

DECLARAÇÃO

Circular Susep nº 445/12 – Prevenção à Lavagem de Dinheiro

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento 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 e documentos requisitados 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 Renan Marcos M. Barbosa, portador(a) do

RG nº 8.298.537, expedido por SDS/RS, em

30/05/07, CPF/CNPJ nº 089.160.924-50,

na qualidade de procurador(a)/intermediário(a) do beneficiário (a) marcio

João dos Santos do sinistro de DPVAT da natureza Inimicizia

da vítima marcio João dos Santos, e conforme

determinação da Circular SUSEP nº 445/12, declaro as informações solicitadas:

Profissão: Autônomo Renda Mensal: R\$ Recusa

Documentos comprobatórios: Recusa

Renan Marcos M. Barbosa
ASSINATURA – PROCURADOR / INTERMEDIÁRIO





10/05/2011
11:22:22
Y-111-00000

HOSPITAL MUNICIPAL DR. JOÃO COUTINHO

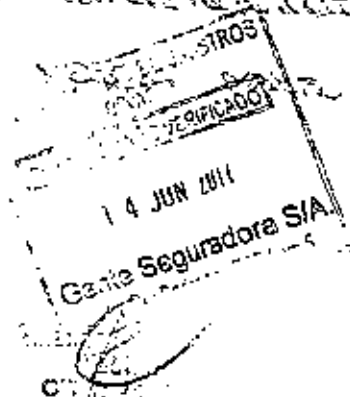
Posterior
11/05/2011

RECEITUÁRIO

Paciente: Maria da Silva

Residência: R. ...

Declaro para os devidos fins que
a paciente foi admitida neste
hospital no dia 27/04/2011 com
problema em forma de angústia
sem trauma, sendo encaminhada
ao Hospital Geral de ...
para tratamento.



LAUDO MÉDICO E ATESTADO MÉDICO
(AO INSS - PERÍCIA MÉDICA)

PACIENTE: MARIA JOSETE DOS SANTOS

DECLARO PARA OS DEVIDOS FINS QUE O PACIENTE ACIMA CITADO ESTEVE INTERNADO EM NOSSO SERVIÇO, ONDE FOI SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRÚRGICO, RECEBENDO ALTA HOSPITALAR APÓS MELHORA CLÍNICA.

ATESTO PARA OS DEVIDOS FINS QUE O PACIENTE ACIMA CITADO NECESSITA AFASTAR-SE DAS ATIVIDADES LABORAIS POR UM PERÍODO DE 90 (NOVENTA) DIAS A PARTIR DESTA DATA.

RETORNO AO AMBULATÓRIO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA DO HOSPITAL MEMORIAL JABOATÃO PARA CONSULTA DE RETORNO NO DIA E HORÁRIO MARCADO ABAIXO.

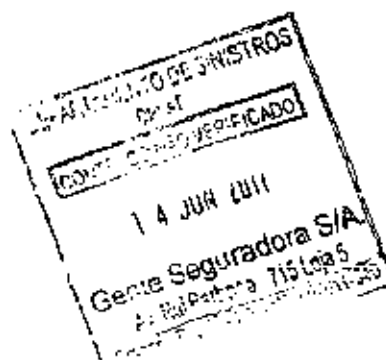
CID-10: S92.0

DATA DE INTERNAMENTO: 01/02/2017

DATA DO PROCEDIMENTO: 21/02/2017

DATA DE ALTA: 23/02/2017

CONSULTA DE RETORNO: 07/03/2017 ÀS 07H
MÉDICO ASSISTENTE: DR. GEORGES KLAUS



JABOATÃO DOS GUARARAPES 23/02/2017

Dra. Paula Carolina
Médica
CRM: 23.000

MÉDICO

RECEITUÁRIO MÉDICO

PACIENTE: MARIA JOSETE DOS SANTOS

USO ORAL

1. **DIPIRONA 500MG** ----- **20 COMPRIMIDOS**

TOMAR 01 COMPRIMIDO A CADA 6 HORAS EM CASO DE DOR

[06H]

[12H]

[18H]

[22H]

2. **VITAMINA C 500MG** ----- **45 COMPRIMIDOS**

TOMAR 01 COMPRIMIDO, 1 VEZ AO DIA, POR 45 DIAS.

3. **AAS 100MG** ----- **15 COMPRIMIDOS**

TOMAR 01 COMPRIMIDO, 1 VEZ AO DIA, POR 15 DIAS.

4. **CEFALEXINA 500 MG** ----- **28 COMPRIMIDOS**

TOMAR 01 COMPRIMIDO, A CADA 6 HORAS, POR 07 DIAS.

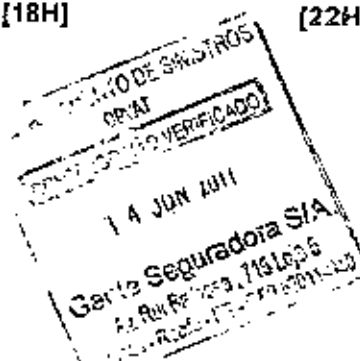
[06H]

[12H]

[18H]

[22H]

DATA: 23/02/2017



Dra. Paula Cardoso
Médica
CRM: 23.999

ASSINATURA E CARIMBO

RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL
1ª VIA FARMÁCIA / 2ª VIA PACIENTE

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Endereço: AV. GEN. MANOEL RABELO, 126, CENTRO

Cidade: JABOATÃO DOS GUARARAPES UF: PE

Telefone:

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome: MARIA JOSETE DOS SANTOS

Endereço:

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome:

Identidade:

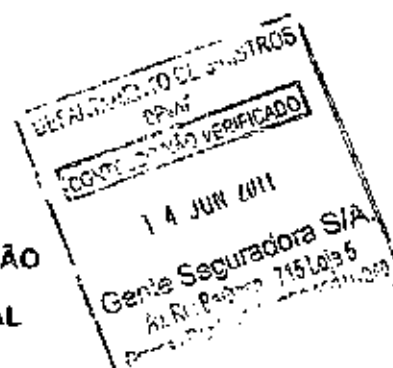
Endereço:

Telefone:

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

ASSINATURA DO FARMACÊUTICO

PRESCRIÇÃO
USO ORAL



PACO (500MG/30MG) _____ 02 CAIXAS

TOMAR 01 CÁPSULA A CADA 6H EM CASO DE DOR MODERADA A FORTE.

DATA: 23/02/2017

Dra. Paula Cardoso
Médica
CRM: 23.999

ASSINATURA DO MÉDICO

RECEITUÁRIO MÉDICO

PACIENTE: MARIA JOSETE DOS SANTOS

SOLICITO:

RAIODIOGRAFIA DE CALCÂNEO EM PERFIL E AXIAL DE HARRIS

DATA: 07/03/2017

Dra. Paula Cardoso
Médica
CRM: 23.999

ASSINATURA E CARIMBO

ATTESTAMENTO DE SIGNATURAS
DPMAT
NÃO VERIFICADO

14 JUN 2011

da Seguradora S/A
R. da Liberdade, 1111 - 11.º andar
01305-900 - São Paulo, SP



PRIMA

Usuário: ANDRÉ LUIZ ADOLFO MOREIRA DA SILVA - ILV

Data: 21/02/2017

Hora: 13:57

Sumário de Admissão e Alta

Nome: MARIA LOSETTE DOS SANTOS

Prontuário: 736817

Idade: 519

Unidade de Internação: CLINICA CIRURGICA ORTOPEDICA

Sexo: Feminino

Leito: ENF 14 - LEITO 02

Diagnóstico Inicial (Constante no Laudo Médico): FRATURA DE CALCÂNEO ESQUERDO

CID: S920

Procedimento Solicitado: 0408050535 - TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DO CALCÂNEO

Tempo de Permanência Previsto:

Procedimento Solicitado Realizado:

1. Cirurgião: GEORGES CLAUZ TYRRASCH DE ALMEIDA

2. 1. Auxílio Cirúrgico: ANDRÉ LUIZ ADOLFO MOREIRA DA SILVA

3. 2. Auxílio Cirúrgico:

4. 3. Auxílio Cirúrgico:

5. 4. Auxílio Cirúrgico:

6. Anestesiologista: RANILSON JOSÉ FAGUNDES DO NASCIMENTO

7. Clínico:

8. Clínico:

Procedimentos Especiais:

- ☐ Realização do Procedimento
- ☐ Diária de UTI
- ☐ Diária de Acompanhante
- ☐ Verificação Ant. e Rn

- ☒ Uso de Prótese Órtese
- ☐ Uso de Fatores de Coagulação
- ☐ Uso de Oxigenadores
- ☐ Nutrição Parenteral

SECRETARIA DE SAÚDE-PJG/PE
DGOS - Gerência de Controle e Avaliação
Maria Cecília Mac Dowell
Médica Auditora/SGS - CRM: 8922
CPF: 298.725.834-49

Resumo do Caso: PACIENTE VITIMA DE TRAUMA COM FRATURA DE CALCÂNEO ESQUERDO. SUBMETIDO A CIRURGIA SEM INTERFERÊNCIAS.

Diagnóstico Primário: S920 - FRATURA DO CALCÂNEO

Diagnóstico Secundário:

Alta:

Data de Internação: 21/02/2017

Data de Alta:

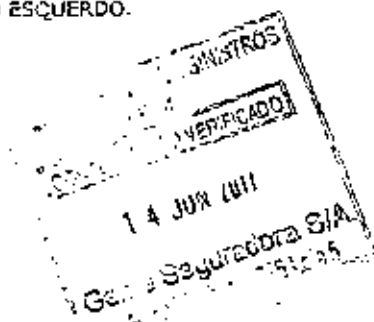
23/02/17

Diária de Internação: 07:00

André Luiz Adolfo
Médico
CRM - PE 20022

ANDRÉ LUIZ ADOLFO MOREIRA DA SILVA

CRM: 20022



287643
(14-4)

HCV - Hospital Getúlio Vargas

041424

Atendimento: 397068
Paciente: MARIA JOSETE DOS SANTOS
Nascimento: 12/08/1987 Idade: 49 Anos
Sexo: FEMININO
Mãe: MARIA BATISTA DOS SANTOS
End: RUA ALFREDO CANDIDO, Nº: 6 - CENTRO
TIMBAUBA - PE - Cep: 55870000
Fone: 012 PLANTONISTA HCV CMB: 28/01/2017 IN: 12:10 USUARIA: SEPNDRAFT

NOME DA UNIDADE:
OSPITAL GETULIO VARGAS
CGC Nº:
10.572.048/0095-51
(03 vias)

Secre

LAUI

CARTÃO BUS:

NOME DO PACIENTE: Maria Josete dos Santos
DATA DE NASCIMENTO:

Nº DO REGISTRO:
1041424

NOME DA MÃE:

ENDEREÇO:

Nº: BLOCO: ART: BAIRRO: UF: CEP:

MUNICÍPIO:

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

HISTÓRIA CLÍNICA:

Vozante, sintoma de odontalgia

EXAME FÍSICO:

Oral + Edema + Dor + Dor no max

SECRETARIA DE SAÚDE - PIAUI
DGOs - Gerência de Controle e Avaliação
Maria Cecília da Silva
Médica Agente/SUS CRM: 8922
CPF: 298.725.592-49

PRINCIPAIS RESULTADOS DOS EXAMES COMPLEMENTARES:

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL

Fratura de molares E

PROCEDIMENTO SOLICITADO

SOT - Intermax

CÓDIGO

14 JUN 2017

DESCRIÇÃO DA CLÍNICA/ESPECIALIDADE

SOT

CARATER DA INTERNAÇÃO

DATA:

29/01/17

DATA:

CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO SOLICITANTE DA INTERNAÇÃO

CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO AUTORIZADOR

PARA USO DAS UNIDADES PÚBLICAS

AUTORIZAÇÃO PARA INTERNAÇÃO EM UNIDADE COMPLEMENTAR

NOME DA UNIDADE:

CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO RESPONSÁVEL PELA UNIDADE

DATA DO ENCERRAMENTO

Araceli Gomes de Sá - Cordeiro
Rozalva - CEP 55.980-000
Fone: (081) 9184-9000

HGV - Hospital Getúlio Vargas



041424

Protocolo

Atendimento: 397068

CNS: 700009721280801

Paciente: MARIA JOSETE DOS SANTOS

Nascimento: 12/08/1987

Idade: 49 Anos

Sexo: FEMININO

Mãe: MARIA BATISTA DOS SANTOS

Fone: 8129-1258

End: RUA ALFREDO CANDIDO, Nº 5 - CENTRO

TIMBAUBA - PE - Cep: 55870000

Fone: 512 PLANTONISTA HGV Data: 28/01/2017 Hs: 22:00 Unidade: ORTOPEDIA

NOME DA UNIDADE:

HOSPITAL GETÚLIO VARGAS

COC Nº:

0.572.048/0005-81

(03 vias)

Secretaria

LAUD

CARTÃO SUB:

NOME DO PACIENTE:

DATA DE NASCIMENTO:

SEXO:

Nº DO REGISTRO:

NOME DA MÃE:

ENDEREÇO:

Nº:

BLOCO:

ART:

BARRIO:

UP:

CEP:

MUNICÍPIO:

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

HISTÓRIA CLÍNICA:

EXAME FÍSICO:

PRINCIPAIS RESULTADOS DOS EXAMES COMPLEMENTARES:

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL

PROCEDIMENTO SOLICITADO

CÓDIGO

DESCRIÇÃO DA CLÍNICA/ESPECIALIDADE

CARATER DA INTERNAÇÃO

DATA:

DATA:

CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO SOLICITANTE DA INTERNAÇÃO

CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO AUTORIZADOR

PARA USO DAS UNIDADES PÚBLICAS

AUTORIZAÇÃO PARA INTERNAÇÃO EM UNIDADE COMPLEMENTAR

NOME DA UNIDADE:

DATA DO ENCERRAMENTO

CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO RESPONSÁVEL PELA ENCERRAMENTO
 Avenida General San Martín, 401 - Camêlo
 Recife/PE - CEP 50.060-090
 Fone: (081) 31848000

GUIA DE TRANSFERÊNCIA

Identificação do Estabelecimento

NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE
HOSPITAL GETULIO VARGAS - RECIFE
MÉDICO SOLICITANTE
BRAUNER DE SOUZA CAVALCANTI

DATA DA SOLICITAÇÃO
30/01/17 09:43
Nº SOLICITAÇÃO
287643

Identificação do Paciente

NOME DO PACIENTE
MARIA JOSETE DOS SANTOS
CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)
700009721290801

DATA DE NASCIMENTO
12/06/1967

Nº DO PRONTUÁRIO

SEXO
FEMININO

TELEFONE DE CONTATO
8136313792

NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL
MARIA BATISTA DOS SANTOS

ENDEREÇO, RUA, Nº, BAIRRO
RUA ALFREDO CANDIDO, 6, A, TIMBAUBINHA
MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA
TIMBAUBA

CCD ISOE MUNICÍPIO
2615300.00

UF
PE

CEP
55870000

Dados sobre o Transporte

MEIO DE TRANSPORTE
AMBULÂNCIA

DATA DE EMISSÃO
01/02/17 07:17

OBSERVAÇÃO
OK

OBSERVAÇÃO EXECUTANTE:

Regulador

MÉDICO REGULADOR
CARLOS HENRIQUE REMIGIO LEAO
TIPO LETO
CIRÚRGICO

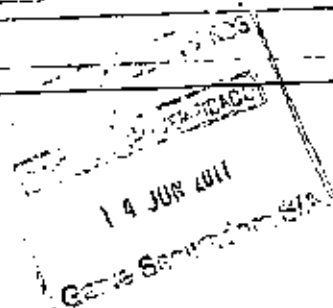
ESPECIALIDADE
ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA

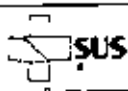
Executante

ESTABELECIMENTO
HOSPITAL MEMORIAL JABOATÃO

DATA DE AUTORIZAÇÃO
31/01/17 19:03

MÉDICO AUTORIZADOR



	Sistema Único de Saúde Ministério da Saúde	LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE MUDANÇA DE PROCEDIMENTO E DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)	Folha 1/2
Identificação do Estabelecimento de Saúde 1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE HOSPITAL MEMORIAL JABOATÃO		2 - CNES 53561067	
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE HOSPITAL MEMORIAL JABOATÃO		4 - CNES 53561067	
Identificação do Paciente 5 - NOME DO PACIENTE Luiz do Santos		6 - Nº DO PRONTUÁRIO _____	
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS) _____		8 - DATA DE NASCIMENTO ____/____/____	
9 - SEXO Masc <input checked="" type="checkbox"/> 1 Fem <input type="checkbox"/> 3		10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL _____	
11 - ENDEREÇO (RUA Nº, BAIRRO) _____		12 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE _____	
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA _____		14 - COD. IBGE MUNICÍPIO 15 - UF 16 - CEP _____	
17 - NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH) _____			
MUDANÇA DE PROCEDIMENTO			
18 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - ANTERIOR _____		19 - COD. DO PROCEDIMENTO - ANTERIOR _____	
20 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - MUDANÇA _____		21 - COD. DO PROCEDIMENTO - MUDANÇA _____	
22 - DIAGNÓSTICO INICIAL _____		23 - CID 10 PRINCIPAL 24 - CID 10 SECUNDÁRIO 25 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS _____	
SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)			
26 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL Fratura do calcâneo esq		27 - COD. DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL 04080150835	
28 - SOLICITAÇÃO DE DIÁRIA DE UTI E/OU DIÁRIA DE ACOMPANHANTE <input type="checkbox"/> DIÁRIA DE ACOMPANHANTE <input type="checkbox"/> DIÁRIA DE UTI TIPO I <input type="checkbox"/> DIÁRIA DE UTI TIPO II <input type="checkbox"/> DIÁRIA DE UTI TIPO III			
29 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL Ruptura do tendão do 3.º m.		30 - COD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL 1010205062102	
31 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL Ruptura do tendão do 3.º m.		32 - COD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL 1010205062102	
33 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL _____		34 - COD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL _____	
35 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL _____			
36 - COD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL _____			
37 - COD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL _____			
38 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO PACIENTE TRANSFERIDO PARA NOSSO SERVIÇO PARA REALIZAÇÃO DE TRATAMENTO CIRÚRGICO DE PATOLOGIA ÓSSEA. SOLICITO MATERIAL DE SÍNTESE PARA REALIZAÇÃO DO PROCEDIMENTO + PERMANÊNCIA MAIOR.			
14 JUN 2011 Com. San. Jaboatão			
39 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE _____		40 - DATA DA SOLICITAÇÃO 13/06/11	
41 - DOCUMENTO _____		42 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE _____	
43 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO) _____		44 - DATA DA AUTORIZAÇÃO _____	
45 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR _____		46 - COD. CREAÇÃO EMISSOR _____	
47 - DOCUMENTO _____		48 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR _____	
49 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO) _____		50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO _____	

Convênio: SUS - INTERNACAO

Atendimento: 118519

Nascimento: 12/06/1967

Responsável:

Prontuário: 736817

Sexo: Feminino

Nome: MARIA JOSETE DOS SANTOS

Data e Hora do Atendimento: 01/02/17 14:11:34

Idade: 49 Anos, 7 Meses e 20 Dias

Profissão:

Escolaridade:

CPF:

Identidade: 9155776

Telefone:

Conjuge:

Estado Civil:

Cartão SUS: 700009721290801

Nome da Mãe: MARIA BATISTA DOS SANTOS

Nome do Pai: JOSE SEVERINO DOS SANTOS

Endereço: RUA ALFREDO CANDIDO, CENTRO, CEP: 55870000, Nº 6, TIMBAUBA - PE

OBSERVAÇÃO:

Unidade de Internação: CLINICA CIRURGICA ORTOPEDICA

Enfermaria / Leito: ENF 14 - LETTO D4

Médico: JOSE AIRTON ALVES DE ARAUJO - CRM: 17259

CID:

RESUMO DE INTERNAMENTO

HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL:

PACIENTE COM FRATURA DE TÔRNOZELO ESQ. ENCAMINHADA HGV.

ANTECEDENTES PESSOAIS E HEREDITARIOS:

DM + HAS -

EXAME FÍSICO GERAL:

EGB, EUPNEICA, AFEBRIL, CORAÇA, HIDRATADA, CONSCIENTE E ORIENTADA

AP - CARDIO - VASCULAR:

NDN

AP - RESPIRATORIO:

NDN

ABDOMEN:

NDN

AP - GENITO - URINARIO:

NDN

OUTROS:

HIPOTESE DIAGNÓSTICA:

FRATURA DE TÔRNOZELO ESQ.

DIAGNÓSTICO DEFINIVO:

CONDIÇÕES DE ALTA:

DATA:

HORA DE SAÍDA:

Dr. José Ailton Araújo

Médico
CRM 17259

JOSE AIRTON ALVES DE ARAUJO - CRM: 17259

Relatório Geral de Cirurgias

Nome: MARIA JOSETE DOS SANTOS

Pronúncia: 736817

Afiliação: 118513

Unidade de Internação / Leito ENF 1-1 - LEITO 02

Sexo: Feminino

Idade: 45 Anos, 8 Meses e 9 Dias

Diagnóstico Pré Operatório: S920 - FRATURA DO CALCÂNEO

Risco Operatório:

Cirurgias Realizada(s): TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DO CALCÂNEO ESQUERDO

Data: 21/02/2017

01. Cirurgião: GEORGES KLAUS TYRRASCH DE ALMEIDA

02. 1. Auxílio Cirúrgico: ANDRE LUIZ ADOLFO MOREIRA DA SILVA

03. 2. Auxílio Cirúrgico:

Instrumentador:

04. Anestesia: RAQUI ANESTESIA

Anestesia:

05. Anestesista: RANILSON ROSE FAGUNDES DO NASCIMENTO

Descrição da Cirurgia:

DOENTE EM DECÚBITO LATERAL DIREITO SOB RAQUIANESTESIA
ESVAZIAMENTO E GARROTEAMENTO DE MIE

ROTINA ASSEPTICA

INCISÃO DE ACESSO AO SEIO DO TARSO DO PÉ ESQUERDO

ABERTURA POR PLANOS

VISUALIZAÇÃO DE FOCO DE FRATURA

REDUÇÃO O MAIS ANATÔMICO POSSÍVEL.

FIXAÇÃO COM 02 PARAFUSOS CANULADO 3,5 - 01 FIO K - 01 PARAFUSO CORTICAL 3,5

LIQUPEZA COM SF 0,9%

FECHAMENTO POR PLANOS + CURATIVO

OBS:

PROCEDIMENTO REALIZADO SOB CONTROLE RADIOLOGICO COM INTENSIFICADOR DE IMAGENS

FRATURA COM CONTINUIDADE ARTICULAR COM ALTO RISCO DE EVOLUÇÃO PARA ARTROSE SUBTALAR.

DOENTE DIABÉTICA COM PELE SOFRIDA EM SÍTIO CIRÚRGICO, MOTIVO POR OPÇÃO PELA INCISÃO DE ACESSO AO SEIO DO TARSO.

Georges Klaus
Cirurgião do Pê / Fraturas
CRM: 15.245

14 JUN 2017
ANDRE LUIZ ADOLFO MOREIRA DA SILVA
CRM: 20022

ANDRE LUIZ ADOLFO MOREIRA DA SILVA

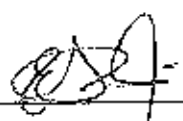
CRM: 20022

Dr^a Elisabete Rodrigues A. V. de Melo
Fisioterapeuta CREFTO 4345-J

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins que a Paciente Maria Josete dos Santos, submeteu-se a tratamento fisioterápico, sob os meus cuidados, para Pós Operatório de Fratura de Calcâneo Esquerdo por acidente motociclistico.

Timbaúba, 18 de Agosto de 2017.



ELISABETE RODRIGUES A. V. DE MELO
Fisioterapeuta
CREFTO 4345-J

Dr^a Elisabete Rodrigues A. V. de Melo
Fisioterapeuta
CREFTO 4345-J

18/08/2017

Dr^a Elisabete Rodrigues A. V. de Melo
Fisioterapeuta
CREFTO 4345-J

Rua Tenente João Gomes, 250-Centro
Timbaúba - PE - CEP - 54312-000

[illegible]

CODIGO DE CONTROL 3027.5B15.A716.2ADO

VALUACIÓN DE LOS OTROS TERRITORIOS NACIONALES

9.155.776

12/01/2011

« MARIA JOSETE DOS SANTOS »

<< JOSE SEVERINO DOS SANTOS >>
<< MARIA BATISTA DOS SANTOS >>

<< MARIA BATISTA DOS SANTOS >>

(TABALANA - PB)

12/06/1967

<< CN.6388 LA14 F.295V CART.
GUARITA, ITALIANA-PB 03.10.2003 >>

ASD 2015 10 15 10:00 AM

LEINSTEIN, DE 2500

MINISTÉRIO DA FAZENDA



Receita Federal
Cadastro de Pessoas Físicas

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

426.449.174-68

MARIA JOSETE DOS SANTOS

1210 01/1967

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

Monte Castelo de Santos



REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

SECRETADO DE SESTROS
OPUS
VERIFICADO

CONTEÚDO VERIFICADO

14 JUN 2014

14 JUN 1971
Gente Seguradora S/A
Av. Rui Barbosa, 715 Loja 5

Agente Seguradora
Av. Rui Barbosa, 715 Loja 5

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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Nome do(a) Examinado(a): **MARIA JOSETE DOS SANTOS** Sinistro: **3170332450** Data: **29/01/2017**

Endereço do(a) Examinado(a): **RUA ALFREDO CANDIDO, 6-A - TIMBAUBINHA - Timbaúba - PE - CEP 55870-000**

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**SDS /PE**] **9155776**

Data local do exame: [**04/09/2017**] **Goiana** [**PE**]

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva as lesões produzidas pelo trauma, o resultado do exame físico voltado para as regiões lesionadas e o(s) diagnóstico(s)
FRATURA DO CALCÂNEO ESQUERDO. . A VÍTIMA REFERE DOR. AO EXAME FÍSICO A VÍTIMA APRESENTA AUMENTO DE VOLUME IMPORTANTE NO CALCÂNEO ESQUERDO, COM ENCURTAMENTO E UM ALARGAMENTO DA REGIÃO DO RETRO PÉ. APRESENTAVA TAMBÉM UMA LIMITAÇÃO IMPORTANTE DA EVERSAO E INVERSAO DO PÉ ESQUERDO, ALÉM DE RIGIDEZ COM BLOQUEIO ARTICULAR, PRINCIPALMENTE NO RETRO PÉ E NO MÉDIO PÉ. MARCHA CLAUDICANTE.

a) O quadro clínico documentado neste exame decorre de lesão que tenha sido provocada em acidente automobilístico registrado na forma de sinistro que indicou esta avaliação? [**X**] Sim [] Não

Caso a resposta seja "Não", favor NÃO preencher os demais campos abaixo, exceto o das observações (item V(*)), se necessário

b) A(s) queixa(s) do(a) Examinado(a) está(ão) relacionada(s) com as lesões decorrentes deste acidente, inclusive com os registros em boletim de atendimento médico? [**X**] Sim [] Não

Caso a resposta seja "Não", prosseguir SOMENTE se houver alguma correlação entre a queixa e o histórico do acidente, justificando-a nas observações (item V(*))

II. Descreva a evolução atual do quadro clínico, os tratamentos realizados, a data da alta e os resultados, incluindo complicações.
TRATAMENTO CIRÚRGICO NO DIA 21/02/2017, COM A REALIZAÇÃO DE FIXAÇÃO DE FRATURA COM USO DE 3 PARAFUSOS CANULADOS 4.0 MM. RECEBEU ALTA NO DIA 23/02/2017 E FOI ACOMPANHADA EM CARÁTER AMBULATORIAL. AFIRMA TER REALIZADO MAIS DE 50 SESSÕES DE FISIOTERAPIA. NO MOMENTO ENCONTRA-SE EM ALTA ORTOPÉDICA.

III. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)? [**X**] Sim [] Não

Existindo sequela(s) que seja(m) geradora(s) de invalidez total ou parcial informe qual(is) e descreva as perdas anatômicas e/ou funcionais que sejam definitivas e que justifiquem os danos corporais permanentes.

Limitação funcional do pé esquerdo

Caso a resposta seja "Não", concluir dentre as opções no item IV "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item IV opções "b" ou "c"

IV. Segundo o previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).

() "Vítima em tratamento"
Esta avaliação médica deve ser repetida em ____ dias

() "Exame não permite conclusão"
Vide motivo do impedimento no campo das observações

() "Sem sequela permanente" (Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)

b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):
Pé esquerdo

% do dano: () 10% residual () 25% leve
(**X**) 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

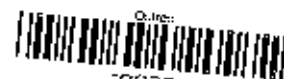
% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

c) Havendo dano corporal total com repercussão na íntegra do patrimônio físico - assinale a opção abaixo sempre apresentando a justificativa médica para este enquadramento no campo das observações (*).

() Total = "100% da IS"

V. (*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.

VÍTIMA JÁ INDENIZADA ANTERIORMENTE EM PERICIA REALIZADA EM 17/07/2017. A INDENIZAÇÃO PAGA FOI REFERENTE A UMA LIMITAÇÃO FUNCIONAL DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO EM GRAU MÉDIO.



CARTA DE SOLICITAÇÃO DE REANALISE

Eu Maria Leste das Santos PORTADOR(A) DO

RG 2.255.776/SS E CPF 426.444.174-68 RESIDENTE NA

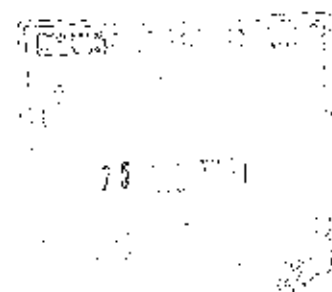
RUA/AV Alfredo Cândido

Nº 6-A

BAIRRO Tombadorinho CIDADE Tombadorinho UF: PE VENHO

ATRAVÉS DESTA, SOLICITAR REANALISE DO PROCESSO 3170/332450

UMA VEZ QUE NÃO CONCORDO COM O VALOR INDENIZATÓRIO.



Cidade 4 Tombadorinho 25/10/2011

Maria Leste das Santos
(Assinatura)

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3170332450 **Cidade:** Timbaúba **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARIA JOSETE DOS SANTOS **Data do acidente:** 29/01/2017 **Seguradora:** ESSOR SEGUROS S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 10/07/2017

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE TORNOZELO ESQUERDO

Resultados terapêuticos: COM SEQUELA

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL MI ESQUERDO

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: INVALIDEZ PARCIAL/MI ESQUERDO :25% DE 70% = 17,5%

Documentos complementares:

Observações:

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

PRESTADOR

VISÃO MÉDICA LTDA

Nome do médico: REGINALDO WANIS

CRM do médico: 52.43685-6

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3170332450 **Cidade:** Timbaúba **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARIA JOSETE DOS SANTOS **Data do acidente:** 29/01/2017 **Seguradora:** ESSOR SEGUROS S.A.

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DO CALCÂNEO ESQUERDO. .

Descrição do exame médico pericial: A VÍTIMA REFERE DOR. AO EXAME FÍSICO A VÍTIMA APRESENTA AUMENTO DE VOLUME IMPORTANTE NO CALCÂNEO ESQUERDO, COM ENCURTAMENTO E UM ALARGAMENTO DA REGIÃO DO RETRO PÉ. APRESENTAVA TAMBÉM UMA LIMITAÇÃO IMPORTANTE DA EVERSÃO E INVERSÃO DO PÉ ESQUERDO, ALÉM DE RIGIDEZ COM BLOQUEIO ARTICULAR, PRINCIPALMENTE NO RETRO PÉ E NO MÉDIO PÉ. MARCHA CLAUDICANTE.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO NO DIA 21/02/2017, COM A REALIZAÇÃO DE FIXAÇÃO DE FRATURA COM USO DE 3 PARAFUSOS CANULADOS 4.0 MM. RECEBEU ALTA NO DIA 23/02/2017 E FOI ACOMPANHADA EM CARÁTER AMBULATORIAL. AFIRMA TER REALIZADO MAIS DE 50 SESSÕES DE FISIOTERAPIA. NO MOMENTO ENCONTRA-SE EM ALTA ORTOPÉDICA.

Sequelas permanentes: Limitação funcional do pé esquerdo

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 04/09/2017

Conduta mantida: Sim

Observações: VÍTIMA JÁ INDENIZADA ANTERIORMENTE EM PERICIA REALIZADA EM 17/07/2017. A INDENIZAÇÃO PAGA FOI REFERENTE A UMA LIMITAÇÃO FUNCIONAL DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO EM GRAU MÉDIO. CONDUTA MANTIDA EM RELAÇÃO AO ÚLTIMO PARECER MÉDICO.

Médico examinador: Tiago Martins Formiga

CRM do médico: 8085

UF do CRM do médico: PB

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
		Total	0 %	R\$ 0,00

PRESTADOR

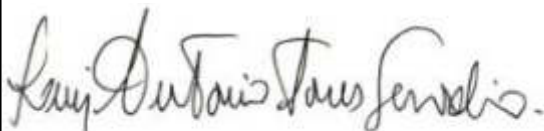
ACE GESTÃO DE SAÚDE LTDA

Médico revisor: LUIZ ANTONIO SERODIO

CRM do médico: 52.16328-0

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3170332450 **Cidade:** Timbaúba **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARIA JOSETE DOS SANTOS **Data do acidente:** 29/01/2017 **Seguradora:** ESSOR SEGUROS S.A.

PARECER

Diagnóstico: Fratura cominutiva do calcâneo esquerdo.

Descrição do exame médico pericial: Vítima refere parestesia no pé esquerdo, dor no pé esquerdo ao deambular e dificuldade de deambulação. Ao exame apresenta edema residual, diminuição significativa da amplitude dos movimentos do pé e do tornozelo esquerdos com marcha claudicante e deambulação com apoio de muletas.

Resultados terapêuticos: A vítima foi submetida a tratamento cirúrgico, osteossíntese de calcâneo com 3 parafusos. Vítima é diabética e evoluiu com quadro de infecção bolhosa em pé esquerdo de difícil controle. Realizou tratamento fisioterápico. Laudo médico refere prognóstico sombrio com alto risco de evolução para artrose subtalar.

Sequelas permanentes: Limitação funcional do membro inferior esquerdo

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 17/07/2017

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: Ana Maria Barros Falcao

CRM do médico: 8978

UF do CRM do médico: PE

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau médio - 50 %	35%	R\$ 4.725,00
Total			35 %	R\$ 4.725,00

PRESTADOR

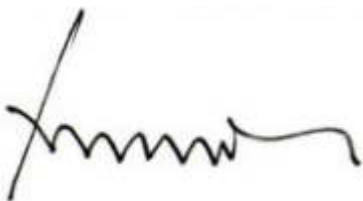
ACE GESTÃO DE SAÚDE LTDA

Médico revisor: ROBERTO MARTINS ALBURQUERQUE

CRM do médico: 52.28426-0

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



INSTRUMENTO PARTICULAR DE PROCURAÇÃO



OUTORGANTE: Maria Josete dos Santos
 nacionalidade Brasileira estado civil Casada profissão Custódia
 portador (a) da cédula de identidade RG nº 9 155 776 - SDS/PE inscrito no CPF sob o nº 428.449.174-68
 residente à rua Adriano Cândido nº 5A bairro Timbaúba
 cidade Timbaúba estado Pernambuco CEP 55870-000
 nome e constitui seu procurador o senhor: **RENAN MARCOS MARINHO BARBOSA**, brasileiro, solteiro, Acadêmico em Direito, portador da cédula de identidade RG nº 8.298.537 – SDS/PE, inscrito no CPF sob o nº 089.160.924-50, com endereço profissional à Av. Nilo Peçanha, nº 240-A, centro, CEP 55870-000 - Timbaúba – PE.

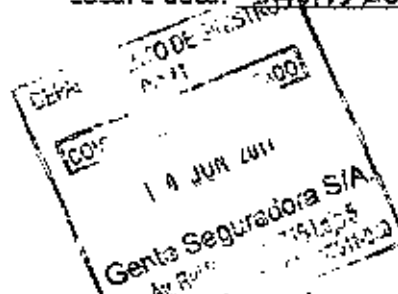
PODERES: Específicos para propor, solicitar, acompanhar, providenciar documento junto a Polícia Civil, Polícia Rodoviária Federal e Estadual, Polícia Militar, interpor pedidos e recursos legais cabíveis, convir e reconhecer a procedência do pedido, preencher e assinar o formulário de Autorização de Pagamento do Sinistro DPVAT, transigir, desistir, confessar, receber, dar quitação junto às seguradoras do Seguro DPVAT, podendo ainda, substabelecer esta, com ou sem reserva de iguais poderes, no todo ou em parte, tudo com o fim especial de requerer indenização de Seguro DPVAT, Morte, Invalidez Permanente, Total ou Parcial e/ou Despesas Médicas – Hospitalares.



Reconheço por AUTENTICIDADE a firma de MARIA JOSETE DOS SANTOS, Timbaúba/PE, 16/05/2017 14:26:26, o referido é verdade. Dcu T6,
 Emolumentos: R\$ 3,49 ISR: R\$ 0,78 Total: 4,27 - 5025626-4

Hart: Danielle da Silva - Escrevente
 Selo digital: 01507301FFC6201701.04101
 Consulta à autenticidade em: www.timbauba.br/cal/autenticidade

Local e data: Timbaúba, 16/05/17



Maria Josete dos Santos

Outorgante

(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)

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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Nome do(a) Examinado(a): **MARIA JOSETE DOS SANTOS** Sinistro: **3170332450** Data: **29/01/2017**

Endereço do(a) Examinado(a): **RUA ALFREDO CANDIDO, 6-A - TIMBAUBINHA - Timbaúba - PE - CEP 55870-000**

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**SDS /PE**] **9155776**

Data local do exame: [**17/07/2017**] **Recife** [**PE**]

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva as lesões produzidas pelo trauma, o resultado do exame físico voltado para as regiões lesionadas e o(s) diagnóstico(s)
Fratura cominutiva do calcâneo esquerdo. . Vítima refere parestesia no pé esquerdo, dor no pé esquerdo ao deambular e dificuldade de deambulação. Ao exame apresenta edema residual, diminuição significativa da amplitude dos movimentos do pé e do tornozelo esquerdos com marcha claudicante e deambulação com apoio de muletas.

a) O quadro clínico documentado neste exame decorre de lesão que tenha sido provocada em acidente automobilístico registrado na forma de sinistro que indicou esta avaliação? [**X**] Sim [] Não

Caso a resposta seja "Não", favor NÃO preencher os demais campos abaixo, exceto o das observações (item V(*)), se necessário

b) A(s) queixa(s) do(a) Examinado(a) está(ão) relacionada(s) com as lesões decorrentes deste acidente, inclusive com os registros em boletim de atendimento médico? [**X**] Sim [] Não

Caso a resposta seja "Não", prosseguir SOMENTE se houver alguma correlação entre a queixa e o histórico do acidente, justificando-a nas observações (item V(**))

II. Descreva a evolução atual do quadro clínico, os tratamentos realizados, a data da alta e os resultados, incluindo complicações.
A vítima foi submetida a tratamento cirúrgico, osteossíntese de calcâneo com 3 parafusos. Vítima é diabética e evoluiu com quadro de infecção bolhosa em pé esquerdo de difícil controle. Realizou tratamento fisioterápico. Laudo médico refere prognóstico sombrio com alto risco de evolução para artrose subtalar.

III. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)? [**X**] Sim [] Não

Existindo sequela(s) que seja(m) geradora(s) de invalidez total ou parcial informe qual(is) e descreva as perdas anatômicas e/ou funcionais que sejam definitivas e que justifiquem os danos corporais permanentes.

Limitação funcional do membro inferior esquerdo

Caso a resposta seja "Não", concluir dentre as opções no item IV "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item IV opções "b" ou "c"

IV. Segundo o previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).

() "Vítima em tratamento"
Esta avaliação médica deve ser repetida em ____ dias

() "Exame não permite conclusão"
Vide motivo do impedimento no campo das observações

() "Sem sequela permanente" (Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)

b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):
Membro inferior esquerdo

% do dano: () 10% residual () 25% leve
(**X**) 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

c) Havendo dano corporal total com repercussão na íntegra do patrimônio físico - assinale a opção abaixo sempre apresentando a justificativa médica para este enquadramento no campo das observações (*).

() Total = "100% da IS"

V. (*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.


Dra. Ana Maria Barros Falcao
CRM: 219.985.614/12
CRM: 2017-16

Rio de Janeiro, 23 de Junho de 2017

Carta nº: 11190108

A/C: MARIA JOSETE DOS SANTOS

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170332450 ASL-0229625/17
Vítima: MARIA JOSETE DOS SANTOS
Data Acidente: 29/01/2017
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: RENAN MARCOS MARINHO BARBOSA

Ref.: AVISO DE SINISTRO

Prezado(a) Senhor(a),

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

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

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

Outras informações importantes sobre o seu pedido de indenização:

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

ATENÇÃO:

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

Solicitamos que os documentos sejam encaminhados à GENTE SEGURADORA S/A onde o sinistro foi cadastrado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 23 de Junho de 2017

Carta nº: 11190434

A/C: MARIA JOSETE DOS SANTOS

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170332450 ASL-0229625/17

Vitima: MARIA JOSETE DOS SANTOS

Data Acidente: 29/01/2017

Natureza: INVALIDEZ

Procurador: RENAN MARCOS MARINHO BARBOSA

Ref.: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

Recebemos em **14/06/2017** a documentação relativa ao acidente ocorrido em **29/01/2017**. Realizada a análise preliminar, constatamos a necessidade de regularização ou complementação da documentação e/ou informações, conforme descrevemos a seguir:

- Comprovante de residência não conclusivo
- Boletim de ocorrência não conclusivo

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

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

NÃO PERCA TEMPO!

PROVIDENCIE A DOCUMENTAÇÃO PARA COMPROVAR SEU DIREITO À INDENIZAÇÃO DPVAT;

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 10 de Julho de 2017

Carta nº: 11275598

A/C: MARIA JOSETE DOS SANTOS

Sinistro: 3170332450 ASL-0229625/17
Vítima: MARIA JOSETE DOS SANTOS
Data Acidente: 29/01/2017
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: RENAN MARCOS MARINHO BARBOSA

Ref.: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Prezado(a) Senhor(a),

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

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

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

ATENÇÃO:

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 26 de Julho de 2017

Carta nº: 11369190

A/C: MARIA JOSETE DOS SANTOS

Sinistro: 3170332450 ASL-0229625/17
Vítima: MARIA JOSETE DOS SANTOS
Data Acidente: 29/01/2017
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: RENAN MARCOS MARINHO BARBOSA

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

Prezado(a) Senhor(a),

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

Creditado: **MARIA JOSETE DOS SANTOS**

Valor: **R\$ 4.725,00**

Banco: **237**

Agência: **000001877-5**

Conta: **0000017816-0**

Tipo: **CONTA CORRENTE**

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	4.725,00

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros inferiores 70%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 70%) 35,00%

Valor a indenizar: 35,00% x 13.500,00 =	R\$	4.725,00
---	-----	----------

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 30 de Agosto de 2017

Carta nº: 11567003

A/C: MARIA JOSETE DOS SANTOS

Sinistro: 3170332450 ASL-0229625/17
Vítima: MARIA JOSETE DOS SANTOS
Data Acidente: 29/01/2017
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: RENAN MARCOS MARINHO BARBOSA

Ref.: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Prezado(a) Senhor(a),

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

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

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

ATENÇÃO:

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 04ª CIRCUNSCRIÇÃO - TIMBAUBA - DP45-CIRC
DINTER/11º DESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 17E0136000666

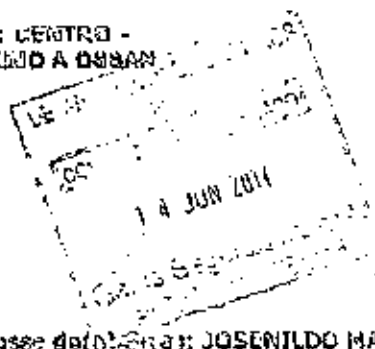
Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 05/04/2017 às 17:10

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia 04/04/2017 no período da Tarde

Local ocorrido no endereço: MUNICÍPIO DE TIMBAUBA, 4 - Bairro: CENTRO -
TIMBAUBA/PERNAMBUCO/BRASIL - Ponto de Referência: PROXIMO A OSMAN
Local do Fato: VIAPUBLICA

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:
A PRÓPRIA VÍTIMA (AUTOR/AGENTE)
ALEX DOS SANTOS SILVA (OUTRO)
MARIA JOSILE DOS SANTOS (VÍTIMA)
JOSEILDO MARINHO DOS SANTOS (VÍTIMA)

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:
VEICULO: (Veículo na geração da ocorrência) , que estava em posse do(s) Sr(a): JOSEILDO MARINHO
DOS SANTOS



Identificação da(s) pessoa(s) envolvida(s)

Identificação de JOSEILDO DOS SANTOS (presente ao plantão) - Sexo: Masculino
Nome: JOSEILDO MARINHO DOS SANTOS Pat: JOSEILDO MARINHO DOS SANTOS Data de Nascimento: 12/01/1967
Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

Endereço: RUA ALFREDO CANDIDO Nº 6A, TIMBAUBA - TIMBAUBA/PERNAMBUCO/BRASIL
Município: MUNICÍPIO DE TIMBAUBA, 4 - CEP: 8 - Bairro: CENTRO - TIMBAUBA/PERNAMBUCO/BRASIL

Identificação de MARIA JOSILE DOS SANTOS (não presente ao plantão) - Sexo: Feminino
Nome: MARIA JOSILE DOS SANTOS Pat: JOSEILDO MARINHO DOS SANTOS Data de Nascimento: 12/01/1967 Naturalidade:
NÃO INFORMADO - PERNAMBUCO / BRASIL

Endereço: RUA ALFREDO CANDIDO Nº 6A, TIMBAUBA - TIMBAUBA/PERNAMBUCO/BRASIL
Município: MUNICÍPIO DE TIMBAUBA, 4 - CEP: 8 - Bairro: CENTRO - TIMBAUBA/PERNAMBUCO/BRASIL

Identificação de ALEX DOS SANTOS SILVA (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino
Nome: ALEX DOS SANTOS SILVA Pat: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

Identificação de ALEX DOS SANTOS SILVA (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino
Nome: ALEX DOS SANTOS SILVA Pat: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

Identificação da(s) vítima(s) envolvida(s)

Identificação da vítima(s) de propriedade do(s) Sr(a): ALEX DOS SANTOS SILVA, que estava em posse do(s) Sr(a):

Assessorado MARINHO DOS SANTOS

Descrição/Motivos: COLÍCIOS/EXATÃO INFORMANTÃO INFORMADO OUSO arrastado. Não
 (motivo não informado NÃO INFORMADA)

PLA: 900636 (PERMANECIMENTO INFORMADO) Chassi: 9C2KD0558DR377383

PLA: 900636 (PERMANECIMENTO)

Contribuinte: ALDO/CASOL

25/06/2019

Complemento / Observação

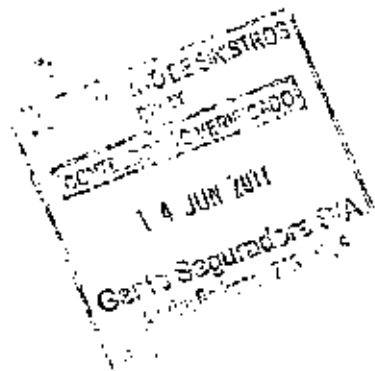
RECORRER INFORMAR QUE ESTAVA COM SUA ESPOSA NA GARAGEM QUANDO PROXIMO A OBBAR EM UM CRUZAMENTO
 COM A RUA TRAVESSA CHOVENDO QUESADO CERRADO EM UMA POÇA DE AGUA, PORÉM O MESMO PERDEU O
 CONTROLE E VIUO A CAIRER DA MOTO. AS VITIMAS FORAM SOCORRIDA PARA UPA E TRANSPORTADAS PARA RECIFE.
 JOSEILDO TEVE UMA FRATURA NO PUNHO DIREITO CONFORME DOCUMENTAÇÃO MÉDICA EM ANEXO E MARIA JOBETE
 TEVE FRATURA NO TORSO E LO ESQUERDO CONFORME DOCUMENTAÇÃO MÉDICA EM ANEXO. NADA MAIS A
 RELATAR.

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

Joseildo Marinho dos Santos

JOSEILDO MARINHO DOS SANTOS
 (VÍTIMA)

S.O. registrado por: ERIVELTON RODRIGUES DA SILVA - Matrícula: 355327-7





**GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 046ª CIRCUNSCRIÇÃO - TIMBAUBA - DP46ºCIRC
DINTER/111ºDESEC**

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 17E0136000666

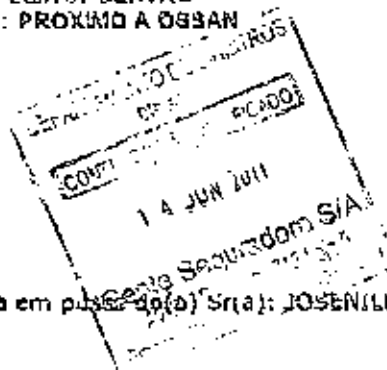
Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 05/04/2017 às 17:10

ACCIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposa (Consumado), que aconteceu no dia 05/04/2017 no período da Tarde

Fato ocorreu no endereço: MUNICÍPIO DE TIMBAUBA, 1 - Bairro: CENTRO - TIMBAUBA/PERNAMBUCO/BRASIL - Ponto de Referência: PROXIMO A OSSAN
Local do Fato: VIA PUBLICA

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:
A PRÓPRIA VÍTIMA (AUTOR / AGENTE)
ALEX DOS SANTOS SILVA (OUTRO)
MARIA JOSENE DOS SANTOS (VÍTIMA)
JOSENILO MARINHO DOS SANTOS (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:
VEÍCULO: (usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): JOSENILO MARINHO DOS SANTOS



Qualificação do(s) pessoa(s) envolvida(s)

JOSENILO MARINHO DOS SANTOS (presente ao plantão) - Sexo: Masculino
Mãe: BEATRIZ BERNARDES MENDES DA SILVA Pai: CÍLIO MARINHO DOS SANTOS Data de Nascimento: 12/3/1967
Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

Endereço: RUA ALFREDO CARDOSO Nº 6A, TIMBAUBINHA - TIMBAUBA/PERNAMBUCO/BRASIL
Município: MUNICÍPIO DE TIMBAUBA, 1 - CEP: 0 - Bairro: CENTRO - TIMBAUBA/PERNAMBUCO/BRASIL

MARIA JOSENE DOS SANTOS (não presente ao plantão) - Sexo: Feminino
Mãe: MARIA BATISTA DOS SANTOS Pai: JOSE SEVERINO DOS SANTOS Data de Nascimento: 12/6/1967 Naturalidade:
NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

Endereço: RUA ALFREDO CARDOSO Nº 6A, TIMBAUBINHA - TIMBAUBA/PERNAMBUCO/BRASIL
Município: MUNICÍPIO DE TIMBAUBA, 1 - CEP: 0 - Bairro: CENTRO - TIMBAUBA/PERNAMBUCO/BRASIL

ALEX DOS SANTOS SILVA (não presente ao plantão) - Sexo: desconhecido
Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

JOSENILO MARINHO DOS SANTOS (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino
Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

Qualificação do(s) veículo(s) envolvido(s)

VEÍCULO: (A propriedade do(a) Sr(a): ALEX DOS SANTOS SILVA, que estava em posse do(a) Sr(a):

ASSINANTE: JOSEILDO MARINHO DOS SANTOS

Modelo: 150 Motor: 1500cc Ano: 2013 Marca: HONDA Modelo: 150 Motor: 1500cc Ano: 2013 Marca: HONDA Modelo: 150 Motor: 1500cc Ano: 2013 Marca: HONDA

Placa: 905656 (PERNAMBUCO) Informado: Chassi: 9CZKD0565DR377396

Ano: 2013 Marca: HONDA

Combustível: ALCOOL/GASOL

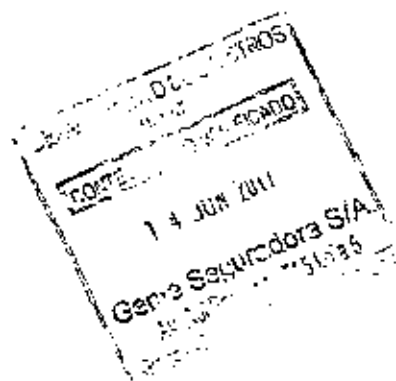
Complemento / Observação

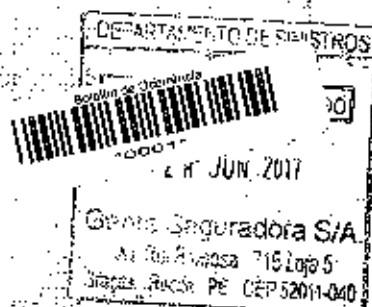
O CONDOT DA INFURRIA QUE ESTAVA COM SUA ESPOSA NA GARUPA QUANDO PROXIMO A OSSAN EM UM CUZAMENTO COME NESTE DIA ESTAVA CHOVENDO O MESMO DERRAPOU EM UMA POÇA DE AGUA, POREM O MESMO PERDEU O CONTROLE E VINDO A CAIR EM UM BOTO. AS VITIRAS FORAM SOCORRIDA PARA UPA E TRANSFERIDOS PARA RECIFE, JOSEILDO TEVE UMA FRATURA NO PUNHO DIREITO CONFORME DOCUMENTAÇÃO MEDICA EM ANEXO E MARIA JOSETE TEVE FRATURA NO TORNOMELO ESQUERDO CONFORME DOCUMENTAÇÃO MEDICA EM ANEXO. NADA MAIS A DECLARAR.

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

Joseildo Marinho dos Santos
JOSEILDO MARINHO DOS SANTOS
(VITIRIA)

B.O. registrado por: ERIVELTON AZEVEDO DA SILVA - Matrícula: 350827-7





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 6ª CIRCUNSCRIÇÃO - TIMBAUBA - DP46-CIRC
INTERIM-DESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 17E0136000566

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 05/04/2017 às 17:10

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VITIMA NÃO FATAL - Choque (Comunidade) que aconteceu no dia 29/1/2017 no período da Tarde

Fato descrito no endereço: **MUNICÍPIO DE TIMBAUBA, 1 - Bairro: CENTRO - TIMBAUBA/PERNAMBUCO/BRASIL** - Ponto de Referência: **PROXIMO A OUSAN**
 Local do Fato: **VOLUNTÁRIA**

Pessoas envolvidas na ocorrência:
 A PRÓPRIA VITIMA (AUTOR AGENTE)
 ALEX DOS SANTOS SILVA (OUTRO)
 MARIA JOSETE DOS SANTOS (VITIMA)
 JOSENEUDO MARINHO DOS SANTOS (VITIMA)

Objeto(s) envolvidos na ocorrência:
 VEÍCULO (Usado na descrição da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a) JOSENEUDO MARINHO DOS SANTOS

Qualificação do(s) pessoa(s) envolvido(s)

JOSENEUDO MARINHO DOS SANTOS (presente ao plantão) - Sexo: Masculino
 Nome: **SEVERINA SERNARDO MENDES DA SILVA** Pat: **CICERO MARINHO DOS SANTOS** Data de Nascimento: **17/11/1967**
 Nacionalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**
 Residência: **RUA ALFREDO CANDIDO Nº 6A, TIMBAUBINHA - TIMBAUBA/PERNAMBUCO/BRASIL**
 Endereço: **MUNICÍPIO DE TIMBAUBA, 1 - CEP: 0 - Bairro: CENTRO - TIMBAUBA/PERNAMBUCO/BRASIL**

MARIA JOSETE DOS SANTOS (não presente ao plantão) - Sexo: Feminino
 Nome: **MARIA BATISTA DOS SANTOS** Pat: **JOSE SEVERINO DOS SANTOS** Data de Nascimento: **12/11/1967** Nacionalidade:
NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL
 Residência: **RUA ALFREDO CANDIDO Nº 6A, TIMBAUBINHA - TIMBAUBA/PERNAMBUCO/BRASIL**
 Endereço: **MUNICÍPIO DE TIMBAUBA, 1 - CEP: 0 - Bairro: CENTRO - TIMBAUBA/PERNAMBUCO/BRASIL**

ALEX DOS SANTOS SILVA (não presente ao plantão) - Sexo: Desconhecido
 Nacionalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

A PRÓPRIA VITIMA (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino
 Nacionalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

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

MO/VEICULO (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a) ALEX DOS SANTOS SILVA, que estava em posse do(a) Sr(a)

JOSEFILDO MARINHO DOS SANTOS

Como a Mercantile Modulo: 8010 CICLATA NÃO INFORMADO NÃO INFORMADO Como corrigido: Não

UNIDADE NA REFORMA

FORMER: 8C2AC4552DR177383

7317 *Ischnura elegans* (L.) (Diptera: Tephritidae)

Reviewed by ALBERTSON

291 58013

Complemento / Observação

5. CONDUCTOR INFORMA QUE ESTAVA COM SUA ESPOSA NA GARUFA QUANDO PROXIMO A OSSAM EM UM CLIZAMENTO ONDE NESTE DIA ESTAVA CHOVENDO O MESMO DERRAMOU EM UMA POÇA DE AGUA, POREM O MESMO PERDEU O CONTROLE E VINDO A CAIREM NA MOTO. AS VITIMAS FORAM SOCORRIDAS PARA UPA E TRANSFERIDOS PARA HUCIFE. JOSENILDO TEVE UMA FRATURA NO PUNHO DIREITO CONFORME DOCUMENTACAO MEDICA EM ANEXO E MARIA JOSETE TEVE FRATURA NO TORNOMELO ESQUERDO CONFORME DOCUMENTACAO MEDICA EM ANEXO. NADA MAIS A DECLARAR.

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

Guillermo Varela de Santos

CELENO DO MARINHO DOS SANTOS
VOTAR

References

B.O. registrado por: **EXVELTON RODRIGUES DA SILVA** - Matrícula: 338827-7

FICHA DE ATENDIMENTO E URGÊNCIA

PREFEITURA MUNICIPAL DE TIMBÓBIA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL MUNICIPAL DE SÃO COELHO



Nome: MARIA JOSE DOS SANTOS, mãe de Maria José dos Santos
Dt. Nasc.: 12/05/67 - 49 ano(s) Nº registro: 116536
Mãe: Sexo: Feminino
Endereço: R. 1º SETOR, TIMBÓBIA - PE Idade:
Data/hora: 29/01/2017 - 17:54 Nº pág.: 1/1

América
Clínica
CNPJ 24680

FICHA DE ATENDIMENTO

ANAMNESE / QUEIXA PRINCIPAL:

Queixa: Paciente relata ter sido vítima de acidente de trânsito, com dor em mão e tornozelo esquerdo

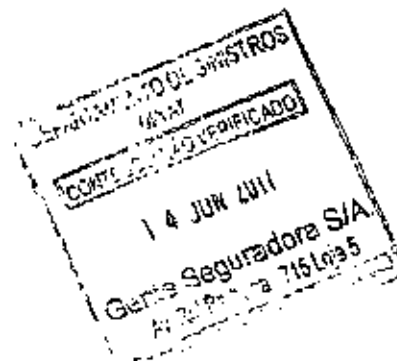
EXAME FÍSICO:

PA: 120/80 mmHg, FC: 72 bpm, TA: 36,5°C, SpO2: 98%
ECG: ALERTA, NORMOCORADA, BEM HUMORADA, COM EXATIDÃO DE RESPOSTA
ACV: RCR EM 2T, BNF SEM SOPROS
AR: MV+ EM ANT SEM RA
EXT: ESCORIAÇÕES EM JOELHO ESQUERDO E DOR E EDEMA EM TO JOELHO ESQUERDO

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:

Resultados de Exames:

Conduta / Evolução do paciente:



DR. AMARCO CARLOS ALBERTO REIS
CRM: 24680

BRADESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 21/07/2017

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 4.725,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: MARIA JOSETE DOS SANTOS

BANCO: 237

AGÊNCIA: 01877-5

CONTA: 000000017816-0

Nr. Autenticação

BRADESCO2107201705000000000023701877000000017816472500 PAGO

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA



Eu, Mário José dos Santos

RG nº 9.455.736, data de expedição 12/01/14, Órgão SDS/PE,

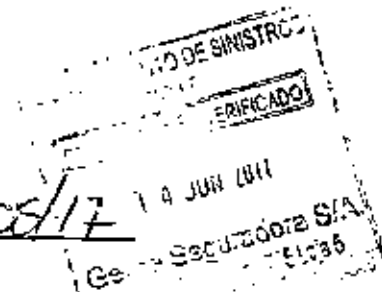
CPF nº 926.449.774-68, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro: Mário José dos Santos

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Rua Alfredo Côndida</u>
Número	<u>6-A</u>
Apto / Complemento	<u>Casa</u>
Bairro	<u>Timbaúba</u>
Cidade	<u>Timbaúba</u>
Estado	<u>Pernambuco</u>
CEP	<u>55830-000</u>
Telefone de Contato	<u>(81)9.9746-7503/9.9315-6329</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data:

Timbaúba, 16/05/17



Assinatura do Declarante:

Mário José dos Santos

MODELO DE REGISTRO
 14 JUN 2011
 Gama Seguradora S/A
 15/06/11



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Renan Marcos Muniz de Barros

RG nº 8.298.534, data de expedição 30/05/07, Órgão SDS/PE

CPF nº 089.460.924-50 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: Mário J. S. Costa

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Cas. Nilo Pegambar</u>
Número	<u>240-A</u>
Apto / Complemento	<u>Casa</u>
Bairro	<u>Centro</u>
Cidade	<u>Timbóela</u>
Estado	<u>Pernambuco</u>
CEP	<u>55870-000</u>
Telefone de Contato	<u>(81) 9 9746-7503 / 9 9315-6309</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Timbóela, 16/05/17

Assinatura do Declarante: Renan Marcos M. Barros

