

---

**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:

|  |  |
|--|--|
| <b>Declaração do Proprietário do Veículo</b> | 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:

|  |  |
|--|--|
| <b>Declaração do Proprietário do Veículo</b> | 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





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br). Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

**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](http://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: INTERRUÇÃO 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: **081.531.544-94** 4 - Nome completo da vítima: **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: **QUA 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 CADASTRAIS

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)  
 Bradesco (237)  Itaú (341)  
 Banco do Brasil (001)  Caixa Econômica Federal (104)  
 Nome do BANCO: \_\_\_\_\_  
 AGÊNCIA: **0551** CONTA: **30336** **8** AGÊNCIA: \_\_\_\_\_ CONTA: \_\_\_\_\_  
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
 CONTEÚDO NÃO VERIFICADO  
 23 AGO 2019  
 Diante Seguradora S/A  
 Graças - Recife/PE - CEP: 52011-440

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 que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

NÃO ALFABETIZADO

34 - Ingressão original da vítima ou beneficiário não alfabetizado  
 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 \_\_\_\_\_

TESTEMUNHAS

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

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

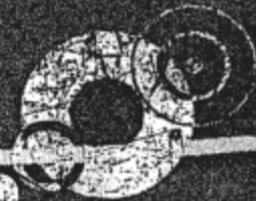
*Girleide Ferreira de Oliveira*  
 Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

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  
Graças - Recife/PE CEP: 52011-040

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

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

Número do Sinistro: 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 CIRÚRGICO 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?

Sim      ( ) Não

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

Sim      ( ) Não

VI. Descrever objetivamente as seqüelas (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 (Seqüela):

**JOELHO - Lado Esquerdo**

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

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

Região Corporal (Seqüela):

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

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

Região Corporal (Seqüela):

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

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

Região Corporal (Seqüela):

% 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) Médico(a) Examinador(a)

Carimbo com Nome e CRM

  
Jackson José Florêncio Júnior  
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 - DP-129ªCIRC 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

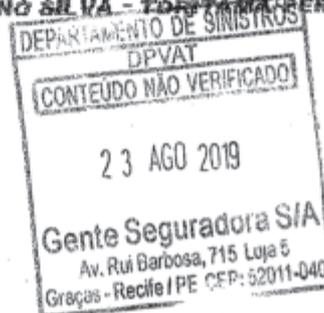
Fato ocorrido no endereço: **RODOVIA BR CENTO E QUATRO QUILOMETRO TRINTA, 1, POSTO DE COMBUSTÍVEL BR - Bairro: LOTEAMENTO J SEVERINO SILVA - TORITAMA/PERNAMBUCO/BRASIL**  
Local do Fato: **VIA PÚBLICA**

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: **ALAIDE 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 Residência: **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: **0LG67268 (BAHIA-JEREMOABO)** Chassi: **9C2HC1420DR032700**  
Ano Fabricação/Modelo: **2013/2013** Combustível: **GAZOLINA**  
Descrição: **RENAVAN 00535443960**

Complemento / Observação

2019/08/23 12

UNIDADE DE POLICIA

RELATA A VÍTIMA QUE CONDUZIA A MOTOCICLETA DE PLACA OLG7265 PELA BR 104 E AO ENTRAR NO PÁTIO DO POSTO BR, LOCALIZADO NESTA CIDADE, CAIU O PNEU DIANTEIRO DENTRO DO CÔRREGO 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 TARCINO NA CIDADE DE CAMPINA GRANDE NA PARAÍBA.

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

*Carleide Ferreira de Oliveira*  
CARLEIDE FERREIRA DE OLIVEIRA  
(VÍTIMA)

B.O. registrado por: ROGERIO DAVID DE FONSECA Matrícula: 220976-0



# 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: 081.531.544-94 4 - Nome completo da vítima: 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: QUA 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 CADASTRAIS

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)  
 Bradesco (237)  Itaú (341)  
 Banco do Brasil (001)  Caixa Econômica Federal (104)  
Nome do BANCO: \_\_\_\_\_  
AGÊNCIA: 0551 CONTA: 30336 8 AGÊNCIA: \_\_\_\_\_ CONTA: \_\_\_\_\_  
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a 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 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 identificação de danos permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
CONTÉUDO NÃO VERIFICADO  
23 AGO 2019  
ante Seguradora S/A  
Barbosa, CPF-52011-440  
Graças - Recife/PE

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 que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

NÃO ALFABETIZADO

34 - Ingressão original da vítima ou beneficiário não alfabetizado  
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

TESTEMUNHAS

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

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

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

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

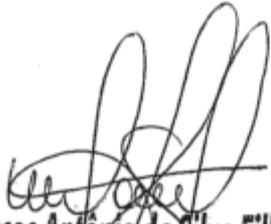
43 - Assinatura do Procurador (se houver)

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: _____                       |            |



ATENDIMENTO: RUA JOAO CHAGAS - N.º 5005 - CENTRO - JOANILIA - PE 55125-000

|                                 |                                |                             |  |                                       |         |
|---------------------------------|--------------------------------|-----------------------------|--|---------------------------------------|---------|
| DADOS DO CLIENTE                |                                | MATERIA: 15803752           |  | DATA: 30/07/2019                      |         |
| MARIA ELIDEINA DA SILVA         |                                | R. GETULIO VARGAS, N. 00055 |  | DUQUE DE CAXIAS TORITANA PE 55125-000 |         |
| INSCRICAO: 154.305.630.0308.000 |                                | GRUPO: 9                    |  | DEB. AUTOMATICO: 02580375             |         |
| SITUACAO AGUA LIGADO            | SITUACAO ESGOTO POTENCIAL      | RESIDENCIAL                 | QUANTIDADE DE ECONOMIAS COMERCIAL INDUSTRIAL |                                       | PUBLICA |
| HIDROMETRO Y10N575990           | DATA LEIT. ANTERIOR 03/06/2019 | DATA LEIT. ATUAL 04/07/2019 | TIPO DE CONSUMO (A/E) MEDIA MD               |                                       |         |

AGUA:  
 LEIT ANT: 302 CONSUMO: 6  
 LEIT ATU: 362  
 LEIT FAT: 362 MD PARADO

HISTÓRICO DE CONSUMO

| REFERENCIA | CONSUMO | PARAMETROS     | NÚMERO DE INDICADORES   |                  |               |
|------------|---------|----------------|-------------------------|------------------|---------------|
|            |         |                | EXIG. PORT. MS 2.914/11 | ANÁLISES REALIZ. | ATEL. A L. C. |
| 05/2019    | 06      | TURBIDEZ       | 45                      | 16               | 46            |
| 04/2019    | 07      | COR APARENTE   | 45                      | 16               | 0             |
| 03/2019    | 06      | CLORO RESIDUAL | 45                      | 16               | 40            |
| 02/2019    | 03      | COLIF. TOTAIS  | 45                      | 16               | 44            |
| 01/2019    | 06      | E. COLI        | 45                      | 16               | 46            |
| 12/2018    | 06      |                |                         |                  |               |
| MEDIA:     | 06      |                |                         |                  |               |

Qualidade de Água: [www.compesa.com.br](http://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\$) |
|-------------------------------|---------|-------------|
| AGUA RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S) |         |             |
| CONSUMO DE AGUA               | 6 MB    | 41,30       |

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
 SERVIÇO DE VERIFICAÇÃO  
 23/07/2019  
 Gente Seguradora S/A  
 Rua Barbosa, 716 Loja 5  
 Recife/PE CEP: 52011-040

| TRIBUTOS | BASE DE CÁLCULO | PERCENTUAL (%) | VALOR DO IMPOSTO |
|----------|-----------------|----------------|------------------|
| PIB      | 41,30           | 1,65           | 0,68             |
| COFINS   | 41,30           | 7,60           | 3,14             |

VENCIMENTO: 15/07/2019 TOTAL A PAGAR: 41,30



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/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP<sup>1</sup> 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**<sup>2</sup>.

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

<sup>2</sup> 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<br><u>RUA JOÃO BATISTA</u>         |                          | Número<br><u>370</u>                            | Complemento<br><u>CASA</u>                     |
| Bairro<br><u>CENTRO</u>                     | Cidade<br><u>SURUBIM</u> | Estado<br><u>PE</u>                             | CEP<br><u>55780-000</u>                        |
| Email:<br><u>AFSEGUROS1994@YAHOO.COM.BR</u> |                          | Telefone comercial(DDD)<br><u>(81)9665-0454</u> | Telefone celular (DDD)<br><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

**VÍTIMA: GIRLEIDE FERREIRA DE OLIVEIRA**

**TIPO DE INDENIZAÇÃO: INVALIDEZ**

**SINISTRO Nº 3190497549**

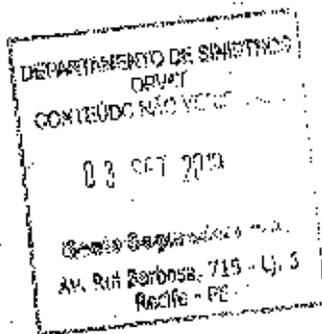
Prezado Senhor,

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**  
**VÍTIMA/BENEFICIÁRIO**



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**

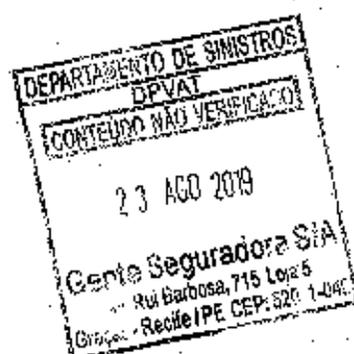
Do: Hospital Municipal Nossa Senhora de Fátima

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: 21/05/1984

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: \_\_\_\_\_ Polegar: \_\_\_\_\_

Nº Registro: 26254-1

| Data       | Hora  | Profissional     | Descrição  |
|------------|-------|------------------|--|
| 30/03/2019 | 16:53 | AGENDA INTEGRADA | Observação: (45 Quedas) Um moderada. FRAZIDA PELO SAMU |

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

| Código IAP-2 | Código CID | Hipótese           | Profissional |
|--------------|------------|--------------------|--------------|
| 0300         | Z000       | EXAME MÉDICO GERAL | Profissional |

QUEDA DE MOTO  
NÃO HOUVE TCE

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

| Código | Procedimento  | Profissional                      | Data       |
|--------|---|-----------------------------------|------------|
| 0300   | 05008 ATENDIMENTO DE URGENCIA EM ATENCAO ESPECIALIZADA                    | Profissional                      |            |
| 0300   | 05011 ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA POR PACIENTE | 221-1 - MARIA DAS GRACAS DA SILVA | 30/03/2019 |

| Código | Medicamento | Concentração | Pósologia |
|--------|-------------|--------------|-----------|
|--------|-------------|--------------|-----------|

| Código | Exame | Observação |
|--------|-------|------------|
|--------|-------|------------|

| Data       | Hora  | Medicamento                                      | Condições | Execução   | Responsável/Prescrição                    |
|------------|-------|--|-----------|--|---|
| 30/03/2019 | 17:27 | DIF. IRONA SÓDICA 100 MG/ML INJ. 1 AMPOLA        |           | APLICACAO IMEDIATA, INTRA-MUSCULAR (Uso Externo)           | RAYANA CRUZ CORREIA DE LIMA - CRM - 25878 |
| 30/03/2019 | 17:27 | DIF. DIFLOFENACO SÓDICO 75 MG/3 ML INJ. 1 AMPOLA |           | APLICACAO IMEDIATA, INTRA-MUSCULAR (Uso Externo) ASSOCIADO | RAYANA CRUZ CORREIA DE LIMA - CRM - 25878 |



2336797

**Promotorio** Nome do Paciente: **950005** GRILEIDE FERREIRA DE OLIVEIRA  
**Estado Civil** CPF: 81.631.544-94 RG: 8376761  
**Filiação** Mãe: ALAIDE JOANA DA SILVA Pai:  
**Endereço** R. NOSSA SENHORA APARECIDA, 53 - CENTRO, TORITAMA-PE  
**Complemento Endereço**

**Atendimento** Data: 30/03/2019 Hora: 21.52 Setor: 31008-SECRETARIA CONVENIOS  
**2336797**  
**Motivo Atendimento** Médico Atendente: 1-65-GODOFREDO NASCIMENTO BORBOREMA  
**Primo / Convênio** 31-ACOTEX-RACOLE ENFERMARIA Nº Carreira: Validade: Nº CNS:

**Posto** ALA LUCIANO LOBO Nº 2103007 APARTAMENTO 04 Lado: AP94-2  
**Guia** Internacao Procedimento: 4088888 INTERNACAO Nº 950005

**TERMO DE RESPONSABILIDADE**

Declaro assumir previamente pela responsabilidade em caráter solidário, por todas as despesas extras no meu contrato de internação e tratamento médico hospitalar, que de direito me compete. Cursando-me assisti a saber os valores não sejam apressados bem como os respectivos depósitos na forma de reajustamento e o que não são do meu próprio comprometimento.

Assinatura: *Alaide Joana da Silva*

CAMPINA GRANDE PE de 03 de 19

Responsável: GRILEIDE FERREIRA DE OLIVEIRA  
 Endereço: R. NOSSA SENHORA APARECIDA, 53 Bairro CENTRO TORITAMA-PE  
 Telefone: 81-999579605

WILMA Responsável pelo Atendimento

*Wilma*

CAMPINA GRANDE 30 de Março de 2019

GRILEIDE FERREIRA DE OLIVEIRA Responsável pelo Paciente

RX DE CONTROLE REALIZADO EM 31/03/19

*Clot. S. Santos*  
*OK*

# ANTONIO TARGINO

Nº 48059

PACIENTE: GIRLEIDE FERREIRA DE OLIVEIRA (34 ANOS)  
 CONVÊNIO: PIOTE SUS  PRONTUÁRIO: 350005/AJ.2336747 DATA: 31.03.15  
 CIRURGIAS: TRAT. CIR. + FIXAÇÃO DE FRATURA - PLATO TIBIAL (E)  
 CIRURGIÃO: DR. COTAFREDA B.

AUXILIAR: \_\_\_\_\_ ANESTESISTA: DR. JURANDIR A.

CIRCULANTE: GERCILO + SAULS SALA: 02 HORÁRIO: INÍCIO: 10:00 FINAL: 10:30

| COD.   | MEDICAMENTO          | QUANT. |
|--------|----------------------|--------|
| 1872   | ADRENALINA           |        |
| 1880   | ÁGUA DESTILADA       | 01     |
| 1898   | AMINOFILINA          |        |
| 1929   | ARAMIN               |        |
| 2070   | ATROPINA             |        |
| 209799 | BEXTRA               |        |
| 1902   | BICARBONATO DE SÓDIO |        |
| 4650   | CEFALOTINA 1g        | 02     |
| 122788 | CEFALOXINA 1g        |        |
| 1767   | CEFTRIAXONA          |        |
| 194866 | 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   | GLICOSE 50%          |        |
| 2054   | GLUCONATO DE CÁLCIO  |        |
| 5098   | HEPARINA             |        |
| 5560   | HIDROCORTISONA       |        |
| 2052   | MECLOPRAMIDA         |        |
| 37059  | NAUSECRON 8mg        | 01     |
| 99900  | OMEPRAZOL 40mg       |        |
| 70181  | PROSTIGMINE          |        |
| 70256  | QUELICIM             |        |
| 28819  | RANITIDINA           | 02     |
| 79332  | SOLUMEDROL 500mg     |        |
| 403792 | TORADOL              |        |
| 70971  | TRANSAMIN            |        |
| 70572  | TIATIL 40mg          | 02     |

| COD.   | PSICOTRÓPICOS  | QUANT. |
|--------|----------------|--------|
| 70254  | ALFENTANILA    |        |
| 8805   | DIEMPAK 10mg   |        |
| 3026   | DIAMORF 1.0mg  |        |
| 3034   | DIAMORF 0.2mg  | 01     |
| 126149 | DIAMORF 10mg   |        |
| 68655  | DORMONID       |        |
| 66535  | DORMONID COMP. |        |
| 45050  | FENOBARBITAL   |        |
| 5589   | HIDANTAL       |        |
| 8962   | KETALAR        |        |
| 88220  | PETIDINA       |        |
| 33210  | TRAMAL         |        |
| 46332  | ULTIVA         |        |

| COD.   | ANESTÉSICOS        | QUANT. |
|--------|--------------------|--------|
| 70544  | ATRACURIO          |        |
| 128233 | GISATRACURIO       |        |
| 9091   | ETOMIDATO          |        |
| 3042   | FENTANIL           |        |
| 2803   | LIDOCAINA 2% CIV   |        |
| 2119   | LIDOCAINA 2% SIV   |        |
| 2310   | LIDOCAINA GELEIA   |        |
| 2160   | NEOCAINA 0.5% CIV  |        |
| 30750  | NEOCAINA 0.5% SIV  |        |
| 1090   | NEOCAINA PESADA    | 01     |
| 3212   | NILPERIDOL         |        |
| 142364 | NOVAFUPI CIV       |        |
| 97448  | NOVAFUPI ISOMÉRICA |        |
| 284500 | NOVAFUPI SIV       |        |
| 2210   | PANCURONIO         |        |
| 5233   | PROPOFOL           |        |
| 143451 | RECURÔNIO          |        |
| 24570  | SEVOCRANE          |        |
| 1945   | XI ESTESIN SPRAY   |        |

| COD.   | MATERIAL                          | QUANT.   |
|--------|-----------------------------------|----------|
| 107328 | ADAPTADOR P/ BORO                 | 01       |
| 110089 | AG. RAQUI 27BD                    | 01       |
| 120089 | AG. RAQUI 26BD                    |          |
| 101287 | AG. RAQUI P/ OBESO BD             |          |
|        | AGULHA DESCARTÁVEL N° 14x14 03    |          |
|        | AGULHA PERIDURAL N°               |          |
|        | AGULHA RAQUI N°                   |          |
| 2288   | ALGODÃO HIDRÓFILO                 | 02 Rolos |
| 9113   | ALGODÃO ORTOPÉDICO                |          |
|        | ATADURA CREPON N° 15              | 02 P/ F  |
|        | ATADURA GESSADA                   |          |
| 2396   | BOLSA COLOSTOMIA                  |          |
|        | CÂNULA TRAQUEOSTOMIA N°           |          |
| 211958 | CAPA PARA VÍDEO                   |          |
| 2429   | CATETER OXIGÊNIO                  | 01       |
| 27080  | COLETOR URINA ABERTO              |          |
| 22381  | COLETOR URINA FECHADO             |          |
|        | COMPRESSAS                        |          |
| 142341 | COMPRESSAS 25x25                  | 03 P/ F  |
|        | DRENO PENROSE N°                  |          |
|        | DRENO SUÇÃO N°                    |          |
|        | DRENO TÓRAX N°                    |          |
| 59887  | ELETRODO                          | 05       |
| 2566   | EQUIPO MACROGOTAS                 | 01       |
| 287383 | EQUIPO P/ ARTROSCOPIA             |          |
| 2875   | ESPARADRAGO                       | 3x6      |
| 20117  | FITA GLICEMIA                     |          |
| 142220 | GAZES 7,5x7,5                     | 10 P/ F  |
|        | GAZES                             |          |
| 3425   | GELPOAN                           |          |
| 60817  | GILETE                            |          |
|        | GUENDEL N°                        |          |
| 3458   | INTRA-CATH                        |          |
|        | JELCO N° 38                       | 03       |
|        | LÂMINA BISTURI N° 24              | 01       |
| 132709 | LUVAS 8.5                         |          |
| 111203 | LUVAS 7.5                         |          |
| 40120  | LUVAS 7.5                         | 02       |
| 3622   | LUVAS 8.0                         | 02       |
| 149870 | LUVAS 8.5                         |          |
| 69782  | MICROPRE LARGO                    | 50 C.    |
|        | SCALP N°                          |          |
| 3735   | SERINGA DE 01cc                   |          |
| 3700   | SERINGA DE 03cc                   |          |
| 3718   | SERINGA DE 05cc                   | 02       |
| 3689   | SERINGA DE 10cc                   | 02       |
| 3097   | SERINGA DE 20cc                   | 02       |
| 341797 | SERINGA DE 60cc (bico longocurto) |          |
|        | SONDA FOLEY N°                    |          |
|        | SONDA MELATON.                    |          |
|        | 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 CARIÁDICA |        |
|       | MONOCRYL N°    |        |
| AG 30 | MONONYL N° 2.0 |        |
|       | PROLENE N°     |        |
| AG 40 | VICRYL N° 3.0  |        |

| COD.   | SOLUÇÕES                | QUANT. |
|--------|-------------------------|--------|
| 2930   | ÁGUA OXIGENADA          |        |
| 149217 | ÁLCOOL                  |        |
| 304000 | CLOREXIDINA Alcool 10ml |        |
| 2631   | ÉTER                    |        |
| 3803   | PVPi DEGERMATE          |        |
| 3641   | PVPi TÓPICO             |        |
| 4111   | VASELINA                |        |

| COD. | GÁS N° HOSPITALARES    | QUANT.       |
|------|------------------------|--------------|
|      | APARELHOS DE VPM       |              |
|      | AR COM NEUMONÍO N° 100 |              |
|      | ASPIRADOR ELETRIC      |              |
|      | BISTURI ELÉTRICO       |              |
|      | CAPNOGRAFO             | 2-3 AGO 2019 |
|      | CRANÍOTOMO             |              |
|      | INTENSIFICADOR         |              |
|      | MICROSCÓPIO            |              |
|      | MONITOR CARDIACO       |              |
|      | NITROGÊNIO             |              |
|      | OXÍDIO NITROSO         |              |
|      | OXIGÊNIO               |              |
|      | OXÍMETRO DE PULSO      |              |
|      | VÁCUO                  |              |

| COD.   | SOROS                 | QUANT. |
|--------|-----------------------|--------|
| 9168   | MANITOL 20%           |        |
| 174459 | PURISOL 100ml         |        |
| 93061  | S. FISIOLÓGICO 1000ml |        |
| 96229  | S. FISIOLÓGICO 100ml  |        |
| 9172   | S. FISIOLÓGICO 250ml  |        |
| 9164   | S. FISIOLÓGICO 500ml  | 07     |
| 9180   | S. GLICOSSADO 250ml   |        |
| 9129   | S. GLICOSSADO 500ml   |        |
| 9140   | S. RINGER 500ml       |        |
| 134429 | VOLUMEN 8%            |        |

PLACA EM L  
 PARAFUSSO CORTICAL

Antônio Barboza da Silva  
 TCC DE ENFERMAGEM  
 COREN - PB 129826

PACIENTE: Genildo FERRAZ OLIVEIRA  
 Nº DO PRONTUÁRIO: \_\_\_\_\_ Nº DO ATENDIMENTO: \_\_\_\_\_  
 DATA DA OPERAÇÃO: 31/03/19 ENFERMARIA: \_\_\_\_\_ LEITO: \_\_\_\_\_  
 OPERADOR: Gatoz Jr  
 1ª AUXILIAR: \_\_\_\_\_ 2ª AUXILIAR: \_\_\_\_\_  
 3ª AUXILIAR: \_\_\_\_\_ INSTRUMENTADOR: \_\_\_\_\_  
 ANESTESISTA: Dumonty TIPO DE ANESTESIA: Bloqueio  
 DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: FRACTURA PROTETOR  
 TIPO DE OPERAÇÃO: Redução crânio de FMM de  
 DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO: MMR Propriamente curado  
 RELATÓRIO IMEDIATO DA PATOLOGIA: Fract.

EXAME RADIOLÓGICO NO ATO: Fr. II com  
 ACIDENTE DURANTE A OPERAÇÃO: Não ocorreu.

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

ANOTAÇÕES DA OPERAÇÃO: CUIDADOS DREPAGEM-SUTURA-MATEMPRESAÇÃO-ASPECTO-VITAL

- 1) punte de Arthur
- 2) MMR + MMR
- 3) Coluna de punte
- 4) Redução
- 5) Fractura
- 6) Soltos + curado

*[Handwritten signature]*

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





RECEBUE: *Carla de Fátima*  
 AC: *S. Leão*

LITO: \_\_\_\_\_ CONVÊNIO: \_\_\_\_\_

DIAGNÓSTICO: \_\_\_\_\_

DATA: *30/03/19*

| MEDICAMENTOS                                  | HORÁRIO |    |    |    |    |    |
|---|---------|----|----|----|----|----|
|   | 06      | 12 | 18 | 00 | 06 | 12 |
| <i>1) Diclofenac 75mg + 25mg IV 12/18</i>     |         |    |    |    |    |    |
| <i>2) Paracetamol 500mg + 25mg IV 12/18</i>   |         |    |    |    |    |    |
| <i>3) Naloxona 1mg + 25mg IV 12/18</i>        |         |    |    |    |    |    |
| <i>4) SSVV + CLOP</i>                         |         |    |    |    |    |    |
| <i>5) Difenidramina 10mg + 25mg IV 12/18</i>  |         |    |    |    |    |    |
| <i>6) Difenidramina 10mg + 25mg IV 12/18</i>  |         |    |    |    |    |    |
| <i>7) Difenidramina 10mg + 25mg IV 12/18</i>  |         |    |    |    |    |    |
| <i>8) Difenidramina 10mg + 25mg IV 12/18</i>  |         |    |    |    |    |    |
| <i>9) Difenidramina 10mg + 25mg IV 12/18</i>  |         |    |    |    |    |    |
| <i>10) Difenidramina 10mg + 25mg IV 12/18</i> |         |    |    |    |    |    |
| <i>11) Difenidramina 10mg + 25mg IV 12/18</i> |         |    |    |    |    |    |
| <i>12) Difenidramina 10mg + 25mg IV 12/18</i> |         |    |    |    |    |    |
| <i>13) Difenidramina 10mg + 25mg IV 12/18</i> |         |    |    |    |    |    |
| <i>14) Difenidramina 10mg + 25mg IV 12/18</i> |         |    |    |    |    |    |
| <i>15) Difenidramina 10mg + 25mg IV 12/18</i> |         |    |    |    |    |    |
| <i>16) Difenidramina 10mg + 25mg IV 12/18</i> |         |    |    |    |    |    |
| <i>17) Difenidramina 10mg + 25mg IV 12/18</i> |         |    |    |    |    |    |
| <i>18) Difenidramina 10mg + 25mg IV 12/18</i> |         |    |    |    |    |    |
| <i>19) Difenidramina 10mg + 25mg IV 12/18</i> |         |    |    |    |    |    |
| <i>20) Difenidramina 10mg + 25mg IV 12/18</i> |         |    |    |    |    |    |

Dr. *Edson Patrício A. Cruz*  
 MÉDICO  
 CRM-PR: 49002

*Difenidramina 10mg + 25mg IV 12/18*  
*Paracetamol 500mg + 25mg IV 12/18*  
*Diclofenac 75mg + 25mg IV 12/18*  
*SSVV + CLOP*

Dr. *Godofredo Nascimento Barbosa*  
 CRM 1883 - CPF 131.747.044-34  
 ORTOPEDIA - TRAUMATOLOGIA

EVOLUÇÃO MÉDICA

*Tramadol 100mg + 25mg IV 12/18*  
*Paracetamol 500mg + 25mg IV 12/18*

*4*

Dr. *Godofredo Nascimento Barbosa*  
 CRM 1883 - CPF 131.747.044-34  
 ORTOPEDIA - TRAUMATOLOGIA

PRESCRIÇÃO MÉDICA

HAT HOSPITAL  
ANTÔNIO TARGINO

NOME: *Genilde Genuino*

SEXO: *M*

LIBRO: *62-3*

CONVÊNIO:

DIAGNÓSTICO:

DATA: *01-04-19*

MEDICAMENTOS:

HORÁRIO

*01-04-19*  
*Genilde Genuino*

*Dr. Edgardo Nascimento Barbosa*  
CRM 1863-08/131.247.044-34  
ORTOPEDIA - TRAUMATOLOGIA

EVOLUÇÃO MÉDICA

NOME: *Caroline Falcão de Oliveira* IDADE:  
ALTA: LEITO: MÉDICO:

DATA: *30/03/19*

MANHÃ

TARDE

NOITE

Paciente admitida de emergência com quadro febril (gripe) sob observação constante orientada para em dia 28 de após mais mal-estar em dia 29 (30/03/19) solicitado exames laboratoriais. Exames laboratoriais em análise segue os dados da enfermagem.

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

NOME: Guilherme F. de O.  
ALIA: 11

IDADE:

LEITO:

MÉDICO:

DATA: 21/10/11

MANHÃ

Paciente submetido a fixação da tibia.  
seguiu a observação, realizou RA de controle.

GERENCIAMENTO DE ENFERMAGEM  
CURSOS DE ATUALIZAÇÃO

TARDE

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

Luciana Marlene da Silva  
R.C. de Enfermagem  
CURSOS DE ATUALIZAÇÃO

NOITE

Pac. segue arterial, sem queixas  
sem p.o. de febre, orientada, eucorica,  
sem anormalidades no pulmão.

Luciana Marlene da Silva  
R.C. de Enfermagem  
CURSOS DE ATUALIZAÇÃO

NOME: Gláucia de Fátima IDADE: \_\_\_\_\_  
ALIA: LL LEITO: 622 MÉDICO: D. Geológico

DATA: 01/04/19

MANHÃ

Pac. consciente, orientada,  
afetiva, em P.O.M. de joelho,  
sem queixas atuais,  
com boa evolução  
cuidados de enfermagem

Carla Silva de Jesus  
Téc. de Enfermagem  
COREN-PE 342.651

TARDE

NOITE

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO  
23 AGO 2019  
Gente Seguradora S/A  
R. Barbusa, 715 Loja 6  
Recife/PE CEP: 52011-040

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



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

**TOMOGRÁFIA 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:**

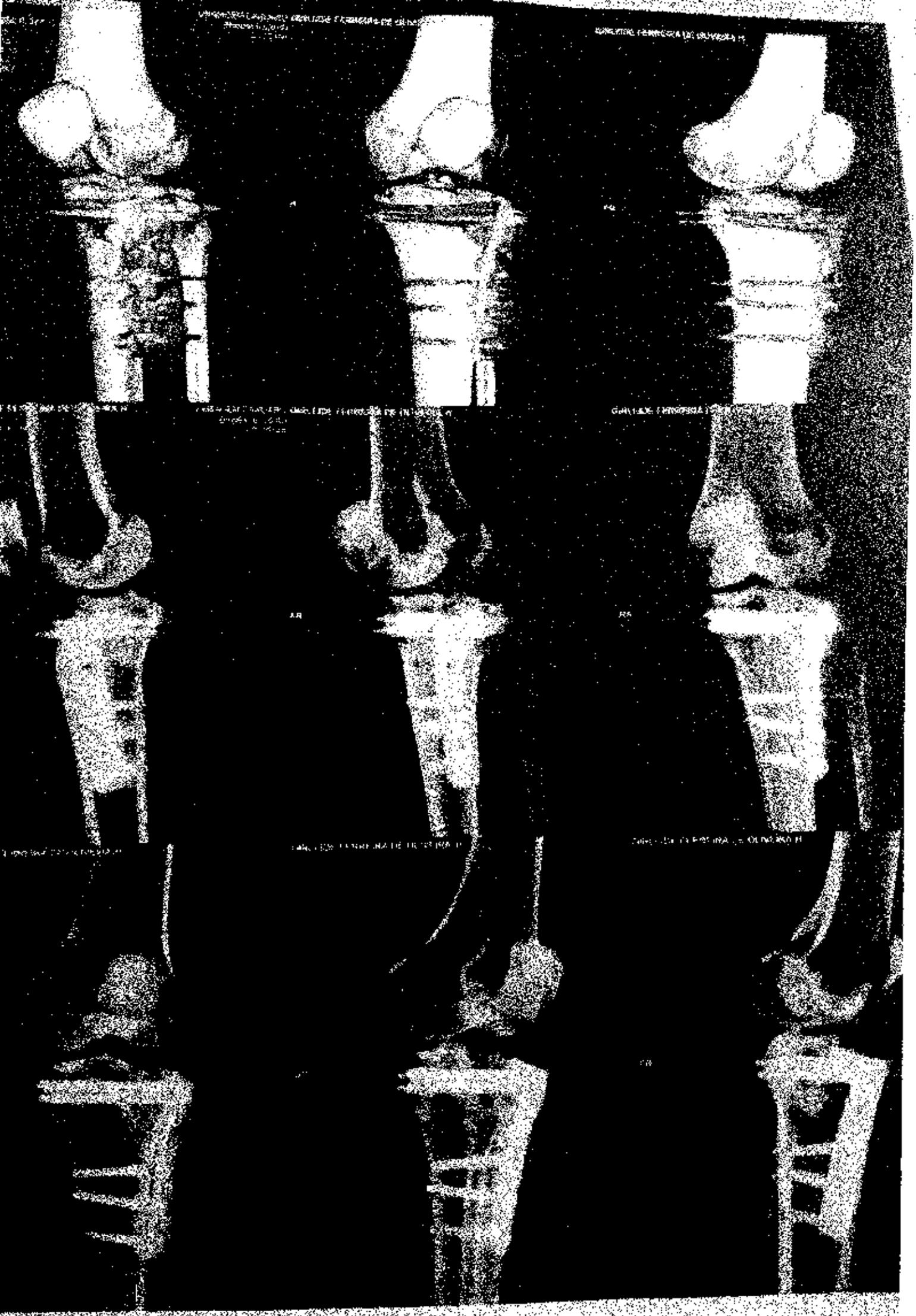
- Osteossíntese metálica na tíbia proximal, gerando artefatos que degradam algumas imagens.
- Solução de continuidade no platô tibial lateral, compatível com fratura.
- Patela subluxada lateralmente.
- Edema no subcutâneo do joelho.

**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

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO  
23 AGO 2019  
Gente Seguradora S.A.  
Av. Rui Barbosa, 715 - São José  
Graciosa - Recife / PE



UNIVERSITÀ CAPODOLCE FARMACIA DE MILANO

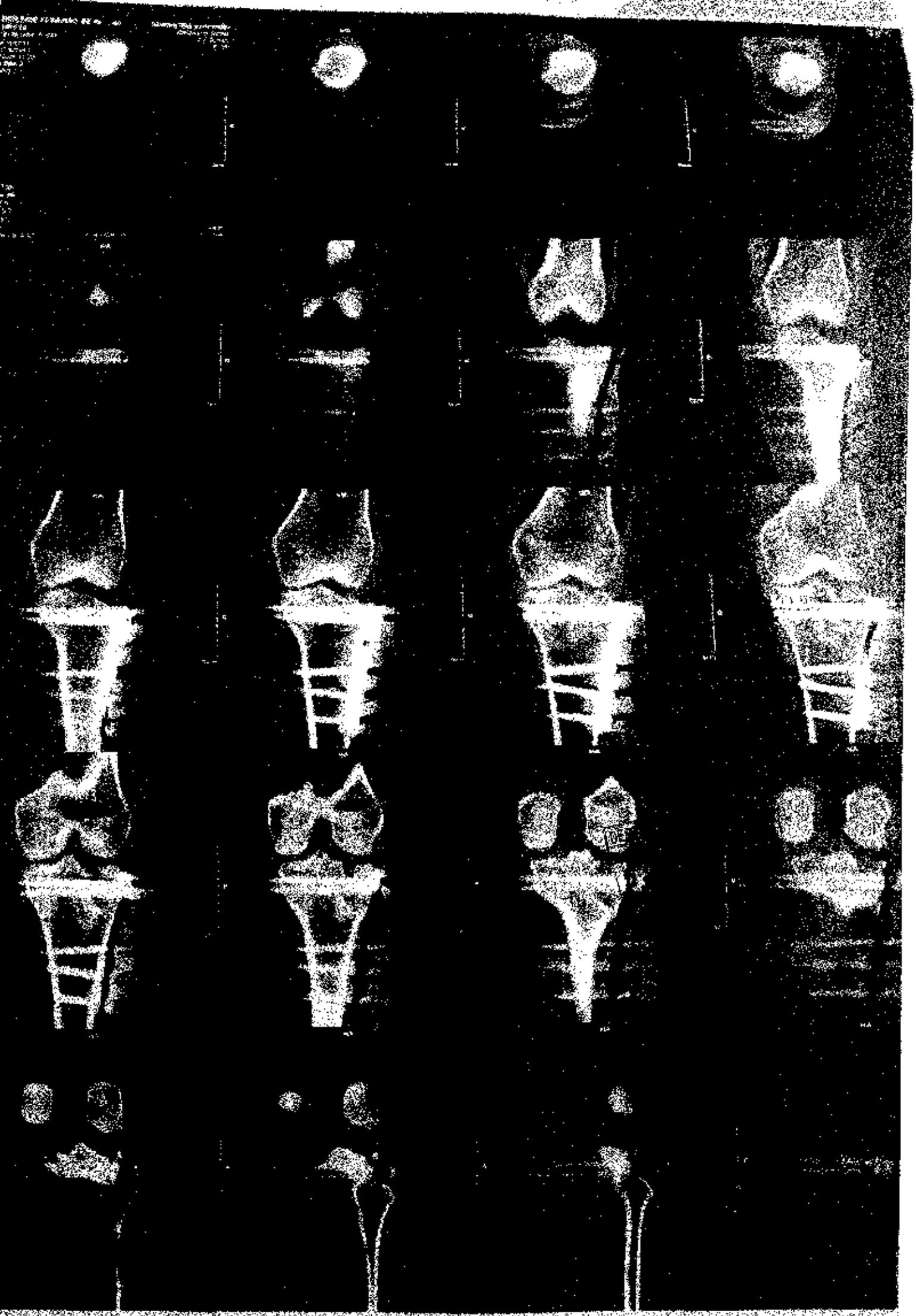
MINISTRO FARMACIA DE OLIVERO H.

UNIVERSITÀ CAPODOLCE FARMACIA DE MILANO

GALLIANI FARMACIA

UNIVERSITÀ CAPODOLCE FARMACIA DE MILANO

UNIVERSITÀ CAPODOLCE FARMACIA DE MILANO





RELATÓRIO MÉDICO  
GIALEIZE F. de OLIVEIRA

- CIRUR. BUCCO-MAXILO-FACIAL
- CIRURGIA GERAL
- CIRURGIA PLÁSTICA
- CIRURGIA PEDIÁTRICA
- CIRURGIA VASCULAR
- CIRURGIA DO VÍCIO
- CLÍNICA MÉDICA
- ELETRORFALMOGRAMA
- ENDOSCOPIA
- NEFROLOGIA
- NEUROCIRURGIA
- ORTOPEDIA
- ÓTICO-ORINOLARINGOLOGIA
- RAIO X
- STENT
- TRAUMATOLOGIA
- UROLOGIA
- ANGIOGRAFIA DIGITAL
- ANGIOPLASTIA
- BRONCOFIBROSCÓPIA
- ENDOSCOPIA
- ELETROCARDIOGRAMA
- TOXICOLOGIA CVD
- UTI MÓVEL

PACIENTE PORTADORA DE  
FRATURA DO PLATEAU TI-  
BIAL DA PEANA ES-  
QUERDA, COMINUTIVA  
E ARTICULAR, COM  
LESÃO GROSSA CARTILA-  
GINOSA. CID. S82.2  
REALIZADA PROCEDIMENTO  
CIRÚRGICO.

ESTAB. HOSPITALAR  
CAMPINA GRANDE - PARÁIBA  
RUA DEHNRO GOURCIA, 424 - CEN. SÉCULO XX  
CEP. 58428-016 - FONE: (83) 2102.0101  
WWW.HAT.COTI.BR

MELHORE SUA LETRA  
Uma má interpretação pode trazer prejuízos ao paciente.

Rua Dehnro Gourcia, 424 - Centenário / Campina Grande / Paraíba  
CEP 58428-016 / Fone: (83) 2102.0101 / www.hat.coti.br

*[Handwritten signature]*

REGISTRO GERAL

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

8.376.761

25/06/2012

NOBRE << GIRELEIDE FERREIRA DE OLIVEIRA >>

PRENOME << ALBINO FERREIRA DE OLIVEIRA >>

<< ALAIDE JOANA DA SILVA >>

DATA DE NASCIMENTO: 21/08/1984

LOCAL DE NASCIMENTO: JABOATÃO DOS GUARARAPES - PE

DOC. expedida em: << CN 29548 L 24-A.F. 248-V/CART. SP/DIST. JABOATÃO-PE 27.08.1984. >>

081.531.544-94

F: 50 40 010 - 4331

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

EC-05

ESTADO DE PERNAMBUCO

SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL

INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO TAVARES RUPT




PELEGAR DIREITO

*Gireleide Ferreira de Oliveira*

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



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<br>01 | COD. RENAVAL<br>00535443960 | RNTRC |
|-----------|-----------------------------|-------|

|                              |           |          |
|------------------------------|-----------|----------|
| NOME/ENDEREÇO                |           |          |
| AUGUSTO CESAR ARANTE GADELHA | JEREMOABO | BA       |
| AV CONTORNO                  | CENTRO    | 1150     |
| CASA                         |           | 48540000 |

|                            |                  |
|----------------------------|------------------|
| CPF/CNPJ<br>077.926.584-05 | PLACA<br>0L67266 |
|----------------------------|------------------|

|               |
|---------------|
| NOME ANTERIOR |
|---------------|

|              |                             |
|--------------|-----------------------------|
| PLACA ANT/UF | CHASSI<br>9C2HC1420DR032700 |
|--------------|-----------------------------|

|                              |                         |
|------------------------------|-------------------------|
| ESPECIE TIPO<br>PAS/MOTONETA | COMBUSTIVEL<br>GASOLINA |
|------------------------------|-------------------------|

|                                  |                  |                  |
|----------------------------------|------------------|------------------|
| MARCA/MODELO<br>HONDA/BIZ 100 ES | ANO FAB.<br>2013 | ANO MOD.<br>2013 |
|----------------------------------|------------------|------------------|

|                          |                     |                          |
|--------------------------|---------------------|--------------------------|
| CAP/POT/CIL<br>0020/0097 | CATEGORIA<br>PARTIC | COR PREDOMINANTE<br>ROSA |
|--------------------------|---------------------|--------------------------|

MOTOR HC14E2D032700  
OBSERVAÇÕES  
AL FD ADM DE CONS NACIONAL HONDA LT

DEPARTAMENTO DE SIMULADOS  
DPVAT  
CONTEUDO NÃO VERIFICADO  
23 ACO 2019  
Gen Seguradora S/A  
Av. Rui Barbosa, 745 Loja 5  
Gratuito - Recife PE DATA

*Paulo Afonso*  
RABIO HENRIQUE MARTINS VENTURA  
Coordenador II da 6ª Circulatória  
PAULO AFANCO - BAVIA  
JEREMOABO - BA

35/05/2013

DETRAN

CONTRAN

VALID

IDENTIFICAÇÃO

VITIMA GIRLEIDE FERREIRA DE OLIVEIRA

DATA DO ACIDENTE 30/03/2019 CPF DA VITIMA 081.531.544-94

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO EDUARDO JOSE DE A. FERREIRES

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

ENDEREÇO DO PORTADOR RUA JOÃO BATISTA

Nº 310 COMPLEMENTO CASA BAIRRO CENTRO

CIDADE SURUBIM UF PE CEP 55750-000

E-MAIL Afseguros1994@yahoo.com TELEFONE (R) 9665-045

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)
- NA 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

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

23 AGO 2019

- 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 PAGAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
  - COMPROVANTES (ORIGINALS E LEGÍVELS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS
  - RECEITAS (ORIGINALS E LEGÍVELS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECETUÁRIO MÉDICO (CÓPIA 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 - 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](http://WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR) OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA \_\_\_\_\_

IDENTIDADE 3 092 028 55019

ASSINATURA 

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA \_\_\_\_\_

NOME \_\_\_\_\_

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 - OSTEOSSÍNTESE - 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              |
| <b>Total</b>                              |  |  | <b>0 %</b> | <b>R\$ 0,00</b>       |

# 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 - OSTEOSÍNTESE - 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          |
| <b>Total</b>                              |  |  | <b>12,5 %</b> | <b>R\$ 1.687,50</b>   |

# 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: (011) 3733-7085 - E-mail: srtaquaritinga-pe@oi.com.br

Reconheço por autenticidade a firma de: GIRLEIDE FERREIRA DE OLIVEIRA, D. f. Taq. do Norte, 23/07/2019. Em test<sup>o</sup> da verdade: (a) FELIPE AUGUSTO COSTA SANTOS - Escrivente  
(Emol: R\$ 3,39. TSNR: R\$ 0,80. FERC: 0,40 FERM R\$ 0,04 FUNSEG R\$ 0,08) Selo: 0076513JPPM04201901.03485

Consulta autenticidade em: [www.tpo.jus.br/selo/digital](http://www.tpo.jus.br/selo/digital)

