

Rio de Janeiro, 26 de Agosto de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190497549 Vítima: GIRLEIDE FERREIRA DE OLIVEIRA

Data do Acidente: 30/03/2019 Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), GIRLEIDE FERREIRA DE OLIVEIRA

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

Declaração do Proprietário do Veículo	Apresentar o formulário "Declaração do Proprietário do Veículo" para validar o acidente noticiado. O formulário, disponível em nosso site, deverá ser preenchido e assinado, com reconhecimento de firma por autenticidade, pelo proprietário do veículo em que a vítima estava no acidente.
--	--

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, 03 de Setembro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190497549 Vítima: GIRLEIDE FERREIRA DE OLIVEIRA

Data do Acidente: 30/03/2019 Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), GIRLEIDE FERREIRA DE OLIVEIRA

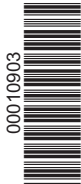
O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Declaração do Proprietário do Veículo	Apresentar o formulário "Declaração do Proprietário do Veículo" para validar o acidente noticiado. O formulário, disponível em nosso site, deverá ser preenchido e assinado, com reconhecimento de firma por autenticidade, pelo proprietário do veículo em que a vítima estava no acidente.
--	--

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, 26 de Agosto de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190497549

Vítima: GIRLEIDE FERREIRA DE OLIVEIRA

Data do Acidente: 30/03/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), GIRLEIDE FERREIRA DE OLIVEIRA

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, 17 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190497549

Vítima: GIRLEIDE FERREIRA DE OLIVEIRA

Data do Acidente: 30/03/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), GIRLEIDE FERREIRA DE OLIVEIRA

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\$ 1.687,50

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

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

Recebedor: GIRLEIDE FERREIRA DE OLIVEIRA

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000002551

Conta: 0000030336-8

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



Rio de Janeiro, 24 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190497549

Vítima: GIRLEIDE FERREIRA DE OLIVEIRA

Data do Acidente: 30/03/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), GIRLEIDE FERREIRA DE OLIVEIRA

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 30 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190497549

Vítima: GIRLEIDE FERREIRA DE OLIVEIRA

Data do Acidente: 30/03/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Assunto: REANÁLISE DO PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), GIRLEIDE FERREIRA DE OLIVEIRA

Após revisão da Análise Médica Documental ou perícia em 28/10/2019, verificou-se que a lesão permanente apresentada já foi adequadamente indenizada, nos termos da Lei nº 6.194, de 1974, não tendo sido identificado agravamento da invalidez permanente da vítima, ou nova lesão permanente decorrente do mesmo acidente de trânsito.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:
081.531.544-94 GIRLEIDE FERREIRA DE OLIVEIRA

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

5 - Nome completo: GIRLEIDE FERREIRA DE OLIVEIRA 6 - CPF: 081.531.544-94
7 - Profissão: REC. INF. 8 - Endereço: RUA GETULIO VARGAS 9 - Número: 55 10 - Complemento: CASA
11 - Bairro: DUQUE DE CAXIAS 12 - Cidade: TORITAMA 13 - Estado: PE 14 - CEP: 55125-000
15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD): (81) 9665-0454

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) Nome do BANCO: _____
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: 0551 CONTA: 30336 8 AGÊNCIA: CONTA:

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de reconhecimento do direito ao 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, apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação de danos permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: _____
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vel nascido)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido
35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido
36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido
37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

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

40 - Local e Data, TORITAMA PE 22/08/2019

X *Girleide Ferreira de Oliveira*
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

CAIXA

POUPANÇA



6277 8014 4579 4286

GIRLEIDE F OLIVEIRA

2551 013 00030336-8 08/20

elo

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
23 AGO 2019
Gente Seguradora S/A
Av. Rui Barbosa, 715 Loja 5
Grças - Recife/PE CEP: 52011-040

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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Número do Sinistro: 3190497549
Nome do(a) Examinado(a): Girleide Ferreira de Oliveira
Endereço do(a) Examinado(a): Rua Getulio Vargas, 55
Duque de Caxias Toritama PE CEP: 55125-000
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SSP / PE] 8376761
Data local do acidente: [30/03/2019]
Data local do exame: [28/10/2019] Caruaru [PE]

Resultado da Avaliação Médica

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

FRATURA DE PLATO TIBIAL A ESQUERDA

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

Tratamento: TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DE PLATO TIBIAL A ESQUERDA COM PLACA E PARAFUSOS

Complicações: SEM COMPLICAÇÕES DO REFERIDO ACIDENTE

Data da Alta: 10/10/2019

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

**VÍTIMA COM LIMITAÇÃO DE MOBILIDADE ARTICULAR EM JOELHO EXTENSÃO TOTAL E FLEXÃO DE 80 GRAUS ,
INSTABILIDADE LIGAMENTAR EM JOELHO ESQUERDO**

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

☒ (X) Sim () Não

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

☒ (X) Sim () Não

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

INSTABILIDADE EM JOELHO E LIMITAÇÃO DE MOBILIDADE ARTICULAR

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

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

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

() "Vítima em tratamento"

Esta avaliação médica deve ser repetida em dias

() "Sem seqüela permanente"

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

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

Região Corporal (Sequela):

JOELHO - Lado Esquerdo

% do dano: () 10% residual () 25% leve

☒ (X) 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve

() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve

() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve

() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

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

VITIMA JÁ INDENIZADA POR DANO MODERADO DO JOELHO ESQUERDO.

Assinatura d(a)o Médico(a) Examinador(a)

Carimbo com Nome e CRM


Jackson José Florêncio Junior
Especialista em Traumatologia
CRM - PE 18.573
TEOT 13921



543304
0292300/19

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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 19E0219001312

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 20/08/2019 às 11:46

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposa (Consumado), que aconteceu no dia 30/3/2019 às 15:30

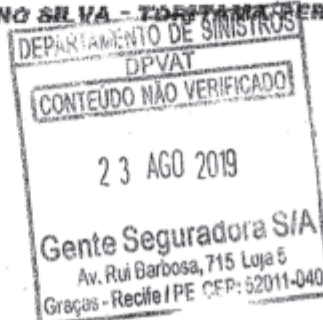
Fato ocorrido no endereço: **RODOVIA BR CENTO E QUATRO QUILOMETRO TRINTA, 1, POSTO DE COMBUSTÍVEL BR - Bairro: LOTEAMENTO J SEVERINO SILVA - TORITAMA/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PÚBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

A MESMA (AUTOR/AGENTE)
AUGUSTO CESAR ARANTE GADELHA (OUTRO)
GIRLEIDE FERREIRA DE OLIVEIRA (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): **GIRLEIDE FERREIRA DE OLIVEIRA**



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

GIRLEIDE FERREIRA DE OLIVEIRA (presente ao plantão) - Sexo: **Feminino** Mãe: **ALMA DE JOANA DA SILVA** Pai: **ALBINO FERREIRA DE OLIVEIRA** Data de Nascimento: **21/8/1984** Nacionalidade: **JABOATÃO DOS GUARARAPES / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **8376761/9D3/PE (RG)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **1º. GRAU INCOMPLETO** Profissão: **COSTUREIRO(A)** Telefones Celulares: **992358348**

Endereço Residencial: **RUA GETULIO VARGAS, 55 - CEP: 0 - Bairro: DUQUE DE CAXIAS - TORITAMA/PERNAMBUCO/BRASIL**

AUGUSTO CESAR ARANTE GADELHA (não presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Nacionalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

A MESMA (não presente ao plantão) - Sexo: **Feminino** Nacionalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

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

MOTOCICLETA (VEÍCULO) de propriedade do(a) Sr(a): **AUGUSTO CESAR ARANTE GADELHA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **GIRLEIDE FERREIRA DE OLIVEIRA**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/BIZ 100** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **ROSA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **0LG7268** (BAHIA-JEREMOABO) Chassi: **9C2HC1420DR032700**
Ano Fabricação/Modelo: **2013/2013** Combustível: **GASOLINA**
Descrição: **RENAVAN 00535443960**

Complemento / Observação

20/08/2019

LAPOR DE OCORRÊNCIA

RELATA A VÍTIMA QUE: CONDUZIA A MOTOCICLETA DE PLACA OLG7266 PELA BR 104 E AO ENTRAR NO PÁTIO DO POSTO BR, LOCALIZADO NESTA CIDADE, CAIU O PNEU DIANTEIRO DENTRO DO Córrego de Proteção do Posto de Combustível, FAZENDO COM QUE A VÍTIMA PERDESSE O CONTROLE DA MOTOCICLETA E VIESSE A CAIR, SOFRENDO LESÕES GRAVES EM SUA PERNA ESQUERDA. NA OCASIÃO A MESMA FOI SOCORRIDA POR UMA UNIDADE DO SAMU AO HOSPITAL NOSSA SENHORA DE FÁTIMA NESTA CIDADE. SENDO POSTERIORMENTE SUBMETIDA A TRATAMENTO CIRÚRGICO NO HOSPITAL ANTONIO TARGINO NA CIDADE DE CAMPINA GRANDE NA PARAIBA.

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

Carleide Ferreira de Oliveira
CARLEIDE FERREIRA DE OLIVEIRA
(VÍTIMA)

B.O. registrado por: ROGERIO DAVILAN FONSECA Matrícula: 220978-0



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:
081.531.544-94 GIRLEIDE FERREIRA DE OLIVEIRA

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

5 - Nome completo: GIRLEIDE FERREIRA DE OLIVEIRA 6 - CPF: 081.531.544-94
7 - Profissão: REC. INF. 8 - Endereço: RUA GETULIO VARGAS 9 - Número: 55 10 - Complemento: CASA
11 - Bairro: DUQUE DE CAXIAS 12 - Cidade: TORITAMA 13 - Estado: PE 14 - CEP: 55125-000
15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD): (81) 9665-0454

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) Nome do BANCO: _____
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: 2551 CONTA: 30336 8 AGÊNCIA: CONTA:

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de reconhecimento do direito ao 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, apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação de danos permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vel nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido
35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido
36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido
37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

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

40 - Local e Data, TORITAMA PE 22/08/2019

X *Girleide Ferreira de Oliveira*
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

Ofício nº. 20/2019

DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO

Declaro para os devidos fins em atenção ao pedido do(a) Sr.(a). **GIRLEIDE FERREIRA DE OLIVEIRA**, portador(a) do **RG nº. 8376761 SDS/PE** e **CPF nº. 081.531.544-94**, que consta em nossos registros atendimento realizado por este serviço ao mesmo, no dia **30/03/2019**, no endereço: município de Toritama/PE, próximo ao posto Petrobras, vítima de queda de moto (condutor), o **Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU** prestou atendimento no local sendo encaminhado ao **Hospital Municipal Nossa Senhora de Fátima – HMNSF** no município de Toritama/PE com **ID:0281**.

Toritama/PE, 24 de Abril de 2019.


Marcos Antônio da Silva Filho
Coordenador SAMU
COREN/PE Nº 493.699 ENF
Portaria GP Nº 0053/2019



PROTOCOLO RECEBIMENTO	
Recebi em: _____/_____/_____	
_____	Assinatura
Doc: _____	

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: 10/10/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: GIRLEIDE FERREIRA DE OLIVEIRA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 02551

CONTA: 000000030336-8

Nr. da Autenticação 672603B33A62D71B



CNPJ 09.769.035/0001-64
INSC. EST. Nº 18.1.001.0014398-2

ATENDIMENTO: RUA JOAO CHAGAS - N.º 00055 - CENTRO - JABOATÃO
A. PE. 55125-000

DADOS DO CLIENTE		MATRICULA: 15808752 - 30/07/2019	
MARIA ELIDEIMA DA SILVA		R. GETULIO VARGAS, N.º 00055 - DUQUE DE CAXIAS TORITANA PE 55125-000	
INSCRIÇÃO: 154.305.630.0308.000 GRUPO: 9 DEB. AUTOMÁTICO: 02580375			
SITUAÇÃO ÁGUA LIGADO	SITUAÇÃO ESGOTO POTENCIAL	RESIDENCIAL 1	QUANTIDADE DE ECONOMIAS COMERCIAL INDUSTRIAL PÚBLICA
HIDRÔMETRO Y10N575990	DATA LEIT. ANTERIOR 03/06/2019	DATA LEIT. ATUAL 04/07/2019	TIPO DE CONSUMO (A/E) MÉDIA HD

ÁGUA:
LEIT ANT: 362 CONSUMO: 6
LEIT ATU: 362
LEIT FAT: 362 HD PARADO

HISTÓRICO DE CONSUMO
REFERENCIA CONSUMO

	PARAMETROS	NÚMERO DE AMOSTRAS		
		EXIG. PORT. MS 2.914/11	ANÁLISES REALIZ.	ATEL. A. L. C.
05/2019	06			
04/2019	07			
03/2019	06			
02/2019	03			
01/2019	06			
12/2018	06			
MÉDIA:	06			

Qualidade da Água: www.compesa.com.br

OBS.: (1) COLIFORMES TOTAIS AUSÊNCIA 95% DAS AMOSTRAS EXAMINADAS
(2) OS PARÂMETROS COLIFORMES TOTAIS, ESCHERICHIA COLI E CLORO RESIDUAL SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES SANITÁRIAS DA ÁGUA
(3) OS PARÂMETROS COR E TURBIDEZ SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES ASSOCIADAS AO ASPECTO VISUAL DA ÁGUA

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS	CONSUMO	TOTAL (R\$)
ÁGUA		
RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)		
CONSUMO DE ÁGUA	6 MB	41,30

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
SERV. DE
CONTROLE E VERIFICAÇÃO
23 JUL 2019
Gente Seguradora S/A
R. Rui Barbosa, 715 Loja 5
Recife/PE CEP: 52011-040

TRIBUTOS	BASE DE CÁLCULO	PERCENTUAL (%)	VALOR DO IMPOSTO
PIS	41,30	1,65	6,81
COFINS	41,30	7,60	3,14

VENCIMENTO: 15/07/2019

TOTAL A PAGAR: 41,30



Companhia Energética de Pernambuco
Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife, Pernambuco - CEP 52003-402
CNPJ 10.823.330/0001-08 | Site: ELP.000340-83 | www.celpe.com.br

Tarifa Social de Energia Elétrica: Cadei pela Lei 10.438, de 24/04/02

DADOS DO CLIENTE

ADRIANA MARIA MOURA DE A FERNANDES

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
RUA JOAO BATISTA 370

CPF: 945.234.444-04

CLASSIFICAÇÃO
BI RESIDENCIAL
RENDIMENTO

WIDMANTER ESPECIAL
DESCRIÇÃO: 2011169008 3753008
04/04/2019

7005749888
11/04/2019 06/05/2019
165,97

Consumo Abon(Wh)
Contrato Biom. Pública Municipal
ICMS Subvenção-CDE-UF 04534881-0701/19
ICMS Subvenção-CDE-UF 048247438-0002/19

1172,0000000 0,7736982 133,01
21,18 0,81
0,97

TOTAL DA FATURA									
DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DE ENERGIA ELÉTRICA									
Nº DO MEDIDOR	Tipo da Função	Anterior	Atual	Nº DE DIAS	Consumo	Abon	Consumo (Wh)		
K07914	CAT	04/03/2019	04/04/2019	31	1.655,97	172,00	155,97		

HISTÓRICO DE CONSUMO									
DATA	CONSUMO (Wh)	DATA	CONSUMO (Wh)	DATA	CONSUMO (Wh)	DATA	CONSUMO (Wh)	DATA	CONSUMO (Wh)
04/04/2019	155,97	03/04/2019	155,97	02/04/2019	155,97	01/04/2019	155,97	31/03/2019	155,97
30/03/2019	155,97	29/03/2019	155,97	28/03/2019	155,97	27/03/2019	155,97	26/03/2019	155,97
25/03/2019	155,97	24/03/2019	155,97	23/03/2019	155,97	22/03/2019	155,97	21/03/2019	155,97
20/03/2019	155,97	19/03/2019	155,97	18/03/2019	155,97	17/03/2019	155,97	16/03/2019	155,97
15/03/2019	155,97	14/03/2019	155,97	13/03/2019	155,97	12/03/2019	155,97	11/03/2019	155,97
10/03/2019	155,97	09/03/2019	155,97	08/03/2019	155,97	07/03/2019	155,97	06/03/2019	155,97
05/03/2019	155,97	04/03/2019	155,97	03/03/2019	155,97	02/03/2019	155,97	01/03/2019	155,97
31/02/2019	155,97	30/02/2019	155,97	29/02/2019	155,97	28/02/2019	155,97	27/02/2019	155,97
26/02/2019	155,97	25/02/2019	155,97	24/02/2019	155,97	23/02/2019	155,97	22/02/2019	155,97
21/02/2019	155,97	20/02/2019	155,97	19/02/2019	155,97	18/02/2019	155,97	17/02/2019	155,97
16/02/2019	155,97	15/02/2019	155,97	14/02/2019	155,97	13/02/2019	155,97	12/02/2019	155,97
11/02/2019	155,97	10/02/2019	155,97	09/02/2019	155,97	08/02/2019	155,97	07/02/2019	155,97
06/02/2019	155,97	05/02/2019	155,97	04/02/2019	155,97	03/02/2019	155,97	02/02/2019	155,97
01/02/2019	155,97	31/01/2019	155,97	30/01/2019	155,97	29/01/2019	155,97	28/01/2019	155,97
27/01/2019	155,97	26/01/2019	155,97	25/01/2019	155,97	24/01/2019	155,97	23/01/2019	155,97
22/01/2019	155,97	21/01/2019	155,97	20/01/2019	155,97	19/01/2019	155,97	18/01/2019	155,97
17/01/2019	155,97	16/01/2019	155,97	15/01/2019	155,97	14/01/2019	155,97	13/01/2019	155,97
12/01/2019	155,97	11/01/2019	155,97	10/01/2019	155,97	09/01/2019	155,97	08/01/2019	155,97
07/01/2019	155,97	06/01/2019	155,97	05/01/2019	155,97	04/01/2019	155,97	03/01/2019	155,97
02/01/2019	155,97	01/01/2019	155,97	31/12/2018	155,97	30/12/2018	155,97	29/12/2018	155,97
28/12/2018	155,97	27/12/2018	155,97	26/12/2018	155,97	25/12/2018	155,97	24/12/2018	155,97
23/12/2018	155,97	22/12/2018	155,97	21/12/2018	155,97	20/12/2018	155,97	19/12/2018	155,97
18/12/2018	155,97	17/12/2018	155,97	16/12/2018	155,97	15/12/2018	155,97	14/12/2018	155,97
13/12/2018	155,97	12/12/2018	155,97	11/12/2018	155,97	10/12/2018	155,97	09/12/2018	155,97
08/12/2018	155,97	07/12/2018	155,97	06/12/2018	155,97	05/12/2018	155,97	04/12/2018	155,97
03/12/2018	155,97	02/12/2018	155,97	01/12/2018	155,97	31/11/2018	155,97	30/11/2018	155,97
29/11/2018	155,97	28/11/2018	155,97	27/11/2018	155,97	26/11/2018	155,97	25/11/2018	155,97
24/11/2018	155,97	23/11/2018	155,97	22/11/2018	155,97	21/11/2018	155,97	20/11/2018	155,97
19/11/2018	155,97	18/11/2018	155,97	17/11/2018	155,97	16/11/2018	155,97	15/11/2018	155,97
14/11/2018	155,97	13/11/2018	155,97	12/11/2018	155,97	11/11/2018	155,97	10/11/2018	155,97
09/11/2018	155,97	08/11/2018	155,97	07/11/2018	155,97	06/11/2018	155,97	05/11/2018	155,97
04/11/2018	155,97	03/11/2018	155,97	02/11/2018	155,97	01/11/2018	155,97	31/10/2018	155,97
30/10/2018	155,97	29/10/2018	155,97	28/10/2018	155,97	27/10/2018	155,97	26/10/2018	155,97
25/10/2018	155,97	24/10/2018	155,97	23/10/2018	155,97	22/10/2018	155,97	21/10/2018	155,97
20/10/2018	155,97	19/10/2018	155,97	18/10/2018	155,97	17/10/2018	155,97	16/10/2018	155,97
15/10/2018	155,97	14/10/2018	155,97	13/10/2018	155,97	12/10/2018	155,97	11/10/2018	155,97
10/10/2018	155,97	09/10/2018	155,97	08/10/2018	155,97	07/10/2018	155,97	06/10/2018	155,97
05/10/2018	155,97	04/10/2018	155,97	03/10/2018	155,97	02/10/2018	155,97	01/10/2018	155,97
31/09/2018	155,97	30/09/2018	155,97	29/09/2018	155,97	28/09/2018	155,97	27/09/2018	155,97
26/09/2018	155,97	25/09/2018	155,97	24/09/2018	155,97	23/09/2018	155,97	22/09/2018	155,97
21/09/2018	155,97	20/09/2018	155,97	19/09/2018	155,97	18/09/2018	155,97	17/09/2018	155,97
16/09/2018	155,97	15/09/2018	155,97	14/09/2018	155,97	13/09/2018	155,97	12/09/2018	155,97
11/09/2018	155,97	10/09/2018	155,97	09/09/2018	155,97	08/09/2018	155,97	07/09/2018	155,97
06/09/2018	155,97	05/09/2018	155,97	04/09/2018	155,97	03/09/2018	155,97	02/09/2018	155,97
01/09/2018	155,97	31/08/2018	155,97	30/08/2018	155,97	29/08/2018	155,97	28/08/2018	155,97
27/08/2018	155,97	26/08/2018	155,97	25/08/2018	155,97	24/08/2018	155,97	23/08/2018	155,97
22/08/2018	155,97	21/08/2018	155,97	20/08/2018	155,97	19/08/2018	155,97	18/08/2018	155,97
17/08/2018	155,97	16/08/2018	155,97	15/08/2018	155,97	14/08/2018	155,97	13/08/2018	155,97
12/08/2018	155,97	11/08/2018	155,97	10/08/2018	155,97	09/08/2018	155,97	08/08/2018	155,97
07/08/2018	155,97	06/08/2018	155,97	05/08/2018	155,97	04/08/2018	155,97	03/08/2018	155,97
02/08/2018	155,97	01/08/2018	155,97	31/07/2018	155,97	30/07/2018	155,97	29/07/2018	155,97
28/07/2018	155,97	27/07/2018	155,97	26/07/2018	155,97	25/07/2018	155,97	24/07/2018	155,97
23/07/2018	155,97	22/07/2018	155,97	21/07/2018	155,97	20/07/2018	155,97	19/07/2018	155,97
18/07/2018	155,97	17/07/2018	155,97	16/07/2018	155,97	15/07/2018	155,97	14/07/2018	155,97
13/07/2018	155,97	12/07/2018	155,97	11/07/2018	155,97	10/07/2018	155,97	09/07/2018	155,97
08/07/2018	155,97	07/07/2018	155,97	06/07/2018	155,97	05/07/2018	155,97	04/07/2018	155,97
03/07/2018	155,97	02/07/2018	155,97	01/07/2018	155,97	30/06/2018	155,97	29/06/2018	155,97
28/06/2018	155,97	27/06/2018	155,97	26/06/2018	155,97	25/06/2018	155,97	24/06/2018	155,97
23/06/2018	155,97	22/06/2018	155,97	21/06/2018	155,97	20/06/2018	155,97	19/06/2018	155,97
18/06/2018	155,97	17/06/2018	155,97	16/06/2018	155,97	15/06/2018	155,97	14/06/2018	155,97
13/06/2018	155,97	12/06/2018	155,97	11/06/2018	155,97	10/06/2018	155,97	09/06/2018	155,97
08/06/2018	155,97	07/06/2018	155,97	06/06/2018	155,97	05/06/2018	155,97	04/06/2018	155,97
03/06/2018	155,97	02/06/2018	155,97	01/06/2018	155,97	31/05/2018	155,97	30/05/2018	155,97
29/05/2018	155,97	28/05/2018	155,97	27/05/2018	155,97	26/05/2018	155,97	25/05/2018	155,97
24/05/2018	155,97	23/05/2018	155,97	22/05/2018	155,97	21/05/2018	155,97	20/05/2018	155,97
19/05/2018	155,97	18/05/2018	155,97	17/05/2018	155,97	16/05/2018	155,97	15/05/2018	155,97
14/05/2018	155,97	13/05/2018	155,97	12/05/2018	155,97	11/05/2018	155,97	10/05/2018	155,97
09/05/2018	155,97	08/05/2018	155,97	07/05/2018	155,97	06/05/2018	155,97	05/05/2018	155,97
04/05/2018	155,97	03/05/2018	155,97	02/05/2018	155,97	01/05/2018	155,97	30/04/2018	155,97
30/04/2018	155,97	29/04/2018	155,97	28/04/2018	155,97	27/04/2018	155,97	26/04/2018	155,97
25/04/2018	155,97	24/04/2018	155,97	23/04/2018	155,97	22/04/2018	155,97	21/04/2018	155,97
20/04/2018	155,97	19/04/2018	155,97	18/04/2018	155,97	17/04/2018	155,97	16/04/2018	155,97
15/04/2018	155,97	14/04/2018	155,97	13/04/2018	155,97	12/04/2018	155,97	11/04/2018	155,97
10/04/2018	155,97	09/04/2018	155,97	08/04/2018	155,97	07/04/2018	155,97	06/04/2018	155,97
05/04/2018	155,97	04/04/2018	155,97	03/04/2018	155,97	02/04/2018	155,97	01/04/2018	155,97
31/03/2018	155,97	30/03/2018	155,97	29/03/2018	155,97	28/03/2018	155,97	27/03/2018	155,97
26/03/2018	155,97	25/03/2018	155,97	24/03/2018	155,97	23/03/2018	155,97	22/03/2018	155,97
21/03/2018	155,97	20/03/2018	155,97	19/03/2018	155,97	18/03/2018	155,97	17/03/2018	155,97
16/03/2018	155,97	15/03/2018	155,97	14/03/2018	155,97	13/03/2018	155,97	12/03/2018	155,97
11/03/2018	155,97	10/03/2018	155,97	09/03/2018	155,97	08/03/2018	155,97	07/03/2018	155,97
06/03/2018	155,97	05/03/2018	155,97	04/03/2018	155,97	03/03/2018	155,97	02/03/2018	155,97
01/03/2018	155,97	31/02/2018	155,97	30/02/2018	155,97	29/02/2018	155,97	28/02/2018	155,97
27/02/2018	155,97	26/02/2018	155,97	25/02/2018	155,97	24/02/2018	155,97	23/02/2018	155,97
22/02/2018	155,97	21/02/2018	155,97	20/02/2018	155,97	19/02/2018	155,97	18/02/2018	155,97
17/02/2018	155,97	16/02/2018	155,97	15/02/2018	155,97	14/02/2018	155,97	13/02/2018	155,97
12/02/2018	155,97	11/02/2018	155,97	10/02/2018	155,97	09/02/2018	155,97	08/02/2018	155,97
07/02/2018	155,97	06/02/2018	155,97	05/02/2018	155,97	04/02/2018	155,97	03/02/2018	155,97
02/02/2018	155,97	01/02/2018	155,97	31/01/2018	155,97	30/01/2018	155,97	29/01/2018	155,97
28/01/2018	155,97	27/01/2018	155,97	26/01/2018	155,97	25/01/2018	155,97	24/01/2018	155,97
23/01/2018	155,97	22/01/2018	155,97	21/01/2018	155,97	20/01/2018	155,97	19/01/2018	155,97
18/01/2018	155,97	17/01/2018	155,97	16/01/2018	155,97	15/01/2018	155,97	14/01/2018	155,97
13/01/2018	155,97	12/01/2018	155,97	11/01/2018	155,97				

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 EDUARDO JOSE DE A. FERNANDES inscrito (a) no CPF 574.940.534 / 68 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário GIRLEIDE FERREIRA DE OLIVEIRA inscrito (a) no CPF sob o Nº 081.531.544 / 94, do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima GIRLEIDE FERREIRA DE OLIVEIRA, inscrito (a) no CPF sob o Nº 081.531.544 / 94, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

☒ Recuso informar

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

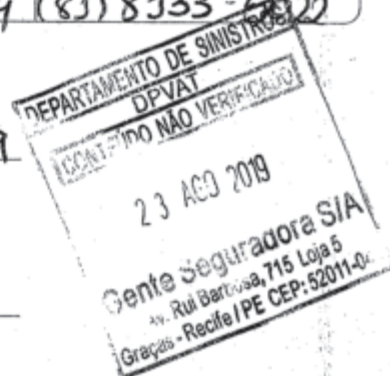
Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço <u>RUA JOÃO BATISTA</u>		Número <u>370</u>	Complemento <u>CASA</u>
Bairro <u>CENTRO</u>	Cidade <u>SURUBIM</u>	Estado <u>PE</u>	CEP <u>55780-000</u>
Email: <u>AFSEGUROS1994@YAHOO.COM.BR</u>		Telefone comercial(DDD) <u>(81)9665-0454</u>	Telefone celular (DDD) <u>(81)8133-6022</u>

SURUBIM/PE de 22 de AGOSTO de 2019
Local e Data



Assinatura do Declarante



TORITAMA (PE), 28 de AGOSTO 2019.

A LIDER SEGUROS DPVAT

VITIMA: GIRLEIDE FERREIRA DE OLIVEIRA

TIPO DE INDENIZAÇÃO: INVALIDEZ

SINISTRO Nº 3190497549

Prezado Senhor,

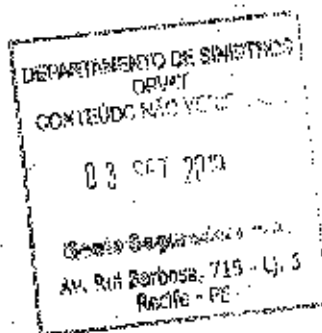
Informo que por ocasião do meu acidente de trânsito, ocorrido em 30/03/2019, me encontrava conduzindo a motocicleta HONDA BIZ 100 ES de placa OLG 7266, que não é de minha propriedade, e que não conheço o proprietário. Fui apenas vítima de um acidente que me deixou com seqüelas e não tenho responsabilidade nenhuma se o proprietário da mesma não a deixa em dias.

DIANTE DO EXPOSTO, solicito de V.Sª, que seja concluída a regulação do meu processo, em seguida que seja encaminhado para liberação do pagamento pela LIDER da indenização a que faço "JUS".

Nestes Termos

Espera Deferimento

Girleide Ferreira de Oliveira
GIRLEIDE FERREIRA DE OLIVEIRA
VITIMA/BENEFICIARIO



SOLICITAMOS QUE PROSSIGAM COM A REGULAÇÃO,
UMA VEZ QUE ESTA PENDÊNCIA NÃO MAIS SE JUSTIFICA,
DE ACORDO COM A CIRCULAR DIREG - 014/2019.

Toritama, 09 de Abril de 2019.

Hospital Municipal Nossa Senhora de Fátima
Declaração de Atendimento Hospitalar

DECLARAÇÃO nº 091/2019

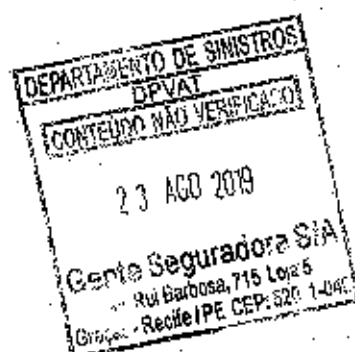
Do: Hospital Municipal Nossa Senhora de Fátima

Para: **GIRLEIDE FERREIRA DE OLIVEIRA**

Venho através desta, informa que o (a) Senhor(a) **GIRLEIDE FERREIRA DE OLIVEIRA** deu entrada nesta unidade como consta na ficha de emergência sob o registro nº 26264-1 no dia 30/03/2019. Atendido e em seguida sendo **LIBERADO**.

Sem mais para o momento.

Atenciosamente,



Mateus Tavares

Portaria 387 - SMS

Coordenador de Unidade de Saúde

Mateus Emanuel Tavares

Coordenador de Unidade de Saúde



Unidade:	2-1 - HOSPITAL MUNICIPAL NOSSA SENHORA DE FATIMA		Data e Hora da Chegada	30/03/2019 às 16:23
Paciente:	27585-1 GIRLEIDE FERREIRA DE OLIVEIRA		Nascimento:	21/08/1984
Sexo:	Feminino	RG:	Idade:	34 ano(s) 8 mês(es) e 18 dia(s)
Município:	TORITAMA		UF:	PE
Logradouro:	N SA APARECIDA, 53		Localidade:	CENTRO
Profissão:			Telefone:	(81) 92358346 / ()
CNS Pac.:	709607618070671		Celular:	()
Nome Mãe:	ALAIDE JOANA DE OLIVEIRA			
Ass. Paciente ou Resp.:				
Nome Responsável, Quando menor:				
Grau Parentesco:			Nº Registro:	26254-1

Data	Hora	Profissional	Descrição
30/03/2019	16:53	AGENDA INTEGRADA	Observação: (45 Quedas) Dor moderada. FRATURA PELO XAMU

Data	Hora	Rolins	Profissional	Descrição
30/03/2019	18:05	ACOMPANHAMENTO	221-1 - JULIANE KEDMA ARAUJO	Observação: paciente recusa investigação.

CID	Exame	Profissional
Q80.0	EXAME MÉDICO GERAL	Profissional
QUEDA DE MOTO NÃO HOUVE TCE		

BEG. EUPNEICA, ORIENTADA
FRATURA DE CONDILO LATERAL DA TÍBIA ESQUERDA
AO ORTOPEDISTA
HRA SENHA 5652037

Código	Procedimento	Profissional	Data
330.082008	ATENDIMENTO DE URGENCIA EM ATENCAO ESPECIALIZADA		
03.01.02.01	ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA POR PACIENTE	221-1 - MARIA DAS GRACAS DA SILVA	30/03/2019

Código	Medicamento	Concentração	Posologia

Código	Exame	Observação

Data	Hora	Medicamento	Orientações	Execução	Responsável/Prescrição
30/03/2019	17:27	DIFIRONA SÓDICA 100 ML INJ. 1 AMPOLA	APLICAÇÃO IMEDIATA		RAYANA CRUZ CORREIA DE LIMA - CRM - 25878
		INTRAMUSCULAR (Uso Externo)			
30/03/2019	17:27	DICLOFENACO SÓDICO 75 MG/3 ML INJ. 1 AMPOLA	APLICAÇÃO IMEDIATA		RAYANA CRUZ CORREIA DE LIMA - CRM - 25878
		INTRAMUSCULAR (Uso Externo)	ASSOCIADO		



2336797

Pontuação	Nome do Paciente	Nascimento	Idade Sexo Cor	Naturalidade	Religião
950005	GILIELDE FERREIRA DE OLIVEIRA	21/08/1964	34 F		I-CATOLICA
Estatdo Civil	CPF	RG	Grau de Instrução	Profissão	
	81.531.544-94	8375761			
Filiação	Mae: ALADE JACANA DA SILVA	Pai:		Fone Residencial	Fone Trabalho
Enderogo	R.N.OSSA SENHORA APARECIDA,53 - CENTRO, TORITAMAPE CEF.			Complemento Endereço	
Atendimento	Data	Hora	Sector	Tipo Atendimento	
2336797	3W03/2018	21.52	3008-SECRETARIA CONVENIOS	5-SIKTERNACAO CIRURGICA	
Médico Atendente				Motivo Atendimento	
1166-GODOFREDO NASCIMENTO BORGHEIMA				4-INTEFNACAO URGENCIA	
Plano / Convênio	Nº Carreira	Validade	Nº CNS		
37-KADOTEX-PACCILE ENFERMARIA					
Posto	Acomodação	Leito			
ALA LUCIANO LOBO	2030072 APARTAMENTO 04	AP842			
Guia	Procedimento				
INTERNACAO	0099555E INTERNACAO				

-950005-

TERMO DE RESPONSABILIDADE

Declaro assumir integralmente pela responsabilidade em caráter solidário, por todas as despesas extras no meu contrato de internação e tratamento médico hospitalar, que de direito me compete.

Outro-me assino a saber os valores não logo sejam apresentados bem como os respectivos débitos na forma do regulamento e conteúdo que uso do meu inteiro conhecimento.

~~X~~ Maide Jovana da Silva
Assinatura

CAMPINA GRANDE _____ de _____ de _____

Responsável: GISELE HERREIRA DE OLIVEIRA
Endereço: R. NOSSA SENHORA APARECIDA, 53 Bairro CENTRO TORAMAMPÉ
Telefone: 81.9895.7830

CAMPINA GRANDE - 30 de Março de 2019

WILEY

Responsável pelo Atendimento

GIRLEIDE FERREIRA DE OLIVEIRA

Responshai polo Pachante

Cont. 2 of 2

05-000000

95005

OLIVEIRA
me
RD DE CONTROLE
REALIZADO EM 31/03/17

ANTONIO TARGINO

48059

PACIENTE: GISELE DE FERRERA DE OLIVEIRA (34 ANOS)

CONVÊNIO: PICOE

SUS

PRONTUÁRIO: 350005/AT.2336777

DATA: 31.03.13

CIRURGIÃO: TRAT. CIR. + FIXAÇÃO DE FRATURA - PLATO TUBIAL (E)

CIRURGIÃO: DR. GODOFREDO B.

AUXILIAR:

AUXILIAR:

ANESTESISTA: DR. JURANDIR A.

CIRCULANTE: GERCILIO + SAULS

SALA: 02

HORÁRIO: INÍCIO: 10:00 FINAL: 10:20

COD.	MEDICAMENTO	QUANT.
1872	ADRENALINA	
1880	ÁGUA DESTILADA	01
1888	AMINOFILINA	
1929	ARAMIN	
2070	ATROPINA	
269799	BEXTRA	
1902	BICARBONATO DE SÓDIO	
4550	CEFALOXINA 1g	02
122788	CEFAZOLINA 1g	
1767	CEFTRIAXONA	
194666	CETROPROFENO IV	
1979	CLORETO DE POTÁSSIO	
2053	CLORETO DE SÓDIO	
8304	DEXAMETASONA	03
4256	DICLOFENACO SÓDICO	
2020	DIPRONA	02
5573	DOPAMINA	
32150	EFEDRINA	
5039	FENERGAN	
2038	FUROSEMIDA	
4258	GAFAMICINA	
2740	GIMCOSE 50%	
1054	GLUCONATO DE CÁLCIO	
5098	HEPARINA	
5500	HIDROCORTISONA	
2052	MECLOPRAMIDA	
37059	NAUSECRON 8mg	01
99900	OMEPRAZOL 40mg	
70181	PROSTIGMINE	
70258	QUELICIM	
28819	RANITIDINA	01
79332	SOLUMEDROL 500mg	
403792	TORADOL	
70971	TRANSAMIN	
70572	TRISATIL 40mg	01
COD.	PSICOTRÓPICOS	QUANT.
70254	ALFENTANILA	
9985	DIEMPAZ 10mg	
3026	DIAMORF 10mg	
3034	DIAMORF 0.2mg	01
126149	DIAMORF 10mg	
68655	DORMONID	
68635	DORMONID COMP.	
45950	FENOBARBITAL	
5589	HIDANTAL	
8962	KETALAR	
85220	PETIDINA	
33210	TRAMAL	
46832	ULTIVA	
COD.	ANESTÉSICOS	QUANT.
70548	ATRACURIO	
128233	GISATRACURIO	
9081	ETOMIDATO	
3042	FENTANYL	
2803	LIDOCAINA 2% CIV	
2119	LIDOCAINA 2% SV	
2310	LIDOCAINA GELEIA	
2160	NEOCAINA 0.5% CIV	
30750	NEOCAINA 0.5% SV	
10990	NEOCAINA PESADA	01
3212	NILPERIDOL	
142364	NOVAFUPI CIV	
97448	NOVAFUPI ISQUÁRICA	
284500	NOVAFUPI SV	
2210	PANCURONIO	
5203	PROPOFOL	
142451	RECURONIO	
24570	SEVOCRANE	
1945	XI ESTESIN SPRAY	

COD.	MATERIAL	QUANT.
107328	ADAPTADOR P/ BORO	01
110089	AG. RAQUI 27BD	01
120089	AG. RAQUI 26BD	
16128	AG. RAQUI P/ OBESO BD	
	AGULHA DESCARTÁVEL N° 14 03	
	AGULHA PERIDURAL N°	
	AGULHA RAQUI N°	
2288	ALGODÃO HIDRÓFILO	02 P/ 15
9113	ALGODÃO ORTOPÉDICO	
	ATAJURA CREPON N°	02 P/ 15
	ATAJURA GESSADA	
2356	BOLSA COLOSTOMIA	
	CÂNULA TRAQUEOSTOMIA N°	
211958	CAPA PARA VÍDEO	
2429	CATETER OXIGÊNIO	01
27030	COLETOR URINA ABERTO	
22381	COLETOR URINA FECHADO	
	COMPRESSAS	
142341	COMPRESSAS 25x25	03 P/ 15
	DRENO PENROUSE N°	
	DRENO SUÇÃO N°	
	DRENO TÓRAX N°	
50987	ELETRODO	05
2586	EQUIPO MACROGOTAS	01
287383	EQUIPO P/ ARTROSCOPIA	
2615	ESPARADRAPO	3x6
20117	FITA GLICEMIA	
142220	GAZES 7,5x7,5	12 P/ 15
	GAZES	
3425	GELFOAN	
60817	GILETE	
	GUENDEL N°	
3458	INTRA-CATH	
	JELCO N°	01
	LÂMINA BISTURI N°	24 01
132709	LUVAS 8.5	
111203	LUVAS 7.5	
40126	LUVAS 7.5	02
3522	LUVAS 3.0	02
149870	LUVAS 8.5	
69752	MICROPRE LARGO	50 C.
	SCALP N°	
3735	SERINGA DE 60cc	
3700	SERINGA DE 30cc	
3718	SERINGA DE 05cc	02
3689	SERINGA DE 10cc	02
3097	SERINGA DE 20cc	02
341797	SERINGA DE 60cc (bico longo/curto)	
	SONDA FOLEY N°	
	SONDA NELATON	
	SONDA NSG	
	SONDA RETA	
53007	SURGICEL	
4081	TORNEIRA 03 VIAS	
	TUBO ENDOTRAQUEAL N°	

COD.	FIOS	QUANT.
	ACIFLEX N°	
	ALGODÃO CIA N°	
	ALGODÃO SIA N°	
	CROMADO CIA N°	
	CROMADO SIA N°	
	ETHIBOND N°	
	FITA CARDIACA	
	MONOCRYL N°	
	MONONYLON N° 2-0	
	PROLENE N°	
	VICRYL N° 3-0	
COD.	SOLUÇÕES	QUANT.
2930	ÁGUA OXIGENADA	
149217	ÁLCOOL	23 P/ 15
304000	CLOREXIDINA Alcool 10mg	23 P/ 15
2631	ÉTER	
3803	PVPÍ DEGERMANTE	
3641	PVPÍ TÓPICO	
4111	VASELINA	
COD.	GÁS N° HOSPITALARES	QUANT.
	APARELHOS DE VPM	
	AR COMPLETO N° 1500	
	ASPIRADOR ELÉTRICO	
	BISTURI ELÉTRICO	
	CAPNOGRAFO	23 AGO. 2013
	CRANIOTOMO	
	INTENSIFICADOR	
	MICROSCÓPIO	
	MONITOR CARDIAC	
	NITROGÊNIO	
	OXÍDIO NITRÓSO	
	OXIGÊNIO	26/10/13
	OXÍMETRO DE PULSO	
	VÁCUO	
COD.	SOROS	QUANT.
9168	MANITOL 20%	
174459	PURISOL 100ml	
93081	S. FISIOLÓGICO 1000ml	
98229	S. FISIOLÓGICO 100ml	
9172	S. FISIOLÓGICO 250ml	
9164	S. FISIOLÓGICO 500ml	01
9180	S. GLICOSSADO 250ml	
9129	S. GLICOSSADO 500ml	
9140	S. RINGER 500ml	
134429	VOLÚMEN 5L	
COD.	OUTROS	QUANT.
	PLACA EX. L	01
	PARAFUSO CORTICAL	05

Dr. Antônio Barboza da Silva
TCC DE ENFERMAGEM
COREN - PB 129526

PACIENTE: **Guilherme FERNANDA OLIVEIRA**
 Nº DO PRONTUÁRIO: **310219** Nº DO ATENDIMENTO:
 DATA DA OPERAÇÃO: **31/03/19** ENFERMARIA: LEITO:
 OPERADOR: **Gustaf Lj**
 1ª AUXILIAR: 2ª AUXILIAR:
 3ª AUXILIAR: INSTRUMENTADOR:
 ANESTESISTA: **Dumonty** TIPO DE ANESTESIA: **Bloqueio**
 DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: **FRACTURA PHASEA FEMORAL**
 TIPO DE OPERAÇÃO:
Redução crânio de FEMORAL
 DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO:
FRAT. PHASEA FEMORAL
 RELATÓRIO IMEDIATO DA PATOLOGIA:
Fixado
 EXAME RADIOGRÁFICO NO ATO:
Boa H. Correção
 ACIDENTE DURANTE A OPERAÇÃO:

Não ocorreu

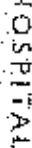
RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

ATA DE ACESSO À PLACA E TORNILHOS ADJUDICADOS: DREPAÇÃO - SUTURA - MATEMPREGAÇÃO - ASPECTO - VETOR

- 1) punte tb. Anterior
- 2) Placa + parafusos
- 3) Coluna de punte
- 4) Redução
- 5) Fixação
- 6) Solução + curativo

[Assinatura]

Dr. Guilherme Nascimento Barbosa
 CRM 1863-CPE 131.247.044-34
 ORTOPEDIA-TRAUMATOLOGIA



Dr. Luciano Holandø
Lindø 25, 4620 Moss
Tlf: 061 25 29 35

BOLETIM DE ANESTESIA

18 The Brandes - Hospital
29 Via Amatori - Amatori
30 Via Riva - Fila Amatori
40 Via Riva - Chungli

AGENCIES:	QTR:
Admefina	
Ascephina	
Baytra	
Bupivacaina Isotónica	
Bupivacaina Hiperbárica	
Bupivacaina % 1ad	
Cloro	
Opaxina	
Decatoni	
Hipnion	
Dipnion	
Deponat-PES	
Debsater	

Take note 7/28/81

2^o Equilíbrio Cláustica (Cláustica de 1973) Auxiliares

Instrumentalador(a):

Condition

Report of the
the 800
of the


Horatio →

[illegible][illegible]

GOVERNAMENTO DE MINISTROS
 DIRETORIA
 DE CONTABILIDADE E ORÇAMENTO
 23 AGO 2009
 Caixa Seguradora S/A
 Av. Rui Barbosa, 753 - Lapa
 Rio de Janeiro - RJ
 Recibo PE CEP: 20014-000

Nombre	Monica
Apellido	Castro
Edad	25 años
Sexo	F
Profesión	Estudiante
Religión	Católica
Residencia	Barrio
Estado Civil	Soltera
Alcance	100%
Medicamentos	Medicamentos
Alimentos	Alimentos
Actividades	Actividades
Tratamiento	Tratamiento
Seguimiento	Seguimiento
Observaciones	Observaciones
Fecha	07/07/2008
Firma	[Firma]

[illegible]

ENCAMINHADO PARA: ☒ UTI ☐ SRPA ☐ Semientor ☐ Inconsciente ☐ Desacordado ☒ QUA SRPA ☐ SIM ☐ NÃO
TÍT: ☐ SIM ☐ NÃO DESTINO: ☐ APF ☐ ALTA HOSPITALAR DATA DO SRPA: _____ Hora: _____

Assinatura do Médico

1. 100%

CONVENIO

DIAGNOSTICS

DATA:

90/03/10

ANFIDICAMIENTOS:

HORÁRIO

- 1) Disk 2nd - ops. opetc. mofle
- 2) SML 1000 ~ 1V 248
- 3) Tblat 100g + 100 1V 10108
- 4) Nourdon 10-pt + 10 1V 8185 S/W
- 5) Partin-a 1Tst + 10 1V 10108
- 6) S/W + 220p

99-2

991

Dr. Luis Fabian A. Cruz
MEDICO
CRM-PR 5995

Dinner 12
Lunch 12
Tea 12
Dinner 12
Lunch 12
Tea 12
Dinner 12
Lunch 12
Tea 12

10	
----	--

☒

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100	101	102	103	104	105	106	107	108	109	110	111	112	113	114	115	116	117	118	119	120	121	122	123	124	125	126	127	128	129	130	131	132	133	134	135	136	137	138	139	140	141	142	143	144	145	146	147	148	149	150	151	152	153	154	155	156	157	158	159	160	161	162	163	164	165	166	167	168	169	170	171	172	173	174	175	176	177	178	179	180	181	182	183	184	185	186	187	188	189	190	191	192	193	194	195	196	197	198	199	200	201	202	203	204	205	206	207	208	209	210	211	212	213	214	215	216	217	218	219	220	221	222	223	224	225	226	227	228	229	230	231	232	233	234	235	236	237	238	239	240	241	242	243	244	245	246	247	248	249	250	251	252	253	254	255	256	257	258	259	260	261	262	263	264	265	266	267	268	269	270	271	272	273	274	275	276	277	278	279	280	281	282	283	284	285	286	287	288	289	290	291	292	293	294	295	296	297	298	299	300	301	302	303	304	305	306	307	308	309	310	311	312	313	314	315	316	317	318	319	320	321	322	323	324	325	326	327	328	329	330	331	332	333	334	335	336	337	338	339	340	341	342	343	344	345	346	347	348	349	350	351	352	353	354	355	356	357	358	359	360	361	362	363	364	365	366	367	368	369	370	371	372	373	374	375	376	377	378	379	380	381	382	383	384	385	386	387	388	389	390	391	392	393	394	395	396	397	398	399	400	401	402	403	404	405	406	407	408	409	410	411	412	413	414	415	416	417	418	419	420	421	422	423	424	425	426	427	428	429	430	431	432	433	434	435	436	437	438	439	440	441	442	443	444	445	446	447	448	449	450	451	452	453	454	455	456	457	458	459	460	461	462	463	464	465	466
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----

12

2

175

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100	101	102	103	104	105	106	107	108	109	110	111	112	113	114	115	116	117	118	119	120	121	122	123	124	125	126	127	128	129	130	131	132	133	134	135	136	137	138	139	140	141	142	143	144	145	146	147	148	149	150	151	152	153	154	155	156	157	158	159	160	161	162	163	164	165	166	167	168	169	170	171	172	173	174	175	176	177	178	179	180	181	182	183	184	185	186	187	188	189	190	191	192	193	194	195	196	197	198	199	200	201	202	203	204	205	206	207	208	209	210	211	212	213	214	215	216	217	218	219	220	221	222	223	224	225	226	227	228	229	230	231	232	233	234	235	236	237	238	239	240	241	242	243	244	245	246	247	248	249	250	251	252	253	254	255	256	257	258	259	260	261	262	263	264	265	266	267	268	269	270	271	272	273	274	275	276	277	278	279	280	281	282	283	284	285	286	287	288	289	290	291	292	293	294	295	296	297	298	299	300	301	302	303	304	305	306	307	308	309	310	311	312	313	314	315	316	317	318	319	320	321	322	323	324	325	326	327	328	329	330	331	332	333	334	335	336	337	338	339	340	341	342	343	344	345	346	347	348	349	350	351	352	353	354	355	356	357	358	359	360	361	362	363	364	365	366	367	368	369	370	371	372	373	374	375	376	377	378	379	380	381	382	383	384	385	386	387	388	389	390	391	392	393	394	395	396	397	398	399	400	401	402	403	404	405	406	407	408	409	410	411	412	413	414	415	416	417	418	419	420	421	422	423	424	425	426	427	428	429	430	431	432	433	434	435	436	437	438	439	440	441	442	443	444	445	446	447	448	449	450	451	452	453	454	455	456	457	458	459	460	461	462	463	464	465	466
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----

11

06

Dr. Guilherme Nascimento - Bordenave
CRM-1883 - CPF 131.247.044-34
ORTOPEDIA-TRAUMATOLOGIA

EVOLUÇÃO MÉDICA

Terms of Refute
here (5)

Dr. Guilherme Messemehr Bastorema
CRM 1855-DFE 131.747.044-34
ORTOPEDIA - TRAUMATOLOGIA

Nº 2261

Ginleide Ginnunga

SEXO: F

IDADE: 62-3

LIBRO: 62-3

CONVÊNIO:

DIAGNÓSTICO:

DATA: 01-04-19

MEDICAMENTOS:

HORÁRIO

01-04-19
J. M.

Dr. Roberto Nascimento Barbosa
CRM 1863-CEP 131.247.044-34
ORTOPEDIA - TRAUMATOLOGIA

EVOLUÇÃO MÉDICA

NOME: Caroline Ferreira de Oliveira IDADE: _____
ALTA: _____ LEITO: _____ MÉDICO: _____

DATA: 30/03/19

MANHÃ

TARDE

NOITE

Paciente admitida de emergência com quadro fratura (falha) sob anestesia consciente orientada fovea em dext. e lo após meia noite liturgia amanha (31/03/19) solicitado exames laboratoriais laboratório sente segue ao ch. dados da enfermagem

Elisângela de Farias S. Silva
T. Enfermagem
COREN-PB 311620

NOME: Guilherme F. d. O.

IDADE:

ALAS:

LEITO:

MÉDICO:

DATA: 31/05/17

MANHÃ

Paciente submetido a fixação da tibia.
segue a observação, realiza Rx de controle.

Guilherme F. d. O.
C.R.N. 00000000000000000000

TARDE

Paciente consciente orientada
sem queixa no momento
de dor + euforia, apatia
acuta de dor, medicado e p.m. segue
os cuidados de enfermagem.

Luciana Maria da Silva
C.R.N. 00000000000000000000

NOITE

Pac. segue estável, sem queixas
sem p.o. de febre, orientada, consciente,
sem anormalidades no físico.

Guilherme F. d. O.
C.R.N. 00000000000000000000

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

Notes

Griffide Ferrnre

IOADE:

4.1.1.1. *Allyl*

11

LEITO:

62.5

MÉDICO:

D. Gochohies

DATA:

01/04/19

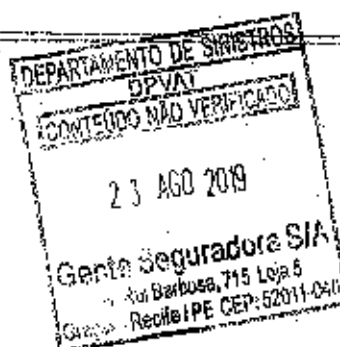
महाराष्ट्र

Perd. consciência, orientada,
afetiva, em P.O.M. de joelho,
sem queixos abertos,
formoso e magro.
Cuidados da enfermagem

Carla Silva de Jesus
TAC. ENFERMAGEM
COREN-PR 542.634

TARDE

NOTES



RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE ALTO CAMPO
TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA MULTISLICE
ULTRASSONOGRAFIA - DOPPLER E DOPPLER FLOW
RADIOGRAFIA DIGITAL
DENSITOMETRIA ÓSSEA
RADIOLOGIA DIGITAL E INTERVENÇÃO



PACIENTE: GIRLEIDE FERREIRA DE OLIVEIRA
NASC.: 21/08/1984 Código: 180763
SOLICITANTE: Dr Alexandre César Santos Melo
REALIZADO: 27/05/2019

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO JOELHO ESQUERDO

TÉCNICA:

Foram obtidas imagens tomográficas axiais computadorizadas comparativas com posteriores reformatações nos planos coronal e sagital, documentadas em janela óssea e de partes moles sem a infusão de contraste iodado não-iônico intravenoso.

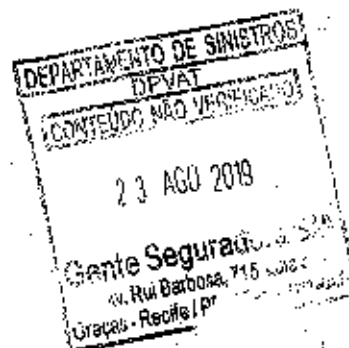
ANÁLISE:

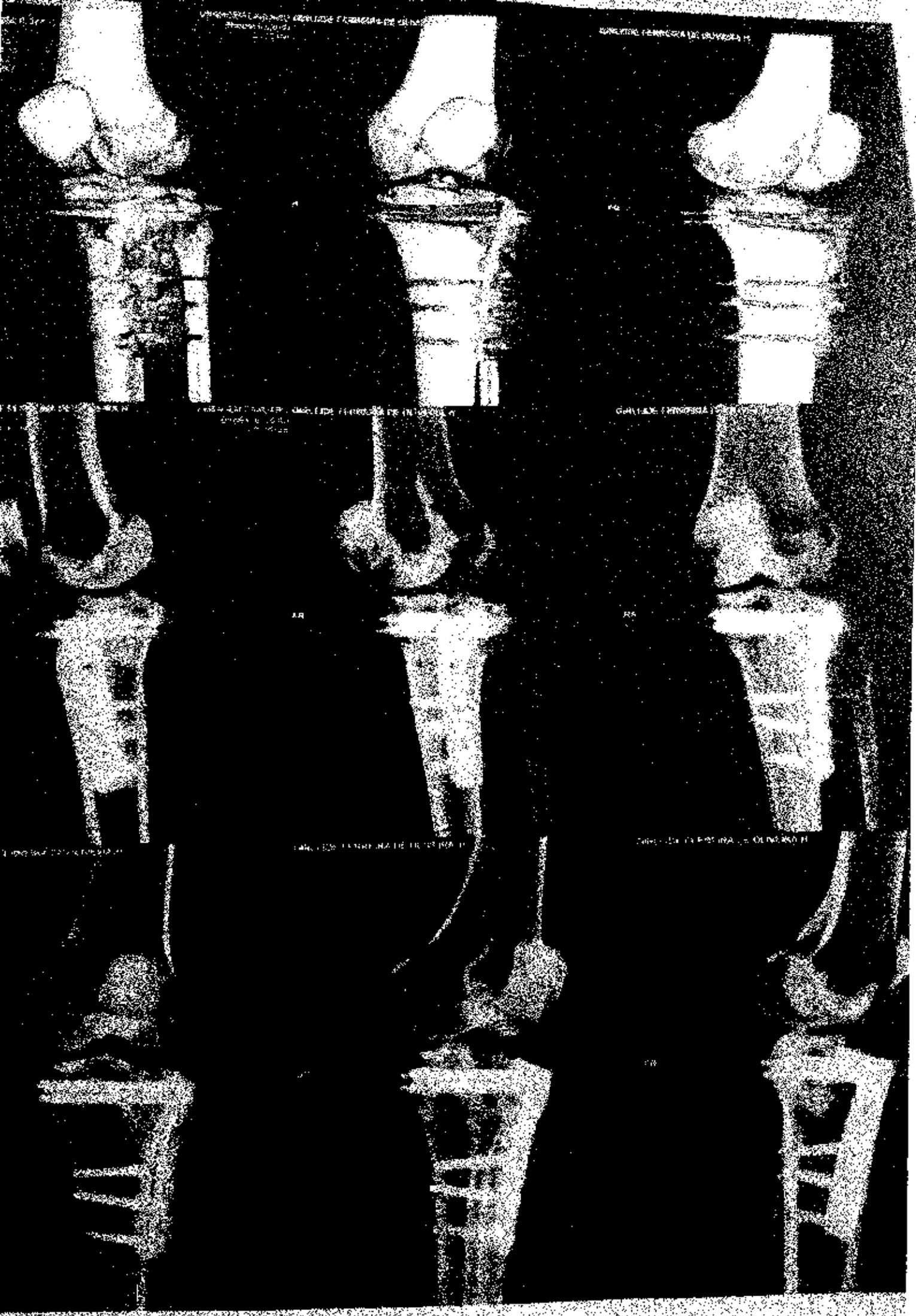
- Osteossíntese metálica na tíbia proximal, gerando artefatos que degradam algumas imagens.
- Solução de continuidade no platô tibial lateral, compatível com fratura.
- Patela subluxada lateralmente.
- Edema no subcutâneo do joelho.

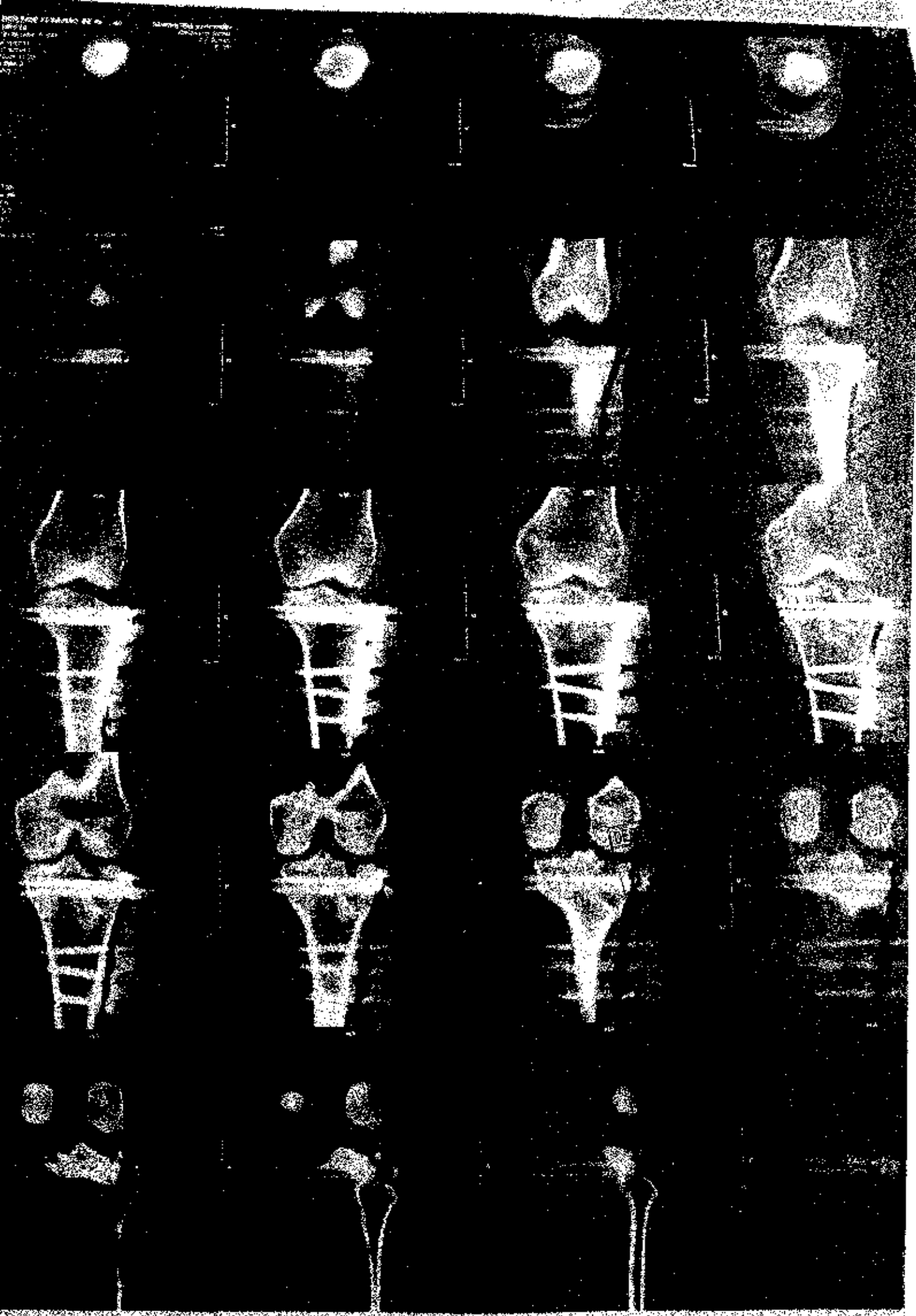
IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA:

- Osteossíntese metálica na tíbia proximal.
- Solução de continuidade no platô tibial lateral, compatível com fratura.
- Patela subluxada lateralmente.
- Edema no subcutâneo do joelho.
- Correlacionar aos dados clínicos e cirúrgicos.

Dr. Diego Rodrigues
CRM: 26037







HAT HOSPITAL
ANTONIO TARGINO

RELATÓRIO MÉDICO
GILBERTO F. DE OLIVEIRA

PACIENTE PORTADOR DE
FURTO DE PLATEIA -

BIAL da PEANA ES-
QUENTA, COMINUTUA
E ARTICULON, COM

Lester GUNNES CANHIA -
GINOSA CID 5822

REKIZAD A Procedimento
Cinzo.

Cirurgia Bucal
Cirurgia Geral
Cirurgia Plástica
Cirurgia Torácica
Cirurgia Vascular
Cirurgia do Ventrículo
Clínica Médica
Eletrocardiografia
Endoscopia
Nefrologia
Neurocirurgia
Ortopedia
Otorrinolaringologia
Raio X
Stent
Traumatologia
Urologia

Angiografia Digital
Ansioplastia
Broncofibroscopia
Endoscopia
Eletracardiograma
Tomografia Cerebral
Ultrassom

MELHORE SUA LETRA
Uma má interpretação pode trazer prejuízos ao paciente



Rua Delmiro Gouveia, 442 - Centenário / Campina Grande / Paraíba
CEP 58428-016 / Fone: (83) 2102.0101 / www.hat.com.br

016 / Fone: (83) 2102.0101 / www.hat.coti.br

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

EC-05

ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO TATARES BURR

POLEGAR DIREITO

Jaqueline Inês de A. N. Silva
ASSINATURA DO TITULAR

CARTeira DE IDENTIDADE

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

23 AGO 2019

Gente Seguradora S/A
Rua Barbosa, 715 Loja 5
Recife - PE CEP: 52011-040

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL

NOME **8.376.761** DATA DE EXPEDIÇÃO **25/06/2012**

PRIMEIRO NOME **<< GIRELEIDE FERREIRA DE OLIVEIRA >>**

SEGUNDO NOME **<< ALBINO FERREIRA DE OLIVEIRA >>**

TERCEIRO NOME **<< ALAIDE JOANA DA SILVA >>**

DATA DE NASCIMENTO **21/08/1984**

DOC. ORIGINAL **<< CN 295481.24-A.F.248-V/CART. >>**

3º DÍGITO **JABOATÃO-PE 27.08.1984. >>**

CNPJ **081.531.544-94**

JABOATÃO DOS GUARARAPES - PE

F-50 40.010 - 4331

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - BA

Nº 010077374239

08258188684

CERTIFICADO DE REGISTRO DE VEÍCULO

0
6
2
0
1
3
0
0
7
0
4
3

VIA
01

COD. RENAVAL

00535443960

RNTRC

NOME/ENDEREÇO

AUGUSTO CESAR ARANTE GADELHA
JEREMOABO

BA

AV CONTORNO

CASA

CENTRO

1150

48540000

CPF/CNPJ

077.926.584-05

PLACA

0L67266

NOME ANTERIOR

PLACA ANT/UF

CHASSI

9C2HC1420DR032700

ESPÉCIE TIPO

PAS/MOTONETA

COMBUSTIVEL

GASOLINA

MARCA/MODELO

HONDA/ELIZ 100 ES

ANO FAB.

ANO MOD.

2013

2013

CAP/POT/CIL

002P/0097

CATEGORIA

PARTIC

COR PREDOMINANTE

ROSA

MOTOR HC14E2D032700

OBSERVAÇÕES

AL FD ADM DE CONS NACIONAL HONDA LT

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

23 ACO 2019

RÁBIO HENRIQUE MARTINS VENTURA

Coordenador II da 6ª Circul. Gen. Seguradora S/A

PAULO AFANÇO - DAVIA

JEREMOABO

BA

33/05/2013

VALIDA

CONTRAN

DETRAN

IDENTIFICAÇÃO

VITIMA GIRLEIDE FERREIRA DE OLIVEIRADATA DO ACIDENTE 30/03/2019 CPF DA VITIMA 081.531.544-94PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO EDUARDO JOSE DE A. FERNANDES

QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR () VITIMA () REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTE A VITIMA É _____

ENDEREÇO DO PORTADOR RUA JOÃO BATISTANº 310 COMPLEMENTO CASA BAIRRO CENTROCIDADE SURUBIM UF PE CEP 55750-000E-MAIL afseguros@seguros.com.br TELEFONE (81) 9665-0454

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- ☒ REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- ☒ CARTeira DE IDENTIDADE DA VITIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTeira DE TRABALHO OU CARTeira NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☒ CPF DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- ☒ ATUA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML: DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML (ORIGINAL) ASSINADA PELA VITIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA

- ☒ BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☒ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

- ☒ AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VITIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

- () CARTeira DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTeira DE TRABALHO OU CARTeira NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL), OU DECLARAÇÃO DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VITIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

- () REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- () CARTeira DE IDENTIDADE DA VITIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTeira DE TRABALHO OU CARTeira NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () CPF DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

LAUDO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SORRIDAS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

COMPROVANTES (ORIGINALS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS

() COMPROVANTES (ORIGINALS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITUÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

() AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VITIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

() CARTeira DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTeira DE TRABALHO OU CARTeira NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

() CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

() COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VITIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

VALORES DE INDENIZAÇÃO

- MORTE = R\$ 13.500,00
- INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R\$ 13.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/74.
- DESPESAS MÉDICAS (DAMS) = REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO). ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.

- O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA
- COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO
- PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSSE WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA

DATA

IDENTIDADE

NOME

ASSINATURA

ASSINATURA

Aguardar

TORITAMA (PE), 11 DE OUTUBRO 2019.

À LÍDER

CONVÊNIO DPVAT

ASSUNTO: REANÁLISE DO PROCESSO PELO VALOR RECEBIDO

VÍTIMA: GIRLEIDE FERREIRA DE OLIVEIRA

TIPO DE INDENIZAÇÃO: INVALIDEZ

SINISTRO nº 3190497549

Prezado Senhor(a),

Solicito de V.Sª, que meu processo de INVALIDEZ seja REANALISADO, uma vez que eu fui vítima de acidente de trânsito, fato ocorrido no dia 30/03/2019, onde sofri LESÕES GRAVES EM MINHA PERNA ESQUERDA, fui submetido a cirurgia, fiz todo tratamento médico e mesmo assim ENCONTRO-ME ATUALMENTE COM SEQUELAS. Não fui submetido a PERÍCIA por um médico indicado pela Líder para avaliar minha seqüela e foi liberado para mim um valor muito inferior ao que tenho Direito. Em contato com o atendimento da Líder fui orientado a fazer uma carta explicando a situação para que então eu possa ser avaliada por um médico indicado pela Líder e receba a importância a que tenho Direito.

DIANTE DO EXPOSTO, solicito de V.Sª, que meu processo seja REANALISADO para que seja liberado o valor que realmente me é de direito, uma vez que estou com seqüelas. Estou a disposição da Seguradora para ser avaliada por qualquer médico indicado pela Líder.

Certo de vossa atenção

Fico no aguardo.


GIRLEIDE FERREIRA DE OLIVEIRA

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190497549 **Cidade:** Toritama **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: GIRLEIDE FERREIRA DE OLIVEIRA **Data do acidente:** 30/03/2019 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 23/10/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA PROXIMAL DA TÍBIA ESQUERDA

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE - JOELHO ESQUERDO (P.5,13,14)
ALTA

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

Observações: VÍTIMA JÁ INDENIZADA NESTE SINISTRO APÓS AMD EM 07/10/2019 EM GRAU MODERADO DE JOELHO ESQUERDO. @ (1) 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 joelho	25 %	Em grau médio - 0 %	0%	R\$ 0,00
Total			0 %	R\$ 0,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190497549 **Cidade:** Toritama **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: GIRLEIDE FERREIRA DE OLIVEIRA **Data do acidente:** 30/03/2019 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 07/10/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA PROXIMAL DA TÍBIA ESQUERDA

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSSÍNTESE - JOELHO ESQUERDO (P.5,13,14)
ALTA

Sequelas permanentes: DIMINUIÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO JOELHO ESQUERDO

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO JOELHO ESQUERDO

**Documentos
complementares:**

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 joelho	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE

NOME: GIRLEIDE FERREIRA DE OLIVEIRA
NACIONALIDADE: BRASILEIRA
PROFISSÃO: AUTÔNOMA
IDENTIDADE: 8.376.761 – SDS/PE e CPF nº 081.531.544/94
DATA DO ACIDENTE: 30/03/2019
COBERTURA: INVALIDEZ
VÍTIMA: GIRLEIDE FERREIRA DE OLIVEIRA
ENDEREÇO: RUA GETÚLIO VARGAS, Nº 55, BAIRRO: DUQUE DE CAIXIAS – TORITAMA(PE).

OUTORGADO

NOME: EDUARDO JOSÉ DE ALBUQUERQUE FERNANDES
NACIONALIDADE: BRASILEIRO
PROFISSÃO: FUNCIONÁRIO PÚBLICO APOSENTADO
IDENTIDADE: 3.092.028 SSP/PE e CPF: 574.940.534-68
ENDEREÇO: RUA JOÃO BATISTA, Nº370, BAIRRO CENTRO, SURUBIM-PE.

PELO PRESENTE INSTRUMENTO PARTICULAR DE PROCURAÇÃO, NOMEIO E CONSTITUO MEU BASTANTE PROCURADOR E OUTORGADO, ACIMA QUALIFICADO, A QUEM CONFIO PODERES PARA REPRESENTAR-ME PERANTE AS SEGURADORAS QUE CONSTITUI O **CONSÓRCIO DE SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT**. PODENDO O SEU DITO PROCURADOR REQUERER E SOLICITAR DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO E CÓPIAS DE PRONTUÁRIOS JUNTO A HOSPITAIS ONDE A VÍTIMA RECEBERA ATENDIMENTO E DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO JUNTO A UNIDADES DO SAMU RESPONSÁVEIS PELO SOCORRO A VÍTIMA.

TORITAMA(PE), 22 DE JULHO 2019.



Girleide Ferreira de Oliveira

ASSINATURA DO OUTORGANTE

(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)

CARTÓRIO Taquaritinga do Norte Serviço Notarial e Registral	Rua Cel. Tejo, 19-A - Centro - Taquaritinga do Norte - PE Fone (81) 3733-7085 - E-mail: srtaquaritinga-pe@oi.com.br
Reconheço por autenticidade a firma de: GIRLEIDE FERREIRA DE OLIVEIRA, D. fá. Taq. do Norte, 23/07/2019. Em test ^o da verdade: (a) FELIPE AUGUSTO COSTA SANTOS - Escrevente (Emol: R\$ 3,39. TSNR: R\$ 0,80. FERC: 0,40 FERM R\$ 0,04 FUNSEG R\$ 0,08) Selo: 0076513JPM04201901.03485	
Consulte autenticidade em: www.tpe.jus.br/selo/digital	

