

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: 12/03/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 675,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ANA MARIA RAMOS DO NASCIMENTO

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00917

CONTA: 000000090537-0

Nr. da Autenticação 50CA49164917B545

Unimed



Recife

ANS - nº 34.488-5

Diretora Técnica Médica
Drª. Maria de Lourdes C. de Araújo
CREMEPE: 3367

FAC

9912368183/2015-DR/PE
UNIMED RECIFE



CDD ENCruzilhADA PE - CTC RECIFE PE CIDA (CID/PE)

RAFAEL HENRIQUE OLIVEIRA ALMEIDA PIRES - 7910075719004
R PRUDENTE DE MORAES 409 - LADO IMPAR
HIPODROMO
RECIFE - PE
52041-725



32 14536021 05871 00000002570 10 050220

VENCIMENTO
25/02/2020

**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 06 | 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 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 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 Sheila de Oliveira Moura

inscrito (a) no CPF/CNPJ 633376654, 20, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Ana Maria Ramos do Nascimento inscrito (a) no CPF sob o Nº 082958454, 46

do sinistro de DPVAT cobertura Zona Aldeia da Vítima Ana Maria Ramos do Nascimento

inscrito (a) no CPF sob o Nº 082958454, 46, 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 Prudente de Moraes</u>	Número: <u>409</u>	Complemento: _____
Bairro: <u>Alfândega</u>	Cidade: <u>Recife</u>	Estado: <u>PE</u>
E-mail: _____	CEP: <u>52041730</u>	Tel. (DDD): <u>(81) 999268546</u>

Local e Data: _____

Recife, 28/02/2020

Sheila de Oliveira Moura

Assinatura do Declarante



Laudo para solicitação de autorização de internação

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

1 - ESTABELECIMENTO SOLICITANTE	2 - CNES
HOSPITAL MIGUEL ARRAES	6431569
3 - ESTABELECIMENTO EXECUTANTE	4 - CNES
HOSPITAL MIGUEL ARRAES	6431569

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5 - Nome do Paciente	6 - N° Prontuário			
ANA MARIA RAMOS DO NASCIMENTO	131812			
7 - Cartão Nacional do SUS	8 - Data de Nascimento	9 - Sexo	10 - Raça/Cor	10.1 - Etnia
703607051487330	14/12/1961	☒ Masculino ☐ Feminino	03 - Parda	0000 - Não Se Aplica
11 - Nome da Mãe	12 - Telefone de Contato			
MARIA SEVERINA RAMOS DO NASCIMENTO	8198927543			
13 - Nome Responsável	14 - Telefone de Contato			
MIRELA HELENA				
15 - Endereço (Rua, N° Bairro)	16 - Município	17 - IBGE	18 - UF	19 - CEP
RUA DOS DESEJOS, 2018 - ALTO SOL NASCENTE	DA	260960	PE	53200210

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - Principais Sinais e Sintomas Clínicos
ANTE VITIMA DE ACIDENTE AUTOMOBILISTICO COM TRAUMA EM P-E ESQUERDO, REFERE DORES EM HALUX, COM FERIMENTO E EXPOSIÇÃO OSSEA CE PLANTAR NENHAS ALERGIAS, REFERE HAS

21 - Condições que justificam a Internação
CITADAS ACIMA

22 - Principais Resultados de Provas Diagnósticas
ANAMNESE + EXAME FISICO

23 - Diagnóstico Inicial / Código	24 - CID 10 Principal	25 - CID 10 Secundário	26 - CID 10 Causas Associadas
FRATURA EXPOSTA DO HALUX ESQUERDO	S924	W199 V43.9	03.01.06.003

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - Descrição do Procedimento Solicitado	28 - Código do Procedimento		
PROCEDIMENTOS SEQUENCIAIS EM ORTOPEDIA	0415020069		
29 - Especialidade	30 - Caracter de Atendimento	31 - Documento	32 - N° do Documento (CNS/CPF) do Profissional Solicitante/Assistente
CIRÚRGICA	2	(X) CNS () CPF	980016278437533
33 - Nome do Profissional Solicitante/Assistente	34 - Data da Solicitação	35 - Assinatura e Carimbo (N° de Registro no Conselho)	
SORMANE DE CARVALHO BRITTO	30/11/2019	Dr. Ian Lacerda CRM-PB 9824 CRM-PE 23590	

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - () Acidente de Trânsito	39 - CNPJ Seguradora	40 - N° Bilhete	41 - Série
37 - () Acid. Trabalho Típico	42 - CNPJ / Empresa	43 - CNAE / Empresa	44 - CBOR
38 - () Acid. Trabalho Trajeto			
45 - Vínculo com a Previdência			
() Empregado () Empregador () Autônomo () Desempregado () Aposentado () Não Segurado			

AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizador	47 - Cód. Órgão Emissor	52 - N° da Autorização da Internação Hospitalar
	E260000001	
48 - Documento	49 - N° do Documento (CNS/CPF) do Profissional Autorizador	
() CNS () CPF		
50 - Data da Autorização	51 - Assinatura e Carimbo (N° Registro do Conselho)	
	Adauto Telino Traumatologia / Ortopedia CRM 20171/TEOT. 15666	

AIH
261910224238-3

Ana maria Rames do nascimento
Assinatura e RG do paciente ou pessoa responsável

HOSPITAL METROP. NORTE MIGUEL ARRAES

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

PROTOCOLO CLASSIFICACAO REDE IMIP

Data e hora retirada da senha: 30/11/2019 16:03



Nome Paciente: ANA MARIA RAMOS DO NASCIMENTO
Cód. Paciente:
Data de Nascimento: 14/12/1961
Sexo: Feminino
Idade: 57 anos
Senha: 0023
Convênio:
Atendimento:
SAME:

Período: 30/11/2019 16:12 - 30/11/2019 16:16

FERNANDA MARIA ROCHA BOTELHO - COREN: 498644 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - CLASSIFICAÇÃO

Prioridade:

EMERGENCIA VERMELHO

Cor:

VERMELHO

Queixa Principal:

PACIENTE ENCAMINHADA PELA UPA DE IPOJUCA COM HISTORIA DE TRAUMA CORTO CONTUSO EM PÉ ESQUERDO APÓS COLISÃO MOTO X KOMBI COM HD DE FX EXPOSTA DE FALANGE DISTAL DE HÁLUX ESQUERDO

Medicamento(s):

CAPTOPRIL
HIDROCLOROTIAZIDA

Observação:

HAS+ / NEGA DM E ALERGIA MEDICAMENTOSA

Fluxograma sintoma:

ALTERAÇÃO DE SINAIS VITAIS NO ADULTO

Discriminador(es):

- PRESSÃO ARTERIAL SISTÓLICA $\geq$ 180 MMHG SINTOMÁTICO

Especialidade:

ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Sinais Vitais Lidos:

- SACR - ESCALA DE GLASGOW: 15
- SACR - REGUA DE DOR: 7
- FREQUENCIA CARDIACA: 95.00 BPM
- GLICOSE: 108.00 MG/DL
- P.A. SISTOLICA: 180.00 MMHG
- P.A.DISTOLICA: 100.00 MMHG
- SATURAÇÃO DE OXIGÊNIO: 98.00 %

HMA - Hospital Miguel Arraes

Lesão de Pele

Sim () Não ()

Local

Enfermeiro

RECEBADO
HMA

Acolhido(a) por: FERNANDA MARIA ROCHA BOTELHO - COREN: 498644 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 30/11/2019 16:16



Atendimento: 506215

Data e Hora: 30/11/2019 16:30

Senha da Classificação:

506215

Paciente: 131812 ANA MARIA RAMOS DO NASCIMENTO

Sexo: FEMININO

Nome Social:

Data do Nascimento: 14/12/1961 Idade: 57 anos Convenio: 2 SUS - EXTERNO / URGENCIA

Nome da Mãe: MARIA SEVERINA RAMOS DO NASCIMENTO Nome do Pai: JOAO DO NASCIMENTO

Estado Civil: SOLTEIRO

Nome do Médico: PLANTONISTA ORTOPEDIA

CRM: 12346

Endereço: RUA DOS DESEJOS

2018

Bairro: ALTO SOL NASCENTE

Cidade/UF: OLINDA

PE

Usuário Atendimento: JOSAFAXA

Informações Associadas a Pacientes Estrangeiros / Visitantes

Data Entrada Brasil:

Nacionalidade: BRASILEIRA

Nr Documento Estrangeiro:

Observação:

RESUMO DE TRATAMENTO

Peso: _____

Altura: _____

Temperatura: _____

Hora: _____

Queixa Principal

PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE AUTOMOBILISTICO PERCORRENDO RUA EM MALLX (E). APRESENTA FERIMENTOS CONTUNDIVOS EM REGIÃO PLANTAR DE MALLX.

Exame Físico

MAS+, DM-, ALERGIA-.

ECB, COTE, CPNATA, AFERIML.

Hipótese Diagnóstico

FRATURAS DE FALANGE PROXIMAL DE MALLX (E).

Prescrição Médica

1. Solução Na

2. GEFAROLINA 2g + AD 12V, AGONA.

DIPINAVA 2g + AD 12V, 6/6h

ALTA 27/11

Dr. Anselmo
Médico
CRE 27.749

AO BLOCO

Dr. Jan Lacerda
CRM-PB 9824
CRM-PE 23590

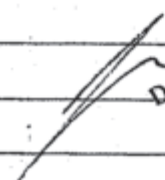
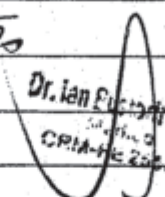
Assinatura e Carimbo/Médico

Destino: () Encaminhado ao Ambulatorio () Residência

() Transferido: Para _____

Senha: _____

() Encaminhado ao setor de internação

DATA/HORA	
30/11/2019	# SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
	# ADMISSÃO
	PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE AUTOMOBILISTICO COM TRAUMA EM PE ESQUERDO , REFERE DORES EM HALUX , COM FERIMENTO E EXPOSIÇÃO OSSEA EM FACE PLANTAR NEGA ALERGIAS , REFERE HAS HD FRATURA EXPOSTA DE HALUX ESQUERDO CD AO BLOCO CIRURGICO
01/12/19	 Dr. Ian Lacerda CRM-PB 9824 CRM-PE 23590 #SOT# Nd. LC + DC (01º OPD) 1 Paciente evoluiu atencioso, sem queixas ME: FO limpa CD. Dite + Dressings  Dr. Ian Lacerda CRM-PB 9824 CRM-PE 23590

HOSPITAL MIGUEL ARRAESMV 2000 - Sistema de Centro Cirúrgico e Obstétrico
Ficha de Cirurgia Descritiva

Página.: 0001

Data.....: 30/11/2

Hora.....: 21:27

Aviso de Cirurgia : 61269

Paciente : 131812

Convênio Atend. : 1

Leito : 228

Dt. Início : 30/11/2019 21:00

Cid Pré-Operatório : S924

Cid Pós-Operatório :

Sala : 0001

SALA 01

ANA MARIA RAMOS DO NASCIMENTO

SUS - INTERNACAO

VERMELHO - LEITO 001

Dt. Fim : 30/11/2019 21:30

FRATURA DO HALUX

Atendimento : 506217

Carteira :

Idade : 57 Anos

Procedimento: 0408020342

TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA / LESÃO FISARIA DAS FALANGES DA MÃO (CC
FIXAÇÃO) (PRINCIPAL)

Convênio: 001

SUS - INTERNACAO

Anestesia:

CIRURGIAO

19769 THIAGO GOMES DOS ANJOS

Descrição Cirúrgica :

DIAGNÓSTICO: FRATURA EXPOSTA DO HALUX E

CIRURGIA : LC+DC

CIRURGIÃO: DR THIAGO DOS ANJOS

ANESTESIA: LOCAL

ACIDENTES DURANTE A CIRURGIA:

DESCRIÇÃO CIRÚRGICA

- 1) PACIENTE EM DECÚBITO DORSAL SOB ANESTESIA LOCAL
- 2) ASSEPSIA E ANTISSEPISIA MIE+ APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTEREIS
- 3) OBSERVAOD FERIMENTO EM POLPA DIGITAL DO 1 PDE
- 4) LIMPEZA EXAUSTIVA COM SF0,9% + DESBRIDAMENTO
- 5) SUTURA COM NYLON 2.0
- 6) CURATIVO OCLUSIVO
- 7) PERFUSÃO DISTAL PRESENTE

Achados Cirúrgicos:**Descrição Complementar**

FATURADO
18/12/19
CLAUDEVAN SOUSA
FATURISTA

DR(A) : THIAGO GOMES DOS ANJOS
CRM : 19769

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO TAVARES RUIZ

NOME **Ana Maria Ramos do Nascimento**



FILIAÇÃO
João do Nascimento
Maria Severina Ramos do Nascimento

NATURALIDADE Nazaré da Mata - PE
DATA NASCIMENTO 14/12/1961 ORGÃO EXPEDIDOR SDS/PE TIPO SANG. TATU. RH
OBSERVAÇÃO

Ana Maria Ramos do Nascimento
Assinatura do Identificado

CARTEIRA DE IDENTIDADE

PROIBIDO PLASTIFICAR

LEI Nº 7.116 DE 29 DE AGOSTO DE 1983

REGISTRO GERAL 3.375.292 DATA DE EMISSÃO 29/01/2020
REGISTRO CIVIL
Matr.: 074799.01.55.1972.1.00046.226.0051264.51 Recife - PE 20/01/2020

CPF 082.958.454-46 DNI [REDACTED]
FILIAÇÃO [REDACTED] CTPS [REDACTED] SÉRIE [REDACTED] UF [REDACTED]
RG/PS/PASEP [REDACTED] IDENTIDADE PROFISSIONAL [REDACTED]
CIST. MILITAR [REDACTED]
CNI [REDACTED] CNE [REDACTED]

Pablo de Carvalho
Pablo de Carvalho
Assinatura do Identificado

EC-03

Polegar Direito



VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 MINISTÉRIO DAS CIDADES
 DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
 CÂBILA NACIONAL DE MARITIMACAO

NOME
 SHEILA DE OLIVEIRA MOURA

DOC. IDENTIDADE / ORIG. EMISSOR / UF
 1692915 SSP PE

CNPJ
 633.376.654-20

DATA NASCIMENTO
 26/05/1971

FILIAÇÃO
 HILTON MARQUES DE
 MOURA
 SHEL DE OLIVEIRA MOURA

FIRMAÇÃO
 ACC
 CAT. H2

Nº REGISTRO
 00498650748

VALIDADE
 16/09/2021

INABILITAÇÃO
 28/01/1999

VALISA EM TODOS
 O TERRITÓRIO NACIONAL
 1302034553

PROIBIDO PLASTIFICAR
 1302034553

DETRAN - PERNAMBUCO

OBSERVAÇÕES
 A

Assinatura do Portador

LOCAL
 RECIFE - PE

DATA EMISSÃO
 16/09/2016

Assinatura do Emisor

82325855468
 PRO74629115

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0077519/20

Vítima: ANA MARIA RAMOS DO NASCIMENTO

CPF: 082.958.454-46

Seguradora: PREVIMIL VIDA E PREVIDENCIA S/A

Data do acidente: 30/11/2019

Titular do CPF: ANA MARIA RAMOS DO NASCIMENTO

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

SHEILA DE OLIVEIRA MOURA : 633.376.654-20

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

ANA MARIA RAMOS DO NASCIMENTO : 082.958.454-46

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 03/03/2020
Nome: SHEILA DE OLIVEIRA MOURA
CPF: 633.376.654-20

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 03/03/2020
Nome: JULIANA BEZERRA DE LUNA
CPF: 114.202.964-69

SHEILA DE OLIVEIRA MOURA

JULIANA BEZERRA DE LUNA

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200097198 **Cidade:** Ipojuca **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ANA MARIA RAMOS DO NASCIMENTO **Data do acidente:** 30/11/2019 **Seguradora:** PREVIMIL VIDA E PREVIDENCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 09/03/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DE FALANGE DISTAL DE HALUX ESQUERDO-P.2,3.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - ALTA MÉDICA.
P.2,3,6.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO DEDO DO PÉ ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADO DO DEDO DO PÉ ESQUERDO.

**Documentos
complementares:**

Observações: X - VÍTIMA COM 58 ANOS./FOLHA CIRÚRGICA-P.6.

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
Dedos da pé-Perda funcional completa de qualquer um dos dedos do pé	10 %	Em grau médio - 50 %	5%	R\$ 675,00
Total			5 %	R\$ 675,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200097198 **Cidade:** Ipojuca **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ANA MARIA RAMOS DO NASCIMENTO **Data do acidente:** 30/11/2019 **Seguradora:** PREVIMIL VIDA E PREVIDENCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 06/03/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DE FALANGE DISTAL DE HALUX ESQUERDO-P.2,3.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - ALTA MÉDICA.
P.2,3,6.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO DEDO DO PÉ ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADO DO DEDO DO PÉ ESQUERDO.

**Documentos
complementares:**

Observações: X - VÍTIMA COM 58 ANOS./FOLHA CIRÚRGICA-P.6.

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
Dedos da pé-Perda funcional completa de qualquer um dos dedos do pé	10 %	Em grau médio - 50 %	5%	R\$ 675,00
Total			5 %	R\$ 675,00

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE: Ana Maria Ramos do Nascimento,
brasileiro(a), estado civil: Solteira, CI/ RG nº 3375292,
CPF/MF sob nº 082.958.454-46, residente e domiciliado(a) à rua
Rua dos Senhores, nº 218,
Bairro: Alto Sol Nascente, Cidade: Olinda,
Estado: PE, CEP: 53200-210, Telefone: 985651854.

OUTORGADO(S): SHEILA DE OLIVEIRA MOURA, brasileira, inscrito(a) no CPF/MF sob nº 633.376.654-20, com endereço profissional à Prudente de Moraes, nº 409, bairro do Hipódromo, cidade de Recife, estado de Pernambuco e/ou TITO FLÁVIO DE ALMEIDA PIRES FALCÃO, brasileiro, inscrito(a) no CPF/MF sob nº 692.655.184-72, com endereço profissional à Prudente de Moraes, nº 409, bairro do Hipódromo, cidade de Recife, estado de Pernambuco.

PODERES: Concede poderes especiais do outorgado para: Enviar documentos, receber correspondências, solicitar informações por escrito ou por telefone, ter acesso ao número do sinistro, acompanhar o andamento do sinistro e apresentar documentos referentes ao sinistro, junto a Seguradora Líder, Seguradoras conveniadas a Líder DPVAT e a Susep, bem como tratar de documentos, concordar ou não com o que se faça necessário junto aos Órgãos de Saúde (Hospitais, Policlínicas e UPA's), bem como aos Órgãos de atendimento Pré-hospitalar (Corpo de Bombeiros e SAMU) do Estado de Pernambuco.

Obs.: É de responsabilidade do outorgante a veracidade das informações e documentos apresentados e disponibilizados ao outorgado.

5 de 02 de 2019. 2020
dia 5 (7/2020)

2º
Cartório

Ana Maria Ramos do Nascimento
OUTORGANTE

Reconhecer firma por autenticidade

 **CARTÓRIO DE NOTAS E PROTESTOS DE OLINDA-PE**
Tabelião Dayse Nunes
Av. Getúlio Vargas, 939 - Bairro Novo
Fone: (81) 3432-3595 - E-mail: 2cartoriodeolinda@gmail.com

Reconheço por Autenticidade a firma de: **ANA MARIA RAMOS DO NASCIMENTO**
Olinda, 05/02/2020 10:46:25. Em testemunho da  da **IPACILENE GUEDES**
verdade. **SILVA ESCRIVENTE**. Emol. R\$ 3,63, TSNR R\$ 0,42, FERC R\$ 0,41, FERM R\$ 0,04, FUNSEG R\$ 0,08, Total 5,06.
Consulte a autenticidade em 
Selo: 0159426.IXV01202003.02866



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0077519/20

Vítima: ANA MARIA RAMOS DO NASCIMENTO

CPF: 082.958.454-46

Seguradora: PREVIMIL VIDA E PREVIDENCIA S/A

Data do acidente: 30/11/2019

Titular do CPF: ANA MARIA RAMOS DO NASCIMENTO

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

SHEILA DE OLIVEIRA MOURA : 633.376.654-20

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

ANA MARIA RAMOS DO NASCIMENTO : 082.958.454-46

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 03/03/2020
Nome: SHEILA DE OLIVEIRA MOURA
CPF: 633.376.654-20

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 03/03/2020
Nome: JULIANA BEZERRA DE LUNA
CPF: 114.202.964-69

SHEILA DE OLIVEIRA MOURA

JULIANA BEZERRA DE LUNA

Rio de Janeiro, 03 de Março de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200097198

Vítima: ANA MARIA RAMOS DO NASCIMENTO

Data do Acidente: 30/11/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ANA MARIA RAMOS DO NASCIMENTO

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, 18 de Março de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200097198

Vítima: ANA MARIA RAMOS DO NASCIMENTO

Data do Acidente: 30/11/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: SHEILA DE OLIVEIRA MOURA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), ANA MARIA RAMOS DO NASCIMENTO

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 675,00

Dano Pessoal: Dedos da pé-Perda funcional completa de qualquer um dos dedos do pé 10%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 10%) 5,00%

Valor a indenizar: 5,00% x 13.500,00 = R\$ 675,00

Recebedor: ANA MARIA RAMOS DO NASCIMENTO

Valor: R\$ 675,00

Banco: 104

Agência: 000000917

Conta: 0000090537-0

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: 08295845446 4 - Nome completo da vítima: Ana Maria Ramos do Nascimento

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

5 - Nome completo: Ana Maria Ramos do Nascimento 6 - CPF: 08295845446
7 - Profissão: Do lar 8 - Endereço: Rua dos Roseiros 9 - Número: 218 10 - Complemento: —
11 - Bairro: Alto Sol Noroeste 12 - Cidade: Olinda 13 - Estado: PE 14 - CEP: 53200210
15 - E-mail: — 16 - Tel. (DDD): (81) 985651854

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: 0917 CONTA: 90537 AGÊNCIA: CONTA: (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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ 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 (vairascer)? ☐ 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 pedido (a rogo)
36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)
37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1ª | Nome: _____
CPF: _____
Assinatura da testemunha
39 - 2ª | Nome: _____
CPF: _____
Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Recife 28/10/2020
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante) Ana Maria Ramos do Nascimento

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

580128
0077519/20

GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 025ª CIRCUNSCRIÇÃO - PEIXINHOS - DP25ªCIRC DIM/7ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **20E0115000730**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **18/02/2020** às **11:26**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia **30/11/2019** no período da **Manhã**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICIPIO DE IPOJUCA, 1, PE-009 - Bairro: CENTRO - IPOJUCA/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **RODOVIA ESTADUAL**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

JOÃO ALBERTO ALVES BELTRAO (AUTOR \ AGENTE)
LUCAS ROCHA DA SILVA (OUTRO)
VANESSA MARIA RAMOS DE ARAUJO (VITIMA)
ANA MAR A RAMOS DO NASCIMENTO (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): LUCAS ROCHA DA SILVA
VEICULO (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): JOÃO ALBERTO ALVES BELTRAO

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

VANESSA MARIA RAMOS DE ARAUJO (presente ao plantão) - Sexo: Feminino Mãe: VANIA MARIA RAMOS DE ARAUJO Pai: ERONILDO RICARDO DE ARAUJO Data de Nascimento: 9/10/1979 Naturalidade: RECIFE / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 6942646/SDS/PE (RG). 05601964408 (CPF) Estado Civil: SOLTEIRO(A) Escolaridade: 2ª. GRAU COMPLETO Telefones Celulares:
- 987290226

Endereço Residencial: **RUA DOS DESEJOS, 218 - CEP: 55000-000 - Bairro: ALTO SOL NASCENTE - OLINDA/PERNAMBUCO/BRASIL**

ANA MARIA RAMOS DO NASCIMENTO (presente ao plantão) - Sexo: Feminino Mãe: MARIA SEVERINA RAMOS DO NASCIMENTO Pai: JOÃO DO NASCIMENTO Data de Nascimento: 14/12/1961 Naturalidade: NAZARE DA MATA / PERNAMBUCO BRASIL Documentos: 3375292/SDS/PE (RG). 08295845446 (CPF) Estado Civil: SOLTEIRO(A) Escolaridade: 2ª. GRAU COMPLETO Telefones Celulares:
- 985651854

Endereço Residencial: **RUA DOS DESEJOS, 218 - CEP: 55000-000 - Bairro: ALTO SOL NASCENTE - OLINDA/PERNAMBUCO/BRASIL**

JOÃO ALBERTO ALVES BELTRAO (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Data de Nascimento: 2/9/1970 Naturalidade: RECIFE / PERNAMBUCO / BRASIL Estado Civil: DESCONHECIDO
Endereço Residencial: **RUA AMARO ALBINO PIMENTEL, 33, APT. 402 - CEP: 55000-000 - Bairro: BOA VIAGEM - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL**

LUCAS ROCHA DA SILVA (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Data de Nascimento: 27/9/1985 Naturalidade: RECIFE / PERNAMBUCO / BRASIL

Endereço Residencial: **ESTRADA DO PASSARINHO, 3290 - CEP: 55000-000 - Bairro: PASSARINHO - OLINDA/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

VEICULO 1 (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **JOÃO ALBERTO ALVES BELTRAO**, que estava em posse do(a)

Sr(a): **JOÃO ALBERTO ALVES BELTRAO**

Categoria/Marca/Modelo: **AUTOMOVEL/CHERY/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**

Cor: **CINZA** - Quantidade: **1 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PCA0819** PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO)

Ano Fabricação/Modelo: **2019/2020**

VEICULO 2 (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **LUCAS ROCHA DA SILVA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **LUCAS ROCHA DA SILVA**

Categoria/Marca/Modelo: **AUTOMOVEL/VW/KOMBI** Objeto apreendido: **Não**

Cor: **BRANCA** - Quantidade: **1 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **MX05700** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO)

Ano Fabricação/Modelo: **2000/2001**

Complemento / Observação

INFORMARAM AS VÍTIMAS ACIMA CITADAS QUE SEGUIAM PELA LOCALIDADE COMO PASSAGEIRAS NO VEÍCULO 2 QUE ERA CONDUZIDO PELO PROPRIETARIO LUCAS ROCHA DA SILVA, QUANDO O MENCIONADO VEÍCULO VEIO A PERDER FORÇA E NA OCASIÃO O VEÍCULO 1, CONDUZIDO PELO PROPRIETARIO JOÃO ALBERTO ALVES BELTRÃO, QUE VINHA ATRAS DO VEÍCULO 2, NÃO CONSEGUIU PARAR E COLIDIU NA TRASEIRA DO VEÍCULO 2 E QUE AS VÍTIMAS QUE ESTAVAM NO BANCO TRASEIRO VINHERAM A SOFRER LESOES ONDE FORAM SOCORRIDAS PARA UPA DE IPOJUCA E DE IMEDIATO TRANSFERIDAS PARA O HOSPITAL MIGUEL ARRAES CONFORME PRONTUARIOS Nº 131813 E 131812, RESPECTIVAMENTE LOCAL ONDE PASSARAM POR TRATAMENTO CIRURGICOS.

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

Vanessa Maria Ramos de Araujo

VANESSA MARIA RAMOS DE ARAUJO

(VITIMA)

Ana Maria Ramos do Nascimento

ANA MARIA RAMOS DO NASCIMENTO

(VITIMA)

B.O. registrado por: **SERGIO RICARDO RODRIGUES DE MELO** - Matrícula: **2217651**

Sr. ...

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: 08295845446 4 - Nome completo da vítima: Ana Maria Ramos do Nascimento

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

5 - Nome completo: Ana Maria Ramos do Nascimento 6 - CPF: 08295845446
7 - Profissão: Do lar 8 - Endereço: Rua dos Roseiros 9 - Número: 218 10 - Complemento: —
11 - Bairro: Alto Sol Noroeste 12 - Cidade: Olinda 13 - Estado: PE 14 - CEP: 53200210
15 - E-mail: — 16 - Tel. (DDD): (81) 985651854

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: 0917 CONTA: 90537 0 AGÊNCIA: CONTA: (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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ 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 (vairascer)? ☐ 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 pedido (a rogo)
36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)
37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1ª | Nome: _____
CPF: _____
Assinatura da testemunha
39 - 2ª | Nome: _____
CPF: _____
Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Recife 28/10/2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

HOSPITAL METROP. NORTE MIGUEL ARRAES

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

PROTOCOLO CLASSIFICACAO REDE IMIP

Data e hora retirada da senha: 30/11/2019 16:03



Nome Paciente: ANA MARIA RAMOS DO NASCIMENTO
Cód. Paciente:
Data de Nascimento: 14/12/1961
Sexo: Feminino
Idade: 57 anos
Senha: 0023
Convênio:
Atendimento:
SAME:

Período: 30/11/2019 16:12 - 30/11/2019 16:16

FERNANDA MARIA ROCHA BOTELHO - COREN: 498644 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - CLASSIFICAÇÃO

Prioridade:

EMERGENCIA VERMELHO

Cor:

VERMELHO

Queixa Principal:

PACIENTE ENCAMINHADA PELA UPA DE IPOJUCA COM HISTORIA DE TRAUMA CORTO CONTUSO EM PÉ ESQUERDO APÓS COLISÃO MOTO X KOMBİ COM HD DE FX EXPOSTA DE FALANGE DISTAL DE HÁLUX ESQUERDO

Medicamento(s):

CAPTOPRIL
HIDROCLOROTIAZIDA

Observação:

HAS+ / NEGA DM E ALERGIA MEDICAMENTOSA

Fluxograma sintoma:

ALTERAÇÃO DE SINAIS VITAIS NO ADULTO

Discriminador(es):

- PRESSÃO ARTERIAL SISTÓLICA $\geq$ 180 MMHG SINTOMÁTICO

Especialidade:

ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Sinais Vitais Lidos:

- SACR - ESCALA DE GLASGOW: 15
- SACR - REGUA DE DOR: 7
- FREQUENCIA CARDIACA: 95.00 BPM
- GLICOSE: 108.00 MG/DL
- P.A. SISTOLICA: 180.00 MMHG
- P.A. DISTOLICA: 100.00 MMHG
- SATURAÇÃO DE OXIGÊNIO: 98.00 %

HMA - Hospital Miguel Arraes

Lesão de Pele

Sim () Não ()

Local

Enfermeiro

RECADADO
N. 1-11MA

Acolhido(a) por: FERNANDA MARIA ROCHA BOTELHO - COREN: 498644 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 30/11/2019 16:16



HOSPITAL
MIGUEL ARRAES

HOSPITAL MIGUEL ARRAES



Atendimento: 506215

Senha da Classificação:

Data e Hora: 30/11/2019 16:30

Paciente: 131812 ANA MARIA RAMOS DO NASCIMENTO

Sexo: FEMININO

Nome Social:

Data do Nascimento: 14/12/1961 Idade: 57 anos Convenio: 2 SUS - EXTERNO / URGENCIA

Nome da Mãe: MARIA SEVERINA RAMOS DO NASCIMENTO Nome do Pai: JOAO DO NASCIMENTO

Estado Civil: SOLTEIRO

Nome do Médico: PLANTONISTA ORTOPEDIA

CRM: 12346

Endereço: RUA DOS DESEJOS

2018

Bairro: ALTO SOL NASCENTE

Cidade/UF: OLINDA

PE

Usuário Atendimento: JOSAFAXA

Informações Associadas a Pacientes Estrangeiros / Visitantes

Data Entrada Brasil:

Nacionalidade: BRASILEIRA

Nr Documento Estrangeiro:

Observação:

RESUMO DE TRATAMENTO

Peso:

Altura:

Temperatura:

Hora:

Queixa Principal

PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE AUTOMOBILISTICO PERCORRENDO RUA EM MÃW X (E). APRESENTA FEMUR FRACTURADO EM REGIÃO PLANTAR DE MÃW X.

Exame Fisico

MAS+, DM-, ALERGIA-.

EV3, COTE, CUPNATA, AFEBIL.

Hipotese Diagnostico

FR. EXPOSTA E FRACTURA PROXIMAL DE MÃW X (E).

Prescrição Médica

1. Solucao Na 2. CEFALOXIMA 2g + AD 12h, AGONA.
DIPLOMA 2g + AD 12h, 6/6h
META 200

Dr. Valdo Anselmo
CRM-PB 27.749

AO BLOCO

Dr. Ian Lacerda
CRM-PB 9924
CRM-PB 23590

Assinatura e Carimbo/Médico

Destino: () Encaminhado ao Ambulatorio () Residência

() Transferido: Para

Senha:

() Encaminhado ao setor de internação