

Órgão SOS LPE, CPF nº 802.138.714-91

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>AV. BARÃO BONITO</u>
Número	<u>817</u>
Apto/Complemento	<u>CASA</u>
Bairro	<u>CIDADE UNIVERSITÁRIA</u>
Cidade	<u>RECIFE</u>
Estado	<u>PERNAMBUCO</u>
CEP	<u>50.740.020</u>
Tel. de contato	<u>(81) 99259-0049</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me

Local e Data: / /

Adair G. ...
Assinatura do Declarante





CNPJ 09.769.035/0001-64
 INSC. EST. Nº 18.1.001.0014398-2

ATENDIMENTO: PRACA FARIAS NEVES - NUM. - S/N - DOIS IRMAOS R
 ECLIFE PE 52171-011

DADOS DO CLIENTE
 ANTONIO I DE MELO MATRICULA: 54885067 Jul/2019
 AV BR BONITO, N. 00817 - CIDADE UNIVERSITARIA RECIFE PE 50740-
 080
 INSCRICAO: 340.421.005.0380.000 GRUPO: 11 DEB. AUTOMATICO: 054885067

SITUAÇÃO ÁGUA LIGADO	SITUAÇÃO ESGOTO POTENCIAL	RESIDENCIAL	QUANTIDADE DE UNIDADES COMERCIAL INDUSTRIAL	PÚBLICA
HIDRÔMETRO A10S118584	DATA LEIT. ANTERIOR 06/07/2019	DATA LEIT. ATUAL 05/08/2019	TIPO DE CONSUMO (AET) MÉDIA HD	

ÁGUA:
 LEIT ANT: 1 CONSUMO: 0
 LEIT ATT: RECOR ANORM HD RET
 LEIT FAL: 1

HISTÓRICO DE CONSUMO
 REFERENCIA CONSUMO

REFERENCIA	CONSUMO	PARAMETROS	NÚMERO DE AMOSTRAS		
			EXIG. PORT. MS 2.914/11	ANÁLISES REALIZ.	ATENDEN A LEGIS
06/2019	00	TURBIDEZ	126	127	127
05/2019	00	COR APARENTE	126	127	125
04/2019	00	CORO RESIDUAL	126	127	127
03/2019	00	COLIF. TOTAIS	126	127	126
02/2019	00	E. COLI	126	127	127
01/2019	00				
MÉDIA:	00				

Qualidade de Água: www.compesa.com.br

OBS.: (1) COLIFORMES TOTAIS AUSÊNCIA 95% DAS AMOSTRAS EXAMINADAS
 (2) OS PARÂMETROS COLIFORMES TOTAIS, ESCHERICHIA COLI E CLORO
 RESIDUAL SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES SANITÁRIAS DA ÁGUA
 (3) OS PARÂMETROS COR E TURBIDEZ SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES
 ASSOCIADAS AO ASPECTO VISUAL DA ÁGUA

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS	CONSUMO	TOTAL (R\$)
ÁGUA		
RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)		
CONSUMO DE ÁGUA	0 M3	41,30
MULTA P/IMPONTUALIDADE 06/2019		0,82

VALOR DEBÍTO	BASE DO CÁLCULO	PERCENTUAL (%)	VALOR DO IMPOSTO
41,30	41,30	1,65	0,68
41,30	41,30	7,00	2,89

VENCIMENTO: 20/08/2019 TOTAL A PAGAR: 42,12

ARUANA SEGURADORA
 24 SET 2019

IMPRESSO EM 05/08/2019 11:17:05



fesfermonhr

Ministério da Fazenda
Secretaria da Receita Federal do Brasil

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: **711.760.844-70**

Nome: **ADRIELE DA SILVA ALCANTARA**

Data de Nascimento: **13/12/1998**

Situação Cadastral: **REGULAR**

Data da Inscrição: **24/07/2015**

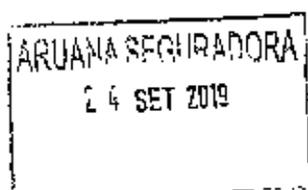
Dígito Verificador: **00**

Comprovante emitido às: **15:20:57** do dia **13/09/2019** (hora e data de Brasília).
Código de controle do comprovante: **2232.CA8E.B243.EEDE**



Este documento não substitui o "Comprovante de Inscrição no CPF".

(Modelo aprovado pela IN/RFB nº 1.548, de 13/02/2015.)



VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL: 10.224.029 DATA DE EXPEDIÇÃO: 27/08/2015

NOME: << ADRIELE DA SILVA ALCANTARA >>

FILIAÇÃO: << ENDES ALCANTARA DE FREITAS >>
<< ADAISE FRANCISCA DA SILVA >>

NATURALIDADE: RECIFE - PE DATA DE NASCIMENTO: 13/12/1998

IDENTIFICADORA: << 076240-01-55-19991-00008-069 >>
<< 0008686-92 RECIFE-PE >>

Assinado digitalmente por: [Assinatura]

LEI Nº 7.116 DE 29/06/83

150078810051504001593731

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE PERNAMBUCO

SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA

DEPARTAMENTO DE REGISTRO CIVIL

RECIFE - PE

Adrielle da Silva Alcantara

13/12/1998

CARTEIRA DE IDENTIDADE

ARQUIVA OCUPADORA
26 SET 2019

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)

Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 22 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 99

Eu, ADRIELE DA SILVA ALCANTARA

RG nº 10.221.029, data de expedição 27/08/2015

Órgão SDS / PE, CPF nº 711.760.844-70

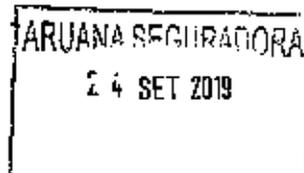
venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>AV. BOMAS BOMIL</u>
Número	<u>817</u>
Apto/Complemento	<u>CASA</u>
Bairro	<u>CIDADE UNIVERSITÁRIA</u>
Cidade	<u>RECIFE</u>
Estado	<u>PERNAMBUCO</u>
CEP	<u>50.740.080</u>
Tel. de contato	<u>(01) 99259-0049</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me

Local e Data: _____

Adrielle da Silva Alcantara
Assinatura do Declarante





CNPJ 09.769.035/0001-64
 INSC. EST. Nº 18.1.001.0014398-2

ATENDIMENTO: PRACA FARIAS NEVES - NUM. - 5/N - DDIS IRMAOS R
 CTIFE PE 52171-011

DADOS DO CLIENTE MATRICULA: 54885067 Jul/2019
 ANTONIO I DE MELO
 AV BR BONITO, N. 00317 - CIDADE UNIVERSITARIA RECIFE PE 50740-
 1000
 INSCRICAO: 340.421.005.0380.000 GRUPO: 11 DEB. AUTOMATICO: 054885067

SITUAÇÃO ÁGUA LIGADO	SITUAÇÃO FOGOTO POTENCIAL	RESIDENCIAL	QUANTIDADE DE ECONOMIAS DOMESTICA, COMERCIAL, INDUSTRIAL	PÚBLICA
MILÍMETRO A10S118584	DATA LEIT ANTERIOR 06/07/2019	DATA LEIT ATUAL 05/08/2019	TIPO DE CONSUMO (AVE) MÉDIA HD	

ÁGUA:
 LEIT ANT: 1 CONSUMO: 0
 LEIT ATU: RECOR ANORM HD RET
 LEIT FAI: 1

HISTÓRICO DE CONSUMO

REFERENCIA	CONSUMO	PARAMETROS	NÚMERO DE AMOSTRAS		
			EXIG. PORT. MS 2.914/11	ANÁLISES REALIZ.	ATENDIM. A LEGIS
06/2019	00	TURBIDFZ	126	127	127
05/2019	00	COR APARENTE	126	127	125
04/2019	00	CORO RESIDUAL	126	127	127
03/2019	00	COLIF. TOTAIS	126	127	126
02/2019	00	E. COLI	126	127	127
01/2019	00				
MEDIA:	00				

Qualidade de Água: www.compesa.com.br
 OBS.: (1) COLIFORMES TOTAIS AUSÊNCIA 95% DAS AMOSTRAS EXAMINADAS
 (2) OS PARÂMETROS COLIFORMES TOTAIS, ESCHERICHIA COLI E CLORO
 RESIDUAL SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES SANITÁRIAS DA ÁGUA
 (3) OS PARÂMETROS COR E TURBIDEZ SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES
 ASSOCIADAS AO ASPECTO VISUAL DA ÁGUA

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS	CONSUMO	TOTAL (R\$)
ÁGUA		
RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)		
CONSUMO DE ÁGUA	0 M3	41,30
MULTA P/IMPONTUALIDADE 06/2019		0,82

% Tributos	Valor de Cálculo	Porcentual (%)	Valor do Imposto
ICMS	41,30	1,65	0,68
ICMS	41,30	7,60	3,14

VENCIMENTO: 20/08/2019 TOTAL A PAGAR: 42,12

ARIANA REGINA TORRES
 24 SET 2019

IMPRIMIR EM: 05/08/2019 11:17:18

festamento

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA SAÚDE
DEPARTAMENTO NACIONAL DE DEFESA DO CONSUMIDOR
PROTEÇÃO E DEFESA DO CONSUMIDOR

NOME
FERNANDA BRANDAO DE OLIVEIRA

DOC. IDENTIFIC. (CPF, PASSAPORTE, RG)
6181559 8DN, PE

CPF
056.639.384-69

DATA NASCIMENTO
30/06/1983

PLANO
FERMENDO FERREIRA DE OLIVEIRA
DIAMANTE BRANCO DE OLIVEIRA

PERIODO **AGE** **CALIBRE**
AB

Nº REGISTRO **VALIDADE** **Nº VALIDADOR**
05229956871 13/09/2021 16/06/2012

ASSINATURA
sem assinatura

ASSINATURA DO FISCAL

LOCAL **DATA EMISSÃO**
RECIFE - PE 15/02/2016

ASSINATURA DO EMITENTE **54431504883**
92071344037

VALIDA EM TODOS OS TERRITÓRIOS NACIONAIS
1221607980

PRODUTO PLÁSTICO
1221607980

ARUANA REGISTRADORA
24 SET 2019



CTC RECIFE PE PL1
FERNANDA BRANDAO DE OLIVEIRA
RUA CONEGO JOSE FERNANDES MACHADO 233 CASA A
VARZEA
50970-230 RECIFE PE



72 09036538 54304 0000000890 3 0 270819
Vencimento: 04/09/2019 Postagem: 27/09/2019

ARUANA RECIPADORA

24 SET 2019

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.segundolider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)
Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 91 99 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0680 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

EU, LEONARDO SANTANA DA SILVA

RG nº 6.340.200, data de expedição 17/04/2018

Órgão SDS/PE, CPF nº 093.393.764-47

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>AVº BR. BONIB</u>
Número	<u>817</u>
Apto/Complemento	<u>CASA</u>
Bairro	<u>CIDADE UNIVERSITÁRIA</u>
Cidade	<u>RECIFE</u>
Estado	<u>PERNAMBUCO</u>
CEP	<u>50.740-080</u>
Tel. de contato	<u>(81) 98552-9424</u>
E-mail	<u>ANDREABRANDAO97@GMAIL.COM</u>

Por ser verdade, firmo-me

Local e Data:



Adriano Francisco da Silva
Assinatura do Declarante / ASSINATURA DO APOSENTADO

ARLIANA SEGURADORA
24 SET 2019

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190549212 **Cidade:** Recife **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: LEONARDO SANTANA DA SILVA **Data do acidente:** 11/08/2017 **Seguradora:** MONGERAL AEGON SEGUROS E PREV. S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 27/09/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO TORNOZELO DIREITO COM DESVIO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO. ALTA MÉDICA. P11,15

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

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DO TORNOZELO DIREITO.

Documentos complementares:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE	LEONARDO SANTANA DA SILVA
ESTADO CIVIL	SOLTEIRO
IDENTIDADE	6.340.200 SDS/PE CPF: 093.393.764-47
ENDEREÇO	AV: BARÃO DE BONITO, 817 - VARZEA - RECIFE/PE 50.740-080

OUTORGADO	ANDREA MARIA SANTANA DA SILVA
ESTADO CIVIL	SOLTEIRA
IDENTIDADE	5.696.097 SSP/PE CPF: 043.922.754-26
ENDEREÇO	R. CONDE JOSE FERNANDES MACHADOS, 233 - VARZEA - RECIFE 50.970-230

A ROGO	ADAISE FRANCISCA DA SILVA
ESTADO CIVIL	SOLTEIRA
IDENTIDADE	4.262.939 SDS/PE CPF: 802.138.714-91
ENDEREÇO	AV: BARÃO DE BONITO, 817 - VARZEA - RECIFE/PE 50.740-080

1. TESTEMUNHA	ADRIELE DA SILVA ALCANTARA
ESTADO CIVIL	SOLTEIRA
IDENTIDADE	10.221.029 SDS/PE CPF: 711.760.844-70
ENDEREÇO	AV: BARÃO DE BONITO, 817 - VARZEA - RECIFE/PE 50.740-080
2. TESTEMUNHA	FERNANDA BRANDÃO DE OLIVEIRA
ESTADO CIVIL	SOLTEIRA
IDENTIDADE	6.141.955 SDS/PE CPF: 056.637.994-69
ENDEREÇO	R. CONDE JOSE FERNANDES MACHADOS, 233 - VARZEA - RECIFE/PE 50.970, 230

Por este instrumento particular de procuração, o (a) outorgante nomeia e constitui o(a) outorgado(a) seu bastante procurador (a), para o fim especial de requerer junto a qualquer Seguradora integrante do Consorcio Seguro DPVAT o pagamento do sinistro que vitimou em acidente de trânsito o (a) Sr.(a) LEONARDO

SANTANA DA SILVA em 11/09/17 conforme registrado pela BO em anexo ao processo, tendo como natureza do processo _____.

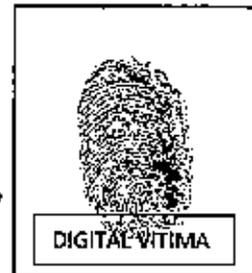
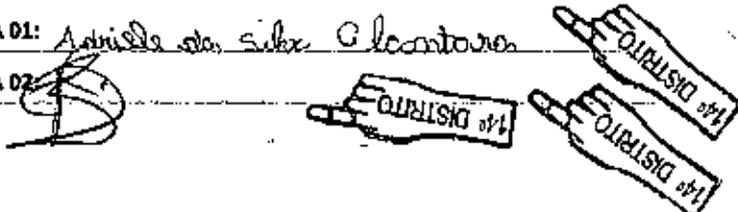
Podendo dito(a) procurador(a) representar o (a) outorgante como se o(a) próprio fosse, enfim requerer todos os papéis e documentos que forem precisos e praticar todos os demais atos necessários para o mais amplo e fiel cumprimento do presente mandato.

LOCAL E DATA: RECIFE 13 DE SETEMBRO DE 2019.

A ROGO: Adaise Francisca da Silva

TESTEMUNHA 01: Adrielle da Silva Alcantara

TESTEMUNHA 02: [Assinatura]



OBS: Reconhecer firma por autenticidade ou verdadeira do A Rogo e das testemunhas.

ARUANA SEGURADORA
24 SET 2019

CARTÓRIO DO REGISTRO CIVIL DO 14º DISTRITO JUDICIÁRIO (VÁRZEA) - RECIFE/PE
Avenida Casanga, 3489 - Iputinga - CEP: 50.870-000 - Fone: (81) 3453-2251
Reconheço por AUTENTICIDADE a firma indicada de
FERNANDA BRANDAO DE OLIVEIRA
lançada em minha presença: doulé,
Recife, 13 de setembro de 2019, 15:48:10.
Em testemunho *Willes Melo* da verdade.
Willes Melo da Silva (Escrivente Autorizado)
Selo: 0076240.IDA09201903.01455
E-mail: R\$ 3,39 TBNR R\$ 0,80 FERM R\$ 0,04 FUNSEG R\$ 0,08 FERC R\$ 0,40 IBS R\$ 0,20 TOTAL R\$ 4,91



CARTÓRIO DO REGISTRO CIVIL DO 14º DISTRITO JUDICIÁRIO (VÁRZEA) - RECIFE/PE
Avenida Casanga, 3489 - Iputinga - CEP: 50.870-000 - Fone: (81) 3453-2251
Reconheço por AUTENTICIDADE a firma indicada de
ADAISE FRANCISCA DA SILVA
lançada em minha presença: doulé,
Recife, 13 de setembro de 2019, 15:46:54.
Em testemunho *Willes Melo* da verdade.
Willes Melo da Silva (Escrivente Autorizado)
Selo: 0076240.OHJ09201903.01452
E-mail: R\$ 3,39 TBNR R\$ 0,80 FERM R\$ 0,04 FUNSEG R\$ 0,08 FERC R\$ 0,40 IBS R\$ 0,20 TOTAL R\$ 4,91



CARTÓRIO DO REGISTRO CIVIL DO 14º DISTRITO JUDICIÁRIO (VÁRZEA) - RECIFE/PE
Avenida Casanga, 3489 - Iputinga - CEP: 50.870-000 - Fone: (81) 3453-2251
Reconheço por AUTENTICIDADE a firma indicada de
ADRIELE DA SILVA ALCANTARA
lançada em minha presença: doulé,
Recife, 13 de setembro de 2019, 15:46:18.
Em testemunho *Willes Melo* da verdade.
Willes Melo da Silva (Escrivente Autorizado)
Selo: 0076240.DBM09201903.01451
E-mail: R\$ 3,39 TBNR R\$ 0,80 FERM R\$ 0,04 FUNSEG R\$ 0,08 FERC R\$ 0,40 IBS R\$ 0,20 TOTAL R\$ 4,91



ARUANA SEGURADORA
24 SET 2019

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0330824/19

Vítima: LEONARDO SANTANA DA SILVA

CPF: 093.393.764-47

Seguradora: MONGERAL AEGON SEGUROS E PREV. S/A

Data do acidente: 11/08/2017

CPF de: Próprio

Titular do CPF: LEONARDO SANTANA DA SILVA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

ANDREA MARIA SANTANA DA SILVA : 043.922.754-26

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

LEONARDO SANTANA DA SILVA : 093.393.764-47

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 24/09/2019
Nome: ANDREA MARIA SANTANA DA SILVA
CPF: 043.922.754-26

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 24/09/2019
Nome: NATHALIA GABRIELA FERREIRA DE SOUZA
CPF: 109.530.024-54

ANDREA MARIA SANTANA DA SILVA

NATHALIA GABRIELA FERREIRA DE SOUZA

Rio de Janeiro, 26 de Setembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190549212

Vítima: LEONARDO SANTANA DA SILVA

Data do Acidente: 11/08/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ANDREA MARIA SANTANA DA SILVA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), LEONARDO SANTANA 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, contatos a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 09 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190549212

Vítima: LEONARDO SANTANA DA SILVA

Data do Acidente: 11/08/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ANDREA MARIA SANTANA DA SILVA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), LEONARDO SANTANA DA SILVA

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

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

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um tornozelo 25%	
Graduação: Em grau médio 50%	
% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%	
Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 =	R\$ 1.687,50

Recebedor: LEONARDO SANTANA DA SILVA

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 237

Agência: 000001055-3

Conta: 000000501558-8

Tipo: CONTA POUPANÇA

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

1 - Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) INVALIDEZ PERMANENTE MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL: _____ 3 - CPF da vítima: 093.393.764-47 4 - Nome completo da vítima: LEONARDO SANTANA DA SILVA

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

5 - Nome completo: LEONARDO SANTANA DA SILVA 6 - CPF: 093.393.764-47
 7 - Profissão: RECURSA 8 - Endereço: AV: BARÃO BONITO 9 - Número: 817 10 - Complemento: CASA
 11 - Bairro: CIDADE UNIVERSITÁRIA 12 - Cidade: RECIFE 13 - Estado: PE 14 - CEP: 50740-080
 15 - E-mail: _____ 16 - Tel.(DDD): (81)99259-0049

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

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

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

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

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

CONTA POLIPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção):
 Bradesco (237) Itaú (342)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)
 CONTA CORRENTE (Todas as bancas)
 Nome do BANCO: _____
 AGÊNCIA: 1055 CONTA: 0501558 AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):
 Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
 O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
 O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

ARUAMA SEGURADORA
24 SET 2019

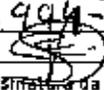
Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora LIDER para verificação da existência e quantificação dos lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorçado Separado Judicialmente Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: _____
 25 - Grau de Parentesco com a vítima: _____ 26 - Vítima deixou companheiro(a): Sim Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____
 28 - Vítima teve filhos? Sim Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou casado(a) (vai nascer)? Sim Não 31 - Vítima teve irmãos? Sim Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

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


 35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido: ADRISE FRANCISCA DA SILVA
802.138.714-91
 36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido: AdriSe Franca da Sila
 37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª | Nome: BERNANDA BRUNYLL DE OLIVEIRA
 CPF: 056.639.994-69

 Assinatura da testemunha
 39 - 2ª | Nome: ADRIELE DA SILVA ALCANTARA
 CPF: 311.760.844-70
Adrielle da Silva Alcantara
 Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: Recife, 24 de Setembro de 2019.

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

REDE BRADESCO - CONSULTA DE SALDOS
LEONARDO SANTANA DA SILVA 12:25 HRS
AGENCIA 1055 CONTA 0501558-8 16/SET/2019

DISPONIVEL	
= TOTAL DISPONIVEL	103,60-
+ CONTA FACIL (C/C + POUF)	103,60-
TOTAL DE RECURSOS	103,60-

ARUANA SECUNDARIA

24 SET 2019

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

1 - Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) INVALIDEZ PERMANENTE MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL: _____ 3 - CPF da vítima: 093.393.764-47 4 - Nome completo da vítima: LEONARDO SANTANA DA SILVA

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

5 - Nome completo: LEONARDO SANTANA DA SILVA 6 - CPF: 093.393.764-47
 7 - Profissão: RECURSA 8 - Endereço: AV: BARÃO BONITO 9 - Número: 817 10 - Complemento: CASA
 11 - Bairro: CIDADE UNIVERSITÁRIA 12 - Cidade: RECIFE 13 - Estado: PE 14 - CEP: 50740-080
 15 - E-mail: _____ 16 - Tel.(DDD): (81)99259-0049

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

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

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

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

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

CONTA POLIPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção):
 Bradesco (237) Itaú (342)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)
 CONTA CORRENTE (Todas as bancas)
 Nome do BANCO: _____
 AGÊNCIA: 1055 CONTA: 0501558 AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):
 Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
 O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
 O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

ARUAMA SEGURADORA
24 SET 2019

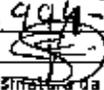
Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora LIDER para verificação da existência e quantificação dos lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorçado Separado Judicialmente Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: _____
 25 - Grau de Parentesco com a vítima: _____ 26 - Vítima deixou companheiro(a): Sim Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____
 28 - Vítima teve filhos? Sim Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: _____ Falecidos: _____ 30 - Vítima deixou casado(a) (vai nascer)? Sim Não 31 - Vítima teve irmãos? Sim Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: _____ Falecidos: _____ 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

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


 35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido: ADRISE FRANCISCA DA SILVA
802.138.714-91
 36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido: Adriese Franca da Silva
 37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª | Nome: BERNANDA BRUNYLL DE OLIVEIRA
 CPF: 056.639.994-69

 Assinatura da testemunha
 39 - 2ª | Nome: ADRIELE DA SILVA ALCANTARA
 CPF: 711.760.844-70
Adrielle da Silva Alcantara
 Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: Recife, 24 de Setembro de 2019.

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO



Secretaria de Saúde
Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO

DA Nº: 044.09.2017
EM: 19.09.2017

ARLIANA REGIMONTORA
24 SET 2019

Atendendo ao requerimento da Sra. **ADAISE FRANCISCA DA SILVA**, portadora do Documento de Identidade nº **4262939** SDS/PE e inscrita no CPF/MF sob o nº **802.138.714-91**, declaramos que constam em nossos arquivos a ocorrência de Nº **S-367925** que no dia 11 de agosto de 2017, o paciente Sr. **LEONARDO SANTANA DA SILVA**, portador do Documento de Identidade nº **6340200** SDS/PE e inscrito no CPF/MF sob o nº **093.393.764-47**, foi atendido por nosso Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU Metropolitano do Recife, vítima de colisão envolvendo ciclista e ônibus, por volta das 09h20, na Avenida Caxanga, em frente ao Caxanga Golf Club e Posto Ipiranga, Caxanga, Recife/PE, sendo socorrido para UPA Caxanga e posteriormente redirecionado para o Hospital Getúlio Vargas, Recife, 19 de setembro de 2017.

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

Carlos Eduardo Macedo
Gerente Direcional
Administrativo Financeiro
SAMU - SAMU Metropolitano do Recife
192 - Matr 92.548-9



CNPJ 09.769.035/0001-64
 INSC. EST. Nº 18.1.001.0014398-2

ATENDIMENTO: PRACA FARIAS NEVES - NUB, - S/N - DOIS IRMÃOS R
 RECIFE PE 52171-011

DADOS DO CLIENTE
 ANTONIO T DA MELO MATRÍCULA: 54885067 - Jul/2019
 AV BR BONITO, N. 00817 - CIDADE UNIVERSITARIA RECIFE PE 50740-
 000
 INSCRIÇÃO: 340.421.005.0380.000 GRUPO: 11 DEB. AUTOMÁTICO: 054885067

SITUAÇÃO ÁGUA LIGADO SITUAÇÃO ESOTO POTENCIAL RESIDENCIAL QUANTIDADE DE ESTABELECIMENTOS COMERCIAL INDUSTRIAL PÉLOUCA

HIDRÔMETRO A105118584 DATA LEIT. ANTERIOR 06/07/2019 DATA LEIT. ATUAL 05/08/2019 TIPO DE CONSUMO (A/E) MEDIA HD

ÁGUA:
 LEIT. ANI: 1 CONSUMO: 0
 LEIT. ATU: RECOR. ANOM. HD RET
 LEIT. FAI: 1

HISTÓRICO DE CONSUMO

REFERENCIA	CONSUMO	PARAMETROS	NÚMERO DE AMOSTRAS		
			EXIG. PORT. MS 2.914/11	ANÁLISES REALIZ.	ATENDIM. A LEGIS
06/2019	00	TURBID.FZ	126	127	127
05/2019	00	COR. APARENTE	126	127	127
04/2019	00	CORO. RESIDUAL	126	127	127
03/2019	00	COLIF. TOTAIS	126	127	126
02/2019	00	E. COLI	126	127	127
01/2019	00				
MEDIA:	00				

Qualidade de Água: www.compesa.com.br
 OBS.: (1) COLIFORMES TOTAIS AUSENCIA 95% DAS AMOSTRAS EXAMINADAS
 (2) OS PARAMETROS COLIFORMES TOTAIS, ESCHERICHIA COLI E CLORO RESIDUAL SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES SANITÁRIAS DA ÁGUA
 (3) OS PARAMETROS COR E TURBIDEZ SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES ASSOCIADAS AO ASPECTO VISUAL DA ÁGUA

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS	CONSUMO	TOTAL (R\$)
ÁGUA RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)	0 M3	41,30
CONSUMO DE ÁGUA		
MULTA P/IMPONTUALIDADE 06/2019		0,82

TRIBUTOS	BASE/DESCRIÇÃO	PERCENTUAL (%)	VALOR DO IMPORTE
Imp. IPTU	41,30	1,65	0,68
Imp. ITR	41,30	7,60	3,14

VENCIMENTO: 20/08/2019 TOTAL A PAGAR: 42,12

ARUANA REGINA DORA
 24 SET 2019

CAIXA



Fatura

Número do Cartão: 5126.82XX.X00X.8576
 Atendimento a Dornela 40049009
 0800 0408009

2ª Via Vencimento da

06/06/2019

Total Fatura

R\$ 834,60

Pagamento Mínimo

R\$ 126,42

ATENÇÃO Em caso de pagamento inferior ao valor total, o titular deverá arcar com as taxas e encargos apontados nesta fatura, incluindo ainda a diferença entre o valor total a ser pago e o valor pago. Valor máximo das parcelas em caso de parcelamento pelo cartão de crédito: R\$ 100,00.
 Data prevista para o fechamento da próxima: 26/09/2019

ANDREA MARIA SANTANA DA SILVA
 RUA COMEGO JOSE FERNANDES MACHADO N
 UR7 VARZEA
 50960230 RECIFE - PE

Demonstrativo

Data	Descrição	Cidade/Estado	Valor US\$	Crédito R\$
		Valor Original	Cotação	Debito
26/04	TOTAL DA FATURA ANTERIOR			358,10C
03/05	OBRIGADO PELO PAGAMENTO			358,18C
	Subtotal Nacional			0,00C
ANDREA MARIA S DA SILVA 512682000009576				
Movimentações Nacionais				
26/11	CREDIMOVE	07/05		
20/02	YES COSMETICS	04/04	CAMARAGIBE	59,50D
21/03	LASER ELETRO	03/04	RECIFE	24,82D
21/03	LASER ELETRO	03/04	RECIFE	44,68D
26/04	VAREJAO DAS CARNES	03/04	RECIFE	59,10D
26/04	SO ALHO		RECIFE	32,00D
27/04	JOSE MATIAS NETO MER		RECIFE	37,67D
27/04	TARDEZINHA PUB		PAULISTA	44,05D
27/04	JOSE MATIAS NETO MER		RECIFE	86,50D
27/04	QUITANDA DOS GUERREIRO		Recife	117,71D
01/05	PETISCARIA PRIMOS PRM		CAMARAGIBE	12,00D
04/05	MOVEMAX CAMARA		CAMARAGIBE	135,00D
07/05	JOSE MATIAS NETO MER		RECIFE	45,00D
09/05	POSTO GOPHIA		RECIFE	20,54C
09/05	ACOM MKT FLACE	01/05	RIO DE JANEIRO	50,00D
10/05	AUTO POTENCIAL		RECIFE	34,14C
27/05	ANUIDADE DIFERENCIADA TR	03/10		30,04D
27/05	JUR. PROB. DE ROTATIVO			12,00D
27/05	IOF ADICIONAL DE ROTATIVO			9,77D
	Subtotal Nacional			1,25D
	Total Nacional			834,60D
	Total Internacional			0,00C
	Total Fatura			834,60D

Encargos

Encargos	Taxa	Porcentagem	Máx. Porc. Parcelado
AVISTA			
IGRA		2,00% a.m	
ARCELADO COM JUROS		1,00% a.m	
ET PARCELADO COM JUROS		6,00% a.m	
ANUIDADE DE ROTATIVO		6,97% a.m	
ET PARC.FATURA		0,00% a.m	
		10,14% a.m	
OTATIVO			
AD PAGAMENTO MINIMO		11,80% a.m	13,80% a.m
ADJUS		14,80% a.m	13,80% a.m
ET ROTATIVO		12,00% a.m	14,00% a.m
ET NAD PAGAMENTO MINIMO		12,42% a.m	14,42% a.m
ET SAQUE		12,58% a.m	14,63% a.m

Limite de Crédito

LIMITELINHA DE CREDITO TOTAL	R\$	1.200,00
LIMITELINHA PARA SAQUE CASH	R\$	360,00
LIMITELINHA COMP PARCELADA	R\$	1.200,00
Limite de crédito parcelado a vencer	R\$	360,00
Limite de Crédito Utilizado	R\$	1.104,64

CAIXA

104-0

10498.18535 95000.138347 70171.001145 1 000000000000

Programa: Fatura de Crédito para Cartão de Débito

Nome do Titular: RUA COMEGO JOSE FERNANDES MACHADO N 230 UR7 VARZEA - 50960230 - RECIFE - PE

Número do Documento: 1490283701710011-0	NP do Documento: 0028370171	Vencimento: 06/06/2019	Valor do Documento: 834,60	Código de Verificação: 04382275426
Beneficiário: CARTÕES CADIA - 00260.5090001-04				CNPJ/CPF Beneficiário: 00.360.594/001-04
Endereço da Beneficiária: SBS Quadra 4, Lote 8N, Aca Sul, Brasília/DF, CEP 70302-600				Autenticação Aleatória - Assinatura do Pagador
Agência/Código Beneficiário: 1813 / 018630-5				
CAC CAIXA: 0020 726 0104 (Informações, exigências e taxas)				
Para mais informações consulte o site www.caixa.gov.br				
Serviço ao Cliente: 0800 726 7474				
caixa.gov.br				

ARIANA SECUNDARA
 24 SET 2019

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)
Capitals e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800-022 82 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 022 91 35

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

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

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

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS - SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. ² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS - COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº9.613/98.

Pelo exposto, eu ANDREA MARIA SANTANA DA SILVA

Inscrito (a) no CPF/CNPJ 043.922.754/26 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

LEONARDO SANTANA DA SILVA inscrito (a) no CPF sob o Nº 093.393.764/47

do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da vítima LEONARDO SANTANA DA SILVA

Inscrito (a) no CPF sob o Nº 093.393.764/47, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço: <u>R. CONEGO JOSÉ FERNANDES MELO</u>		Número: <u>233</u>	Complemento: <u>CASA</u>
Bairro: <u>VARZEA</u>	Cidade: <u>RECIFE</u>	Estado: <u>PE</u>	CEP: <u>50.970-230</u>
E-mail: _____			Tel. (DDD): <u>(81) 99259-0049</u>

Local e Data: Recife, 24 de Setembro de 2019

Andrea Maria Santana da Silva
Assinatura do Declarante

