

LAUDO FISIOTERAPÊUTICO

Toritama, 30/08/2019

Declaro que a Sra. Acsa Olimpio Silva foi admitida para atendimento fisioterapêutico no dia 08/04/2019, com diagnóstico médico de ruptura do tendão calcâneo direito, sendo submetida a fisioterapia motora. Apresentou queixas de dor no local em repouso e ao movimento, restrição de movimento em tornozelo D, edema na região de calcâneo D, pontos de tensão na região de tríceps sural. Teste de força grau 2 para dorsiflexores e flexores plantares, grau 3 para quadríceps direito. Dor a palpação na região da lesão, se estendendo até a região de tríceps sural. Deambula com auxílio de muleta.

Apresenta como diagnóstico funcional: limitação de movimento de pé D, dificuldade para deambular sem auxílio e se manter em sedestação por longos períodos.

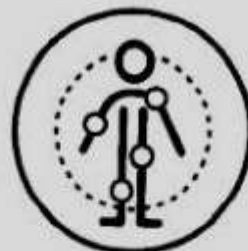
Evoluiu com sequelas instaladas: limitação de ADM de tornozelo D para movimentos de flexão, extensão, inversão e eversão; grau 3 de força para FP e DF, grau 4 para quadríceps direito. Apresentando comprometimento de aproximadamente 50% dos movimentos do tornozelo D, recebendo alta fisioterapêutica definitiva.


Rafaela Cavalcante
Fisioterapeuta
CREFTO: 249347-F
FISIOTEPEUTA



Dr. Pedro Marques

Ortopedista e Traumatologista - CRM 8594



LAUDO DE PERÍCIA MÉDICA PARA DPVAT

☐ DADOS PESSOAIS

Nome do paciente ACSA Othuelio SILVA

Data de nascimento 16, 03, 1969 RG 4256927 SSP CPF 801.420.014/49

☐ DADOS CLÍNICOS

Data do primeiro atendimento 18, 07, 2018

Nº do B.O. 18E0219001239

Resumo clínico Paciente vítima de acidente de trânsito com forte trauma no tornozelo esquerdo devido

Diagnóstico fratura do tornozelo de avulsão distal

Tratamento immobilização gessada

Sequelas redução da amplitude de movimento do pé direito e dor durante a marcha

Data da alta ambulatorial definitiva 09, 11, 2019

Abreu e Lima, 09 de Novembro de 2019

Médico (CRM):

PR. TOCOLO
AGÊNCIA RECIFE

26 NOV 2019

COMPREV
COM. RL. IDA E PREVIDENCIA S/A

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 4256927 DATA DE EMISSÃO 06-10-1989

NOME ACSA OLÍMPIO SILVA

RELACAO Francisco Olimpio de Silva e Rute Marinho Olimpio

NATURALIDADE Goiânia, PE DATA DE NASCIMENTO 16-03-1969

SOC ORDEN Ope. 29.454 L.P. 58 P. 112 cart.

CPF 123.456.789-0

REPÚBLICA FEDERATIVA

ESTADO DE PERNAMBUCO SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA

17

ACSA Olimpio Silva

CARTÃO DE IDENTIDADE

CÓDIGO DE CONTROLE

E9D4.80DA.4B74.2974



Emitido pela Secretaria da Receita Federal do Brasil
às 14:33:49 do dia 26/09/2017 (hora e data de Brasília)
dígito verificador: 00

VALIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO



Ministério da Fazenda
Receita Federal

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO CPF



Número
801.420.014-49

Nome
ACSA OLÍMPIO SILVA

Nascimento
16/03/1969



A Leider

Acsa Olimpio Silva

803.420.034-49

Documentação Médica

Venho por meio desta carta informar que sofri um acidente de trânsito no dia 18/10/2018 onde consta essa data na ficha do Hospital Municipal Nossa Senhora de Fátima onde passei por todos os procedimentos necessários. Meses depois não me sentindo bem fiz um exame na clínica Manoel Florêncio onde foi detectada uma ruptura na inserção do tendão de Aquiles esse é o meu diagnóstico fiz todos os tratamentos necessários mais infelizmente até hoje não tenho mais saúde no meu joelho.

Toda documentação necessária já foi encaminhada para análise da seguradora lider, caso reste alguma dúvida em relação a minha sequela, coloco-me a disposição desta seguradora para submeter-me a uma perícia médica. Fico no aguardo.



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190458981

Cidade: Toritama

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: ACSA OLÍMPIO SILVA

Data do acidente: 18/07/2018

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: Ferimento em face posterior do tornozelo direito com lesão do tendão de Aquiles.

Descrição do exame físico: Vítima queixa de dor em tornozelo direito. Ao exame apresenta edema local e redução da amplitude de movimentos do tornozelo direito.

Resultados terapêuticos: Submetido a tratamento cirúrgico. Evoluiu sem complicações.alta médica

Sequelas permanentes: Limitação funcional do tornozelo direito

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 06/12/2019

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
Perda completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190458981

Cidade: Toritama

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: ACSA OLÍMPIO SILVA

Data do acidente: 18/07/2018

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: Ferimento em face posterior do tornozelo direito com lesão do tendão de Aquiles.

Descrição do exame físico: Vítima queixa de dor em tornozelo direito. Ao exame apresenta edema local e redução da amplitude de movimentos do tornozelo direito.

Resultados terapêuticos: Submetido a tratamento cirúrgico. Evoluiu sem complicações.alta médica

Sequelas permanentes: Limitação funcional do tornozelo direito

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 06/12/2019

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
Perda completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190458981 **Cidade:** Toritama **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ACSA OLIMPIO SILVA **Data do acidente:** 18/07/2018 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 29/11/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: TRAUMA CONTUSO NO TORNOZELO(COM RUPTURA PARCIAL DO TENDÃO DE AQUILES)

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR.
ALTA.(P1)

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

Observações: @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
Perda completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190458981 **Cidade:** Toritama **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ACSA OLIMPIO SILVA **Data do acidente:** 18/07/2018 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 10/09/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA CONTUSO NO TORNOZELO(COM RUPTURA PARCIAL DO TENDÃO DE AQUILES)

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO NÃO DEFINIDO.(P1/3/6)

Sequelas permanentes:

Sequelas: Não definido

Documento/Motivo: Documentação Médico Hospitalar

Nome do documento faltante: FOLHA CIRÚRGICA / RELATÓRIO DE ALTA DEFINITIVA.

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares: A FALTA DE APRESENTAÇÃO DA DOCUMENTAÇÃO HOSPITALAR DE INTERNAÇÃO E/OU INTERNAMENTO, INVIABILIZOU ESTABELECE A RELAÇÃO ENTRE O ACIDENTE OCORRIDO E AS SEQUELAS INFORMADAS NOS DOCUMENTOS MÉDICOS APRESENTADOS, PORTANTO, DEVE-SE APRESENTAR EM COMPLEMENTO, AS SEGUINTE ALTERNATIVAS DE DOCUMENTAÇÃO MÉDICA:

- RELATÓRIO MÉDICO DA INTERNAÇÃO/INTERNAMENTO COM DESCRIÇÃO DO TRATAMENTO REALIZADO OU EM CURSO.
- LAUDOS DE EXAMES DE IMAGEM, CASO REALIZADOS DURANTE A INTERNAÇÃO, TAIS COMO: RAIOS X, TOMOGRAFIA OU RESSONÂNCIA MAGNÉTICA E DE CONTROLE PÓS PROCEDIMENTO CIRÚRGICO OU TRATAMENTO CONSERVADOR, COM RESPECTIVA IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE SEGURADO E DATA DE REALIZAÇÃO.
- EM CASO DE CIRURGIA ENVIAR FOLHAS DO CENTRO CIRÚRGICO, DESCRREVENDO PROCEDIMENTO ADOTADO E MATERIAIS USADOS, FOLHA DE ANESTESIA, FOLHAS DE EVOLUÇÃO MÉDICA E SUMÁRIO DE ALTA.

TAIS DOCUMENTOS SÃO EMITIDOS, MEDIANTE SOLICITAÇÃO, SEM CUSTO E SÃO DE DIREITO DOS PACIENTES SUBMETIDOS AOS TRATAMENTOS NAS INSTITUIÇÕES HOSPITALARES PÚBLICAS OU PARTICULARES, SEJA EM CARÁTER DE INTERNAÇÃO OU AMBULATORIAL.

NÃO SÃO SUFICIENTES PARA ANÁLISE MÉDICA DOCUMENTAL, DOCUMENTOS, SOMENTE, EMITIDOS POR ENFERMAGEM OU OUTROS PROFISSIONAIS DA ÁREA DE SAÚDE QUE NÃO SEJAM EMITIDOS POR MÉDICOS.

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: 3190458981 **Cidade:** Toritama **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ACSA OLIMPIO SILVA **Data do acidente:** 18/07/2018 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 08/08/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA CONTUSO NO TORNOZELO(COM RUPTURA PARCIAL DO TENDÃO DE AQUILES)

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO NÃO DEFINIDO.(P1/3/6)

Sequelas permanentes:

Sequelas: Não definido

Documento/Motivo: Documentação Médico Hospitalar

Nome do documento faltante: RELATÓRIO MÉDICO / FOLHA CIRÚRGICA / LAUDO DE EXAME DE IMAGEM.

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares: A FALTA DE APRESENTAÇÃO DA DOCUMENTAÇÃO HOSPITALAR DE INTERNAÇÃO E/OU INTERNAMENTO, INVIABILIZOU ESTABELEÇER A RELAÇÃO ENTRE O ACIDENTE OCORRIDO E AS SEQUELAS INFORMADAS NOS DOCUMENTOS MÉDICOS APRESENTADOS, PORTANTO, DEVE-SE APRESENTAR EM COMPLEMENTO, AS SEGUINTE ALTERNATIVAS DE DOCUMENTAÇÃO MÉDICA:

- RELATÓRIO MÉDICO DA INTERNAÇÃO/INTERNAMENTO COM DESCRIÇÃO DO TRATAMENTO REALIZADO OU EM CURSO.
- LAUDOS DE EXAMES DE IMAGEM, CASO REALIZADOS DURANTE A INTERNAÇÃO, TAIS COMO: RAIOS X, TOMOGRAFIA OU RESSONÂNCIA MAGNÉTICA E DE CONTROLE PÓS PROCEDIMENTO CIRÚRGICO OU TRATAMENTO CONSERVADOR, COM RESPECTIVA IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE SEGURADO E DATA DE REALIZAÇÃO.
- EM CASO DE CIRURGIA ENVIAR FOLHAS DO CENTRO CIRÚRGICO, DESCRREVENDO PROCEDIMENTO ADOTADO E MATERIAIS USADOS, FOLHA DE ANESTESIA, FOLHAS DE EVOLUÇÃO MÉDICA E SUMÁRIO DE ALTA.

TAIS DOCUMENTOS SÃO EMITIDOS, MEDIANTE SOLICITAÇÃO, SEM CUSTO E SÃO DE DIREITO DOS PACIENTES SUBMETIDOS AOS TRATAMENTOS NAS INSTITUIÇÕES HOSPITALARES PÚBLICAS OU PARTICULARES, SEJA EM CARÁTER DE INTERNAÇÃO OU AMBULATORIAL.

NÃO SÃO SUFICIENTES PARA ANÁLISE MÉDICA DOCUMENTAL, DOCUMENTOS, SOMENTE, EMITIDOS POR ENFERMAGEM OU OUTROS PROFISSIONAIS DA ÁREA DE SAÚDE QUE NÃO SEJAM EMITIDOS POR MÉDICOS.

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: 3190458981 **Cidade:** Toritama **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ACSA OLIMPIO SILVA **Data do acidente:** 18/07/2018 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 29/11/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: TRAUMA CONTUSO NO TORNOZELO(COM RUPTURA PARCIAL DO TENDÃO DE AQUILES)

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR.
ALTA.(P1)

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

Observações: @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
Perda completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0262346/19

Número do Sinistro: 3190458981

Vítima: ACSA OLIMPIO SILVA

CPF: 801.420.014-49

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

Data do acidente: 18/07/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: ACSA OLIMPIO SILVA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Declaração do Proprietário do Veículo

Documentação médico-hospitalar

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

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

Documentação recebida sem conferência.

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

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 09/09/2019

Nome: ACSA OLIMPIO SILVA

CPF: 801.420.014-49

ACSA OLIMPIO SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 09/09/2019

Nome: ANDREZA LARISSA ANGELO DE SOUZA

CPF: 118.262.994-67

ANDREZA LARISSA ANGELO DE SOUZA

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0262346/19

Número do Sinistro: 3190458981

Vítima: ACSA OLIMPIO SILVA

CPF: 801.420.014-49

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

Data do acidente: 18/07/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: ACSA OLIMPIO SILVA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Outros

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

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

Documentação recebida sem conferência.

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

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 26/08/2019
Nome: ACSA OLIMPIO SILVA
CPF: 801.420.014-49

ACSA OLIMPIO SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 26/08/2019
Nome: ANDREZA LARISSA ANGELO DE SOUZA
CPF: 118.262.994-67

ANDREZA LARISSA ANGELO DE SOUZA

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0262346/19

Número do Sinistro: 3190458981

Vítima: ACSA OLIMPIO SILVA

CPF: 801.420.014-49

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

Data do acidente: 18/07/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: ACSA OLIMPIO SILVA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Documentação médico-hospitalar

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: 26/11/2019

Nome: ACSA OLIMPIO SILVA

CPF: 801.420.014-49

ACSA OLIMPIO SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 26/11/2019

Nome: ANDREZA LARISSA ANGELO DE SOUZA

CPF: 118.262.994-67

ANDREZA LARISSA ANGELO DE SOUZA

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.

Número do Sinistro: **3190458981**

Nome do(a) Examinado(a): **ACSA OLIMPIO SILVA**

Endereço do(a) Examinado(a): **Rua do Comércio, 280 - Toritama - PE - CEP 55125-000**

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**SSP /PE**] **4256927**

Data e local do acidente: [**18/07/2018**] **Toritama**

Data e local do exame: [**06/12/2019**] **Caruaru** [**PE**]

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva o(s) diagnóstico(s) das lesões efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado.

Ferimento em face posterior do tornozelo direito com lesão do tendão de Aquiles.

II. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado.

Vítima queixa de dor em tornozelo direito. Ao exame apresenta edema local e redução da amplitude de movimentos do tornozelo direito.

III. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

[☒] Sim [☐] Não

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

Submetido a tratamento cirúrgico. Evoluiu sem complicações.alta médica

V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a qualquer medida terapêutica)?

[☒] Sim [☐] Não

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

Limitação funcional do tornozelo direito

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 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

() "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, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

Tornozelo direito

% 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 a valoração do dano corporal.



Andrea Rodrigues Madeira - CRM: 19953 - PE

Rio de Janeiro, 02 de Agosto de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190458981

Vítima: ACSA OLIMPIO SILVA

Data do Acidente: 18/07/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ACSA OLIMPIO 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, 08 de Agosto de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190458981

Vítima: ACSA OLIMPIO SILVA

Data do Acidente: 18/07/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), ACSA OLIMPIO SILVA

Em razão da falta de apresentação do(a) RELATÓRIO MÉDICO / FOLHA CIRÚRGICA /LAUDO DE EXAME DE IMAGEM, não foi possível verificar a relação entre as lesões permanentes e o acidente de trânsito relatado. Assim, a vítima deverá apresentar o documento acima indicado e outros que contribuam para esclarecer a relação entre as suas lesões permanentes e o acidente, tais como os listados abaixo:

Boletim do primeiro atendimento médico/hospitalar, com a ficha da evolução médica e a alta médica hospitalar.

Relatório do tratamento médico realizado na internação e/ou no atendimento ambulatorial.

Laudos de exames, caso realizados no tratamento, tais como: Raio X, tomografia, ressonância magnética e de controle pós procedimento cirúrgico ou tratamento conservador ambulatorial, com a identificação do paciente e data de realização.

Em caso de cirurgia anexar: os relatórios médicos hospitalares com os procedimentos adotados e materiais usados, folha de anestesia, folhas de evolução médica e sumário de alta.

Informamos que é direito do paciente solicitar e receber, sem custos, os documentos do tratamento médico realizado nos hospitais públicos ou particulares, em internação ou tratamento ambulatorial.

Esclarecemos, por fim, que os documentos emitidos por enfermagem ou outros profissionais da área de saúde devem estar, necessariamente, acompanhados pela respectiva evolução/solicitação médica.

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, 27 de Agosto de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190458981 Vítima: ACSA OLIMPIO SILVA

Data do Acidente: 18/07/2018 Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), ACSA OLIMPIO SILVA

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

Documentação médico-hospitalar	Apresentar a cópia simples dos documentos médicos de todo tratamento realizado entre a data da alta médica e a data da identificação da sequela permanente, com a identificação da vítima e do médico responsável, com data, assinatura e CRM legíveis, pois não foram entregues.
---------------------------------------	---

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, 10 de Setembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190458981

Vítima: ACSA OLIMPIO SILVA

Data do Acidente: 18/07/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), ACSA OLIMPIO SILVA

Em razão da falta de apresentação do(a) FOLHA CIRÚRGICA / RELATÓRIO DE ALTA DEFINITIVA., não foi possível verificar a relação entre as lesões permanentes e o acidente de trânsito relatado. Assim, a vítima deverá apresentar o documento acima indicado e outros que contribuam para esclarecer a relação entre as suas lesões permanentes e o acidente, tais como os listados abaixo:

Boletim do primeiro atendimento médico/hospitalar, com a ficha da evolução médica e a alta médica hospitalar.

Relatório do tratamento médico realizado na internação e/ou no atendimento ambulatorial.

Laudos de exames, caso realizados no tratamento, tais como: Raio X, tomografia, ressonância magnética e de controle pós procedimento cirúrgico ou tratamento conservador ambulatorial, com a identificação do paciente e data de realização.

Em caso de cirurgia anexar: os relatórios médicos hospitalares com os procedimentos adotados e materiais usados, folha de anestesia, folhas de evolução médica e sumário de alta.

Informamos que é direito do paciente solicitar e receber, sem custos, os documentos do tratamento médico realizado nos hospitais públicos ou particulares, em internação ou tratamento ambulatorial.

Esclarecemos, por fim, que os documentos emitidos por enfermagem ou outros profissionais da área de saúde devem estar, necessariamente, acompanhados pela respectiva evolução/solicitação médica.

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

Carta nº 14766085



Rio de Janeiro, 26 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190458981

Vítima: ACSA OLIMPIO SILVA

Data do Acidente: 18/07/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NOVA TENTATIVA DE PAGAMENTO

Senhor(a), ACSA OLIMPIO SILVA

Comunicamos que o banco indicado para recebimento do Seguro DPVAT rejeitou o depósito por problemas nos dados informados e, com isso, não foi possível concluir o seu pagamento.

Para nova tentativa de depósito, será necessário o envio de novo formulário de Autorização de Pagamento com os dados bancários atualizados e devidamente assinado.

O formulário está disponível no nosso site e deverá ser entregue na COMPREV SEGURADORA S/A, ponto de atendimento onde o pedido do Seguro DPVAT foi feito.

O prazo de 30 (trinta) dias para pagamento do Seguro PVAT foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber o documento solicitado. Caso 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, 16 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190458981

Vítima: ACSA OLIMPIO SILVA

Data do Acidente: 18/07/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), ACSA OLIMPIO SILVA

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\$ 843,75

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um tornozelo 25%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 25%) 6,25%

Valor a indenizar: 6,25% x 13.500,00 = R\$ 843,75

Recebedor: **ACSA OLIMPIO SILVA**

Valor: **R\$ 843,75**

Banco: **104**

Agência: **000002551**

Conta: **0000039779-6**

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

Nº do sinistro ou ASL: _____ CPF da vítima: 803.420.014-49 Nome completo da vítima: Arsa Olimpio Silva

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

Nome completo: Arsa Olimpio Silva CPF: 803.420.014-49
Profissão: Recusou-se. Endereço: Rua do Comercio Número: 280 Complemento: _____
Bairro: Centro Cidade: Toritama Estado: PE CEP: 55125-000
E-mail: _____ Tel (DDD): (81) 3.9668-4814

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 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: 2551 ☐ CONTA: 9664 ☐ 8
(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 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 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 nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não
Vivos: _____ Falecidos: _____

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.

Impressão
digital da
vítima ou
beneficiário
devidamente
autenticado

Local e Data: Toritama 17/10/2019
Nome: _____
CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Arsa Olimpio Silva
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª Nome: _____
CPF: _____

2ª Nome: _____
CPF: _____

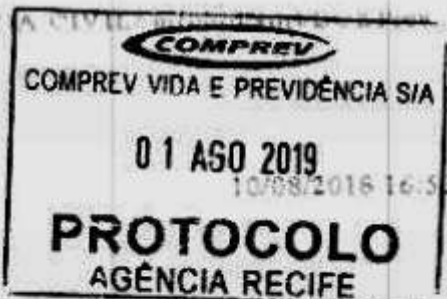
Assinatura

01 AGO 2019

PROTOCOLO
RECIFE

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, em seu nome, 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.





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 129ª CIRCUNSCRIÇÃO - TORITAMA -
DP129ªCIRC DINTER/17ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **18E0219001239**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **10/08/2018** às **17:23**

ATROPELAMENTO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Doloso (Consumado) que aconteceu no dia **18/7/2018** às **19:35**

Fato ocorrido no endereço: **RODOVIA BR CENTO E QUATRO QUILOMETRO TRINTA, 1, 104 - Bairro: LOTEAMENTO J SEVERINO SILVA TORITAMA/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR/AGENTE)
MARIA BEATRIZ DOS SANTOS CAMILO (OUTRO)
ACSA OLIMPIO SILVA (VITIMA)
JEFFTHE FELIPE OLIMPIO SILVA (VITIMA)



Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO. (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a) JEFFTHE FELIPE OLIMPIO SILVA

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

DESCONHECIDO (não presente ao plantão) - Sexo: Desconhecido Naturalidade NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

ACSA OLIMPIO SILVA (presente ao plantão) - Sexo: Feminino Mãe RUTE MARINHO OLIMPIO Pai FRANCISCO OLIMPIO DA SILVA Data de Nascimento 18/3/1969 Naturalidade GOIANA / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 4258927/SSP/PE (RG) 88142881445 (CPF) Estado Civil: SOLTEIRO(A) Escolaridade: 3ª. GRAU INCOMPLETO Profissão: ESTUDANTE Telefones Celulares: 81996284497

Residência: **APT 103 - 2º ANDAR - TORITAMA/PERNAMBUCO/BRASIL Próximo a RUA COMERCIO, 282 - CEP: 0 - Bairro: CENTRO - TORITAMA/PERNAMBUCO/BRASIL**

JEFFTHE FELIPE OLIMPIO SILVA (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe ACSA OLIMPIO SILVA Pai JOSÉ ANTONIO FELIPE DA SILVA Data de Nascimento 21/1/1991 Naturalidade: GARUARU / PERNAMBUCO / BRASIL Estado Civil: ANAGIADO(A) Escolaridade: 2ª. GRAU INCOMPLETO Profissão: ESTUDANTE Endereço Residência: RUA COMERCIO, 282 - CEP: 0 - Bairro: CENTRO - TORITAMA/PERNAMBUCO/BRASIL

MARIA BEATRIZ DOS SANTOS CAMILO (não presente no plantão) - Sexo
Feminino Naturalidade NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL
Residência: RUA PROJETADA, LOT. MANOEL CAMILO - GARANHUNS/PERNAMBUCO
/BRASIL

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

MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a). MARIA BEATRIZ DOS SANTOS
CAMILO, que estava em posse do(a) Sr(a). JEFFTHE FELIPE OLIMPIO SILVA
Categoria/Marca/Modelo MOTOCICLETA/HONDA/CG 160 Objeto apreendido: Não
Cor PRATA - Quantidade 1 (UNIDADE)

Placa OYM2341 (PERNAMBUCO/GARANHUNS)

Complemento / Observação

RELATA A VITIMA QUE SEU FILHO JEFFTHE FELIPE OLIMPIO SILVA CONDUZIA A
MOTOCICLETA DA MARCA HONDA, MODELO CG 160, DE COR PRATA, DE PLACA
OYM-2341/PE, NA RODOVIA BR 164, NESTA CIDADE, OCASIÃO EM QUE UM VEÍCULO
NÃO IDENTIFICADO COLIDIU NA ALUDIDA MOTOCICLETA. ESCLARECE A VITIMA QUE
NO MOMENTO DO ACIDENTE ESTAVA NA GARUPA DO REFERIDO VEÍCULO, TENDO
SAÍDO COM FERIMENTOS GRAVES, NA PERNA E CALCANHAR DIREITA, SENDO A
MESMA SOCORRIDA PARA O HOSPITAL LOCAL.

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

Acça Olimpio Silva

ACCA OLIMPIO SILVA
(VITIMA)

B.O. registrado por: JOSE AZEVEDO DA SILVA - Matrícula: 351.935-6



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: _____ CPF da vítima: 803.420.014-49 Nome completo da vítima: Arsa Olimpio Silva

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

Nome completo: Arsa Olimpio Silva CPF: 803.420.014-49
Profissão: Recusou-se. Endereço: Rua do Comercio Número: 280 Complemento: _____
Bairro: Centro Cidade: Teritama Estado: PE CEP: 55125-000
E-mail: _____ Tel (DDD): (81) 9668-4814

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 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: 2551 CONTA: 9664 8
(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 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 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 nascituro (vai 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.

Impressão
digital da
vítima ou
beneficiário
devidamente
autenticado

Local e Data: Teritama 17/10/2019
Nome: _____
CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Arsa Olimpio Silva
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª Nome: _____
CPF: _____

2ª Nome: _____
CPF: _____

Assinatura

01 AGO 2019

PROTOCOLO
RECIFE

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, em seu nome, 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.



HOSPITAL MUNICIPAL
NOSSA SENHORA DE FÁTIMA

PRONTUÁRIO
DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

Registro	Hora	Nome do Paciente	Sexo	Data de Entrada	
114.243.18:32	18:32	maria olímpia silva	F	18.08.2018	
Idade	RG	Orgão Emissor	CPF	Estado Civil	
49	12345678	BR	123.456.789	Solteira	
Data de Nascimento		Naturalidade			
16.03.1969		Recife - PE			
Endereço		Número	Complemento		
R. do Comércio		123	Cidade		
Cidade	Bairro	UF	CEP		
Recife	Centro	PE	51000-000		
SUS		Profissão			
Não		Atendente			
Nome da Mãe			Nome do Pai		
Antônia Maria Olímpia			Francisco Olímpio de S.		
Nome do Responsável			Telefone		
A. Silva			9629-4404		
PA	PULSO	FR	HGT	PESO	T(°C)
SpO2 ambiente	SpO2 com O2		L/min		
CLASSIFICAÇÃO <input checked="" type="radio"/> VERMELHO <input type="radio"/> AMARELO <input type="radio"/> VERDE <input type="radio"/> AZUL ASSINATURA E CARIMBO					
HDA <u>Ulcera de pressão (ulcer) - muito superficial</u> <u>com necrose em 1/3 lateral direita e 1/3 de</u> <u>profundidade da perna.</u>					
Hipertensão () sim () não // Diabetes () sim () não // APP					
EXAME GERAL			OROSCOPIA		
OTOLGCOPIA			NEUROLÓGICO		
ACV			GLASGOW		
AR			NUCA		
ABDOMEN			PUPILAS		
MEMBROS			PELE		

Diagnóstico Provisório

Alergias () Sim

() Não

Conduta



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: 09/01/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 843,75

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ACSA OLIMPIO SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 02551

CONTA: 000000039779-6

Nr. da Autenticação 4AEF22AC3551FCD3

NOTA FISCAL | FATURA | CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA 2a VIA

COMPANHIA ENERGÉTICA
DE PERNAMBUCO
AV. JOÃO DE BARROS, 111, BOA VISTA,
RECIFE, PERNAMBUCO
CEP 50050-902
CNPJ 10.835.932/0001-08
INSCRIÇÃO ESTADUAL 0005943-93



Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de 26/04/02
COMERCIAL 116 | PRONTIDÃO 116
Atendimento ao deficiente auditivo ou de fala: 0800 281 0142
Ouvidoria 0800 282 5599
Agência de Regulação dos Serviços Públicos Delegados do Estado
de Pernambuco-ARPE: 0800-727-0167-Ligação Gratuita de Telefones Fixos
Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL
107-Ligação Gratuita de telefones fixos e móveis

DADOS DO CLIENTE

EDNILTON GOMES FONSECA

CPF: 859.371.934-15

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

RUA DO COMÉRCIO 268 AP-108

CENTRO/TORITAMA
55125-000 TORITAMA PE

As condições gerais de fornecimento (Resolução ANEEL 414/2010),
tarifas, produtos, serviços prestados e tributos se encontram à
disposição, para consulta em nossas unidades de atendimento e no
site www.celpe.com.br

DATA DE VENCIMENTO

27/05/2019

TOTAL A PAGAR (R\$)

91,14

DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL

20/05/2019

DATA DA APRESENTAÇÃO

20/05/2019

NÚMERO DA NOTA FISCAL

062649412

CONTA CONTRATO

007029493566

Nº DO CLIENTE

2016603480

Nº DA INSTALAÇÃO

0065253284

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL - RESIDENCIAL
Monofásico

RESERVADO AO FISCO

B2A3.DD9B.4C3C.A3F7.4E00.6484.8C44.9974

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)
Consumo Ativo(kWh)	107,00	0,78961802	84,48
Acréscimo Bandeira AMARELA			0,96
Contrib. Rum. Pública Municipal			5,21
ICMS Subvenção-CDE-NE 055069678-21/03/19			0,49
TOTAL DA FATURA			91,14

EM ATÉ 15 DIAS, DÉBITOS EXISTENTES CAUSARÃO CORTE.

Vencido	Dt Receb	Valor
26/04/19	20/05/19	79,93

Este comunicado NÃO substitui aviso de débitos anteriores e NÃO contempla débitos em discussão judicial. Caso a suspensão do fornecimento persista por dois ciclos de faturamento, poderá ocorrer o encerramento do contrato, podendo também existir cobrança conforme os critérios definidos no Art. 5º REN 414/Anel. Podem ocorrer ações de cobrança, bem como inclusão nos registros de restrição do crédito SPC e SERASA.

Tarifas Aplicadas		HISTÓRICO DO CONSUMO	
Consumo Ativo(kWh)	0,54961802	MAI 19	107
		ABR 19	88
		MAR 19	89
		FEV 19	77
		JAN 19	98
		DEZ 18	92
		NOV 18	78
		OUT 18	79
		SET 18	74
		AGO 18	61
		JUL 18	
		JUN 18	
		MAI 18	

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

	R\$	%
Geração de Energia	27,95	31,67
Transmissão	3,02	3,33
Distribuição (Celpe)	18,35	21,46
Encargos Sociais	4,31	5,04
Tributos	26,93	31,52
Perdas de Energia	5,78	6,78
TOTAL	85,44	100

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

NÚMERO DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR		ATUAL		M. DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO kWh
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA				

900000003010139872 CAT 18/04/2019 23.767,00 20/05/2019 23.874,00 32 1,00000 0,50 107,00

DATA PREVISTA PARA A PRÓXIMA LEITURA: 18/06/2019

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES

DESCRIÇÃO	CONJUNTO	VALOR APURADO	MET. WE NUAL	MET. TRIM.	MET. ANUAL
DIC-De de horas sem Energia		0,13	5,31	10,62	21,25
FIC-De de vezes sem Energia		1,00	3,23	6,47	12,95
DMIC-Duração máxima de interrupção contínua		0,13	3,53	0,00	0,00
DICRI-Duração de interrupção em dia crítico					Limite DICRI: 12,22
EUSD-Valor do Encargo de Uso = R\$ 31,15					

Todo Consumidor pode solicitar a duração das interrupções DIC, FIC, DMIC e DICRI a qualquer tempo.

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Na data da leitura a bandeira em vigor é a Amarela. Mais informações em www.aneel.gov.br.
Cobrança ICMS sobre subvenção CDE, conforme Decreto Estadual 39.459/13.
A partir de 29/04, tarifa com reajuste médio de 5,56% para Baixa Tensão e 3,70% para Alta Tensão-REH 2.535/19.
O cliente é compensado quando há violação na continuidade individual ou do nível de tensão de fornecimento.
Pagto. em atraso gera multa 2%(Reg414/ANEEL), Juros 1%a.m(Lei 10.438/02) e atualização monetária no próx. mês.
O Cliente é compensado quando há descumprimento do prazo definido para os padrões de atendimento comercial.
Em caso de suspensão de fornecimento, o encerramento do contrato poderá ocorrer após 2 ciclos de faturamento, podendo também ser cobrado o custo de disponibilidade no ciclo em que ocorrer a suspensão.

NÍVEIS DE TENSÃO

TENSÃO NOMINAL(V)	LIMITE DE VARIAÇÃO(V)	
	MÍNIMO	MÁXIMO
220	202	231

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

DESTAQUE AQUI

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO	TOTAL A PAGAR(R\$)	VENCIMENTO	TALÃO DE PAGAMENTO
007029493566	05/2019	91,14	27/05/2019	

838000000009 911400110078 029493566102 139420224930



Evite o **DOBRO PAGAMENTO** ou **QUADRÚPLIO**.
Este canhoto será usado em leitora ótica.

DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

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

Eu, Maria Beatriz dos Santos Camilo Silva

RG nº 9.323.878, data de expedição 02/02/17

Órgão SDS, portador do CPF nº 119.382.744-23

com domicílio na cidade de Garanhuns, no Estado de

Pernambuco, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)

Avenida Manoel Camelo, nº 270

complemento Bara, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo

mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima

Acasa Olimpio Silva, cujo o condutor era

Veículo: plato Modelo: Honda/CG150FANE3D1 Ano: 2014/2015

Placa: OYM 841 Chassi: 9C2KC1600ER504689

Data do Acidente: 18/07/18

Local e Data: Garanhuns, 08 de julho de 2019



Maria Beatriz dos S Camilo Silva
Assinatura do Declarante

Assinatura do Condutor
(caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
SERVENTIA NOTARIAL DE GARANHUNS - PERNAMBUCO
TABELIONATO DE NOTAS E PROTESTOS

Rua Dantas Barreto, n. 37, Santo São José
CEP 55295-080, Garanhuns, PE. Tel: (87) 3761-1877

RECONHECIMENTO DE FIRMA N. 2019-032751
Recebeu por autenticação a firma de:
MARIA BEATRIZ DOS SANTOS CAMILO SILVA

Cia. N. Garanhuns, PE, 08/07/2019 11:14:23
EMOL: 0,39 TONR: 0,80 PERC: 0,40 IES: 0,20 PERM: 0,04 FUNGEO: 0,00
SELO DIGITAL: 0077116.UZYMG2B1902.B1180
Consulte autenticidade em www.sps.jus.br/seledigital

Adelmo José Bernardino
Tabelião - 2º Substituto

COMPREV
COMPREV VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

01 AGO 2019

PROTÓCOLO
AGÊNCIA RECIFE

DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

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

Eu, Maria Beatriz dos Santos Camilo Silva

RG nº 9.323.878, data de expedição 02/02/17

Órgão SDS, portador do CPF nº 119.382.744-23

com domicílio na cidade de Garanhuns, no Estado de

Pernambuco, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)

Avenida Manoel Camelo, nº 270

complemento lavra, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo

mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima

Acasa Olímpio Silva, cujo o condutor era

Veículo: plato Modelo: Honda/CG150FANE3D1 Ano: 2014/2015

Placa: OYM 841 Chassi: 9C2KC1600ER504689

Data do Acidente: 18/07/18

Local e Data: Garanhuns, 08 de julho de 2019



Maria Beatriz dos S Camilo Silva
Assinatura do Declarante

Assinatura do Condutor
(caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
SERVENTIA NOTARIAL DE GARANHUNS - PERNAMBUCO
TABELIONATO DE NOTAS E PROTESTOS

Rua Dantas Barreto, n. 37, Santo São José
CEP 55295-080, Garanhuns, PE, Tel: (87) 3761-1877

RECONHECIMENTO DE FIRMA N. 2019-032751
Recebeu por autenticação a firma de:
MARIA BEATRIZ DOS SANTOS CAMILO SILVA

Cia. N. Garanhuns, PE, 08/07/2019 11:14:23
EMOL: 0,39 TONR: 0,80 PERC: 0,40 IES: 0,20 PERM: 0,04 FUNGEO: 0,00
SELO DIGITAL: 0077116.UZYMG2B1902.B1180
Consulte autenticidade em www.sps.jus.br/seledigital

Adelmo José Bernardino
Tabelião - 2º Substituto

COMPREV
COMPREV VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

01 AGO 2019

PROTÓCOLO
AGÊNCIA RECIFE



HOSPITAL MUNICIPAL
NOSSA SENHORA DE FÁTIMA

PRONTUÁRIO
DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

Registro	Hora	Nome do Paciente	Sexo	Data de Entrada	
114.243-18:32	18:32	maria olímpia silva	F	18.08.2018	
Idade	RG	Orgão Emissor	CPF	Estado Civil	
49	12345678	BR	123.456.789	solteira	
Data de Nascimento		Naturalidade			
16.03.1969		Recife - PE			
Endereço		Número	Complemento		
R. do Comércio		123	Cidade		
Cidade		Bairro	UF	CEP	
Recife		Centro	PE		
SUS		Profissão			
não tem		professora			
Nome da Mãe			Nome do Pai		
Ant. Maria Olímpia			Francisco Olímpio de S.		
Nome do Responsável			Telefone		
A. Silva			9629-4404		
PA	PULSO	FR	HGT	PESO	T(°C)
SpO2 ambiente	SpO2 com O2		L/min		
CLASSIFICAÇÃO <input checked="" type="radio"/> VERMELHO <input type="radio"/> AMARELO <input type="radio"/> VERDE <input type="radio"/> AZUL ASSINATURA E CARIMBO					
HDA <u>Voluntária de Curar - muito apressada</u>					
<u>trouxe a filha em um colchonete de plástico sobre o</u>					
<u>tapete da sala para o parto.</u>					
Hipertensão () sim () não // Diabetes () sim () não // APP					
EXAME GERAL			OROSCOPIA		
OTOSCOPIA			NEUROLÓGICO		
ACV			GLASGOW		
AR			NUCA		
ABDOMEN			PUPILAS		
MEMBROS			PELE		

Diagnóstico Provisório

Alergias () Sim () Não

Conduta Tratamento sintomático



Toritama, 08 de Agosto de 2018.

Hospital Municipal Nossa Senhora de Fátima
Declaração de Atendimento Hospitalar

DECLARAÇÃO nº 111/2018


Do: Hospital Municipal Nossa Senhora de Fátima

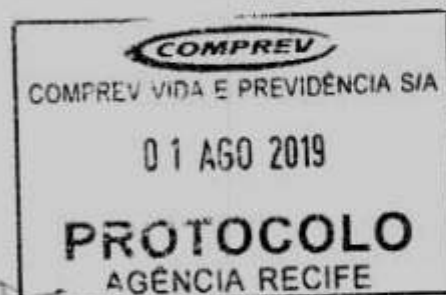
Para: **ACSA OLIMPIO SILVA**

Venho através desta, informa que o (a) Senhor (a) **ACSA OLIMPIO SILVA** deu entrada nesta unidade como consta na ficha de emergência no registro nº 114.743, no dia 18/07/2018, foi atendido e em seguida sendo **LIBERADA**.

Sem mais para o momento.

Atenciosamente,


Mateus Tavares
Portaria 387 - SMS
Mateus Emanuel Tavares
Coordenador de Unidade de Saúde
Coordenador de Unidade de Saúde





NOME DO PACIENTE: ACSA OLÍMPIO SILVA

SOLICITANTE: DR.(A) OLLELA CRUZ SANTANA

CONVÊNIO: PARTICULAR

EXAME: US ARTICULAR (POR ARTICULAÇÃO)



NÚMERO DO PACIENTE: 228461

NÚMERO DA REQUISIÇÃO: 831427

DATA: 28/11/2018

Exame realizado com aparelho **DIGITAL** com transdutores de multifrequenciais de alta resolução

ESTUDO ECOGRÁFICO DO TORNOZELO DIREITO

FACE ANTERIOR:

- Tendão tibial anterior, extensor dos dedos e extensor do Hálux sem alterações.

FACE LATERAL:

- Tendões fibulares curto e longo sem alterações.
- Ligamento fibulo calcâneo e talus fibular sem alterações.

FACE MEDIAL:

- Tendão tibial posterior, flexor do dedos sem alterações.

FACE POSTERIOR:

- Presença de ruptura na inserção do tendão de Aquiles acometendo aproximadamente 30% da inserção total, medindo 0.83 x 0.29 cm.

ID.: (IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA):

RUPTURA PARCIAL DO TENDÃO DE AQUILES.

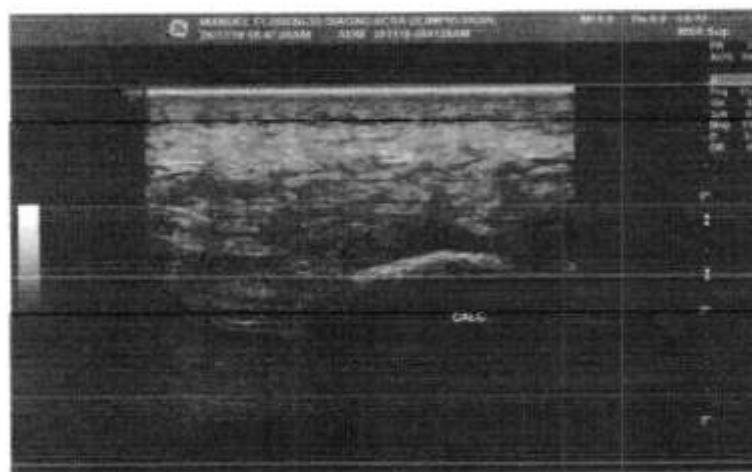
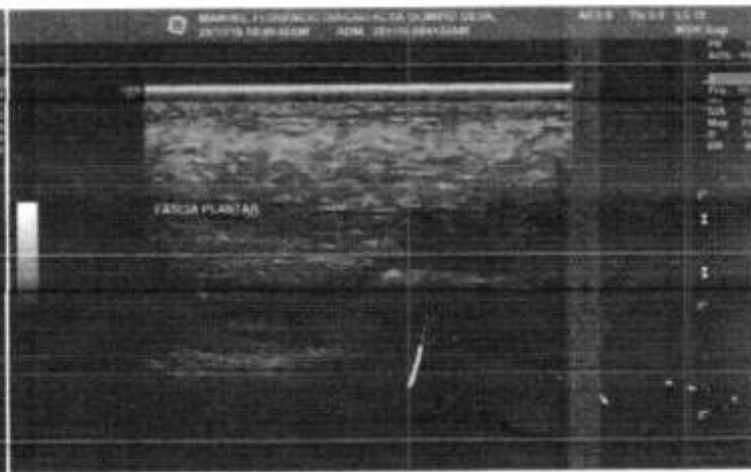
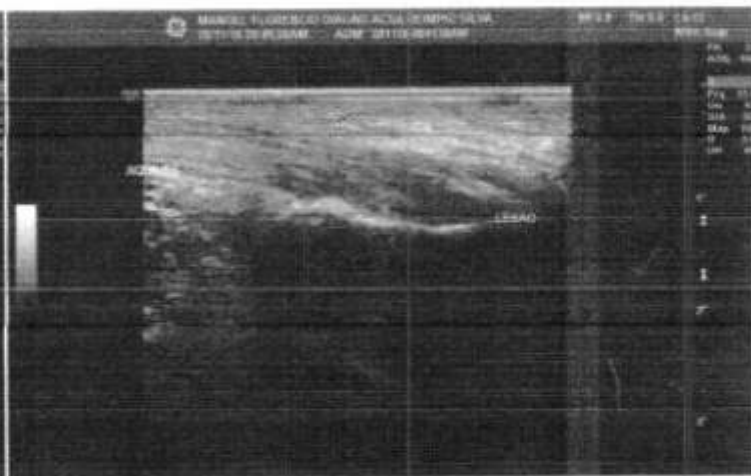
CENTRO DIAGNÓSTICO MANOEL FLORENCIO

Dr.(a) WALDENIR FERREIRA DE SOUZA
CRM 18290

COMPREV do os exames de PET-CT e Medicina Nuclear (Cintilografia).
COMPREV VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

01 AGO 2019

PROTOCOLO
AGÊNCIA RECIFE



COMPREV

COMPREV VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

01 AGO 2019

PROTOCOLO
AGÊNCIA DE CEE

**SUS**Sistema
Unico de
Saude
Ministerio
da
Saude**LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE
PROCEDIMENTO AMBULATORIAL****IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (SOLICITANTE)**

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE

2 - CNES

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

3 - NOME DO PACIENTE

4 - N° DO PRONTUÁRIO

5 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

6 - DATA DE NASCIMENTO

7 - SEXO

Masc

Fem

8 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

DDD

9 - TELEFONE DE CONTATO

N° DO TELEFONE

10 - ENDEREÇO (RUA, N° BAIRRO)

11 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

12 - COD. IBGE MUNICÍPIO

13 - UF

14 - CEP

PROCEDIMENTO SOLICITADO

15 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

16 - NOME DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

17 - Q101

PROCEDIMENTO(S) SECUNDÁRIO(S)

18 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

19 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

20 - Q11E

21 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

22 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

23 - Q11E

24 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

25 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

26 - Q11E

27 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

28 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

29 - Q11E

30 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

31 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

32 - Q11E

JUSTIFICATIVA DO(S) PROCEDIMENTO(S) SOLICITADO(S)

33 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO

34 - CID10 PRINCIPAL

35 - CID10 SECUNDÁRIO

36 - CID10 CAUSAS ASSOCIADAS

37 - OBSERVAÇÕES

SOLICITAÇÃO

38 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

39 - DATA DA SOLICITAÇÃO

40 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)

41 - DOCUMENTO

42 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

CNS

CPF

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

44 - COD. ORGÃO EMISSOR

45 - N° DA AUTORIZAÇÃO (APAC)

46 - DOCUMENTO

47 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

CNS

CPF

48 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

49 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)

COMPREV VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

01 AGO 2019

PROTOCOLO**IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (EXECUTANTE)**

50 - NOME FANTASIA DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE

51 - CNES

**SUS**Sistema
Unico de
Saude
Ministerio
da
Saude**LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE
PROCEDIMENTO AMBULATORIAL****IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAUDE (SOLICITANTE)**

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAUDE SOLICITANTE

2 - CNES

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

3 - NOME DO PACIENTE

4 - N° DO PRONTUÁRIO

5 - CARTÃO NACIONAL DE SAUDE (CNS)

6 - DATA DE NASCIMENTO

7 - SEXO

Masc

Fem

8 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

DDD

9 - TELEFONE DE CONTATO
N° DO TELEFONE

10 - ENDEREÇO (RUA, N° BAIRRO)

11 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

12 - COD. IBGE MUNICÍPIO

13 - UF

14 - CEP

PROCEDIMENTO SOLICITADO

15 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

16 - NOME DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

17 - QTD

PROCEDIMENTO(S) SECUNDÁRIO(S)

18 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

19 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

20 - QTD

21 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

22 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

23 - QTD

24 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

25 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

26 - QTD

27 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

28 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

29 - QTD

30 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

31 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

32 - QTD

JUSTIFICATIVA DO(S) PROCEDIMENTO(S) SOLICITADO(S)

33 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO

34 - CID10 PRINCIPAL

35 - CID10 SECUNDÁRIO

36 - CID10 CAUSAS ASSOCIADAS

OBSERVAÇÕES

SOLICITAÇÃO

37 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

38 - DATA DA SOLICITAÇÃO

39 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)

40 - DOCUMENTO

41 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

CNS

CPF

AUTORIZAÇÃO

42 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

43 - COD. ORGÃO EMISSOR

44 - N° DA AUTORIZAÇÃO (APAC)

45 - DOCUMENTO

46 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

CNS

CPF

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

48 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)

49 - PERÍODO DE VALIDADE DA APAC

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAUDE (EXECUTANTE)

50 - NOME FANTASIA DO ESTABELECIMENTO DE SAUDE EXECUTANTE

51 - CNES

COMPREV

COMPREV - PREVIDÊNCIA S/A

01 AGO 2019

PROTOCOLO