

Rio de Janeiro, 16 de Julho de 2018

Aos Cuidados de: **MARIA DAS NEVES ARRUDA DE SOUZA**

Nº Sinistro: **3180313211**

Vitima: **MARIA DAS NEVES ARRUDA DE SOUZA**

Data do Acidente: **26/01/2018**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **ROGERIO FERREIRA DA SILVA**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180313211**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

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

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 13094987



Rio de Janeiro, 16 de Julho de 2018

Aos Cuidados de: MARIA DAS NEVES ARRUDA DE SOUZA
Nº Sinistro: 3180313211
Vitima: MARIA DAS NEVES ARRUDA DE SOUZA
Data do Acidente: 26/01/2018
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: ROGERIO FERREIRA DA SILVA

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180313211**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Documentação médico-hospitalar não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **GENTE SEGURADORA S/A**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 23 de Julho de 2018

Aos Cuidados de: MARIA DAS NEVES ARRUDA DE SOUZA

Nº Sinistro: 3180313211

Vitima: MARIA DAS NEVES ARRUDA DE SOUZA

Data do Acidente: 26/01/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ROGERIO FERREIRA DA SILVA

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180313211**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Documentação médico-hospitalar não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **GENTE SEGURADORA S/A**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 09 de Agosto de 2018

Aos Cuidados de: MARIA DAS NEVES ARRUDA DE SOUZA

Nº Sinistro: 3180313211

Vitima: MARIA DAS NEVES ARRUDA DE SOUZA

Data do Acidente: 26/01/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ROGERIO FERREIRA DA SILVA

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180313211**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Documentação médico-hospitalar não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **GENTE SEGURADORA S/A**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 06 de Setembro de 2018

Aos Cuidados de: MARIA DAS NEVES ARRUDA DE SOUZA

Nº Sinistro: 3180313211

Vitima: MARIA DAS NEVES ARRUDA DE SOUZA

Data do Acidente: 26/01/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ROGERIO FERREIRA DA SILVA

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180313211**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Documentação médico-hospitalar não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **GENTE SEGURADORA S/A**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL**, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL** e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2- "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

029.024.574-56

Nome completo da vítima

MARIA DAS NEVES ARRUDA DE SOUZA

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo

MARIA DAS NEVES ARRUDA DE SOUZA

CPF titular da conta
029.024.574-56

Profissão
DO LAR

Endereço
RUA CEARA

Bairro
ALBERTO MAIA

Cidade
CAMARAGIBE

Número
370 B

Complemento
CS

Email

Estado
PE

CEP
54 774-050

Telefone (DDD)

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

☐ RECUSO INFORMAR

☒ SEM RENDA

☐ ATÉ R\$ 1.000,00

☐ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00

☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00

☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00

☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00

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

☐ BRADESCO (237) ☐ BANCO DO BRASIL (001) ☐ ITAÚ (341)

☒ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA
NRO.

3017

D/V

CONTA
NRO.

00038087

D/V

6

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

☐ **CONTA CORRENTE** (todos os bancos)

BANCO

Nome

NRO

AGÊNCIA
NRO.

D/V

CONTA
NRO.

D/V

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

RECIFE

20

de

MARÇO

de

2018

Local e Data

09 JUL 2018

Seguradora SIA
Av. Rio de Janeiro, 715 Laje 6
Cidade: Recife/PE CEP: 52011-000

Maria das Neves A. de Souza

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

e 2



05/07/2018 06:15

Invalidez - 455940
 ASL: 0248640/18
 Dams: 455941
 ASL: 0248661/18

GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
 SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
 POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
 DELEGACIA DE POLICIA DA 037ª CIRCUNSCRIÇÃO - CAMARAGIBE
 DP37ªCIRC DIM/9ªDESEC


 POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 18E0127004075

DELEGACIA DE POLICIA DE CAMARAGIBE

37ª CIRCUNSCRIÇÃO

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 05/07/2018 às
 09:14

ATROPELAMENTO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que
sconteceu no dia 26/1/2018 no período da Manhã

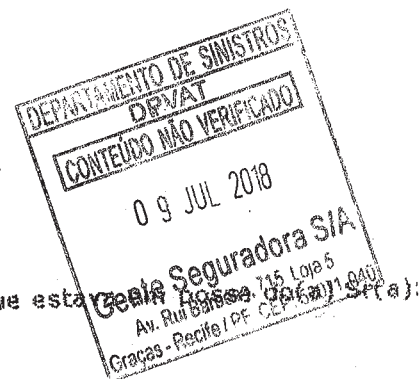
Fato ocorrido na área de circulação de veículos de interesse da Divisão de Atrope-
 lamento de Veículos - CAMARAGIBE/PERNAMBUCO/BRASIL
 Local do Fato: VIA PUBLICA

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDOS (AUTOR / AGENTE)
 MARIA DAS NEVES ARRUDA DE SOUZA (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que esta
 DESCONHECIDOS



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

MARIA DAS NEVES ARRUDA DE SOUZA (presente ao plantão) - Sexo:
Feminino Mãe: JURACI JOSEFA ARRUDA DE SOUZA Data de Nascimento: 22/11/1979
Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL
Endereço Residencial: RUA CEARA, 300, CASA B - CEP: 55000-000 - Bairro: ALBERTO MAIA
- CAMARAGIBE/PERNAMBUCO/BRASIL

DESCONHECIDOS (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Naturalidade: NÃO
INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

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

VEICULO (VEICULO), que estava em posse do(a) Sr(a): DESCONHECIDOS
Categoria/Marca/Modelo: AUTOMÓVEL/NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO Objeto apreendido:
Não
Quantidade: (UNIDADE NÃO INFORMADA)

Complemento / Observação

INFORMA QUE ESTAVA ATRAVESSANDO A VIA QUANDO FOI ATROPELADA POR UM

Boletim de Ocorrência

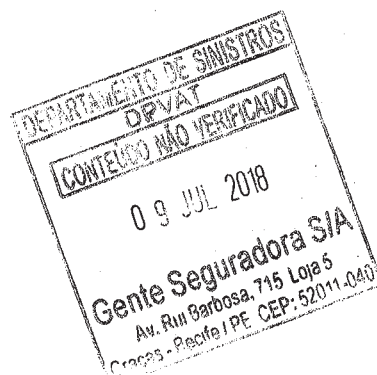
file:///C:/Users/Polícia Civil/infopol/xml/BOEPreview.html

VEICULO DE PLACA E MARCA NÃO IDENTIFICADA, SENDO SOCORRIDA PELO SAMU AO
HGV CONFORME BOLETIM DA EMERGENCIA 1678288 DATADO DE 26/01/2018, PELO
EXPOSTO COMUNICA O FATO. DOCUMENTOS DE ESCLARECIMENTOS MÉDICOS
ANEXO.

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

Maria das Neves A. de Souza
MARIA DAS NEVES ARRUDA DE SOUZA
(VITIMA)

B.O. registrado por: *Edvaldo José Pereira de Souza* - Matrícula: 3811028



Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:

Casos com vítima entre 0 a 15 anos – O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

Casos com vítima entre 16 e 17 anos - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima interditada com curador – Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima

MARIA DAS NEVES ARRUDA DE SOUZA

CPF da Vítima

029.024.574-56

Data do Acidente

26/01/2018

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante legal

Email

Telefone (DDD)

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

Assinalar uma das opções abaixo:

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

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

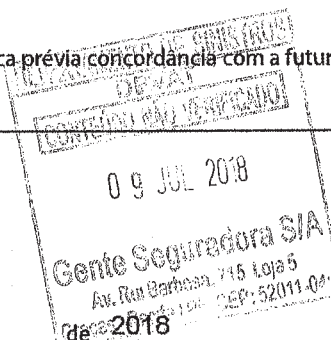
RECIFE

20

de

MARÇO

Local e Data



Maria das Neves A. de Souza

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



Secretaria de saúde

Serviço de atendimento móvel de urgência

DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO

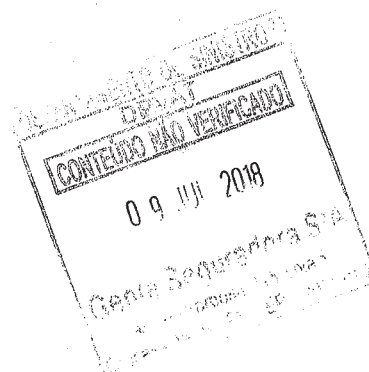
DA Nº 144.01.2018

EM: 05 /07/2018

Atendendo ao requerimento do paciente MARIA DAS NEVES DE SOUZA, portador da cédula de identidade RG nº **58112840050** MTE/PE e inscrito no CPF/MF sob o nº **029.024.574-56**, declaramos que consta em nossos arquivos ocorrência de nº **235441**, que no dia 26 de janeiro de 2018, foi atendido pelo nosso Serviço de Atendimento Móvel de Urgência- SAMU por volta das 09:00hs, vítima de atropelamento na av. belmino correia em frente ao terminal integrado de passageiro na Região metropolitana em seguida, encaminhado para Hospital Getulio vergas.

Recife, 06/07/2018

Dr. Sérgio Parente Costa
Gerente de Informação e Avaliação
SAMU Metropolitano - Recife
Sérgio Parente Costa
Dr. Sérgio Parente Costa
Gerente de Informação e Avaliação
SAMU Metropolitano do Recife



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: 03/10/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: MARIA DAS NEVES ARRUDA DE SOUZA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03017

CONTA: 000000038087-6

Nr. da Autenticação 8F0A0592468BB045

celpe
Grupo Neoenergia
www.celpe.com.br

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
Ouvidora 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
167-Ligação Gratuita de telefones fixos e móveis

Nº DA INSTALAÇÃO
0000638582

ALBERTO MAIA/CAMARAGIBE
54774-050 CAMARAGIBE 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

B1 RESIDENCIAL - BAIXA RENDA COM NIS
Monofásico

2FF6.5A17.4753.4D2D.68C1.374B.0690.AC21

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

Tarifas Aplicadas			HISTÓRICO DO CONSUMO		
Consumo Ativo até 30 kWh		0,16415700	MAR 18		kWh
Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh		0,28141200	FEV 18		129
Consumo Ativo superior a 100 até 220 kWh		0,42211600	JAN 18		143
			DEZ 17		221
			NOV 17		179
			OUT 17		215
			SET 17		197
			AGO 17		178
			JUL 17		170
			JUN 17		164
			MAI 17		188
			ABR 17		192
			MAR 17		197
					206

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS

ICMS			PIS			COFINS		
BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
0,00		0,00	38,67	0,82	0,31	38,67	3,91	1,51

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL.

NÚMERO DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR		ATUAL		Nº DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO kWh
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA				
0000000000060075530	CAT	14/02/2018	21.058,00	14/03/2018	21.187,00	28	1,00000	0,00	129,00

DATA PREVISTA PARA A PRÓXIMA LEITURA: 13/04/2018

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES

DESCRIÇÃO	CONJUNTO	VALOR APURADO	META MENSAL	META TRIM.	META ANUAL
Jan/2018					
DIC-No.de horas sem Energia	TABATINGA	0,92	5,79	11,58	23,16
FIG-No.de vezes sem Energia		1,00	3,36	6,72	13,45
DMIC-Duração máxima de Interrupção contínua		0,92	3,37	0,00	0,00
DICRI-Duração de Interrupção em dia crítico					Limite DICRI: 12,22
EUSD-Valor do Encargo de Uso = R\$ 18,56					
Todo Consumidor pode solicitar a apuração dos indicadores DIC, FIG, DMIC e DICRI a qualquer tempo.					

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Na data da leitura a bandeira em vigor é a Verde. Mais informações em www.aneel.gov.br.
O cliente é compensado quando há violação na continuidade individual ou do nível de tensão de fornecimento.
Pegto, em atraso gera multa 2%(Res414/ANEEL). Juros 1%a.m(Lei 10.438/02) e atualização monetária no próx. mês
Isenção do ICMS conforme art. 9, XLVIII, a, 2.2.2, do RICMS-PE.
Desconto pela aplicação da Tarifa Social de Energia Elétrica criada pela Lei Nº 10.438 de 26/04/02 - R\$ 26,35.
O cliente é compensado quando há descumprimento do prazo definido para os padrões de atendimento comercial.
O consumidor pode cancelar a cobrança de serviços de terceiros na fatura a qualquer tempo - Art 7º REN 581/13.
Combata o mosquito da dengue, zika e chikungunya. Ministério da Saúde. Governo Federal.

NÍVEIS DE TENSÃO

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

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

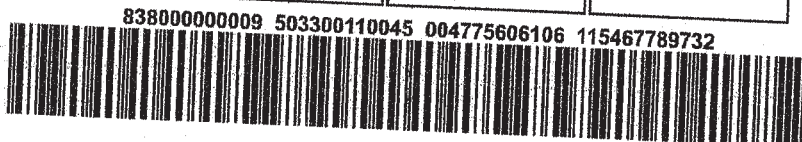
DESTAQUE AQUI

CONTA CONTRATO 004004775606	MÊS/ANO 03/2018	TOTAL A PAGAR(R\$) 50,33	VENCIMENTO 26/03/2018
--	----------------------------------	---	--

TALÃO DE PAGAMENTO

**Evite dobrar, perfurar ou rasurar.
Este canhoto será usado em leitora ótica.**

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA





TELEMAR NORTE LESTE S/A
CNPJ: 33.000.118/0014-93 - INSC. ESTADUAL: 181.001.0019146-4
RUA JOAQUIM FELIPE, 168 - RECIFE - PE CEP: 50050-365
MATRIZ CNPJ: 33.000.118/0001-79

PAG.: 3/4

ROGERIO FERREIRA DA SILVA
RUA BR ANADIA, 44
JARDIM SAO PAULO
50790-150 RECIFE-PE

DATA DE EMISSAO 20/04/2018	TELEFONE/CONTRATO
CNPJ / CPF 00050192531468	
TIPO DE TERMINAL RESIDENCIAL	VALOR A PAGAR R\$
COD. DEB. AUTOMATICO 001202593808	29,31
CODIGO DDD 81	
CODIGO MINHA OI 001202593808	VENCIMENTO
	08/05/2018

PLANO LOCAL:		HISTORICO DO CONSUMO DE MINUTOS:			04/18:		03/18:		02/18:	
CONTROLE					01/18:		12/17:		11/17:	
PAG./LINHA	DATA	DESCRICAO	TEL.ORIGEM	TEL.CHAMADO	HORARIO	DURACAO	TARIFA	VALOR		

PRESTADORA TELEMAR NORTE LESTE S/A

PRESTADORA TELEMAR NORTE LESTE S/A

NFST N. 00000208357/SERIE /SUB-SERIE

TELEFONE 04946 3455-0016 0 1

SERVICOS MENSAIS

0001/01 20/04/2018 PA124 OI FIXO CONTROLE 200MIN O1 A 10/04/18
0001/02 20/04/2018 PA124 OI FIXO CONTROLE 200MIN 30 A 30/03/18
SUBTOTAL

26,10
2,61
28,71

DESCONTOS

0001/03 20/12/2017 CRED.P/INTERRUP.(N.DIAS X VLR.ASSINAT./30)
0001/04 28/12/2017 CRED.P/INTERRUP.(N.DIAS X VLR.ASSINAT./30)
SUBTOTAL

-2,54
-2,54
-5,08

BASE DE CALCULO ICMS 28,83
ALIQUOTA 30%
VALOR 7,08

TOTAL NOTA FISCAL SERVICOS

23,63

ISS

RESERVADO AO FISCO

7676.957a.408e.31cd.7533.5853.56dd.2fbb

FATURA N.: 1200110108736

TELEMAR NORTE LESTE S/A - RUA JOAQUIM FELIPE, 168 - RECIFE - PE CEP: 50050-365
CNPJ: 33.000.118/0014-93 - INSC. ESTADUAL: 181.001.0019146-4

OUTROS VALORES OI FIXO

TELEFONE 04946 3455-0016 0 1

0001/05 09/04/2018 PAGAMENTO SEM CONTA EM LOTERICA
0001/06 19/03/2018 JUROS DE MORA
0001/07 19/03/2018 MULTA POR ATRASO DE PAGAMENTO

CONTA 02/2018
CONTA 02/2018

3,42
0,75
1,51
5,68

TOTAL OUTROS VALORES

RESUMO GERAL

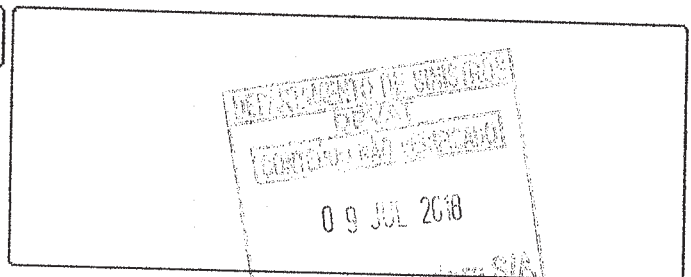
LOCAL TELEFONE CJ SU
04946 3455-0016 0 1
TOTAL

VALOR
29,31
29,31

ESTA DECLARACAO SUBSTITUI A QUITACAO MENSAL DA SUA FATURA DA OI DE JAN A
DEZ 2017 E ANOS ANTERIORES, EXCETO SERVICOS PRESTADOS POR OUTRAS
EMPRESAS.

Fique atento. Efetue os pagamentos em dia e evite:

- Cobrança de Multa de 2% + juros de 1% ao mês.
- Suspensão do serviço: Parcial, 15 dias após envio da 1ª notificação e, com mais 30 dias, Suspensão Total.
- Durante o período de Bloqueio Parcial, a assinatura de sua linha será cobrada normalmente de acordo com os valores contratados, pois ela continua apta a receber chamadas.
- Cancelamento e inclusão nos Órgãos de Proteção ao Crédito (SPC/Serasa), 30 dias após a Suspensão Total.



CELECOM S/A
Av. Ind. 1000 - 10000
Recife - PE CEP: 50011-000

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECASWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF**².

¹ Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº9.613/98.

Pelo exposto, eu ROGÉRIO FERREIRA DA SILVA inscrito (a) no CPF 501.925.314-68 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário MARIA DAS NEVES ARRUDA DE SOUZA inscrito (a) no CPF sob o Nº 029.024.574-56 / , do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima MARIA DAS NEVES ARRUDA DE SOUZA inscrito (a) no CPF sob o Nº 029.024.574-56 / , conforme determinação da Circular Susep 445/12:

☐ Declaro Profissão: RECUSO Renda: RECUSO e apresento os documentos comprobatórios:

☐ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

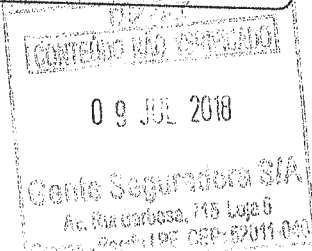
Endereço		Número	Complemento
RUA BARÃO DE ANADIA		44	CS
Bairro	Cidade	Estado	CEP
JARDIM SÃO PAULO	RECIFE	PE	50 790-150
Email		Telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDD)
			81-98455 5390

RECIFE 20 de MARÇO de 2018

Local e Data



Assinatura do Declarante



Histórico TTO Fisioterapia.

Paciente: Maria das Neves A. de Souza

Data de Nascimento: 22/11/1979.

Início do TRATAMENTO: 21/04/2018. **Término do Tratamento**

Constando em Prontuário na Clínica.

TTO: Tratamento de Fisioterapia Reabilitação Pós-Operatório Fratura de Tornozelo Esquerdo.

Realizou Fisioterapia, no tornozelo direito 16 (dezesesseis sessões) de Fisioterapia em atendimento no consultório.

Evolução: Ganho de Amplitude de movimento fisiológica em Flexão Plantar, Dorsiflexão, Inversão e Eversão.

Resumo da Alta.

Progrediu satisfatoriamente, sem restrição de bloqueio mecânico, marcha fisiológica restaurada, Força muscular em grau 5, **NÃO SENDO NECESSÁRIO REALIZAR MAIS SESSÕES TENDO ALTA NA 16 (Décima Sexta Sessão).**

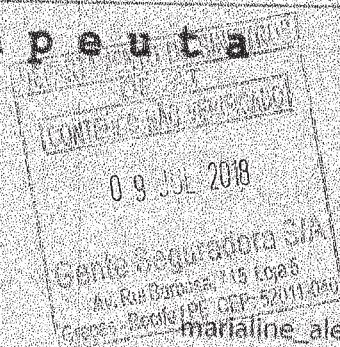
f i s i o t e r a p e u t a



(81) 99675-5465 / (81) 98310-4535
(81) 3525-3124



@fisioalinealencar



marialine_alencar@hotmail.com

Dra. Maria Aline Mauricio Silva de Alencar - Fisioterapeuta.
CREFITO 211591-F

Dra. Maria Aline M. S. de Alencar
Fisioterapeuta
CREFITO 211591-F

[Handwritten signature]

16/06/2018

Dra. Maria Aline M. S. de Alencar
Fisioterapeuta
CREFITO 211591-F



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
HOSPITAL
Getúlio Vargas



RECEITUÁRIO

NOME COMPLETO:

Maria dos Neves Ananda do Sacramento

IDADE:

SEXO:

F

☒

M

☐

Soluto:

Leito 112-07

01 por de multos americanos

Autorizo a entrada de multos, para o
paciente supracitado

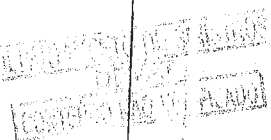
02/02/18

Dr. Kennet Leite

MEDICO

CRM-PE: 25.111

CEMPE: 12.181



09 JUL 2018

Gerente Seguros S/A

Ass. de Seguros - 10.0125

Genes - Fone: (71) 32011.011

HGV.1002.V.1.2013.

Avenida General San Martín s/n - Cordeiro
Recife/PE - CEP 50.630-060
Fone: 0XX.81.31845600



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
HOSPITAL
Getúlio Vargas



RECEITUÁRIO

NOME COMPLETO:

Maria da Nogueira A. Lages

IDADE:

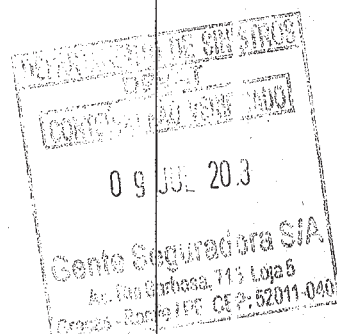
SEXO: F ☐ M ☐

Licença

Fisioterapia Motora — 20 sessões
(pós op. de um de tornozelo)

12.04.18

Dr. Rhaonny R.G. Araújo
MÉDICO
CREMEPE 26556



Avenida General San Martin s/n – Cordeiro
Recife/PE – CEP 50.630-080
Fone: 0XX.81.31845600



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco

HOSPITAL

Getúlio Vargas

Av. General San Martin, S/N, Cordeiro, Recife/PE

Paciente: **MARIA DAS NEVES ARRUDA DE SOUZA**

REG.: 1075286

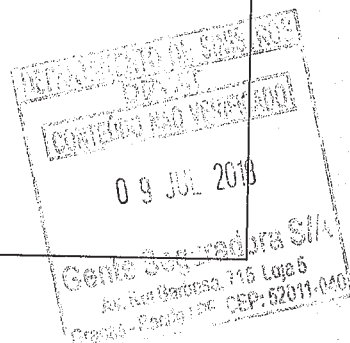
RX

Uso Oral

- 1) Cefalexina 500mg ----- 40 Comprimidos
Tomar 01 CP VO de 06/06h por 10 dias.
- 2) Novalgina 1g ----- 01 caixa.
Tomar 01 CP VO de 6/6 h se dor ou febre.
- 3) Xarelto 10mg ----- 01 caixa.
Tomar 01 CP VO 1x ao dia.

Recife, 06/02/18

Dr. Kenneth Leite
MÉDICO
CRM-PE: 25.320
CRM-CE: 18.169





SECRETARIA DE SAÚDE DE PERNAMBUCO
HOSPITAL GETÚLIO VARGAS
SERVIÇO DE DOCUMENTAÇÃO CIENTÍFICA

BOLETIM DE ESCLARECIMENTO

NOME: MARIA DAS NEVES ARRUDA DE SOUZA

1. Ocorrência da Emergência: 1075286

1.1 — Atendimentos em: 26/01/2018

1.2 — Às horas e minutos:

1.3 — Internado: SIM

1.4 — Retirou-se Às horas e minutos

2. Internamento Eletivo — Reg. Geral No. 1075286

2.1 Internado em: 26/01/2018

2.2 Alta em: 06/02/2018

3. Hipótese Diagnóstica: Fratura de tibia

4. Tratamento: cirurgico

5. Observação: Atropelamento

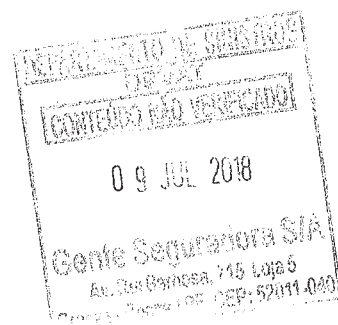
DATA: 21.05.2018

HORA: 15:20:42

PASTA: 24.03.2018

JGAS

Jéssica Guido Araújo Sá
Dermatologista
CRM 15.938 / RQE 2167
Dr. Jéssica Guido





Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco

HOSPITAL

Getúlio Vargas

Av. General San Martin, s/N, Cordeiro, Recife/PE

Paciente: MARIA DAS NEVES ARRUDA DE SOUZA

REG.: 1075286

DECLARAÇÃO MÉDICA

CLARO PARA OS DEVIDOS FINS QUE A PACIENTE MARIA DAS NEVES ARRUDA DE SOUZA, ESTEVE INTERNADA NESTA UNIDADE HOSPITALAR, NO SETOR DE TRAUMATOLOGIA, DO DIA 26/01/18 AO DIA 06/02/18 PARA TRATAMENTO MÉDICO HOSPITALAR E PROCEDIMENTO CIRÚRGICO. ORIENTADO SOBRE NECESSIDADE DE COMPARTEILHAMENTO AMBULATORIAL.

Atendo a cargo de o MÉDICO PERITO avaliar questões trabalhistas e afins.

RECIFE, 06/02/18

Assinatura do Médico



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco

HOSPITAL

Getúlio Vargas

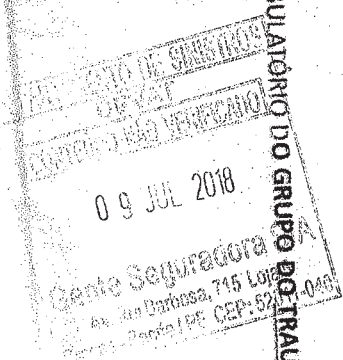
Av. General San Martin, s/N, Cordeiro, Recife/PE

Paciente: MARIA DAS NEVES ARRUDA DE SOUZA

REG.: 1075286

SOLICITAÇÃO MÉDICA

SOLICITO RETORNO PARA CONSULTA NO AMBULATÓRIO DO GRUPO DO TRAUMA EM 07 DIAS.



RECIFE, 06/02/18

Assinatura do Médico



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
HOSPITAL
Getúlio Vargas



RECEITUÁRIO

NOME COMPLETO:

Maria dos Neves Amadeu de Souza

IDADE:

SEXO:

F

M

Luís Medico

A paciente em apresentação foi submetida
a cirurgia de estroscopia de fúndus distal
de fibr (cas: 582.3). Encer-se em
acompanhamento clínico-cirurgico desde
a data de 26.01.18, sem presença de alte-
rações tralculitos, citos a cutâneo de
médico prito.

12.04.18

Dr. Rhanny R.G. Matijó
MEDICO
CREMEP 265556

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
ORÇ. 1
CONTINUAÇÃO DO SINISTRO
09 JUL 2018
Gente Seguradora S/A
Av. Rio de Janeiro, 715 Loja 6
Praça - Recife - PE - CEP: 52011-040



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco

HOSPITAL

Getúlio Vargas



Paciente: MARIA DAS NEVES ARRUDA DE SOUZA

Prontuário: 01075286

Data de Nascimento: 22/11/1979

Idade: 38a 6m 19d

Sexo: FEMININO

RELATÓRIO MÉDICO

O Paciente Supra-citado, foi atendido nesta data, com diagnostico de:

FRATURA DE TIBIA - OPERADA EM 02.02.18- HIM

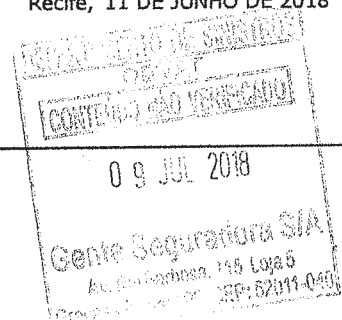
Feito o Exame de RX - NESTA DATA

Observação:

FRATURA CONSOLIDADA

Recife, 11 DE JUNHO DE 2018

FERNANDO ANTONIO DE MACENA ROCHA - CRM: Nº.4103



HOSPITAL GETULIO VARGAS - HGV
Av. Gal. San Martin, S/N - Cordeliro - Recife - PE - 50630-060
CNPJ - 10.572.048/0005-51
Fone - (81) 3184-5600

50

SECRETARIA DE SAÚDE DE PERNAMBUCO
HOSPITAL GETÚLIO VARGAS
SERVIÇO DE DOCUMENTAÇÃO CIENTÍFICA

BOLETIM DE ESCLARECIMENTO

NOME: MARIA DAS NEVES ARRUDA DE SOUZA

1. Ocorrência da Emergência: 1075286

1.1 — Atendimentos em: 26/01/2018

1.2 — Às horas e minutos:

1.3 — Internado: SIM

1.4 — Retirou-se Às horas e minutos

2. Internamento Eletivo — Reg. Geral No. 1075286

2.1 Internado em: 26/01/2018

2.2 Alta em: 06/02/2018

3. Hipótese Diagnóstica: Fratura de tibia

4. Tratamento: cirurgico

5. Observação: Atropelamento

DATA: 21.05.2018

HORA: 15:20:42

PASTA: 24.03.2018

JGAS

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

17 JUL 2018

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

Jéssica Guido Araújo Sá
Dermatologista
CRM 15.938 / RQE 2167
Dr. Jéssica Guido

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
Gente Seguradora S/A
Av. Rui Barbosa, 715 Lj. 5
Recife - PE CEP: 52011-040

0248640118

0248661118

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

16 AGO 2018

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



HOSPITAL GETÚLIO VARGAS
SERVIÇO DE DOCUMENTAÇÃO CIENTÍFICA



BOLETIM DE ESCLARECIMENTO

NOME: MARIA DAS NEVES ARRUDA DE SOUZA

1. Ocorrência da Emergência: 536915

1.1 - Atendimentos em: 26/01/18

1.2 - Às 11 horas e 49 minutos.

1.3 - Internado: SIM

1.4 - Retirou-se às hr. e min.

2. Internamento Eletivo - Reg. Geral No. 1075286

2.1 - Internado em: 26/01/18

2.2 - Alta em:

3. Hipótese Diagnóstica: FRATURA EXPOSTA DIAFISÁRIA DE TÍBIA ESQUERDA + FRATURA DE MALÉOLO POSTERIOR ESQUERDO.

4. Tratamento: 1) ANALGESIA. 2) CIRURGIA EM 26/01/18: FIXAÇÃO EXTERNA TRANSARTICULAR TUBO-A-TUBO EM PERNA ESQUERDA + LIMPEZA MECÂNICO CIRÚRGICA.

5. Observação: ACIDENTE DE TRÂNSITO.

DATA: 12.7.2018

HORA: 08:48:57

PASTA: 01.07.2018

JGAS

RS

Jéssica Guido Araújo
Dermatologista
CRM 15.936 RQE 2167

Dra. Jéssica Guido.

HOSPITAL GETULIO VARGAS EMERGÊNCIA



IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

ATENDIMENTO: 536915

Prontuário: 1075286

Nome: MARIA DAS NEVES ARRUDA DE SOUZA

Data Nasc: 22/11/1978

CI

Er

Ba

CE

No

Ac

No

Loc

HGV- Hospital Getúlio Vargas

Prontuário: 1075286

Paciente: MARIA DAS NEVES ARRUDA DE SOUZA

Clinica: SALA DE RECUPERAÇÃO

Nascido: 22/11/1978 Idade: 38 Anos 2 Meses

Mae: JURACI JOSEFA ARRUDA DE SOUZA

End: RUA CEARA, 370 - ESTACAO NOVA - CAMARAGIBE - PE - Cep 54774172

Presidiador: 1 HOSPITAL GETULIO V DATA: 28/01/2018 Hr: 17:58 Usuário: ROBANHAS

537026

Atendimento

CNS: 702902565651972

Leito: SR 73

Sexo: FEMININO

Fone: 9204-9463

Cor:

CNS: 702902565651972

Nº: 370

Estado: PE

Profissão:

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

16 AGO 2018

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

Clinica: CIRURGIA GERAL

Ocorrência: REFERE ACIDENTE DE TRANSITO, COM COLISAO MOTO / CARRO

Acidente de Trabalho: Sim ☐ Não ☐

ATENDIMENTO DATA: 28/01/2018 HORA: 17:49 Médico:

Doença Principal / HDA:

Dor em quadril em MIE. há 2 horas

História do Trauma

Perda da Consciência: Sim ☐ Não ☒ Episódio Emético: Sim ☐ Não ☒ Acidente de Trabalho: Sim ☐ Não ☒

Acidente de Trânsito: Sim ☒ Não ☐ Tipo: Motorista: ☒ Passageiro: ☐

Colisão: Sim ☒ Não ☐ Tipo: Local de Impacto: Sofreu Queda: Sim ☒ Não ☐ Altura: m

Atropelamento: Sim ☐ Não ☒ Tipo: Transporte Realizado por: SAMU

Vítima de Ferimento: Sim ☐ Não ☒ Por: Por que:

Queimadura: Sim ☐ Não ☒

Condições de imobilização adequadas: Sim ☒ Não ☐

Observações: HAS (+), DR (-), Alergia (-)

Exame Físico:

Geral

Via aérea esta pérvia: Sim ☒ Não ☐ O paciente fala: Sim ☒ Não ☐ Temp.: Cº

FCR, consciente, orientada, acionada, orientada, hidratada, febril, eufórica

B: Respiratório

MV + em AHT, com RA, SPO2: 99% AA

C: Circulatório PA: x mm Pulso: 90 bpm

RCR em DT, BNF, SS. FC: 90 bpm

D: Exames Neurológico

Deficiência motora: MSD ☐ MSE ☐ MID ☐ MIE ☐ Pupilas: Isocóricas ☒ Anisocóricas ☐

Glasgow: Abertura Ocular 4 Glasgow: Resposta Verbal 5 Glasgow: Resposta Motora 6
Escore: Hora: 13:48 Escore: Hora:

ECG = 15



 Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco HOSPITAL Getúlio Vargas				FICHA PARA AVALIAÇÃO DE RISCO DE QUEDA	
NOME: _____					
Nº DO REGISTRO: _____		SETOR: _____		DATA DE ADMISSÃO: ____/____/____	
ASSINALAR COM X TODOS OS ITENS DE RISCO IDENTIFICADOS. CONSIDERAR A EXISTÊNCIA DO RISCO QUANDO ASSINALAR UM OU MAIS ITENS.					
		IDADE > OU IGUAL 65 ANOS CRIANÇAS < OU IGUAL 5 ANOS COMPROMETIMENTO NEUROLÓGICO DEPRESSÃO E/OU ANSIEDADE ☒ PREJUÍZO DO EQUILÍBRIO DA MARCHA DÉFICIT SENSITIVO, ACUIDADE AUDITIVA, TATO E VISUAL DIMINUÍDA HISTÓRIA PRÉVIA DE QUEDA ALTERAÇÃO METABÓLICA (EX: HIPOGLICEMIA) OBESIDADE MÓRBIDA OU BAIXO ÍNDICE DE MASSA CORPÓREA SEDAÇÃO/ANESTESIA MEDICAMENTO QUE ALTERAM O SISTEMA NERVOSO CENTRAL URGÊNCIA URINÁRIA/INTESTINAL HIPOTENSÃO ORTOSTÁTICA PACIENTE CIRÚRGICO	DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT CONTEÚDO NÃO VERIFICADO 16 AGO 2018 Gente Seguradora S/A. Av. Rui Barbosa, 715 - Lj. 5 Recife - PE		
CASO O PACIENTE APRESENTE UM OU MAIS FATORES DE RISCO, COLOCAR PULSEIRA ROXA NO MSD.					
☒ COLOCADO PULSEIRA ROXA				☐ NÃO SE APLICA	
ENTREGA DO FOLDER DE ORIENTAÇÃO AO PACIENTE/ACOMPANHANTE:					
☒ SIM ☐ NÃO		ASSINATURA (ORIENTADO): _____			
RECOMENDAÇÕES:					
1. Orientar paciente e acompanhante quanto ao risco de queda e necessidade de solicitação da enfermagem para sua locomoção e mobilização; 2. Manter a cama na posição baixa, com rodas travadas e grades de proteção elevadas; 3. Orientar a não trancar portas; 4. Orientar a não andar nem circular na enfermagem ou corredor no momento da limpeza; 5. Manter a área de circulação, livre de móveis e utensílios; 6. Auxiliar na deambulação dos pacientes que apresentarem dificuldade de marcha ou déficit sensitivo ou motor; 7. Estimular o uso de acessórios de apoio; 8. Conscientizar a família sobre a importância da presença de um acompanhante e comunicar a enfermagem quando houver necessidade de ausentar-se; 9. Manter iluminação adequada durante a noite; 10. Orientar a evitar apoiar-se na cama, móveis e parapeitos de janelas; 11. Manter o acompanhamento da enfermagem no momento do transporte; 12. Orientar o acompanhante para ficar atento às brincadeiras das crianças e a utilização de brinquedos; 13. Não deixar o paciente sozinho no banheiro ou durante o banho; 14. Intensificar a atenção a pacientes que estão em uso de sedativo e hipnótico, tranquilizante, diurético, anti-hipertensivo, anti-parkinsonianos.					
ENFERMEIRA/COREN: _____					



Secretaria Estadual de Saúde

RELATÓRIO DA OPERAÇÃO

PACIENTE: MARIA DAS NEVES ARRUDA DE SOUZA Registro: 1075286

Data da operação: 26/01/2018

Operador: DR JOSE VERISSIMO

1º auxiliar: MR1 LEVI DIOGENES 2º auxiliar: MR1 SILVIO BRANDÃO

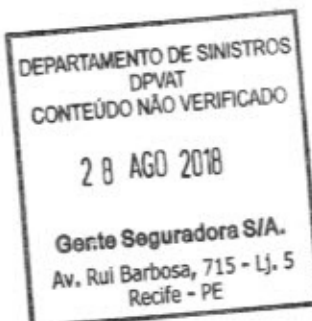
ANESTESISTA: A PLANTONISTA

Diagnóstico pré-operatório: FRATURA EXPOSTA DIAFISÁRIA DE TIBIA
ESQUERDA + FRATURA DE MALEOLO POSTERIOR ESQUERDO

Tipo de operação: FIXAÇÃO EXTERNA TRANSARTICULAR TUBO-A-TUBO
EM PERNA ESQUERDA + LMC

- 1) Paciente em decúbito dorsal, sob raquianestesia
- 2) Assepsia, antisepsia e aposição de campos estéreis
- 3) Qbservado ferimento puntiforme em face medial de perna esquerda
- 4) Ampliado ferimento e realizado limpeza abundante com SF0,9%
- 5) Redução cruenta de fratura diafisária de tibia esquerda
- 6) Aposição de fixador externo transarticular Tubo-a-tubo em perna esquerda
- 7) Curativo estéril.
- 8) Boa perfusão distal ao final do procedimento

Dr. Isaac Freitas
Orculm. 11/2012/23
CRB-24524





Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco

HOSPITAL

Getúlio Vargas

Av. General San Martín, S/N, Cordeiro, Recife/PE

Paciente: MARIA DAS NEVES ARRUDA DE SOUZA

REG.: 1075286

DECLARAÇÃO MÉDICA

DECLARO PARA OS DEVIDOS FINS QUE A PACIENTE **MARIA DAS NEVES ARRUDA DE SOUZA**, ESTEVE INTERNADA NESTA UNIDADE HOSPITALAR, NO SETOR DE TRAUMATO-ORTOPEDIA, DO DIA 26/01/18 AO DIA 06/02/18 PARA TRATAMENTO MÉDICO HOSPITALAR E PROCEDIMENTO CIRÚRGICO. ORIENTADO SOBRE NECESSIDADE DE ACOMPANHAMENTO AMBULATORIAL.

Deixo a cargo de o **MÉDICO PERITO** avaliar questões trabalhistas e afins.

RECIFE, 06/02/18

Assinatura do Médico





Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
HOSPITAL
Getúlio Vargas



RECEITUÁRIO

NOME COMPLETO:

Maria dos Neves Almeida de Souza

IDADE:

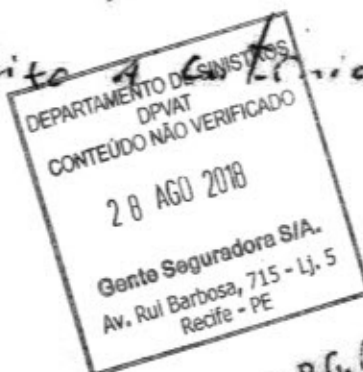
SEXO:

F ☐

M ☐

Laudos Médicos

A paciente supracitada foi submetida a cirurgia de osteossíntese de fratura distal de fêmur (CID: S82.3). Encontra-se em acompanhamento clínico-cirúrgico desde a data de 26.05.18, sem previsão de alta. Quanto ao trabalho, deve ser mantido o médico pronto.



Dr. Rhaonny R.G. Araújo
MÉDICO
CREMEPE 26556

12.04.18

Avonida General San Martin s/n - Cordeiro
Recife/PE - CEP 50.630-060
Fone: DXX.81.31845600



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
HOSPITAL
Getúlio Vargas



RECEITUÁRIO

NOME COMPLETO:

Maris da Neve A. Lages

IDADE:

SEXO:

F

☐

M

☐

Licença

Fisioterapia Motora ————— 20 dias

(pós op. de um de tornozelo)



12.09.18

Dr. Rhaonny R.G. Araújo
MÉDICO
CREMEPE 26556

Avenida General San Martín s/n - Cordeiro
Recife/PE - CEP 50.630-060
Fone: 0XX 81.31845600

Histórico TTO Fisioterapia.

Paciente: Maria das Neves A. de Souza

Data de Nascimento: 22/11/1979.

Início do TRATAMENTO: 21/04/2018. Término do Tratamento

Constando em Prontuário na Clínica.

TTO: Tratamento de Fisioterapia Reabilitação Pós-Operatório
Fratura de Tornozelo Esquerdo.

Realizou Fisioterapia, no tornozelo direito 16 (dezesesseis sessões) de Fisioterapia em atendimento no consultório.

Evolução: Ganho de Amplitude de movimento fisiológica em
Flexão Plantar, Dorsiflexão, Inversão e Eversão.

Resumo da Alta.

Progridiu satisfatoriamente, sem restrição de bloqueio mecânico, marcha fisiológica restaurada, Força muscular em grau 5, NÃO SENDO NECESSÁRIO REALIZAR MAIS SESSÕES TENDO ALTA NA 16 (Décima Sexta Sessão).

f i s i o t e r a p e u t a



(81) 99675-5405 / (81) 98310-4535
(81) 3525-3124



@fisicalinealencar



marilene_alencar@hotmail.com

Dra. Maria Aline Mauricio Silva de Alencar - Fisioterapeuta.

CREFITO 211591-F

Maria Aline

16/06/2018

21/04/2018
Fisioterapeuta
CREFITO 211591-F

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

28 AGU 2018

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

RECIBO.

Eu, Dra. Maria Aline Mauricio Silva de Alencar, Fisioterapeuta registrada no conselho de Fisioterapia com respectivo número: 211591-F, Portadora do CPF: 076.306.254-56. Recebi do Sra. Maria das Neves A. de Souza, CPF: 029.024.574-56, a quantia de R\$ 805,00 (Oitocentos e Cinco reais). Referente a 16 sessões de fisioterapia motora reabilitação de pós-operatório de tornozelo, sessões realizadas em atendimento no consultório, Localizado na Rua Frei Caneca, 350. Centro. São Lourenço da MATA/ PE.

Valor Individual da sessão: R\$ 50,31. (Cinquenta reais de trinta e um centavos por Sessão).

Data: 16/06/2018.

Dra. Aline Alencar
fisioterapeuta

Dra. Maria Aline M. S. de Alencar
Fisioterapeuta
CPF: 076.306.254-56



16-06-2018



(81) 99675-5417 / (81) 3525-3124

Dra. Maria Aline Mauricio de Alencar - Fisioterapeuta.

marialine_alencar@hotmail.com

HOSPITAL GETULIO VARGAS - HGV
Av. Gal. San Martin, S/N - Cordeiro - Recife - PE - 50630-060
CNPJ - 10.572.048/0005-51
Fone - (81) 3184-5600



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco

HOSPITAL
Getúlio Vargas



Paciente: MARIA DÁS NEVES ARRUDA DE SOUZA

Prontuário: 01075286

Data de Nascimento: 22/11/1979

Idade: 38a 6m 19d

Sexo: FEMININO

RELATÓRIO MÉDICO

O Paciente Supra-citado, foi atendido nesta data, com diagnóstico de:

FRATURA DE TIBIA - OPERADA EM 02.02.18- HIM

Feito o Exame de RX - NESTA DATA

Observação:

FRATURA CONSOLIDADA

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

28 AGO 2018

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

Recife, 11 DE JUNHO DE 2018

FERNANDO ANTONIO DE MACENA ROCHA - CRM: Nº.4103

HOSPITAL GETULIO VARGAS - HGV
Av. Gal. San Martin, S/N - Cordeliro - Recife - PE - 50630-060
CNPJ - 10.572.048/0005-51
Fone - (81) 3184-5600

024 8640/18



HOSPITAL
GETÚLIO VARGAS



Secretaria Estadual de Saúde

RELATÓRIO DA OPERAÇÃO

PACIENTE: MARIA DAS NEVES ARRUDA DE SOUZA Registro: 1075286

Data da operação: 26/01/2018

Operador: DR JOSE VERISSIMO

1º auxiliar: MR1 LEVI DIOGENES 2º auxiliar: MR1 SILVIO BRANDÃO

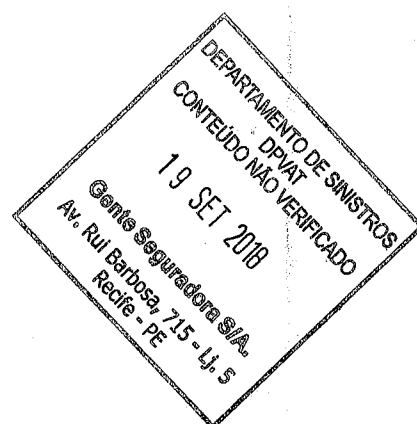
ANESTESISTA: A PLANTONISTA

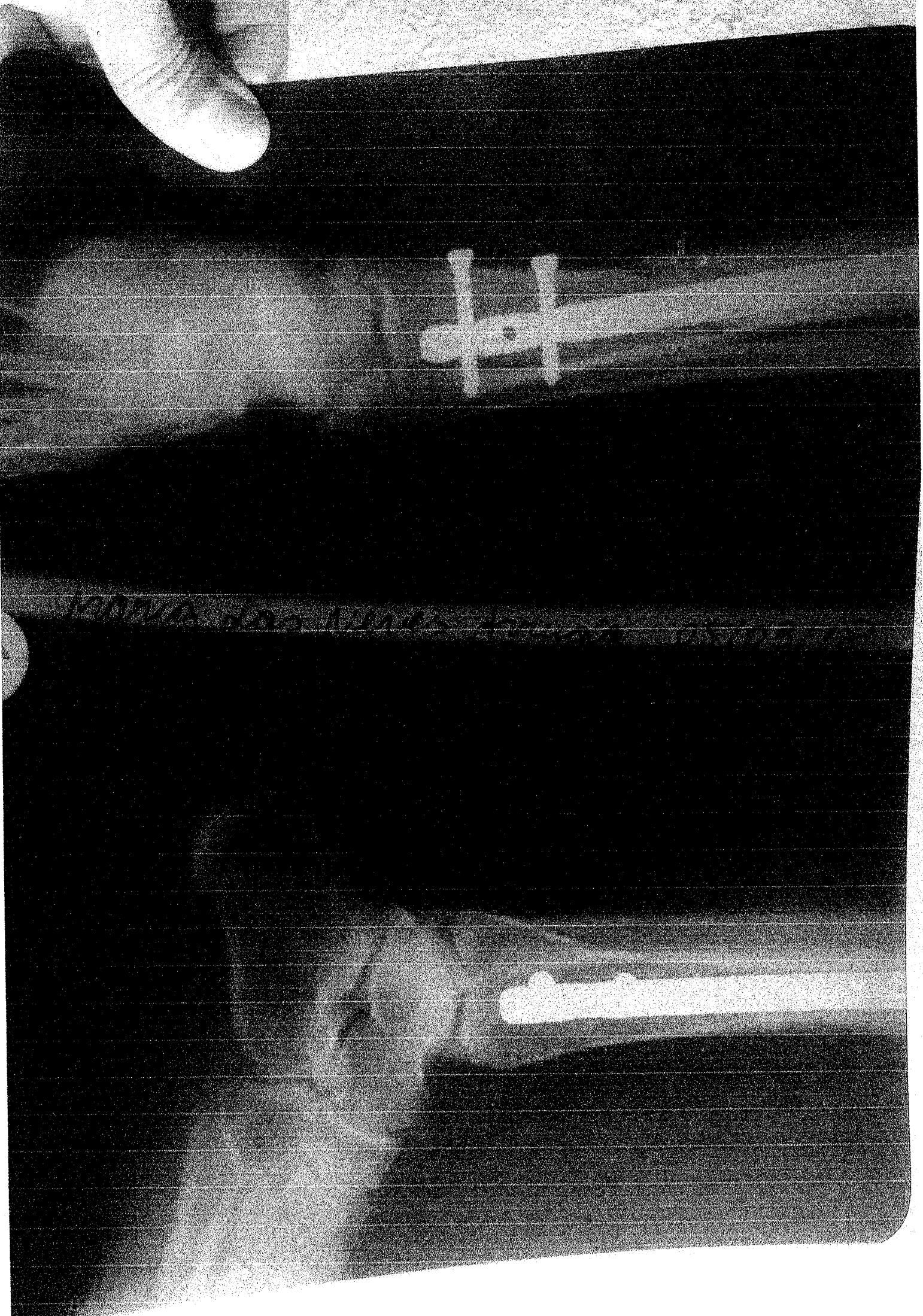
Diagnóstico pré-operatório: FRATURA EXPOSTA DIAFISÁRIA DE TIBIA
ESQUERDA + FRATURA DE MALEOLO POSTERIOR ESQUERDO

Tipo de operação: FIXAÇÃO EXTERNA TRANSARTICULAR TUBO-A-TUBO
EM PERNA ESQUERDA + LMC

- 1) Paciente em decúbito dorsal, sob raqui-anestesia
- 2) Assepsia, antissepsia e aposição de campos estéreis
- 3) Observado ferimento puntiforme em face medial de perna esquerda
- 4) Ampliado ferimento e realizado limpeza abundante com SF0,9%
- 5) Redução cruenta de fratura diafisária de tibia esquerda
- 6) Aposição de fixador externo transarticular Tubo-a-tubo em perna esquerda
- 7) Curativo estéril.
- 8) Boa perfusão distal ao final do procedimento

[Handwritten signature]
Dr. José Veríssimo
Cirurgião Geralista
CRM 10.123

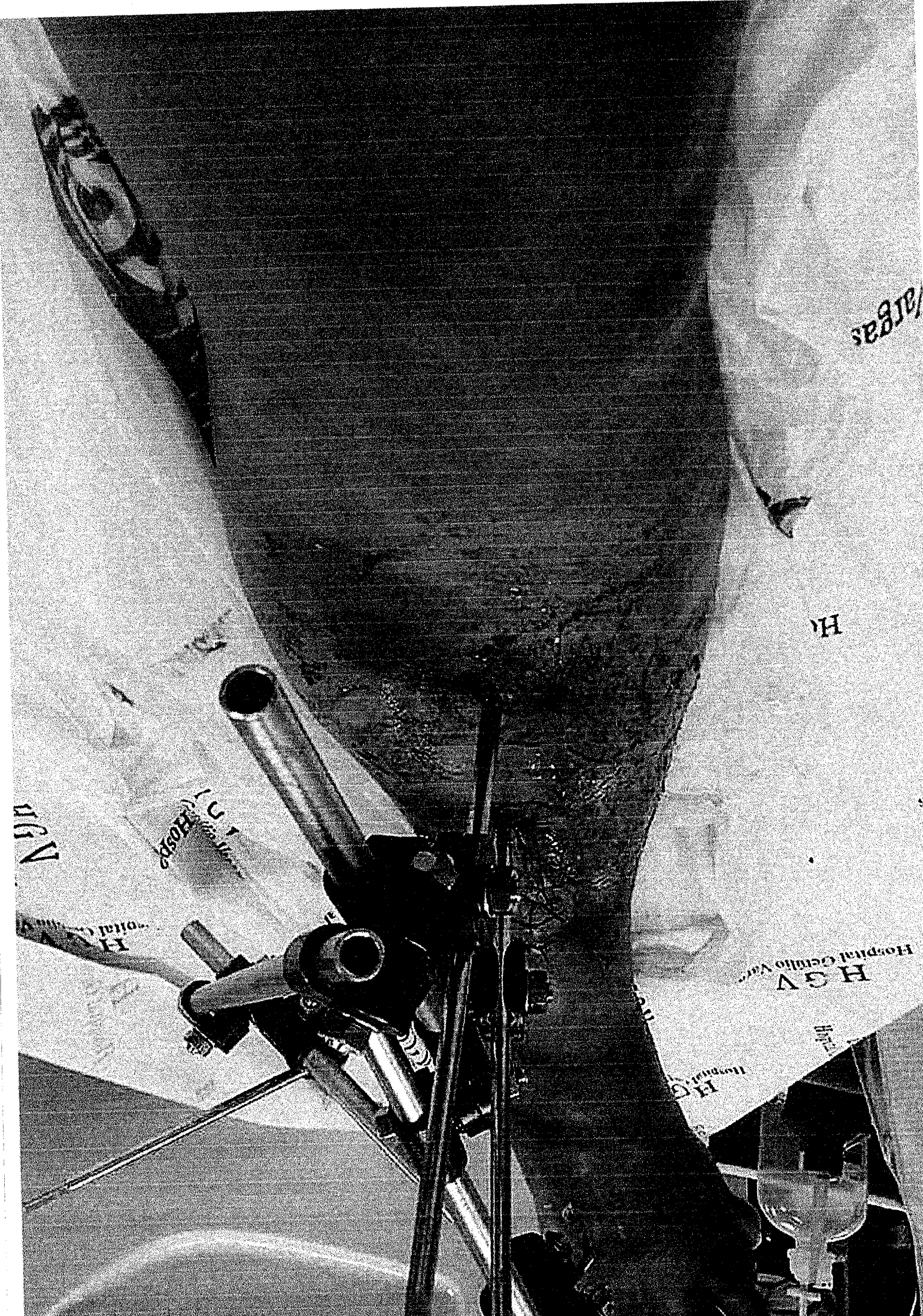












REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 MINISTÉRIO DAS CIDADES
 SECRETARIA NACIONAL DE HABITACÃO

MARIA DAS NEVES ARRUDA DE SOUZA

CPF: 029.024.974-56 DATA NASCIMENTO: 22/11/1979

FUNÇÃO: ARREIO MARIO DE SOUZA

QUANT: JOSEFA ARRUDA D
 N SOUZA

PERMISSÃO: 06639510255 VALIDADE: 10/05/2018

DATA EMISSÃO: 10/05/2017

PERNAMBUCO

1422252682

PROIBIDO PLASTIFICAR



REPARTAMENTO DE SEGUROS
 DEPARTAMENTO DE SEGUROS
 CONTROLE DE SEGUROS

09 JUL 2018

Gente Seguradora S/A
 Av. Rui Barbosa, 715 Lapa B
 Curitiba - Paraná - CEP: 81201-040

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 MINISTÉRIO DAS CIDADES
 DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
 CARTÃO NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO

NOME: **ROGERIO FERREIRA DA SILVA**
 DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR / UF: **2909782 SDS PE**
 CPF: **501.925.314-68** DATA NASCIMENTO: **24/06/1969**
 FILIAÇÃO: **ERONIDES JOSE DA SILVA**
MARCIA FERREIRA DA SILVA
 PERMISSÃO: ☒ ACC: ☒ CAT. HAB: **SD**
 N.º REGISTRO: **03451204398** VALIDADE: **27/11/2022** HABILITAÇÃO: **09/06/1992**

OBSERVAÇÕES:

ASSINATURA DO PORTADOR: *Rogério da Silva*

LOCAL: **RECIFE, PE** DATA EMISSÃO: **27/11/2017**
 Charles Andrada Souza Ribeiro
 Diretor Presidente
 ASSINATURA DO EMISSOR: *[Assinatura]*
PERNAMBUCO
DENATRAN CONTTRAN

56866204804
 78082455236

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
1487812628

PROIBIDO PLASTIFICAR
1487812628

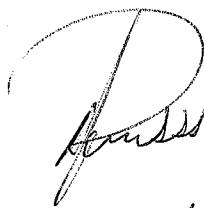
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
 DE PE
 CONTROLE E HABILITAÇÃO
 09 JUL 2018
 Centro Senaromora S/A
 Av. Antônio Manoel, 145 Loja B
 CEP 51040-000

PERICIA MÉDICA

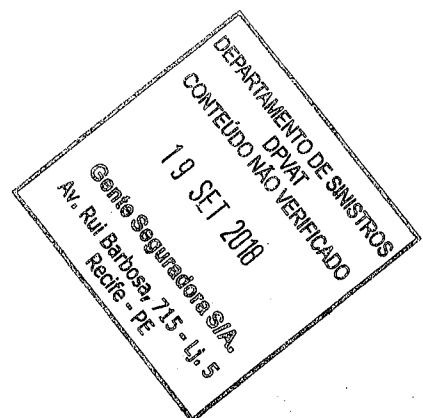
SINISTRO 3180 313211

Maria das neves arruda de Souza

Venho por meio desta solicitar a líder seguradora uma pericia médica para a vitima Maria das neves arruda de Souza tendo em vista que a citada foi indenizada pela mesma no processo de DAMS no qual o parecer foi favorável, também cito que a vitima ficou com sequelas como mostra os documentos anexados ao processo, diante do exposto eu Rogério silva como representante (procurador) da vitima estou anexando nova documentação para que seja apreciado pela seguradora no intuito do agendamento da pericia medica.



17/09/18



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3180313211 **Cidade:** Camaragibe **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARIA DAS NEVES ARRUDA DE SOUZA **Data do acidente:** 26/01/2018 **Seguradora:** PORTO SEGURO VIDA E PREVIDENCIA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 24/09/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DIAFISÁRIA DA TÍBIA ESQUERDA.
FRATURA DO MALÉOLO POSTERIOR ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE COM HASTE E PARAFUSOS E ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE EM MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações:

DANOS

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

ESPECIALISTA

Empresa: Líder- Serviços AMD

Grupo: EQ3

Nome: BRUNO BARBOSA MENDONCA

CRM: 900400

UF do CRM: RJ

Assinatura:



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3180313211 **Cidade:** Camaragibe **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARIA DAS NEVES ARRUDA DE SOUZA **Data do acidente:** 26/01/2018 **Seguradora:** PORTO SEGURO VIDA E PREVIDENCIA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 06/09/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DIAFISÁRIA DA TÍBIA ESQUERDA + FRATURA DO MALÉOLO POSTERIOR ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Não definido

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: APRESENTAR RELATÓRIO MÉDICO DA INTERNAÇÃO/INTERNAMENTO COM DESCRIÇÃO DO TRATAMENTO REALIZADO OU EM CURSO, LAUDO DE EXAMES DE IMAGEM DA LESÃO E DE CONTROLE PÓS PROCEDIMENTO MÉDICO, COM RESPECTIVA IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE E DATA DE REALIZAÇÃO. EM CASO DE CIRURGIA ENVIAR FOLHAS DO CENTRO CIRÚRGICO DESCREVENDO PROCEDIMENTO ADOTADO E MATERIAIS USADOS, FOLHA DE ANESTESIA, FOLHAS DE EVOLUÇÃO MÉDICA E SUMÁRIO DE ALTA.

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: 3180313211 **Cidade:** Camaragibe **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARIA DAS NEVES ARRUDA DE SOUZA **Data do acidente:** 26/01/2018 **Seguradora:** PORTO SEGURO VIDA E PREVIDENCIA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 24/09/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DIAFISÁRIA DA TÍBIA ESQUERDA.
FRATURA DO MALÉOLO POSTERIOR ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSSÍNTESE COM HASTE E PARAFUSOS E ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE EM MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

Documentos complementares:
Observações:

DANOS

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