

3190664548

**CELPE**

Companhia Energética de Pernambuco  
 Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife - PE CEP 50050-902  
 CNPJ 10.835.932/0001-08 | Insc. Est. 0005943-93 | www.celpe.com.br

**DADOS DO CLIENTE**

MARIA DAS GRACAS DA SILVA

CPF 765.321.354-53 NIS 16382181375

**CLASSIFICAÇÃO**
 B1 RESIDENCIAL  
 BAIXA RENDA COM NIS
**ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA**

RUA TOME BISPO 196

 COMPESA/LAGOA DOS GATOS  
 LAGOA DOS GATOS PE  
 55450-000

Nº DA NOTA FISCAL	SÉRIE	EMIÇÃO
083150849	ÚNICA	29/10/2019
APRESENTAÇÃO	Nº DO CLIENTE	Nº DA INSTALAÇÃO
29/10/2019	2000557444	1847706

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO
1046499022	10/2019
DATA DE VENCIMENTO	DATA PREVISTA PRÓXIMA LEITURA
05/11/2019	28/11/2019
TOTAL A PAGAR (R\$)	
	115,96

**DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL**

	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo até 30 kWh	30,0000000	0,27049070	8,11
Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh	70,0000000	0,48369834	32,45
Consumo Ativo superior a 100 até 220 kWh	81,0000000	0,69554752	56,33
Acréscimo Bandeira AMARELA			2,42
Acréscimo Bandeira VERMELHA			0,88
Contrib. Ilum. Pública Municipal			12,94
ICMS Subvenção-COE-NF 075438380-28/08/19			0,87

(81) 99304-6299

(81) 99304-6442

# Ficha de Atendimento

Número do Atendimento

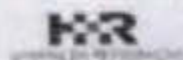
NR 16 / 020603237  
TC / 020603237  
020603237

ETIQUETA

<b>1451014</b>		Data e Hora de Atendimento: 07/07/2019 17:06	Local de Entrada: EMERGENCIA GERAL
Atendimento Manual:			
Nº Prontuário: 1684932	Paciente: MARIA DAS GRACAS DA SILVA	Nm. Social:	
Data de nascimento: 08/05/1969	Idade: 50a 1m 29d	Sexo: FEMININO	
Estado Civil: CASADO	Profissão:	Acompanhante: PAULO RICARDO GOMES DO:	
DOC ID / Data expedição 4090263 / 11-Jan-89	Mãe: JOSEFA MARIA DA SILVA Pai: CICERO JOSE DA SILVA	Cartão SUS: 703405826464300	
Endereço: RUA JOSE TOME BISPO		Numero: 196	
Bairro: COMPESA		Complemento:	
Cidade: LAGOA DOS GATOS		UF: PE	Telefone: 982141651
Ocorrências:			
Motivo do atendimento: ACIDENTE MOTO (QUEDA, COLISAO) / ENCM. POR TCE (TRAUMA CRANIO ENCEFALICO)			
Procedência: OUTRO HOSPITAL			
Informações do Serviço Social:			
Confirmação de nome:		Fones:	Assistente Social
Confirmação de endereço:			
Providências: Alta <input type="checkbox"/> Caso Social <input type="checkbox"/>			
Encaminhamentos: Rede de Apoio <input type="checkbox"/> GPCA <input type="checkbox"/> Cons. Tutelar <input type="checkbox"/> Delegacias <input type="checkbox"/> Minist. Público <input type="checkbox"/>			
Outros <input type="checkbox"/>			
Observação:			Assistente Social
História Clínica:			
<p>Paciente retorna de acidente automobilístico por 18h, avaliando com sintomas de dor e alteração.</p>			
<p>SERVIÇO EXECUTADO CONTAS MEDICAFATORAMENTO</p>			
<p>SES - HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO TOMOCASIA DA EMERGENCIA DATA: 07/07/19 HORA:</p>			
<p>MEDICO: <i>Andrade</i> Atendimento Médico</p>			
<p>Perda de consciência: Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Estado Síncope: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Acidente de Trabalho: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/></p>			
<p>Acidente de Trânsito: Sim <input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/> Tipo: Transporte realizado Por:</p>			
<p>Imobilização Cervical: Sim <input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/> Sofreu Queda: Sim <input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/> Altura:</p>			
<p>Condições de Imobilização adequadas: Sim <input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/> Por Que?</p>			
Exame Físico:			
<p>A. Geral: Vias aéreas está pervia: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> O paciente fala: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Temp:</p>			
<p>E 6 B. LARON, 4000000, 0000000, 0000000</p>			
<p>B. Respiratório: MVB, MHC, SIRA</p>			
<p>C. Circulatório: PA: X mm Pulso: bpm</p>			
<p>RCP - 2T, BNF 4 passos FCI 200mm</p>			

APC/D. BAIXADO  
FUNÇÃOARIO





Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco  
Hospital da Restauração

ETIQUETA

### Ficha de Atendimento

Número do Atendimento

D. Exame Neurológico	Deficiência motora	MSD <input type="checkbox"/>	MSE <input type="checkbox"/>	MID <input type="checkbox"/>	MIE <input type="checkbox"/>	Pupilas	Isocóricas <input type="checkbox"/>	Anisocóricas <input type="checkbox"/>
Glasgow: Abertura Ocular	Glasgow: Resposta Verbal	Glasgow: Resposta Motora						
Escore	Escore	Escore						

ECG: 15

E. Exposição/Abdômen:

ABD: Flac - glabra, deprimível, indolor, SVP  
Sem dor à distensão

Diagnóstico Inicial: ① POLIITRAUMATISMO

Cod. Procedimento

Conduta: 1) SOL. TR. TORAX, ABD, CRANIO  
2) AN. MCR

SES - HOSPITAL DA RESTAURACAO  
TOMOGRAFIA DA ENCEFALOGRAFIA  
Ass. Médico  
DATA: 1/1/19 HORA: \_\_\_\_\_  
MÉDICO: \_\_\_\_\_  
TÉCNICO: \_\_\_\_\_  
EXAME: \_\_\_\_\_  
CONTRASTE: \_\_\_\_\_

Evolução de Enfermagem

Ass. Enfermagem

Definição do Caso:

☐ Internamento ☐ Cirurgia ☐ Óbito ☐ Termo de Alta a Pedido ☐ Evadiu-se ☒ Alta  
Internado na Clínica: \_\_\_\_\_  
Transferido para: \_\_\_\_\_

Condição de Alta:

☐ Curado ☒ Melhorado  
☐ Inalterado ☐ Piorado  
☐ Óbito

Autorização para Alta / Internamento / Transferência:

Médico: Rita Mota CRM 12211-PE Data: 7/7/19 Hora: 15h25

Termo de responsabilidade para internamento:

- Estou ciente das normas existentes neste hospital as quais aceito integralmente e autorizo a realização de tratamento, clínicos e/ou cirúrgicos inclusive transfusões e sem exames complementares e transporte se forem necessários.

Data: \_\_\_\_\_ Nome completo legível: \_\_\_\_\_

No. da identidade: \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_

Termo de responsabilidade de alta a pedido:

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

Data: \_\_\_\_\_ Nome completo legível: \_\_\_\_\_

No. da identidade: \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_

Data e Hora Impressão: 07-Jul-19

# HOSPITAL DA RESTAURACAO

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

MANCHESTER\_V2

Data e hora retirada da senha: 07/07/2019 16:57

Nome Paciente: MARIA DAS GRACAS DA SILVA  
Cód. Paciente:  
Data de Nascimento: 08/05/1969  
Sexo: Feminino  
Idade: 50  
Senha: U0038  
Convênio:  
Atendimento:  
SAME:

Período: 07/07/2019 16:58 - 07/07/2019 17:00

SIMONE BORGES DE ASSIS ARRUDA - COREN: 107126 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - CLASSIFICAÇÃO

Prioridade:

AMARELO - URGENTE

Cor:

AMARELO

Queixa Principal:

QUEDA DE MOTO, HÁ CERCA DE 8 HORAS, ERA GARUPA, COM CAPACETE, REFERE PERDA DE CONSCIÊNCIA, ESCORIAÇÕES

Observação:

PA 130/90, LAGOA DOS GATOS COM SENHA 5722263

Fluxograma sintoma:

TRAUMA MAIOR

Discriminador(es):

- HISTÓRIA DE INCONSCIÊNCIA?

Especialidade:

NEUROCIRURGIA ADULTO

Sinais Vitais Lidos:

- ESCLA COMA DE GLASGOW ADULTO: 15  
- REGUA DE DOR: 5

07/07/19

10:45

# CIP. 60202 #

→ Paciente lucido após realizar exame. TC ABDO. DEL  
norma de lig. lumb. no nível de nível. Paciente nega  
dor no membro

Do sexo: FCB, Coração, Membros, LOTO  
ABD. X ALT. DO: ALT. P. 180 cm  
ABD: Glândula, suprarrenal, im. P. 180 cm

• CD Alta da Cir. geral

Lucas C. F. F. F.  
Médico  
CRM-PE 27678

MP. 06 + Dra. RAISA

Assinado(a) por: SIMONE BORGES DE ASSIS ARRUDA - COREN: 107126 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 07/07/2019 17:00



RECEITUÁRIO

2474:

DATA: 7/7 2015

NOME: Maria do Socorro de Lencastre

Neurologia 5722263:  
H. Mesquita

Pate ro que, vítima  
de acidente de moto.

TCE no go Panícula.

Inte, e costel a neural  
evoluindo com "fontes."

na indução de dechto,  
vômitos.

Glauber - 15 487-186

Set - 96 AA.

PA - 130/90 - medida

Fei 72:

Soluti-oucheu pele,  
neurologia.

Margarida Sigler Reyes  
CRM-PE: 25024

ASSINATURA DO MÉDICO



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco  
Hospital da Restauração

# Ficha de Atendimento

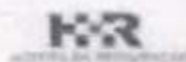
Número do Atendimento

NLR 03066239  
ETIQUETA 0206032039  
0206032039  
0206032039  
TC

<b>1451014</b>		Data e Hora de Atendimento: 07/07/2019 17:05	Local de Entrada: EMERGENCIA GERAL Atendimento Manual:
Nr. Prontuário: 1684932	Paciente: MARIA DAS GRACAS DA SILVA	Nm. Social:	
Data de nascimento: 08/05/1969	Idade: 50a 1m 29d	Sexo: FEMININO	
Estado Civil: CASADO	Profissão:	Acompanhante: PAULO RICARDO GOMES DO	
DOC ID / Data expedição 4090263 / 11-Jan-89	Mãe: JOSEFA MARIA DA SILVA Pai: CICERO JOSE DA SILVA	Cartão SUS: 703405825464300	
Endereço: RUA JOSE TOME BISPO Bairro: COMPESA Cidade: LAGOA DOS GATOS	UF: PE	Telefone: 982141651	
Ocorrências:			
Motivo do atendimento: ACIDENTE MOTO (QUEDA, COLISAO) / ENCM. POR TCE (TRAUMA CRANIO ENCEFALICO)			
Procedência: OUTRO HOSPITAL			
Informações do Serviço Social:			
Confirmação de nome:	Fones:	Assistente Social	
Confirmação de endereço:			
Providências: Alta <input type="checkbox"/> Caso Social <input type="checkbox"/>			
Encaminhamentos: Rede de Apoio <input type="checkbox"/> GPCA <input type="checkbox"/> Cons. Tutelar <input type="checkbox"/> Delegacias <input type="checkbox"/> Minist. Público <input type="checkbox"/>			
Outros <input type="checkbox"/>			
Observação:	Assistente Social		
História Clínica:			
<p>Paciente vítima de acidente motorístico na via, vindo da com feridas de corte e lacerações.</p> <p>GES - HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO TOMADA DE EMERGENCIA DATA 07/07/19 HORA:</p> <p>SERVIÇO EXECUTADO CONTAS MEDICAMENTOS</p>			
Atendimento Médico:			
Perda de consciência: Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Exatidão: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Acidente de Trabalho: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	
Acidente de Trabalho: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Tipo:	Transporte realizado Por:	
Imobilização Cervical: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Sofreu Queda: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Altura:	
Condições de mobilização adequadas: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Por Qual?		
Exame Físico:			
A. Geral: Via aérea está pervia: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	O paciente fala: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Temp:	
E.G.B., corado, hidratado, normotênico, normoventilado.			
B. Respiratório: MVB em HCT, SRA			
C. Circulatório: PA: X mm	Pulso: bpm		
PCR - 2.7, BNF 9 mmHg, FC 90 bpm			

APC/D BAIANO  
UNICARIO





Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco  
Hospital da Restauração

ETIQUETA

### Ficha de Atendimento

Número do Atendimento

D. Exame Neurológico	Deficiência motora	MSD <input type="checkbox"/>	MSE <input type="checkbox"/>	MID <input type="checkbox"/>	ME <input type="checkbox"/>	Pupilas	Isocônicas <input type="checkbox"/>	Anisocônicas <input type="checkbox"/>
Glasgow: Abertura Ocular	Glasgow: Resposta Verbal	Glasgow: Resposta Motora						
Exame	Hora	Exame	Hora	Exame	Hora			

ECG: 15

E. Exposição/Abdomen:

ABD: Bócio - glabro, difuso, indolente, S/VCLM  
Sem dor à distensão.

Diagnóstico Inicial: ① Polipneumia

Cod. Procedimento

Conduta: 1) Sol. Tr. faríngea, oral, útero  
2) Sol. RCL

SES - HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO  
TOMOGRAFIA DA EMERGENCIA

Ass. Médico

DATA: 1/1/2019

MÉDICO

TÉCNICO

EXAME

CONTRASTE

Evolução de Enfermagem

Ass. Enfermagem

Definição do Caso:

Condição de Alta:

☐ Internamento ☐ Cirurgia ☐ Óbito ☐ Termo de Alta a Pedido ☐ Evadiu-se ☒ Alta

☐ Curado ☒ Melhorado  
☐ Inalterado ☐ Piorado  
☐ Óbito

Internado na Clínica

Transferido para:

Autorização para Alta / Internamento / Transferência:

Médico: Rita Mota CRM: 71919 Data: 07/07/19 Hora: 15h25

Termo de responsabilidade para Internamento:

- Estou ciente das normas existentes neste hospital, as quais aceito integralmente e autorizo a realização de tratamento, clínicos e/ou cirúrgicos inclusive transfusões e sem exames complementares e transporte se forem necessários.

Data: \_\_\_\_\_ Nome completo legível: \_\_\_\_\_

Nº. da identidade: \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_

Termo de responsabilidade de alta a pedido:

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

Data: \_\_\_\_\_ Nome completo legível: \_\_\_\_\_

Nº. da identidade: \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_

Data e Hora Impressão: 07-Jul-19

RECEITUÁRIO

24742

DATA: 7/7 2010

NOME: Maria de Fátima de Lencastre

União Europeia 5722263:

Uso de 14. Meses

Pode ser que, vítima

de acidente de moto.

TCE rego Panabula.

Ante, e costel a neural

evoluindo com "tontas."

na medula de dectos,

vômitos.

Glauber - 15 487-186

Set - 96 AA.

PA - 130/90 - montado

Fei 72:

Soluto - oculares pde.

neurolpe "

Margarida Sigler Reyes  
CRM-PE: 25624

ASSINATURA DO MÉDICO





07107139

F N I R H

19435

Paciente com

história de queda de

altura há 1 dia, com perda de  
consciência, sem vômitos.

Taxa de Glicose  $\Phi$  Leucos

Elevada  $\Phi$  Isofoto  $\Phi$  Difusa  
sem convulsões.

HDS: TCE  $\Phi$  Politerapia

CRS: Alta com Orientações

Carla Mota  
Médica  
Neurocirurgia





Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco  
Hospital da Restauração

# Ficha de Atendimento

ETIQUETA

Numero do Registro

1422523

Data e Hora de Atendimento:  
06/05/2019 00:45

Local de Entrada: EMERGENCIA GERAL  
Atendimento Manual:

Paciente: 1677216 Paciente: JUSSIARIA MARIA BATISTA DA SILVA  
Data de nascimento: 02/12/1995 Idade: 23a 5m 3d Sexo: FEMININO  
Estado Civil: SOLTEIRO Profissão: Acompanhante: LUCIANA MARIA DA SILVA  
DOC ID / Data expedição: 9854610 / 16-Jul-15 Mãe: ELIANA DA SILVA  
Pai: JOAO BATISTA DA SILVA Cartão SUS: 898003435964709  
Endereço: TRAVESSA JERNIMO DE ALBUQUERQUE  
Bairro: SALGADO Número 8  
Cidade: CARUARU Complemento:  
UF: PE Telefone: 992194881

Ocorrências

Motivo do atendimento: COLISÃO VEICULO COM MOTO  
Procedência: HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE

## Informações do Serviço Social:

Confirmação de nome: *Assistente Social*  
Confirmação de endereço: *Assistente Social*  
Providências: Alta ☐ Caso Social ☐  
Encaminhamentos: Rede de Apoio ☐ GPCA ☐ Cons. Tutelar ☐ Delegacias ☐ Minist. Público ☐  
Outros ☐ *pete contra a agitação solicitamos*  
Observação: *a superintendente solicitamos a acompanhamento de 2 enfermeiros além de visita. pete para elenar, há casos perturbados no ambiente 19/05/19*  
História Clínica: *Assistente Social*  
*Campos*  
*Nº de Telefone e Campos*  
*CRESS 308*

FATURADO

Atendimento Médico  
Perda de consciência: Sim ☐ Não ☐ Episódio Emético: Sim ☐ Não ☐ Acidente de Trabalho: Sim ☐ Não ☐  
Acidente de Trânsito: Sim ☐ Não ☐ Tipo: Transporte realizado Por:  
Imobilização Cervical: Sim ☐ Não ☐ Sofreu Queda: Sim ☐ Não ☐ Altura:  
Condições de imobilização adequadas: Sim ☐ Não ☐ Por Que?

## Exame Físico:

A. Geral: Via aérea está pervia: Sim ☐ Não ☐ O paciente fala: Sim ☐ Não ☐ Temp:

## B. Respiratório

C. Circulatório: PA X mm Hg Pulso

SES - HOSPITAL DA RESTAURACAO  
TOMOGRAFIA DA EMERGENCIA

DATA: 06/05/19 HORA:

MÉDICO

TECNICO

EXAME: *Cárie + bronca*

CONTRASTE:

ML

# RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE	
Nome completo:	
-	
CRM:	UF: N°:
Endereço:	
-	
Cidade:	UF:
Telefone: ( )	

1ª VIA FARMÁCIA

2ª VIA PACIENTE

Paciente: Maria das Graças da Silva

Endereço: \_\_\_\_\_

Prescrição:

Dipriven (500mg) — 16  
300 Vo 12/11/2011

Gordond (100mg) — 16  
300 Vo 12/11/2011

Victor Olegari  
Osteopata  
CREMEX 22194

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR	
Nome completo:	
-	
Ident.:	Org. Emissor:
Endereço:	
-	
Cidade:	UF:
Telefone: ( )	

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR	
Assinatura do Farmacêutico	
Data	



**PREFEITURA MUNICIPAL DA  
LAGOA DOS GATOS - PE**  
**SECRETARIA DE SAÚDE**  
**RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL**

**IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE**

1ª VIA - FARMÁCIA  
2ª VIA - PACIENTE

NOME COMPLETO: Prefeitura Municipal de Lagoa dos Gatos  
Secretaria de Saúde - Programa de Saúde Mental

End.: Rua São Sebastião, S/N - Centro - Lagoa dos Gatos  
CNPJ: 11.425.769/0001-78

PACIENTE:

ENDEREÇO:

PRESCRIÇÃO:

celecoribe comp.

Margarita Sigler Reyes  
CRM-PE: 25924

**IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR**

NOME:

RG: ÓRG. EMIS.:

END:

CIDADE:

ESTADO:

FONE:

**IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR**

ASSINATURA DO FARMACÊUTICO

DATA:

RELATÓRIO MÉDICO PARA AVALIAÇÃO DE INVALIDEZ PERMANENTE (TOTAL OU PARCIAL)

DECLARAÇÕES DO MÉDICO (DE PRÓPRIO PUNHO)

DATA DO ACIDENTE: 7/7/14 DATA DO INÍCIO DO TRATAMENTO MÉDICO:

NOME COMPLETO DA VÍTIMA: MORAES dos GONÇALVES dos SANTOS

LESÕES RESULTANTES DO ACIDENTE: TCE

DADOS RESUMIDOS DOS TRATAMENTOS REALIZADOS (DATA):

Tratamento conservador TCE  
ATO 4/7/14

ALTA MÉDICA: SIM NÃO

EXISTE ALGUM DEFETO OU DOENÇA PRÉ-EXISTENTE? CASO POSITIVO DESCREVER: SIM NÃO

COM RELAÇÃO À INVALIDEZ PODE-SE CONCLUIR QUE:  
☐ A INVALIDEZ É TEMPORÁRIA, PORTANTO PASSÍVEL DE RECUPERAÇÃO SIGNIFICATIVA OU DE CURA ATRAVÉS DE TRATAMENTO;  
☒ A INVALIDEZ É PERMANENTE, OU SEJA, NÃO HÁ POSSIBILIDADE DE RECUPERAÇÃO SIGNIFICATIVA OU DE CURA.

GRAU DE INCAPACIDADE FUNCIONAL IRREVERSÍVEL (especificar o segmento ou órgão atingido):

	SEGMENTO ANATÔMICO OU ÓRGÃO AFETADO
1ª	Transtorno Traumatismo com Perda
2ª	de Memória Espacial, Perda de Controle
3ª	sobre a atividade visual e auditiva
4ª	em um Continente de Perda e Cardenal
5ª	100% Invalidez

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO: Dr. Rosane C. Sotral  
 Médica  
 CREMEPE 20342  
 DATA: 22/11/14



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL



ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA  
INSTITUTO TAVARES BURIL



0001



Maria das Graças da Silva

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO  
GERAL

4090263

DATA DE  
EXPEDICÃO 11/01/1989

NOME MARIA DAS GRAÇAS DA SILVA

FILIAÇÃO Cícero José da Silva e  
Josefa Maria da Silva

NATURALIDADE

Lagoa dos Gatos-PE

DATA DE NASCIMENTO

08/05/1969

EXC-ORDEM C.Nasc.nº 11196, Fls.106V, Liv.  
A-28, Cart. Lagoa dos Gatos-PE.

CNP 765321354/58 *Paula Souza*

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83





SECRETARIA DA RECEITA FEDERAL  
CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS

CIC

NÚMERO DE INSCRIÇÃO NO CPF

765321354 53

Nº DE INSCRIÇÃO

765 , 321 , 354 , 53

NOME COMPLETO

Maria das Graças da Silva.

NASCIMENTO

08.05.69

SINATURA

Maria das Graças da Silva

TERÁ VALOR DE R\$ 100,00 COM A APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTO DE IDENTIDADE

**Placa: PGM-7933**

**Espécie/ Tipo: PAS / MOTOCICLETA**

**Marca/ Modelo:**

**HONDA/NXR150 BROS ESD**

**Capacidade/ Potência/ Cilindrada: 2**

**/ 0 / 149**

**Cor predominante: VERMELHA**

**Chassi: 9C2KD0540ER010069**

**Combustível: ALCO/GASOL**

**Ano fabricação/ Ano modelo:**

**2013/2014**

**Categoria: PARTIC**

**Parcelamento/ Cotas: 3 X 0.00**



## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190664548

**Cidade:** Lagoa dos Gatos

**Natureza:** Invalidez Permanente

**Vítima:** MARIA DAS GRACAS DA SILVA

**Data do acidente:** 07/07/2019

**Seguradora:** Companhia de Seguros  
Previdência do Sul

### PARECER

**Diagnóstico:** TRAUMA CRÂNIO ENCEFÁLICO COM CONTUSAO CEREBRAL SIMPLES

**Descrição do exame físico:** AO EXAME NEUROLÓGICO: SEM ALTERAÇÕES MOTORAS, AUTONOMICAS OU COGNITIVAS. QUEIXAS SUBJETIVAS.

**Resultados terapêuticos:** PACIENTE ENCONTRA-SE ATUALMENTE SEM SEQUELA NEUROLÓGICA

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:** Sem sequela

**Data do exame físico:** 06/01/2020

**Conduta mantida:**

**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
		Total	0 %	R\$ 0,00

## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190664548

**Cidade:** Lagoa dos Gatos

**Natureza:** Invalidez Permanente

**Vítima:** MARIA DAS GRACAS DA SILVA

**Data do acidente:** 07/07/2019

**Seguradora:** Companhia de Seguros  
Previdência do Sul

### PARECER

**Diagnóstico:** TRAUMA CRÂNIO ENCEFÁLICO COM CONTUSAO CEREBRAL SIMPLES

**Descrição do exame físico:** AO EXAME NEUROLÓGICO: SEM ALTERAÇÕES MOTORAS, AUTONOMICAS OU COGNITIVAS. QUEIXAS SUBJETIVAS.

**Resultados terapêuticos:** PACIENTE ENCONTRA-SE ATUALMENTE SEM SEQUELA NEUROLÓGICA

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:** Sem sequela

**Data do exame físico:** 06/01/2020

**Conduta mantida:**

**Observações:**

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

### DANOS

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



# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190664548 **Cidade:** Lagoa dos Gatos **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** MARIA DAS GRACAS DA SILVA **Data do acidente:** 07/07/2019 **Seguradora:** Companhia de Seguros Previdência do Sul

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 04/12/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Sim

**Diagnóstico:** TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO LEVE.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA. PÁG 3/4

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:**

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento  
faltante:**

**Apontamento do Laudo  
do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das  
sequelas:**

**Documentos  
complementares:**

**Observações:** (@ PÁG 13) SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

**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
Lesões neurológicas que cursem com dano cognitivo-comportamental alienante	100 %	Em grau residual - 10 %	10%	R\$ 1.350,00
Total			10 %	R\$ 1.350,00

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190664548 **Cidade:** Lagoa dos Gatos **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** MARIA DAS GRACAS DA SILVA **Data do acidente:** 07/07/2019 **Seguradora:** Companhia de Seguros Previdência do Sul

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 04/12/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Sim

**Diagnóstico:** TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO LEVE.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA. PÁG 3/4

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:**

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento  
faltante:**

**Apontamento do Laudo  
do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das  
sequelas:**

**Documentos  
complementares:**

**Observações:** (@ PÁG 13) SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

**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
Lesões neurológicas que cursem com dano cognitivo-comportamental alienante	100 %	Em grau residual - 10 %	10%	R\$ 1.350,00
Total			10 %	R\$ 1.350,00



# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0421760/19

**Número do Sinistro:** 3190664548

**Vítima:** MARIA DAS GRACAS DA SILVA

**CPF:** 765.321.354-53

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 07/07/2019

**Titular do CPF:** MARIA DAS GRACAS DA SILVA

**Seguradora:** Companhia de Seguros Previdência do Sul

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

**MARIA DAS GRACAS DA SILVA : 765.321.354-53**

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](http://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: 26/12/2019  
Nome: MARIA DAS GRACAS DA SILVA  
CPF: 765.321.354-53

MARIA DAS GRACAS DA SILVA

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 26/12/2019  
Nome: Steffany Carolyn Lins Veloso  
CPF: 115.938.994-24

Steffany Carolyn Lins Veloso

# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0421760/19

**Vítima:** MARIA DAS GRACAS DA SILVA

**CPF:** 765.321.354-53

**Seguradora:** Companhia de Seguros Previdência do Sul

**Data do acidente:** 07/07/2019

**CPF de:** Próprio

**Titular do CPF:** MARIA DAS GRACAS DA SILVA

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Declaração de Inexistência de IML  
Documentação médico-hospitalar  
Documentos de identificação  
DUT

**MARIA DAS GRACAS DA SILVA : 765.321.354-53**

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](http://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: 28/11/2019  
Nome: MARIA DAS GRACAS DA SILVA  
CPF: 765.321.354-53

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 28/11/2019  
Nome: Steffany Carolyn Lins Veloso  
CPF: 115.938.994-24

MARIA DAS GRACAS DA SILVA

Steffany Carolyn Lins Veloso

---

**Rio de Janeiro, 02 de Dezembro de 2019**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190664548**

**Vítima: MARIA DAS GRACAS DA SILVA**

**Data do Acidente: 07/07/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT**

**Senhor(a), MARIA DAS GRACAS DA SILVA**

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 (trinta) dias, contatos a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

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

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você





---

**Rio de Janeiro, 05 de Dezembro de 2019**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190664548**

**Vítima: MARIA DAS GRACAS DA SILVA**

**Data do Acidente: 07/07/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE**

**Senhor(a), MARIA DAS GRACAS DA SILVA**

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, foi verificada a necessidade de realização de avaliação médica presencial para a identificação e/ou enquadramento da invalidez permanente de acordo com a tabela prevista na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do seu pedido fica interrompido e sua contagem será reiniciada após a emissão do laudo da avaliação médica.

O não comparecimento à avaliação médica agendada poderá gerar o cancelamento do pedido do Seguro DPVAT.

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, 19 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190664548                      Vítima: MARIA DAS GRACAS DA SILVA

Data do Acidente: 07/07/2019                      Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), MARIA DAS GRACAS DA SILVA

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Comprovante de residência	Apresentar a cópia simples do comprovante de residência da vítima, pois não foi entregue.
---------------------------	---

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,  
**Seguradora Líder-DPVAT**  
Estamos aqui para Você



---

**Rio de Janeiro, 14 de Janeiro de 2020**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190664548**

**Vítima: MARIA DAS GRACAS DA SILVA**

**Data do Acidente: 07/07/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO**

**Senhor(a), MARIA DAS GRACAS DA SILVA**

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

Foi verificado que o dano pessoal evoluiu sem sequela definitiva, razão pela qual não foi caracterizada a invalidez permanente coberta pelo Seguro DPVAT.

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 orientações.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você





# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: \_\_\_\_\_ CPF da vítima: 165.391.354-53 Nome completo da vítima: Maria dos Graças da Silva

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

Nome completo: Maria dos Graças da Silva CPF: 165.391.354-53

Profissão: Recusou Endereço: Rua Tomé Buipe Número: 396 Complemento: Casa

Bairro: Pompeia Cidade: Longos dos Gatos Estado: PE CEP: 55460-000

E-mail: Recusou Tel. (DDD) 81 99304-6999

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

**RENDA MENSAL:**

☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

## DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPCÃO DE CONTA

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☒ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: \_\_\_\_\_

AGÊNCIA: 0993 CONTA: 1000405 5

(informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: \_\_\_\_\_ CONTA: \_\_\_\_\_

(informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

## DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no CNJ) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: \_\_\_\_\_

Grau de Parentesco com a vítima: \_\_\_\_\_ Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: \_\_\_\_\_

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: \_\_\_\_\_ Vítima deixou nascituro (vivi nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider 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.

Assinatura  
da vítima ou  
beneficiário  
do acidente

Local e Data: Longos dos Gatos, 28.11.19

Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

(\*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

## TESTEMUNHAS

1ª Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura

2ª Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura

(\*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

**NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.**

NLI GAME/SCOPUS  
BRUNO LUIZ DE MOURA  
RUA DO COMERCIO 52  
CENTRO LAGOA DOS GATOS PE

V19.1 06/08/2019 11:03  
TERM 000001 LOJA 000010698700001

---

AUTE 77008  
DATA: 06/08/2019 HORA DE BRASILIA: 11:03

DEPOSITO EM CONTA POUPANCA

FAVORECIDO  
BANCO : 237  
AGENCIA: 06993 - CUIRA  
CONTA : 0000001000405-5  
NOME : MARIA DAS GRACAS DA SILVA

DEPOSITANTE : O PROPRIO  
FAVORECIDO  
VALOR EM DINHEIRO : 280,00  
VALOR EM CHEQUE : 0,00  
VALOR TOTAL : 280,00

AG. BRADESCO : 6993 - CUIRA  
CORRESP. BANC.: 074 NET GAME  
NSU: 003311956061 AUTENTICACAO: 481419

O NET GAME ATUA COMO CORRESPONDENTE  
BANCARIO DO BANCO BRADESCO S/A.

CONSERVE ESTE RECIBO

OUIDORIA BRADESCO  
0800 727 9933

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

**Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo**

Número do Sinistro: 3190664548  
Nome do(a) Examinado(a): Maria das Gracas da Silva  
Endereço do(a) Examinado(a): Rua Tome Bispo, 196  
Compesa Lagoa dos Gatos PE CEP: 55450-000  
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [ SDS / PE ] 4090863  
Data local do acidente: [ 07/07/2019 ]  
Data local do exame: [ 06/01/2020 ] Goiana [ PE ]

**Resultado da Avaliação Médica**

- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:

**TRAUMA CRÂNIO ENCEFÁLICO COM CONTUSAO CEREBRAL SIMPLES**

- II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.

**Tratamento: PACIENTE FOI ATENDIDO NO DIA 07/07/2019 COM DIAGNÓSTICO DE TRAUMA CRÂNIO ENCEFÁLICO. O MESMO APRESENTAVA ALTERAÇÃO DO NÍVEL DE CONSCIÊNCIA E FOI SUBMETIDO A EXAME DE IMAGEM ONDE NÃO EVIDENCIOU LESÕES INTRAPARENQUIMATOSAS. FOI ACOMPANHADO EM CARÁTER AMBULATORIAL E NÃO REALIZOU SESSÕES DE FISIOTERAPIA. NO MOMENTO ENCONTRA-SE EM ALTA DEFINITIVA.**  
**Complicações: PACIENTE APRESENTA CEFALIAS CONSTANTES COM NECESSIDADE DE USO DE ANALGÉSICOS,**  
**Data da Alta: 07/07/2019**

- III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado:

**AO EXAME NEUROLÓGICO: SEM ALTERAÇÕES MOTORAS, AUTONOMICAS OU COGNITIVAS. QUEIXAS SUBJETIVAS.**

- IV. Nexo de casualidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

☒ (X) Sim      ( ) Não

- V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)

( ) Sim      ☒ (X) Não

- VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:

**Caso a resposta do item V seja "Não", concluir utilizando apenas as opções no item VII "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item VII "b"**

- VII. 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*

☒ (X) "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):

% 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

Região Corporal (Sequela):

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

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

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

  
**Dr. Tiago Martins Formiga**  
Ortopedia e Traumatologia  
8085 CRM-PE / 24411 CRM-PE  
TEOT 14830





**GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO  
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 064ª CIRCUNSCRIÇÃO - GLÓRIA DO GOITÁ - DP64ªCIRC  
DINTER1/12ªDESEC**

**BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 19E0154001278**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **18/11/2019** às **21:56**

**ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado)** que aconteceu no dia **7/7/2019** no período da **Manhã**

Natureza Jurídica: **ACIDENTE COM VÍTIMA NÃO FATAL**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICÍPIO DE LAGOA DOS GATOS, 1, SÍTIO RAPOSO - LAGOA DOS GATOS - PE - Bairro: ZONA RURAL - LAGOA DOS GATOS/PERNAMBUCO/BRASIL**  
Local do Fato: **VILA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

**DESCONHECIDO (AUTOR/ AGENTE)**  
**IVO GOMES DE SOUZA (OUTRO)**  
**PAULO HENRIQUE GOMES (TESTEMUNHA)**  
**MARIA DAS GRAÇAS DA SILVA (VÍTIMA)**



Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

**VEÍCULO:** (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): **MARIA DAS GRAÇAS DA SILVA**  
**VEÍCULO:** (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**

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

**MARIA DAS GRAÇAS DA SILVA (presente no plantão)** - Sexo: **Feminino** Mãe: **JOSEFA MARIA DA SILVA** Pai: **CICERO JOSÉ DA SILVA** Data de Nascimento: **8/6/1969** Nacionalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **4896263/SSP/PE (RG) 78532135453 (CPF)** Estado Civil: **CASADO(A)** Escolaridade: **1ª. GRAU INCOMPLETO** Profissão: **AGRICULTOR(A)**  
Endereço Residencial: **MUNICÍPIO DE LAGOA DOS GATOS, 196, RUA TOMÉ BISPO - 196 - COMPESA - CEP: 55488 - Bairro: LAGOA DOS GATOS/PERNAMBUCO/BRASIL**

**DESCONHECIDO (não presente no plantão)** - Sexo: **Masculino** Nacionalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

**IVO GOMES DE SOUZA (não presente no plantão)** - Sexo: **Masculino** Nacionalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

**PAULO HENRIQUE GOMES (não presente no plantão)** - Sexo: **Masculino** Nacionalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

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

**MOTOCICLETA (VEÍCULO)** de propriedade do(a) Sr(a): **PAULO HENRIQUE GOMES**, que estava em posse do(a) Sr(a): **MARIA DAS GRAÇAS DA SILVA**  
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA HONDA/NXR 150 BROS ESD** Objeto apreendido: **Não**  
Cor: **VERMELHA** - Quantidade: **1 (UNIDADE)**

Placa: **PGM7823** (PERMABUSCÃO NÃO INFORMADO) Chassi: **9C2KD0540ER010069**  
 Ano Fabricação/Modelo: **2013/NÃO INFORMADO** Combustível: **ALCO/GASOL**  
 Descrição: **MOTOCICLETA HONDA NXR 150 BROS ESD DE PÇCA PGM 7823**

**VEICULO CARRO (VEICULO)** de propriedade do(a) Sr(a) **DESCONHECIDO** que estava em posse do(a) Sr(a) **DESCONHECIDO**

Categoria/Arcação: **AUTOMOVEL OUTRO/NÃO INFORMADO** Cidada apreendido: **Não**  
 Cor: **CINZA** - Quantidade: **1 (UNIDADE)**

Denominação: **VEICULO CARRO NÃO IDENTIFICADO CAUSADOR DO ACIDENTE**

#### Complemento / Observação

AFIRMA A VITIMA, QUE ESTAVA NA GARUPA DA REFERIDA MOTOCICLETA CONDUZIDA PELO SEU ESPOSO, QUE PASSAVA NA SITUAÇÃO LOCALIDADE, QUANDO UM VEICULO EM VELOCIDADE ENTRAVA DE MANEIRA BRUSCA NA ESTRADA, QUE O FECHOU, OCASIONANDO O ACIDENTE. O MOTORISTA NÃO PAROU E TAMBEM NÃO PRESTOU SOCORRO. TENDO A VITIMA SIDO SOCORRIDA PELO SAMU PARA O HOSPITAL LOCAL DE LAGOA DOS GATOS E TRANSFERIDA PARA O HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO - HR - EM RECIFE. DIANTE DO FATO, REGISTRA O PRESENTE BO.

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

MARIA DAS GRAÇAS DA SILVA  
 (VITIMA)

*maria das graças da Silva*

R.O. registrada por: **JOSSON DOS SANTOS SILVA** - Matrícula: **381.171-8**

*João*





# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: \_\_\_\_\_ CPF da vítima: 165.391.354-53 Nome completo da vítima: Maria dos Graças da Silva

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

Nome completo: Maria dos Graças da Silva CPF: 165.391.354-53

Profissão: Recusou Endereço: Rua Tomé Bispo Número: 196 Complemento: Caras

Bairro: Comércio Cidade: Longos dos Gatos Estado: PE CEP: 55400-000

E-mail: Recusou Tel. (DDD): 8199304-6999

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

**REDA MENSAL:**

☒ RECURSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

## DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☒ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 0993 CONTA: 1000405 ☐ 5

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: \_\_\_\_\_

AGÊNCIA: \_\_\_\_\_ CONTA: \_\_\_\_\_

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

## DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: \_\_\_\_\_

Grau de Parentesco com a vítima: \_\_\_\_\_ Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: \_\_\_\_\_

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: \_\_\_\_\_ Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Vivos: \_\_\_\_\_ Falecidos: \_\_\_\_\_ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ 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.

**TESTEMUNHAS**

1ª Nome: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

2ª Nome: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

Local e Data: Longos dos Gatos, 28.11.19

Nome: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_

(\*) Assinatura de quem assina a RGO

Maria dos Graças da Silva

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver) Assinatura do Procurador (se houver)

(\*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU RGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.





Companhia Energética de Pernambuco  
Av. João de Barros, 111. Boa Vista, Recife - PE. CEP 50050-902  
CNPJ 10.835.932/0001-08 | Insc. Est. 0005943-93 | www.celpe.com.br

#### DADOS DO CLIENTE

MARIA DAS GRACAS DA SILVA

CPF. 765.321.354-53 NIS 16382181375

#### CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL  
BAIXA RENDA COM NIS

#### ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

RUA TOME BISPO 196

COMPESA/LAGOA DOS GATOS  
LAGOA DOS GATOS PE  
55450-000

CONTA CONTRATO

MÊS/ANO

1046499022

10/2019

DATA DE VENCIMENTO

DATA PREVISTA PRÓXIMA LEITURA

05/11/2019

28/11/2019

TOTAL A PAGAR (R\$)

115,96

Nº DA NOTA FISCAL	SÉRIE	EMIÇÃO
083150849	ÚNICA	29/10/2019
APRESENTAÇÃO	Nº DO CLIENTE	Nº DA INSTALAÇÃO
29/10/2019	2000557444	1847706

#### DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo até 30 kWh	30,0000000	0,27049070	8,11
Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh	70,0000000	0,48369634	32,45
Consumo Ativo superior a 100 até 220 kWh	81,0000000	0,89554752	58,33
Acrescimo Bandeira AMARELA			2,42
Acrescimo Bandeira VERMELHA			0,88
Contrib. Ilum. Pública Municipal			12,94
ICMS Subvenção-CDE-NF 075438380-28/08/19			0,87