

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

23 JUL 2019

Geato Seguradora S/A.
Av. Rui Barbosa, 715 - Lj. 5
Recife - PE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

13.385.175-38 05-09-2016

KATIANE DE SOUZA DOS SANTOS

BENTO DOS SANTOS NETO

ANA MARIA DE SOUZA DOS SANTOS

EMBU DAS ARTES SP

C.NAS. CM EMBU SP DS

SEDE LV 423 FL 570 RT 13781

845.575.915-15

Assinatura de Katiane de Souza dos Santos

DATA DE VALIDADE
02-02-1982

LEI Nº 7.116 DE 20/06/83

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA BAHIA

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA

INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO POLICIAL

NÃO PLASTIFICAR



IMAGEM DIGITAL



Katiane de Souza dos Santos

Assinatura do Titular

CARTEIRA DE IDENTIDADE

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 DEPARTAMENTO DAS CIDADÃES
 DEPARTAMENTO NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO
 CATEGORIA NACIONAL DE REGISTRAÇÃO

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
 1223998555

NOME
 MARCOS ANDRÉ ALBUQUERQUE DE CARVALHO

LOCAL DE NASCIMENTO
 3907844 REC PE

CPF
 772.869.354-72

DATA DE NASCIMENTO
 09/02/1973

FLAÇÃO
 JOSÉ TRAMES DE CARVALHO
 DELVA MARIA ALBUQUERQUE DE CARVALHO

PERMISSÃO
 ACC CAT. N.º

PRIMEIRO
 01697211356

VALIDEZ
 05/05/2001

VALIDADEZ
 26/09/1991

REGISTRO
 1223998555

PROTEÇÃO PLASTIFICAR

REGISTRO
 1223998555

LOCAL
 CARVALHO - PE

DATA DE EMISSÃO
 06/05/2016

ASSINATURA DO TITULAR

ASSINATURA DO EMISSOR

54393334541
 9807259239

DETRAN - RECIFE/PERNAMBUCO

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
 DPVAT
 CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

23 JUL 2019

Goarte Seguradora S/A.
 Av. Rui Barbosa, 715 - Lj. 5
 Recife - PE

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0249926/19

Vítima: KATIANE DE SOUZA DOS SANTOS

CPF: 845.575.915-15

Seguradora: MAPFRE VIDA S/A

Data do acidente: 08/04/2019

Titular do CPF: KATIANE DE SOUZA DOS SANTOS

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência

Comprovação de ato declaratório

Declaração de Inexistência de IML

Documentação médico-hospitalar

Documentos de identificação

Outros

MARCUS ANDRE ALBUQUERQUE DE CARVALHO : 772.869.954-72

Comprovante de residência

Declaração Circular SUSEP 445/12

Documentos de identificação

Procuração

KATIANE DE SOUZA DOS SANTOS : 845.575.915-15

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.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 23/07/2019

Nome: MARCUS ANDRE ALBUQUERQUE DE CARVALHO

CPF: 772.869.954-72

Responsável pelo cadastramento na seguradora

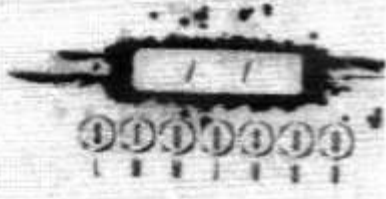
Data do cadastramento: 23/07/2019

Nome: Luciana Alves Neves

CPF: 892.165.715-00

MARCUS ANDRE ALBUQUERQUE DE CARVALHO

Luciana Alves Neves



Declaração

Eu Katieme de Souza dos Santos, residente na Rua 04, Nº 27, Adj. Nº 24, declaro que soube um acidente de moto no dia 08 de abril de 2019 na Pidade de Sobradinho/BA, e fiquei com graves e permanentes sequelas.

Informo que tentei por várias vezes localizar o proprietário da moto envolvida a qual eu estava pilotando: Placa NZR 9975 Honda CG 150 em nome de Fernando Santos de Souza, informo que não tenho condições financeiras de ficar processando por essa pessoa visto que estou muito debilitado e sem condições de estar andando.

Sobradinho 29 de Junho de 2019

Katieme de Souza dos Santos

RS TABELIONATO DE NOTAS E PROTESTO DE NOROESTE DO BRASIL
Reconheço por autenticidade (RS) a assinatura de KATIEME DE SOUZA DOS SANTOS, Q13 R-1
Katieme de Souza dos Santos
Em testemunho de verdade: Anna Carolina Silva
Ferreira, Escrevente Autorizada - Sobradinho - BA
87/2018 Valor do Atto: R\$ 3,00 Emol: R\$ 2,42 Taxa: R\$ 2,68
2017 AB057078-1
SELO RECONHECIMENTO
www.tbs.br/autenticidade

ANNA CAROLINA SILVA FERREIRA
Escrevente
Tabelionato Sobradinho-BA

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
23 JUL 2019
Corte Seguros S/A
Av. Rui Barbosa, 713 - 11.5
Recife - PE

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190443458 **Cidade:** Sobradinho **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: KATIANE DE SOUZA DOS SANTOS **Data do acidente:** 08/04/2019 **Seguradora:** MAPFRE VIDA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 29/07/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DE TÍBIA E FÍBULA ESQUERDAS.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO DA TÍBIA(OSTEOSSÍNTESE COM PLACA E PARAFUSO) P7 E 8 ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO TORNOZELO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO TORNOZELO ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações: IMAGEM: P19
LATERALIDADE DIVERGENTE EM ALGUNS DOCUMENTOS

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

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190443458 **Cidade:** Sobradinho **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: KATIANE DE SOUZA DOS SANTOS **Data do acidente:** 08/04/2019 **Seguradora:** MAPFRE VIDA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 29/07/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DE TÍBIA E FÍBULA ESQUERDAS.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO DA TÍBIA(OSTEOSSÍNTESE COM PLACA E PARAFUSO) P7 E 8 ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO TORNOZELO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO TORNOZELO ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações: IMAGEM: P19

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 PARTICULAR

Outorgante: KATIANE DE SOUZA DOS SANTOS

RG/CNH/CTPS: 1338517538

CPF: 845.575.915 - 15

End: RUA 04 Nº 22 Ed. N 24 - São Joaquim
SOBRADINHO - BA - 48925-000

Outorgado: MARCUS ANDRÉ ALBUQUERQUE DE CARVALHO

RG/CNH/CTPS: 3902844

CPF: 1772.869.954 - 72

End: RUA CARLOS FIGUEIRA - 226 - BRITA BRANCA
RETROLINA - PE 56330-035

Nomeio meu bastante procurador o **outorgado** acima citado com poderes específicos para resolver todas as questões administrativas referentes ao **SEGURO DPVAT**, que figura como **vítima**:

KATIANE DE SOUZA DOS SANTOS - NATUREZA INVALIDEZ
DATA ACIDENTE: 08/04/2019

SOBRADINHO, 07 de Julho de 2019.

Katiane de Souza dos Santos

(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)

RS
TABELIONATO DE NOTAS E PROTESTO DE SOBRADINHO/BA
Avenida F. Guedes 9-20, nº 13-B, Centro, Sobradinho/BA - CEP: 48025-000
TEL: (74) 3660-6702 / e-mail: sobradinhonotario@ig.com.br - Tabelão: Raimundo Sérgio Silva Santos

Reconheço por autenticidade a(s) firma(s) de KATIANE DE SOUZA DOS SANTOS (003 F 3)

Anne Caroline S. Ferreira
Em testemunho da verdade: Anne Caroline Silva
Ferreira, Escrevente Autorizada - Sobradinho - BA
3/7/2019. Valor do Ato: R\$ 5,00 Emol: R\$ 2,42 Taxa:
R\$ 2,58



2057 AB067024-9

SELO RECONHECIMENTO

www.tbs-jus.br/autenticidade

ANNE CAROLINE SILVA FERREIRA

Escrevente

Tabelionato Sobradinho-BA

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

23 JUL 2019

Santa Seguradora S/A.
Av. Rui Barbosa, 715 - Lj. 5
Recife - PE

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0249926/19

Vítima: KATIANE DE SOUZA DOS SANTOS

CPF: 845.575.915-15

Seguradora: MAPFRE VIDA S/A

Data do acidente: 08/04/2019

Titular do CPF: KATIANE DE SOUZA DOS SANTOS

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
Outros

MARCUS ANDRE ALBUQUERQUE DE CARVALHO : 772.869.954-72

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

KATIANE DE SOUZA DOS SANTOS : 845.575.915-15

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.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 23/07/2019
Nome: MARCUS ANDRE ALBUQUERQUE DE CARVALHO
CPF: 772.869.954-72

MARCUS ANDRE ALBUQUERQUE DE CARVALHO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 23/07/2019
Nome: Luciana Alves Neves
CPF: 892.165.715-00

Luciana Alves Neves

Rio de Janeiro, 24 de Julho de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190443458

Vítima: KATIANE DE SOUZA DOS SANTOS

Data do Acidente: 08/04/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: MARCUS ANDRE ALBUQUERQUE DE CARVALHO

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), KATIANE DE SOUZA DOS SANTOS

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 Agosto de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190443458

Vítima: KATIANE DE SOUZA DOS SANTOS

Data do Acidente: 08/04/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: MARCUS ANDRE ALBUQUERQUE DE CARVALHO

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), KATIANE DE SOUZA DOS SANTOS

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: KATIANE DE SOUZA DOS SANTOS

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 3548

Conta: 0000012385-4

Tipo: CONTA POUPANÇA

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 845575915-15 4 - Nome completo da vítima: KATIANE DE SOUZA DOS SANTOS

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

5 - Nome completo: KATIANE DE SOUZA DOS SANTOS 6 - CPF: 845575915-15
7 - Profissão: AGRICULTORA 8 - Endereço: RUA 04 9 - Número: 27 10 - Complemento: Qd. N 29
11 - Bairro: SÃO JOAQUIM 12 - Cidade: SOBRADINHO 13 - Estado: DF 14 - CEP: 48925-000
15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD): (81) 995024368

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

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:
Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).
20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:
☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) Nome do BANCO: _____
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: 3548 CONTA: 12385 4 AGÊNCIA: CONTA:
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- ☒ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ 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 nascituro (vivo/não)? ☐ 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.

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

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

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

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

38 - 1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CORTEJO NÃO VERIFICADO
23 JUL 2019
@ata Seguradora S/A
Av. Rui Barbosa, 715 - Lj. 5
Recife - PE

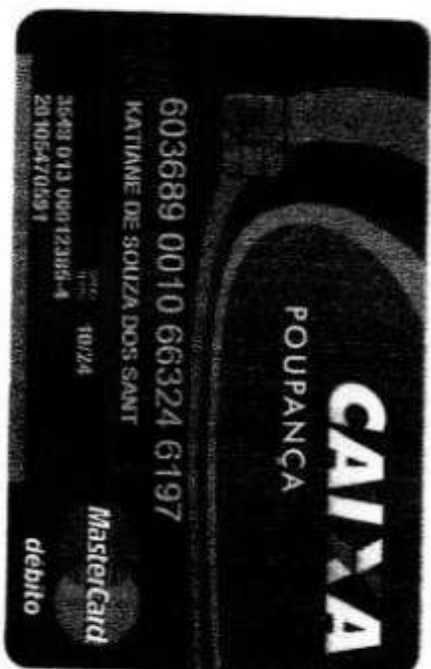
40 - Local e Data, PETROLINA, 29 de junho de 2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

DEPARTAMENTO DE SAISTHO
DEPUT
COMTEUDO NAO VERIFICADO
23 JUL 2019
Gestao Seguradora S/A.
Av. Rui Barbosa, 715 - Lt. 5
Recife - PE





CERTIDÃO

536388

Boletim de Ocorrência

Número: 17ªCRPN SOBRADN-BO-19-00523

Data: 08/07/2019 às 11:41h

Unidade: 17ª COORPIN - SOBRADINHO

Delegado: 126163982 - FILIPE FREIRE BEZERRA

Responsável Pelo Registro

Unidade: 17ª COORPIN - SOBRADINHO

Servidor: 750171564 - RUBENS GOMES DOS ANJOS

Dados do Fato

Tipo: Não delituoso

Classificação: Acidente de Veículo

Data: 08/04/2019 às 07:00h

Histórico:

ALEGA A COMUNICANTE KATIANE DE SOUZA DOS SANTOS, QUE EM DATA E HORA ACIMA CITADOS, QUANDO CONDUZIA O VEÍCULO PAS/MOTOCICLO HONDA/CG 150 FAN ESI, ANO E MODELO 2012/2012, DE COR PRETA, PLACA POLICIAL NZR-9985-SOBRADINHO-BA, CHASSI Nº 9C2KC1670CR522221, EM NOME DE FERNANDO SANTANA DE SOUZA, CONFORME CÓDIGO RENAVAM 458492340, VEIO A COLIDIR EM UMA OUTRA MOTO DE PLACA, CONDUTOR E PROPRIETÁRIO NÃO IDENTIFICADO, QUE EVADIU-SE. SEGUNDO A COMUNICANTE, NO MOMENTO DO ACIDENTE ENCONTRAVA-SE COMO CARONA A SUA GENITORA ANA MARIA DE SOUZA DOS SANTOS, SENDO AMBAS SOCORRIDAS PELO SAMU PARA O HOSPITAL DE SOBRADINHO-BAHIA, EM SEGUIDA TRANSFERIDAS PARA O HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE TRAUMAS E URGÊNCIAS DE PETROLINA-PE, COM LESÕES CORPORAIS. É O REGISTRO.

Endereço Principal: Rod. BA 210, CONTORNO DA INTEGRAÇÃO DA SAÍDA, VILA SÃO FRANCISCO, SOBRADINHO, BA - BR CEP: 48925-000

Pessoas Envolvidas

Pessoa Física

ADRIANO EVANGELISTA MARTINS, Sexo Masculino, Nacionalidade: Brasileira, Civil, Cutis: Parda, Não informado, Endereço: R. 04, Nº 27, QUADRA N-24, VILA SÃO JOAQUIM, SOBRADINHO, BA - BR CEP: 48925-000

Envolvimento

Testemunha

FRANCISVALDO, Sexo Masculino, Nacionalidade: Brasileira, Civil, Cutis: Parda, Não informado, Endereço: R. 04, Nº 27, QUADRA N-24, VILA SÃO JOAQUIM, SOBRADINHO, BA - BR CEP: 48925-000

Testemunha

ANA MARIA DE SOUZA DOS SANTOS, Carteira de Identidade: 07787214-26 SSP/BA, Sexo Feminino, Mãe: MARIA PEREIRA DE SOUZA, Pai: ANASTÁCIO BISPO DE SOUZA, Nacionalidade: Brasileira, Naturalidade: Juazeiro (BA) - BAHIA - BRASIL, Nascido em: 14/04/1958, Viúvo(a), Civil, Cutis: Parda, Altura: 1,67m, Cabelo: Pretos, Olhos: Castanhos, Cabelo: Carapinha, Heterossexual, Endereço: R. 04, Nº 27,

Vítima (Fato Não Delituoso)

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

23 JUL 2019



CERTIDÃO

Boletim de Ocorrência

Número: 17ªCRPN SOBRADN-BO-19-00523 Data: 08/07/2019 às 11:41h
Unidade: 17ª COORPIN - SOBRADINHO
Delegado: 126163982 - FILIPE FREIRE BEZERRA

Pessoa Física

QUADRA N-24, VILA SÃO JOAQUIM, SOBRADINHO, BA - BR CEP: 48925-000, Religião: Catolicismo
KATIANE DE SOUZA DOS SANTOS, Carteira de Identidade: 13385175-38 SSP/BA, Sexo Feminino, Mãe: ANA MARIA DE SOUZA DOS SANTOS, Pai: BENTO DOS SANTOS NETO, Nacionalidade: Brasileira, Naturalidade: Embu (SP) - SÃO PAULO - BRASIL, Nascido em: 02/02/1982, Solteiro (a), Civil, Cutis: Parda, Altura: 1,60m, Cabelo: Castanhos, Olhos: Castanhos, Cabelo: Encaracolado, Heterossexual, Peculiaridade: Usa Óculos, Endereço: R. 04, Nº 27, QUADRA-24, VILA SÃO JOAQUIM, SOBRADINHO, BA - BR CEP: 48925-000, Telefone Celular: 74988598354, Telefone Residencial: 74988598354, Religião: Catolicismo

Envolvimento

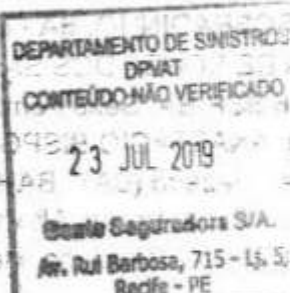
Comunicante

Responsável:

FILIPE FREIRE BEZERRA

Código de autenticidade da certidão: f1426311-ac67-48a7-92f3-d4486a0d74bf

Para verificar a autenticidade desta certidão
acesse: <https://www.delegaciadigital.ssp.ba.gov.br/>



Verificar autenticidade ocorrência

Sua certidão é válida



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DADS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 845575915-15 4 - Nome completo da vítima: KATIANE DE SOUZA DOS SANTOS

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

5 - Nome completo: KATIANE DE SOUZA DOS SANTOS 6 - CPF: 845575915-15
7 - Profissão: AGRICULTORA 8 - Endereço: RUA 04 9 - Número: 27 10 - Complemento: Qd. 29
11 - Bairro: SÃO JOAQUIM 12 - Cidade: SOBRADINHO 13 - Estado: DF 14 - CEP: 48925-000
15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD): (81) 995024368

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

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:
Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).
20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:
☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) Nome do BANCO: _____
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: 3548 CONTA: 12385 4 AGÊNCIA: CONTA:
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- ☒ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ 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 nascituro (vivo/não)? ☐ 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.

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

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

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

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

38 - 1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CORTEUO NÃO VERIFICADO
23 JUL 2019
@data Seguradora S/A
Av. Rui Barbosa, 715 - Lj. 5
Recife - PE

40 - Local e Data, PETROLINA, 29 de junho de 2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



192

FICHA DE REGULAÇÃO MÉDICA
REGISTRO DE CHAMADAS

SOBRADINHO

CHAMADA (TARM)	Nº	DATA 08 / 04 / 19		HORA 07 : 30				
	Médico(a) Regulador(a):		TARM					
MOTIVO: <input checked="" type="checkbox"/> SOCORRO <input type="checkbox"/> TRANSPORTE <input type="checkbox"/> OUTROS								
Solicitante: _____ Telefone: _____								
SOCORRO (TARM)	TIPO	QUEIXA DO SOLICITANTE		OBS.				
	<input checked="" type="checkbox"/> TRAUMÁTICO	Fratura de tíbia e fíbula (EXPOSTA)		02				
	<input type="checkbox"/> CASO CLÍNICO							
	<input type="checkbox"/> OBSTÉTRICO							
PACIENTE (TARM)	Nome completo		<input type="checkbox"/> MASC <input checked="" type="checkbox"/> FEM	37				
	Endereço onde se encontra o paciente		BA 210					
	Ponto de referência							
AVALIAÇÃO DO ESTADO DO PACIENTE A DISTÂNCIA (Médico Regulador)	ESTADO DE CONSCIÊNCIA	RESPIRAÇÃO	PULSO	SANGRAMENTO	DOR AGUDA			
	<input checked="" type="checkbox"/> Normal	<input checked="" type="checkbox"/> Resp. normalmente	<input checked="" type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Ouvido	<input type="checkbox"/> Abdominal			
	<input type="checkbox"/> Confuso	<input type="checkbox"/> Resp. alterada	<input checked="" type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Nariz / Boca	<input type="checkbox"/> Cefaléia			
	<input type="checkbox"/> Inconsciente	<input type="checkbox"/> Respiração ruidosa	<input type="checkbox"/> Rápido	<input type="checkbox"/> Vaginal	<input type="checkbox"/> Torácica /			
	<input type="checkbox"/> Convulsionou	<input type="checkbox"/> Não respira	<input type="checkbox"/> Lento	<input type="checkbox"/> Hematêmese	<input type="checkbox"/> Abdominal em idoso			
	<input type="checkbox"/> Relaxou Esfincteres	<input type="checkbox"/> Não sabe	<input type="checkbox"/> Irregular	<input type="checkbox"/> Grande	<input type="checkbox"/> Outro			
	<input type="checkbox"/> Não sabe		<input type="checkbox"/> Sem Pulso	<input type="checkbox"/> Outro				
			<input type="checkbox"/> Não sabe	Perna E	Perna E			
	<input type="checkbox"/> Trabalho de parto		<input checked="" type="checkbox"/> Trauma Tipo: _____					
	<input type="checkbox"/> Aborto							
GRAVIDADE PRESUMIDA	<input type="checkbox"/> PEQUENA <input type="checkbox"/> SEVERA	<input type="checkbox"/> PEQUENA <input type="checkbox"/> MORTE	<input type="checkbox"/> MÉDIA <input type="checkbox"/> INDETERMINADA					
MEIOS	<input type="checkbox"/> USA <input type="checkbox"/> USB I <input type="checkbox"/> USB II <input type="checkbox"/> USB III <input type="checkbox"/> USB IV							
HORÁRIO	Curvação	Parada	Local	Parada do local	Destino	Retorno	Baixar	
EQUIPE	Diego MÉDICO(A)		Jago ENFERMEIRO(A)		Aline TÉCNICA		Bray CONDUCTOR	

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
23 JUL 2019
Gestão Seguradora S/A.
Av. Rui Barbosa, 715 - Lj. 5
Recife - PE

720 x 700 mm 150 x 100 mm 260 x 200 mm

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 02/08/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: KATIANE DE SOUZA DOS SANTOS

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03548

CONTA: 000000012385-4

Nr. da Autenticação E636468AA3734DB1



União Social de Energia Elétrica Criada pela Lei 16.438, de 26/06/02
CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA - FATURA - NOTA FISCAL
VALIDA PARA USO ATÉ 15/04/2020
 Companhia de Eletricidade do Estado de Bahia
 Av. Edgar Santos, 200, Castelo VI, Salvador - BA - CEP 41181-000
 CNPJ 15.136.629/0001-94 | Insc. Est. 064789890 | www.coelba.com.br

DADOS DO CLIENTE

ANA MARIA DE SOUZA DOS SANTOS
 FKA ESCOLA MARIA RIBEIRO

CPF: 595.733.845-15

CLASSIFICAÇÃO

E1 RES DOMIL
 RESIDENCIAL

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

RUA 04 CDA N 24 27

VILA SAO JOAQUIM SOBRADINHO
 SOBRAL INHO BA
 48925-010

NUMERO DA FISCAL	SERIE	DATA DE EMISSÃO
315226733	UNICA	14/06/2019
NUMERO DE CONTADOR	NUMERO DE LEITURA	NUMERO DE CONTABILIZAÇÃO
14892018	1003657694	8571577

CONTRA-RECEBIM	NUMERO
0009C92835	06/2019
DATA DE VENCIMENTO	DATA DE PAGAMENTO
15/07/2019	16/07/2019
TOTAL A PAGAR (R\$)	65,94

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo (Wh)	75,000000	0,30461964	22,85
Atividade Bandeira AMARELA			9,98
Contribuição para o Povoamento			4,23
TOTAL DA FATURA			65,94

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL								
Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	DATA ANTERIOR	LEITURA ANTERIOR	DATA ATUAL	LEITURA ATUAL	Nº DE DIAS	CONSTANTE	ALÍQUOTA
1071202	CH	14/06/2019	21.756,20	14/06/2019	22.071,20	28	1,0000	16,00

HISTÓRICO DE LEITURAS		INFORMAÇÕES DE TRANSFERÊNCIA				COMPARAÇÃO DE CONSUMO		
MÊS/ANO	VALOR (Wh)	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR (Wh) MÊS ANTERIOR	Descrição de Energia	Valor (R\$)	Consumo (Wh)	
ABR 19	75	ICMS PS COFINS	87,71	27,20	16,00	16,00	16,00	
MAY 19	82		91,71	5,79	5,48	4,04	16,00	
JUN 19	68		91,71	5,80	2,23	1,60	16,00	
JUL 19	80						16,00	
AGO 19	84						16,00	
SET 19	78						16,00	
OCT 19	71						16,00	
NOV 19	66						16,00	
DEZ 19	70						16,00	
JAN 20	74						16,00	
FEB 20	76						16,00	
MAR 20	78						16,00	
ABR 20	80						16,00	
MAY 20	82						16,00	
JUN 20	84						16,00	
JUL 20	86						16,00	
AGO 20	88						16,00	
SET 20	90						16,00	
OCT 20	92						16,00	
NOV 20	94						16,00	
DEZ 20	96						16,00	
JAN 21	98						16,00	
FEB 21	100						16,00	
MAR 21	102						16,00	
ABR 21	104						16,00	
MAY 21	106						16,00	
JUN 21	108						16,00	
JUL 21	110						16,00	
AGO 21	112						16,00	
SET 21	114						16,00	
OCT 21	116						16,00	
NOV 21	118						16,00	
DEZ 21	120						16,00	
JAN 22	122						16,00	
FEB 22	124						16,00	
MAR 22	126						16,00	
ABR 22	128						16,00	
MAY 22	130						16,00	
JUN 22	132						16,00	
JUL 22	134						16,00	
AGO 22	136						16,00	
SET 22	138						16,00	
OCT 22	140						16,00	
NOV 22	142						16,00	
DEZ 22	144						16,00	
JAN 23	146						16,00	
FEB 23	148						16,00	
MAR 23	150						16,00	
ABR 23	152						16,00	
MAY 23	154						16,00	
JUN 23	156						16,00	
JUL 23	158						16,00	
AGO 23	160						16,00	
SET 23	162						16,00	
OCT 23	164						16,00	
NOV 23	166						16,00	
DEZ 23	168						16,00	
JAN 24	170						16,00	
FEB 24	172						16,00	
MAR 24	174						16,00	
ABR 24	176						16,00	
MAY 24	178						16,00	
JUN 24	180						16,00	
JUL 24	182						16,00	
AGO 24	184						16,00	
SET 24	186						16,00	
OCT 24	188						16,00	
NOV 24	190						16,00	
DEZ 24	192						16,00	
JAN 25	194						16,00	
FEB 25	196						16,00	
MAR 25	198						16,00	
ABR 25	200						16,00	
MAY 25	202						16,00	
JUN 25	204						16,00	
JUL 25	206						16,00	
AGO 25	208						16,00	
SET 25	210						16,00	
OCT 25	212						16,00	
NOV 25	214						16,00	
DEZ 25	216						16,00	
JAN 26	218						16,00	
FEB 26	220						16,00	
MAR 26	222						16,00	
ABR 26	224						16,00	
MAY 26	226						16,00	
JUN 26	228						16,00	
JUL 26	230						16,00	
AGO 26	232						16,00	
SET 26	234						16,00	
OCT 26	236						16,00	
NOV 26	238						16,00	
DEZ 26	240						16,00	
JAN 27	242						16,00	
FEB 27	244						16,00	
MAR 27	246						16,00	
ABR 27	248						16,00	
MAY 27	250						16,00	
JUN 27	252						16,00	
JUL 27	254						16,00	
AGO 27	256						16,00	
SET 27	258						16,00	
OCT 27	260						16,00	
NOV 27	262						16,00	
DEZ 27	264						16,00	
JAN 28	266						16,00	
FEB 28	268						16,00	
MAR 28	270						16,00	
ABR 28	272						16,00	
MAY 28	274						16,00	
JUN 28	276						16,00	
JUL 28	278						16,00	
AGO 28	280						16,00	
SET 28	282						16,00	
OCT 28	284						16,00	
NOV 28	286						16,00	
DEZ 28	288						16,00	
JAN 29	290						16,00	
FEB 29	292						16,00	
MAR 29	294						16,00	
ABR 29	296						16,00	
MAY 29	298						16,00	
JUN 29	300						16,00	
JUL 29	302						16,00	
AGO 29	304						16,00	
SET 29	306						16,00	
OCT 29	308						16,00	
NOV 29	310						16,00	
DEZ 29	312						16,00	
JAN 30	314						16,00	
FEB 30	316						16,00	
MAR 30	318						16,00	
ABR 30	320						16,00	
MAY 30	322						16,00	
JUN 30	324						16,00	
JUL 30	326						16,00	
AGO 30	328						16,00	
SET 30	330						16,00	
OCT 30	332						16,00	
NOV 30	334						16,00	
DEZ 30	336						16,00	
JAN 31	338						16,00	
FEB 31	340						16,00	
MAR 31	342						16,00	
ABR 31	344						16,00	
MAY 31	346						16,00	
JUN 31	348						16,00	
JUL 31	350						16,00	
AGO 31	352						16,00	
SET 31	354						16,00	
OCT 31	356						16,00	
NOV 31	358						16,00	
DEZ 31	360						16,00	
JAN 32	362						16,00	
FEB 32	364						16,00	
MAR 32	366						16,00	
ABR 32	368						16,00	
MAY 32	370						16,00	
JUN 32	372						16,00	
JUL 32	374						16,00	
AGO 32	376						16,00	
SET 32	378						16,00	
OCT 32	380						16,00	
NOV 32	382						16,00	
DEZ 32	384						16,00	
JAN 33	386						16,00	
FEB 33	388						16,00	
MAR 33	390						16,00	
ABR 33	392						16,00	
MAY 33	394						16,00	
JUN 33	396						16,00	
JUL 33	398						16,00	
AGO 33	400						16,00	
SET 33	402						16,00	
OCT 33	404						16,00	
NOV 33	406						16,00	
DEZ 33	408						16,00	
JAN 34	410						16,00	
FEB 34	412						16,00	
MAR 34	414						16,00	
ABR 34	416						16,00	
MAY 34	418						16,00	
JUN 34	420						16,00	
JUL 34	422						16,00	
AGO 34	424						16,00	
SET 34	426						16,00	
OCT 34	428						16,00	
NOV 34	430						16,00	
DEZ 34	432						16,00	
JAN 35	434						16,00	
FEB 35	436						16,00	
MAR 35	438						16,00	
ABR 35	440						16,00	
MAY 35	442						16,00	
JUN 35	444						16,00	
JUL 35	446						16,00	
AGO 35	448						16,00	
SET 35	450						16,00	
OCT 35	452						16,00	
NOV 35	454						16,00	
DEZ 35	456						16,00	
JAN 36	458						16,00	
FEB 36	460						16,00	
MAR 36	462						16,00	
ABR 36	464						16,00	
MAY 36	466						16,00	
JUN 36	468						16,00	
JUL 36	470						16,00	
AGO 36	472						16,00	
SET 36	474						16,00	
OCT 36	476						16,00	
NOV 36	478						16,00	
DEZ 36	480						16,00	
JAN 37	482						16,00	
FEB 37	484						16,00	
MAR 37	486						16,00	
ABR 37	488						16,00	
MAY 37	490						16,00	
JUN 37	492						16,00	
JUL 37	494						16,00	
AGO 37	496						16,00	
SET 37	498						16,00	
OCT 37	500						16,00	
NOV 37	502						16,00	
DEZ 37	504						16,00	
JAN 38	506						16,00	
FEB 38	508						16,00	
MAR 38	510						16,00	
ABR 38	512						16,00	
MAY 38	514						16,00	
JUN 38	516						16,00	
JUL 38	518						16,00	
AGO 38	520						16,00	
SET 38	522						16,00	
OCT 38	524						16,00	
NOV 38	526						16,00	
DEZ 38	528						16,00	
JAN 39	530						16,00	
F								



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

ATENDIMENTO: RUA SIMPATIA - N.º - 00070 - CENTRO PETROLINA
PE 56304-440

DADOS DO CLIENTE		MATRÍCULA: 18660814 Mai/2019		
SEBASTIAO CARLOS MANGABEIRA FERREIRA				
R DA CANAFISTULA, N. 00020 - - AREIA BRANCA PETROLINA PE 5633				
0-035				
INSCRIÇÃO: 111.866.339.0010.980 GRUPO: 18 DEB. AUTOMÁTICO: 018660814				
SITUAÇÃO ÁGUA LIGADO	SITUAÇÃO ESGOTO LIGADO	RESIDENCIAL	QUANTIDADE DE ECONOMIAS COMERCIAL INDUSTRIAL PÚBLICA	
1	1	1	1	
HIDRÔMETRO A11U157642	DATA LEIT. ANTERIOR 14/05/2019	DATA LEIT. ATUAL 13/06/2019	TIPO DE CONSUMO (A/E) REAL / N MEDIDO	
ÁGUA: LEIT ANT: 2527 CONSUMO: 37 LEIT ATU: 2564 LEIT FAT: 2564		ESGOTO: LEIT ANT: VOLUME: 37 LEIT ATU: LEIT FAT:		
HISTÓRICO DE CONSUMO				
REFERÊNCIA CONSUMO		NÚMERO DE AMOSTRAS		
		EXIG. PORT. MS 2.914/11	ANÁLISES REALIZ.	ATENDIM. A LEGIS.
04/2019	27 /27	TURBIDEZ	130	128
03/2019	36 /36	COR APARENTE	130	125
02/2019	32 /32	COLOR RESIDUAL	130	130
01/2019	25 /25	COLIF. TOTAIS	130	125
12/2018	33 /33	E. COLI	130	130
11/2018	29 /29			
MEDIA:	30 /30	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)				
ATE 10 M3 - 41,30 POR UNIDADE		10 M3	41,30	
11 M3 A 20 M3 - R\$ 4,74 POR M3		10 M3	47,40	
21 M3 A 30 M3 - R\$ 5,63 POR M3		10 M3	56,30	
31 M3 A 50 M3 - R\$ 7,75 POR M3		7 M3	54,25	
ESGOTO 80,00 % DO VALOR DE ÁGUA				
RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)				
ATE 10 M3 - 33,04 POR UNIDADE		10 M3	33,04	
11 M3 A 20 M3 - R\$ 3,79 POR M3		10 M3	37,92	
21 M3 A 30 M3 - R\$ 4,50 POR M3		10 M3	45,04	
31 M3 A 50 M3 - R\$ 6,20 POR M3		7 M3	43,40	
Tributos		Base de Cálculo	Percentual (%)	Valor do Imposto
PS	358,65	1,65	5,92	
CSFMS	358,65	7,60	27,26	

VENCIMENTO: 05/07/2019

TOTAL A PAGAR: 358,65

MENSAGEM:

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

23 JUL 2019

Geot Seguradora S/A.
Av. Rui Barbosa, 715 - Lj. 5
Recife - PE

**DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12**

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 12 05 | Central Ouvidoria: 0800 021 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/BIBLIOTECASWEB/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 Nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu MARCUS ANDRÉ ALBUQUERQUE DE CARVALHO
Inscrito (a) no CPF/CNPJ 772869954, 72 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

RATIANE DE SOUZA DOS SANTOS Inscrito (a) no CPF sob o Nº 845575915, 15
do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima RATIANE DE SOUZA DOS SANTOS

Inscrito (a) no CPF sob o Nº 845575915, 15, 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>RUA LOUCAFISTELA</u>	Número: <u>226</u>	Complemento: _____
Bairro: <u>ÁREA BRANCA</u>	Cidade: <u>PETROLINA</u>	Estado: <u>PE</u>
E-mail: _____	CEP: <u>56330-035</u>	Tel (DDD): <u>(81) 995024368</u>

Local e Data: _____

Assinatura do Declarante

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

23 JUL 2019

Gente Seguradora S/A.
Av. Rui Barbosa, 715 - Lj. 5
Recife - PE

HOSPITAL MUNICIPAL MARIA AUXILIADORA TORRES
ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

LEITO:

N° CÓDIGO SUREM:

DATA: 08/04/19

HORA: 07:30

IDENTIFICAÇÃO

Nome: Katiane de Souza dos Santos Sexo: M ☐ F ☒
 N° Cartão do SUS: 70000295859860 Regulação: SIM ☐ NÃO ☐
 Data de nascimento: 02/02/92 Idade: 37m Naturalidade: Embu das Artes UF: SP
 Filiação: Pai Bento dos Santos Nêto
 Mãe: Ana Maria de Souza dos Santos
 Raça / Cor: Negro ☐ Pardo ☐ Branco ☐ Índio ☐
 N° do RG: 13.385.175-38 Órgão Exp. _____ UF _____ Data de emissão: ____/____/____
 N° Cert. de Nasc.: _____ N° Livro _____ N° Folha _____ Data de emissão: ____/____/____
 Telefones: () _____
 Endereço (Rua / Av. Qd): _____
 Bairro: _____ Cidade: _____
 Responsável: _____

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
 DPVAT
 CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
 23 JUL 2019
 UF: _____
 Santa Gertrudes S/A
 Av. Rui Barbosa, 715 - L. 5
 Recife - PE

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO: Vermelho ☐ Amarelo ☐ Verde ☐ Azul ☐

HISTÓRICO PATOLÓGICO:

HAS: ☐ DM: ☒ OUTRA COMORBIDADE NÃO ☐ SIM ☐ QUAL? _____Gestante ☐ Pediátrico ☐ Psiquiátrico ☐ Idoso ☐ Alergia SIM ☐ NÃO ☒

SINAIS VITAIS

P.A. 160 x 100 mmHg T= _____ °C PULSO= _____ bpm RESP. _____ rpmPESO: _____ kg. HGT: 367 mg/dl BCF: _____ALÉRGICO A:
Nada

HISTÓRICO:

PAUSA: TUBO PRO BOM UTERO DE 10 CM NOTO + MIO
APRESENTA EXISTENTE CÚLITO, TUBO + 20 TUBO = FIQUE
(E)
AVU TUBO ET 25 CONTINUA 30

EVOLUÇÃO MÉDICA

AN. MIO J. 20 7.02.19 7.02.19
AN. ELODIO ANA 7.02.19 7.02.19
(C) J. 9.9.19 7.02.19
TUBO 100 7.02.19
J. 9.9.19 7.02.19
CETILORIN 3 7.02.19

Dr. Diego Gonçalves Carneiro
 Médico
 CRM-BA 28609

RELATÓRIO DE OCORRÊNCIAS

Código: 2326419 Abertura: 08/04/2019 09:19

Paciente: KATIANE DE SOUZA DOS SANTOS - Idade: 37a. - Sexo Feminino

Central. Reg.: CENTRAL DE REGULACAO INTERESTADUAL DE LEITO Unid. Origem: HOSPITAL MUNICIPAL DE SOBRADINHO - BA

Município: Sobradinho

Motivo da Solicitação: Internação Ortopédica - Fratura exposta

Justificativa da Transferência: FRATURA EXPOSTA DE TIBIA FIBULA

Complemento da Solicitação: REALIZAR TRANSFERÊNCIA, VAGA ZERO, RETENÇÃO DA MACA, PARA HUUNIVASF; ORTOPEDIA; DR. LUIZ OTAVIO CIENTE (Demetrio Gregorio Ribeiro - Nº Cons.: 28017 - CRIL - 08/04/2019 09:23:15)

Resumo Clínico: > RELATÓRIO MÉDICO

- HISTÓRICO DA ADMISSÃO: PACIENTE TRAZIDA PELO SAMU, VITIMA DE COLISAO (MOTO X MOTO), APRESENTANDO EXPOSIÇÃO OSSEA, FRATURA DE TIBIA E FIBULA ESQUERDA.

ACV: RCR EM 2T

AR: MV+ SIRA

ABD: GLOBOSO, RHA+

PULSOS PERIFÉRICOS PRESENTES

FEITO ANALGESIA

- LISTA DE PROBLEMAS:

GUSTILHO 3A - Ativo - Susp. Diag.: GUSTILHO 3A

- EVOLUÇÃO: FRATURA DE TIBIA E FIBULA, EXPOSIÇÃO OSSEA.

- DADOS VITAIS:

FC:75

FR:19

PAS:160

PAD:100

- MAIS INFORMAÇÕES:

SUP. VENT. Ar Ambiente

GLASGOW: 15

- MEDICAMENTOS EM USO:

Sem DROGAS VASOATIVAS

Sem SEDATIVOS

Sem ANTIBIÓTICOS

Sem OUTROS MEDICAMENTOS

- RESULTADO/LAUDE DE OUTROS EXAMES

ECG: Sem Exame

Ecocardi: Sem Exame

RX: Sem Exame

USG: Sem Exame

TC: Sem Exame

RNM: Sem Exame

Sem Outros Exames

QUADRO INFECCIOSO: Sem Infecção

MÉDICO RESPONSÁVEL: DIEGO GONÇALVES CARNEIRO - Nº Cons.:

28609 / CREMEB

Informado por Eliane de Lima Melo - HMS em 08/04/2019 09:19:48

Hipótese do Diagnóstico (CID)

S82.2 FRATURA DA DIÁFISE DA TÍBIA

Encaminhamento

08/04/2019 09:23

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE PETROLINA - PE

Prof. Reg.: DEMÉTRIO GREGÓRIO RIBEIRO

Resolutividade: Atendido

Paciente Não Acomodado

Mot. Solicit.: Internação Ortopédica - Fratura exposta

Ambulância:



Ficha de Atendimento - Emergência

net MH

DADOS DO PACIENTE

Prontuário: 50006030

Paciente: KATIANE DE SOUZA DOS SANTOS

Mãe: ANA MARIA DE SOUZA DOS SANTOS

Endereço: QUADRA N24 RUA 04, nº 27 - SÃO JOAQUIM / SOBRADINHO (BA)

Nasc.: 02/02/1982 Idade: 37

CNS: 700002195859800

Doc. Identificação:

Telefone: (87) 988417219

ANAMNESE DO MÉDICO

*paciente vítima de acidente
de moto. apresentando dor e
limitação no M.C.
primária por trauma no membro*

*ed. Intermittente
do membro
ATB menor*

Marcelo de Queiroz
Ortopedista
CRM 20745

Michelle Mendes Pereira
Assistente Administrativo
HU UNIVASF EBSERH
CRM 20745

HU - UNIVASF
CONTROLE DE SINISTROS
DATA: 21/07/2019

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
OPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
23 JUL 2019
Cesma Seguradora S/A
Av. Rui Barbosa, 715
Recife - PE
Hora: : :
Saída: : / : /

Ass. Paciente:

Data de Impressão: 08/04/2019

Hora: 11.29



SUS

Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde		2 - CNES	
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE		6042414	
HOSPITAL DE ENSINO DR. WASHINGTON ANTONIO DE BARROS		4 - CNES	
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE		6042414	
HOSPITAL DE ENSINO DR. WASHINGTON ANTONIO DE BARROS		6 - ACOMPANHANTE	
Identificação do Paciente		7 - PRONTUÁRIO	
5 - NOME DO PACIENTE		50006030	
KATIANE DE SOUZA DOS SANTOS		13 - RAÇA/COR	
8 - CNS		PARDA	
700002195859800		14 - REGULÁVEL	
9 - RG		NÃO	
10 - CPF		16 - TELEFONE DE CONTATO	
84557591515		(87) 988417219	
11 - NASCIMENTO		19 - TELEFONE DE CONTATO	
02/02/1982			
12 - SEXO		18 - ETNIA	
F			
15 - NOME DA MÃE		22 - CÓD IBGE	
ANA MARIA DE SOUZA DOS SANTOS		2930774	
17 - NOME DO RESPONSÁVEL		23 - UF	
		BA	
20 - ENDEREÇO		24 - CEP	
QUADRA N24 RUA 04, nº 27 - SÃO JOAQUIM		48925000	
21 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA			
SOBRADINHO			
25 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS			
ACIDENTE AUTO COM FRATURA EXPOSTA PERNA ESQ SUBMETIDA A TRATAMENTO CIRURGICO COM FIXADOR EXTERNO			
26 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO			
JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO			
27 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)			
FRATURA DA DÍFISE DA TÍBIA			
28 - DIAGNÓSTICO INICIAL			
FRATURA DA DÍFISE DA TÍBIA			
29 - CID 10 PRINCIPAL			
S82.2			
30 - CID 10			
31 - CID 10 C. ASSOCIADAS			
PROCEDIMENTO SOLICITADO			
32 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO			
TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA DÍFISE DA TÍBIA			
33 - CLÍNICA			
34 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO			
() CNS (X) CPF			
35 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE			
CLECIO DE LIMA LOPES			
36 - DOCUMENTO			
3963585439			
37 - N. DOCUMENTO (CNS/CPF)			
08/04/2019			
38 - DATA DA SOLICITAÇÃO			
40 - ASS. CARIMBO (N. REG. CONSELHO)			
15936/CREMEPE			
41 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO			
42 - () ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO			
43 - () ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO			
44 - CNPJ DA SEGURADORA			
45 - N. BILHETE			
46 - SÉRIE			
47 - CNPJ EMPRESA			
48 - CNAE EMPRESA			
49 - CBOR			
50 - VINCULO COM A PREVIDÊNCIA			
() EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () NÃO SEGURADO () APOSENTADO () NÃO SEGURADO			
51 - NOME PROF. AUTORIZADOR			
52 - CÓD. ORGÃO			
53 - DOCUMENTO			
() CNS () CPF			
54 - NÚMERO DOCUMENTO (CNS/CPF)			
55 - DATA DE AUTORIZAÇÃO			
08/04/19			
56 - ASSINATURA E CARIMBO			
57 - N. AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR			
261910634 104			

Registro de Classificação de Risco

Protocolo de Manchester

Identificação do Paciente

Nome: KATIANE DE SOUZA DOS SANTOS Chegada: 08/04/2019 11.06.45
Sexo: MASCULINO Idade: 37
Transporte: OUTROS Data de Nascimento: 02/02/1982

Classificação de Risco

Queixa Principal:	REGULADO ORTOPEDISTA: FRATURA EXPOSTA EM MIE APÓS COLISÃO MOTOXMOTO HÁ 4 HS									
Fluxograma:	PROBLEMAS EM EXTREMIDADES					Discriminador: FRATURA EXPOSTA				
Parâmetros:	Glicemia Capilar			Escala de Coma de Glasgow:			Sat O2 (%):			
	Pulso		Ritmo:		PA					
	Temperatura Timpânica		Escala de Dor: 5							
Prioridade Clínica:	EMERGENTE VERMELHA 0 minutos	MUITO URGENTE LARANJA Até 10 minutos	<input checked="" type="checkbox"/>	URGENTE AMARELA Até 60 minutos	POUCO VERDE Até 120 minutos	NÃO URGENTE AZUL Até 240 minutos	BRANCO			
Fluxo Interno:	ORTOPEDISTA									
Classificador:	TAMARA CRISTINA LOIOLA				COREN / CRM:	184758 PE		Hora de Início CR:	08/04/2019 11.17.39	
								Hora de Fim CR:	08/04/2019 11.19.11	

Reclassificação

Queixa Principal:										
Fluxograma:						Discriminado				
Parâmetros:	Glicemia Capilar			Escala de Coma de Glasgow:			Sat O2 (%):			
	Pulso		Ritmo:		PA					
	Temperatura Timpânica		Escala de Dor:							
Prioridade Clínica:	EMERGENTE VERMELHA 0 minutos	MUITO URGENTE LARANJA Até 10 minutos		URGENTE AMARELA Até 60 minutos	POUCO VERDE Até 120 minutos	NÃO URGENTE AZUL Até 240 minutos	BRANCO			
Flu Interno:										
Classificador:					COREN / CRM:			Hora de Início CR:	:	
								Hora de Fim CR:	:	

HU - UNIVASF
CONFERE COM O ORDEM
Data: 11/01/2019

Michella Mendes Pereira
Assistente Administrativo
HU UNIVASF / EBSEH
FONE: 219.2962

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
23 JUL 2019
Gesta Seguradora S/A.
Av. Rui Barbosa, 715 - Lj. 5
Recife - PE

SUS

Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

Identificação do Paciente
5 - NOME DO PACIENTE

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

11 - NOME DA MÃE

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

8 - DATA DE NASCIMENTO

9 - SEXO

10 - RACIA

11 - IDADE

12 - TELEFONE DE CONTATO

13 - TELEFONE DE CONTATO

14 - TELEFONE DE CONTATO

15 - TELEFONE DE CONTATO

16 - TELEFONE DE CONTATO

17 - COD. IBGE MUNICÍPIO

18 - UF

19 - CEP

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Paciente com lesão na perna direita.

Michella Mendes Pereira
Assistente Administrativo
HU UNIVASF / EBSERH
SINTE 219.2962

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Tratamento cirúrgico.

22 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL

Fraturas múltiplas da perna

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Tratamento cirúrgico / amputação por fratura aberta

28 - CLÍNICA

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

24 - CID 10 PRINCIPAL

582.2

25 - CID 10 SECUNDÁRIO

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

23 JUL 2019

Gente Seguradora S/A
Av. Rui Barbosa, 715 - Lj. 5
Recife - PE

0415030073

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

37 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

38 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

AUTORIZAÇÃO

47 - COD. ORGÃO EMISSOR

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

48 - DOCUMENTO

() CNS () CPF

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

17/04/19

49 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

51 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

Dr. Eliana Maria Vieira Rosa
CPF: 420.714.024-72
CREMEPE: 9229 PE
Autorizadora

261910637 110-

GHS

HU - UNIVERSIDADE FEDERAL DO VALE DO SÃO FRANCISCO
TRAUMATOLOGIA



DESCRIÇÃO CIRÚRGICA

NOME: KATIANE DE SOUZA DOS SANTOS

DATA INTERNAÇÃO:
08/04/19

DIAGNOSTICO: FRATURA EXPOSTA DE TIBIA ESQUERDA(REABORDAGEM)

DATA CIRURGIA:
15/04/19

PROCEDIMENTO: TRATAMENTO CIRURGICO/REABORDAGEM POR TRAÇO OCULTO

INÍCIO:

TÉRMINO:

Cirurgião: Dr. RODRIGO LACERDA

Anestesista: Dra MARINA

1º Aux: Dr. THIAGO PERRUCI

2º Aux:

Anestesia: RAQUIANESTESIA

1. Paciente decúbito dorsal sob anestesia;
2. Assepsia, antissepsia e Aposição de campos estéreis;
3. INCISÃO SOBRE INCISÃO PREVIA COM EXTENSÃO PARA DISTAL
4. RETIRADO PLACA DCP DE 12 FUROS COM 8 PARAFUSOS CORTICAIS
5. REDUÇÃO CRUENTA + FIXAÇÃO COM PLACA 16 FUROS COBRINDO OS 2 TRAÇOS DE FRATURA
6. FIXAÇÃO COM 10 PARAFUSOS CORTICAIS
7. PASSAGEM DE 1PARAFUSO CORTICAL INTERFRAGMENTAR
8. CONTROLE RADIOLOGICO - OK
9. LAVAGEM DA FERIDA COM 1L SF0,9%
10. SURUTA POR PLANOS + CURATIVO ESTÉRIL

Michelle Mendes Pereira
Assistente Administrativo
HU UNIVASF / EBSEH
FONE: 219.2982

MATERIAL UTILIZADO

1 placa DCP 4,5 estreita 16 FUROS
11 PARAFUSOS CORTICAIS



Dr. Rodrigo Lacerda
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PE 22182 TROT 12583

15 JUL 2019

Assinatura e carimbo do médico



DESCRIÇÃO CIRÚRGICA

NOME: KATIANE DE SOUZA DOS SANTOS		DATA INTERNAÇÃO: 08/04/19
DIAGNOSTICO: FRATURA DIAFISÁRIA TIBIA E		DATA CIRURGIA: 15/04/2019
PROCEDIMENTO: OSTEOSINTESE COM PLACA DCP		INÍCIO:
		TÉRMINO:
Cirurgião: Dr. RODRIGO LACERDA	Anestesista: DrA MARINA	
1º Aux:	2º Aux:	
Anestesia: RAQUIANESTESIA		
<ol style="list-style-type: none">1. Paciente decúbito dorsal sob anestesia;2. Assepsia, antisepsia e Aposição de campos estéreis;3. INCISÃO ANTERIOR EM TIBIA ESQUERDA + DISSECÇÃO POR PLANOS ATÉ FOCO FRATURARIO4. REDUÇÃO CRUENTA + COLOCAÇÃO DE PLACA DCP 4,5 ESTREITA 12 FUROS5. FIXAÇÃO COM 8 PARAFUSOS CORTICAIS COM COM ALINHAMENTO DA TIBIA E CONTROLE DE ROTAÇÃO6. LAVAGEM DA FERIDA COM SF0,9% 500ML7. SUTURA POR PLANOS8. CURATIVO ESTERIL		
MATERIAL UTILIZADO		
PLACA DCP 4,5 ESTREITA 12 FUROS PARAFUSOS CORTICAIS: 08		

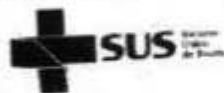
Michelle Mendes Pereira
Assistente Administrativo
HU UNIVASF / EBSEH
FONE: 219.2962

15 ABR 2019

Assinatura e carimbo do médico



CONVÊNIO:



FICHA DE CONTROLE DE MATERIAL DE SÍNTESE

CAIXA GRANDES FRAGMENTOS 4,5mm

4,5

PROCEDIMENTO:

tratamento cirúrgico de fratura de tíbia e

CÓD. PROCEDIMENTO:

EMPRESA:

Oitavale

CIRURGIÃO/CIRURGIÃ:

Dr. Rodrigo

INSTRUMENTADOR (A):

Elisane Pacheco

PACIENTE:

Kotiane de Souza dos Santos

DATA DA CIRURGIA:

15/04/19

PRONTUÁRIO:

50006030

PLACAS UTILIZADAS

Tipo de Placa	Número de Furos						14
	06	08	10	12	14	16	
DCP larga	04	05	06	08	10	12	14
DCP estreita	04	05	06	07	08		
1/3 ou semi-tubular	04	05	06	07	08		
Outros:							

PARAFUSOS UTILIZADOS

	14	16	18	20	22	24	26	28	30	32	34	36	38	40	42	44	46	48	50
Cortical 4,5mm QT							5	3											
Cortical 4,5mm QT	52	54	56	58	62	64	68	70											
Maleolar 4,5mm QT	25	30	35	40	45	50	55	60	65	70									
Esponjoso Rosca 16 QT	25	30	35	40	45	50	55	60	65	70	75	80	85	90	95	100	105	110	120
Esponjoso Rosca 32 QT	25	30	35	40	45	50	55	60	65	70	75	80	85	90	95	100	105	110	120
Arruela 4,5mm QT																			
Arruela 6,5mm QT																			

Assinaturas:

Dr. Rodrigo Lacerda
Ortopedia e Traumatologia
CRM 12543

15/04/2019

Outros:
Mendes Pereira
Assistente Administrativo
HUNIVASF/EBSERH
Av. José de Sá Maniçoba s/nº Campus - Centro - Petrolina - PE



R.S.U.
Rayana de Souza Mamede
Enfermeira
Coren: 271829 - PE

CONVÊNIO:



FICHA DE CONTROLE DE MATERIAL DE SÍNTESE
CAIXA GRANDES FRAGMENTOS 4,5mm

4,5

PROCEDIMENTO:

Reabordagem Tíbia

CÓD. PROCEDIMENTO:

EMPRESA:

Síntese

CIRURGIÃO/CIRURGIÃ:

Dr. Rodrigo

INSTRUMENTADOR(A):

Chiane

PACIENTE:

Katiane de Souza dos Santos

DATA DA CIRURGIA:

15/04/2019

PRONTUÁRIO:

50006030

PLACAS UTILIZADAS

Tipo de Placa	Número de Furos						
	06	08	10	12	14	16	
DCP larga	06	08	10	12	14	16	14
DCP estreita	04	05	06	08	10	12	
1/3 ou semi-tubular	04	05	06	07	08		
Outros:	<i>01 Placa Especial DCP Estreita 16 furos</i>						

PARAFUSOS UTILIZADOS

	14	16	18	20	22	24	26	28	30	32	34	36	38	40	42	44	46	48	50
Cortical 4,5mm QT																			
Cortical 4,5mm QT	52	54	56	58	62	64	68	70											
Maleolar 4,5mm QT	25	30	35	40	45	50	55	60	65	70									
Esponjoso Rosca 16 QT	25	30	35	40	45	50	55	60	65	70	75	80	85	90	95	100	105	110	120
Esponjoso Rosca 32 QT	25	30	35	40	45	50	55	60	65	70	75	80	85	90	95	100	105	110	120
Arruela 4,5mm QT																			
Arruela 6,5mm QT																			
Outros:																			

Assinaturas:

Rayana de Souza Mamede
Enfermeira
Código: 271829-PE

Dr. Rodrigo
Cirurgião
Código: 102 1804

Michella Mendes
Assistente Administrativo
DPM/PE: 219.2908
DEPARTAMENTO DE MATERIAIS E EQUIPAMENTOS
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
23 JUL 2019
Gentle Seguradora S/A.
Av. Rui Barbosa, 715 - U.S
Recife - PE

PACIENTE: **KATIANE DE SOUZA SANTOS**

IDADE:

DATA DE ADMISSÃO: **08/04/2019**

PRONTUÁRIO: **50006030**

DATA DE ALTA: **16/04/2019**

HIPÓTESES DIAGNÓSTICAS

FRATURA TIBIA DIREITA

CID: **S82.7**

HISTÓRIA CLÍNICA/ EVOLUÇÃO

PACIENTE SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRURGICO PELA ORTOPEDIA
NO DIA 15/04/2019
RECEBE ALTA EM BOM ESTADO GERAL PARA ACOMPANHAMENTO
AMBULATORIAL

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

23 JUL 2019

Gente Seguradora S/A.
Av. Rui Barbosa, 715 - Lj. 5
Recife - PE

29/05/19 12:30

MEDICAÇÃO E CONDUTA PÓS-ALTA

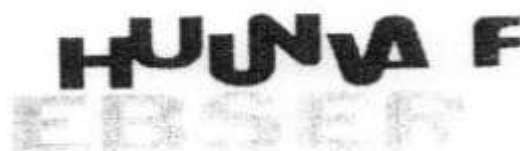
CURATIVO DIÁRIO
FAZER USO DAS MEDICAÇÕES PRESCRITAS
NÃO PISAR

AGENDAR RETORNO AMBULATORIAL

OBSERVAÇÃO: LEMBRAR DE REALIZAR A RADIOGRAFIA (SOLICITAÇÃO EM ANEXO) MÉDIA
DA CONSULTA (ANTES DE SER CHAMADO PELO MÉDICO).

Humberto Artur S. Santos
Traumatologia-Ortopedia
CRM-PE 199791 BA 23226
TEOT - 14519

PETROLINA-PE **16/04/2019**



HOSPITAL DE URGÊNCIAS E TRAUMAS
Av. José de Sá Maniçoba s/nº Campus – Centro – Petrolina-PI

RECEITUÁRIO

NOME: KATIANE DE SOUZA SANTOS

LAUDO
PACIENTE SUBMETIDO A TRATAMENTO
CIRURGICO PELA ORTOPEdia NO DIA 15/04/2019
SUGIRO AFASTAMENTO DE SUAS ATIVIDADES
POR 90 DIAS
CID: S82.7

FRATURA TIBIA DIREITA

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

23 JUL 2019

Gente Seguradora S/A.
Av. Rui Barbosa, 715 - Lj. 5
Recife - PE

Humberto Adur S. Santos
Traumato-Ortopedia
CRM-PE 19979 / RA 23326
TEOT - 14519

DATA: 16/04/2019

PROFISSIONAL
(ASSINATURA E CARIMBO)

RECEITUÁRIO

UNIDADE DE SAÚDE: _____

NOME: KATIANE DE SOUZA DOS SANTOS REGISTO Nº _____

DATA DO ACIDENTE: 08/04/2019

PACIENTE, VÍTIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO, SOCORRIDA PELO SAMU P/ O HOSPITAL LOCAL DE SOBRADINHO E ENCAMINHADA P/ O HOSPITAL DO TRAUMA (PETROLINA-PE) COM DIAGNÓSTICO DE FRATURA EXPOSTA DA TÍBIA E FÍBULA DE MIE, SUBMETIDA A TRATAMENTO CIRÚRGICO E IMPLANTAÇÃO DE PLACA E PARAFUSOS P/ REDUÇÃO DE FRATURA CONTÍNUA DA TÍBIA.

FOI REALIZADO TODO TRATAMENTO PROPOSTO, PORÉM A MESMA APRESENTA TAMBÉM LIMITAÇÕES FUNCIONAIS: ALGIA INTENSA DURANTE MOBILIZAÇÃO PASSIVA + DEFICIT DE ADM DE JOELHO E TORNZELO (E) + MARCHA CLAUDICANTE DEVIDO EXTENSÃO DAS LESÕES + LEVE DISCREPÂNCIA DE MMII + PORTANTO, COM SEQUELAS DEBILIDADE PERMANENTE, APRESENTANDO PERDA FUNCIONAL DE 90% DO MIE.

CID 10 S82.7

Dr. Giselle Skalet de J. Santos
Fisioterapeuta
CREFIO 00034931-F

DATA: 16 / 07 / 2019

ASSINATURA E CARIMBO

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

23 JUL 2019

Gesta Seguradora S/A.
Av. Rui Barbosa, 715 - LJ. 5
Recife - PE

SOBRADINHO

HMMA+ SUS+ SMS

HOSPITAL MUNICIPAL MARIA AUXILIADORA TORRES
Av. D, s/n Q-02, Vila São Francisco Sobradinho-BA
(74) 3538-1141

RECEITUÁRIO

Nome: _____

Endereço: _____

Paciente Katiane de Souza dos Santos

uso oral:

Q Xarelto 10mg

150amp.

Terminar 01 usamp 1 x dia por 15 dias

Sobradinho:

06, 06, 19

Miguel L. Juste
CRM BA-28146

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
23 JUL 2019
Gente Seguradora S/A.
Av. Rui Barbosa, 715 - Lj. 5
Recife - PE

HUNAF
EBSERH
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO - HU/UNIVASF
EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES
AV. JOSÉ DE SA MANOELA, S/N, CENTRO, PETROLINA-PE
CEP: 56304-205 Telefone: (87) 2101-6500

RECEITUÁRIO

NOME:

Karlene S. Santos

USO ORAL

Cetoprofeno 100mg - de
tomar o comp de
12/12h por 07 dias

Thiago A. Perruci
Ortopedia/Traumatologia
Estr. Quadril
CRM: 19502/SBOT 14468

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

23 JUL 2019

Geste Seguradora S/A.
Av. Rui Barbosa, 715 - Lj. 5
Recife - PE

HUNAF
EBSERH

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO - HU/UNIVASF
EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES
AV. JOSÉ DE SA MANIÇOBA, S/N, CENTRO, PETROLINA-PE
CEP: 56304-205 Telefone: (87) 2101-6500

RECEITUÁRIO

NOME: KATIANE S. SOUZA

USO ORAL

Ciprofloxacino 500mg — 01x
tomar acompanhado de
12/12h por 07 dias.

Thiago A. Perruel
Ortopedia/Traumatologia
Cir. Quadril
CRM: 19502/SB00164468

DATA: / /

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
23 JUL 2019
Guia Seguradora S/A.
Av. Rui Barbosa, 715 - Lj. 5
Recife - PE



UNIVERSIDADE FEDERAL DO VALE DO SÃO FRANCISCO
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DR. WASHINGTON ANTÔNIO DE BARROS

PROTOCOLO DE EGRESSO PARA AMBULATÓRIO

PACIENTE: KATIANE DE SOUZA SANTOS

MÉDICO: AGENDAR RETORNO AMBULATORIAL

DATA DO RETORNO:

HORA:

DIAGNÓSTICO: FRATURA TIBIA DIREITA

ATENÇÃO: Realizar agendamento do retorno no ambulatório no momento da alta.

Em caso de dúvida e ou dificuldade de comparecimento ligar para Tel
(87) 2101-6511

DATA: 16/04/2019

Humberto Artur S. Santos
Tratamento Ortopedia
CRM-PE 199797 BA 23028
TEOT - 14519

PROFISSIONAL
(ASSINATURA E CARIMBO)



ID Paciente : 23100

276760 2

Nome : KATIANE DE SOUZA DOS SANTOS

Data : 28/04/2019 11:52:37

02/02/1982



DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
23 JUL 2019
Osarte Seguradora S/A.
Av. Rui Barbosa, 715 - Lj. 5
Recife - PE



HOSPITAL DE URGÊNCIAS E TRAUMAS
Av. José de Sá Manicoba s/nº Campus – Centro – Petrolina-PE

RECEITUÁRIO

NOME: KATIANE DE SOUZA SANTOS

1- CEFALLEXINA 500MG-----ICX
TOMAR 01 COMPRIMIDO, VI AORAL, 6/6 HORAS, POR 7 DIAS

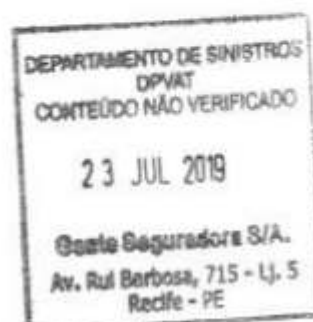
2- NIMESULIDA 100MG-----ICX
TOMAR 01 COMPRIMIDO, VIA ORAL, 12/12H, POR 5 DIAS

FRATURA TIBIA DIREITA

Humberto Artur S. Santos
Traumato-Ortopedia
CRM-PE 130287/Bx 23228
TEOT - 14519

DATA: 16/04/2019

PROFISSIONAL
(ASSINATURA E CARIMBO)





HOSPITAL DE URGÊNCIAS E TRAUMAS
Av. José de Sá Manicoba s/nº Campus – Centro – Petrolina-PE

RECEITUÁRIO

NOME: KATIANE DE SOUZA SANTOS

1- CEFALEXINA 500MG-----ICX
TOMAR 01 COMPRIMIDO, VI AORAL, 6/6 HORAS, POR 7 DIAS

2- NIMESULIDA 100MG-----ICX
TOMAR 01 COMPRIMIDO, VIA ORAL, 12/12H, POR 5 DIAS

FRATURA TIBIA DIREITA

Humberto Artur S. Santos
Traumato-Ortopedia
CRM-PE 19979 / BA 23288
TEOT - 14519

DATA: 16/04/2019

PROFISSIONAL
(ASSINATURA E CARIMBO)



HUNAF



ATESTADO



DECLARAÇÃO

NOME: **KATIANE DE SOUZA SANTOS**

IDADE: _____

UNIDADE DE SAÚDE: **HOSPITAL UNIVERSITÁRIO - UNIVASF**

☒ ESTEVE HOSPITALIZADO NO PERÍODO DE **08/04/2019 A 16/04/2019**
NECESSITANDO DE LICENÇA MÉDICA NESTE PERÍODO. FICANDO
IMPOSSIBILITADO DE DESENVOLVER SUAS ATIVIDADES HABITUAIS E NECESSITA DE
90(NOVENTA) DIAS DE LICENÇA MÉDICA.

☐ COMPARECEU À URGÊNCIA NESTA DATA PARA CONSULTA, FOI ATENDIDO E
NECESSITA DE _____ DIAS DE LICENÇA MÉDICA.

CID: **S82.7**

DE DECLARAÇÃO:



COMPARECEU À URGÊNCIA NESTA DATA, HORÁRIO _____
SENDO LIBERADO EM SEGUIDA PARA SUAS ATIVIDADES HABITUAIS.



COMPARECEU À URGÊNCIA ACOMPANHANDO O PACIENTE:
NESTA DATA _____

DATA: **16/04/2019**

PROFISSIONAL
(ASSINATURA E CARIMBO)

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

23 JUL 2019

Geato Seguradora S/A.
Av. Rui Barbosa, 715 - Lj. 5
Recife - PE

Humberto Arthur S. Santos
Traumatologia-Ortopedia
CRM-PE 19999 / BA 3228
TEOT - 14919

RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO EMITENTE

UNIVERSIDADE FEDERAL DO VALE DO SÃO FRANCISCO
HOSPITAL DE URGÊNCIAS E TRAUMAS
Av. José de Sá Maniçoba s/nº Campus - Centro - Petrolina-PE

PARA: KATIANE DE SOUZA SANTOS

1) PACO 30 MG-----1CX
TOMAR 01 COMPRIMIDO, VIA ORAL, 8/8 HORAS, CASO
DOR FORTE

PETROLINA **16/04/2019**

NÃO ACEITAR TROCA DE MEDICAMENTO!
Resolução RDC nº 16/07

Humberto Artur S. Santos
Traumato-Ortopedia
CRM-PE 19979 / R. 23228
TEOT - 14519
MEDICO - CRM

Identificação Comprador	Identificação Fornecedor
Nome: _____	
Rua: _____ Emissor: _____	
Endereço: _____	Data: _____
Cidade: _____ UF: _____	Assinatura Farmacêutico: _____
Telefone: _____	

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

23 JUL 2019

Geato Seguradora S/A.
Av. Rui Barbosa, 715 - Lj. 5
Recife - PE