
Rio de Janeiro, 02 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190659979

Vítima: LINDEMBERG FAUSTINO DE SOUZA

Data do Acidente: 04/08/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: MYZRAENE THAYSMA ALVES

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), LINDEMBERG FAUSTINO DE SOUZA

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, 15 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190659979

Vítima: LINDEMBERG FAUSTINO DE SOUZA

Data do Acidente: 04/08/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: MYZRAENE THAYSMA ALVES

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), LINDEMBERG FAUSTINO DE SOUZA

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 dos cotovelos

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: **LINDEMBERG FAUSTINO DE SOUZA**

Valor: **R\$ 1.687,50**

Banco: **104**

Agência: **000000876**

Conta: **0000097145-1**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em:

www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 058.836.704-40 4 - Nome completo da vítima: LINDEMBERG FAUSTINO DE SOUZA

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

5 - Nome completo: LINDEMBERG FAUSTINO DE SOUZA 6 - CPF: 058.836.704-40
7 - Profissão: DESEMPREGADO 8 - Endereço: RUA CALCEDONIA 9 - Número: 269 10 - Complemento: CASA
11 - Bairro: CENTRO 12 - Cidade: SÃO LOURENÇO DA MATA 13 - Estado: PE 14 - CEP: 54735-095
15 - E-mail: THAMYRES_TAS@hotmail.com 16 - Tel.(DDD): 81 9 7913-5873

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)
AGÊNCIA: 0876 CONTA: 00097145 (Informar o dígito se existir)
☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos) Nome do BANCO: AGÊNCIA: CONTA: (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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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(vainscer)? ☐ 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.

34 - Impressão digital 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

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

40 - Local e Data, Sabão 30 de Setembro de 2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)
Lindemberg

43 - Assinatura do Procurador (se houver)
Thaysma

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)



**GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 038ª CIRCUNSCRIÇÃO - SÃO LOURENÇO DA MATA -
DP38ªCIRC DIM/9ªDESEC**

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 19E0128003266

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **22/10/2019** às **15:20**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia **4/8/2019** às **15:00**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICIPIO DE SAO LOURENCO DA MATA, 01, CENTRO DE MATRIZ DA LUZ** - Bairro: **CENTRO - SAO LOURENCO DA MATA/PERNAMBUCO/BRASIL** - Ponto de Referência: **PROXIMO AO COLEGIO JAIR PEREIRA**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

LOMBADA (AUTOR \ AGENTE)
LINDEMBERG FAUSTINO DE SOUZA (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): LINDEMBERG FAUSTINO DE SOUZA

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

LINDEMBERG FAUSTINO DE SOUZA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: FRANCISCA MARIA DA CONCEIÇÃO Pai: **ANGELINO FAUSTINO DE SOUZA** Data de Nascimento: **14/2/1984** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **6852298/SDS/PE (RG)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **1º. GRAU INCOMPLETO** Profissão: **PEDREIRO(A)** Telefones Celulares: **- 81826614**

Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE SAO LOURENCO DA MATA, 97, RUA SANTUARIO, MATRIZ DA LUZ. - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - SAO LOURENCO DA MATA/PERNAMBUCO/BRASIL**

LOMBADA - Ramo de Atividade: **OUTROS**

Nome do Representante: - Cargo do Representante: - Pessoa de Contato no estabelecimento comercial: - Telefone de Contato: -

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

MOTO (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **LINDEMBERG FAUSTINO DE SOUZA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **LINDEMBERG FAUSTINO DE SOUZA**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**
Quantidade: **01 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PGY8036** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Chassi: **9C2KC2500KR103775**

Ano Fabricação/Modelo: **2018/2019**

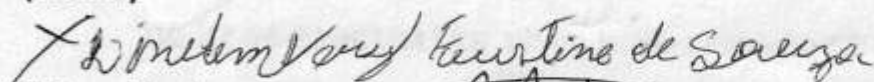
Descrição: **MOTO DE PROPRIEDADE DO SENHOR, WELLINTON DE FREITAS MELO JUNIOR**

Complemento / Observação

RELATA A VITIMA, QUE CONDUZIA A MOTO ACIMA MECIONADA, NO CENTRO DE MATRIZ DA LUZ, QUANDO UMA LOMBADA NÃO SINALIZADA PROXIMO AO COLEGIO DERRAPOU LEVANDO A VITIMA AO CHÃO, CAUSANDO, ESCORIAÇÕES NO BRAÇO DIREITO, SENDO SOCORRIDO POR POPULARES PARA UPA DE SÃO LOURENÇO, E DEPOIS TRANSFERIDO PAR SANTA CASA. CITA A VITIMA QUE NÃO POSSUI A CARTEIRA DE HABILITAÇÃO, (CNH). ENCERRO A PRESENTE OCORRENCIA.

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

LINDEMBERG FAUSTINO DE SOUZA
(VITIMA)



B.O. registrado por: **MARCOS ANTONIO MARQUES DA SILVA** - Matrícula: **3848345**



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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: 058.836.704-40 4 - Nome completo da vítima: LINDEMBERG FAUSTINO DE SOUZA

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

5 - Nome completo: LINDEMBERG FAUSTINO DE SOUZA 6 - CPF: 058.836.704-40
7 - Profissão: DESEMPREGADO 8 - Endereço: RUA CALCEDONIA 9 - Número: 269 10 - Complemento: CASA
11 - Bairro: CENTRO 12 - Cidade: SÃO LOURENÇO DA MATA 13 - Estado: PE 14 - CEP: 54735-095
15 - E-mail: THAMYRES_TAS@hotmail.com 16 - Tel.(DDD): 81 9 7913-5873

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)
AGÊNCIA: 0876 CONTA: 00097145 (Informar o dígito se existir)
☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos) Nome do BANCO: AGÊNCIA: CONTA: (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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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(vainscer)? ☐ 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.

34 - Impressão digital 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

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

40 - Local e Data, Sabão 30 de Setembro de 2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)
Lindemberg

43 - Assinatura do Procurador (se houver)
Thaysma

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)



HOSPITAL E MATERNIDADE
PETRONILA CAMPOS



PREFEITURA DE
**São Lourenço
da Mata**
Um novo tempo para nossa cidade

PRONTUÁRIO DE ATENDIMENTO DA EMERGÊNCIA

Data: 04/08/19		Nº Registro: 220613	
Nome: Edson de Almeida Figueiredo da Silva			
Data de Nascimento: 14/02/84		Idade: 34	Hora Atendimento: 16:46
Sexo: M () F ()	Reg: 6.852.298		SUS: CPF: 033.116.704-40
Nome Mãe: Francisca Maria da Conceição			
Responsável: O mesmo		Telefone:	
Endereço: Rua Sotão			Número: 512
Bairro: Morais do Lago		Município: São Lourenço da Mata	
PSF de:		Origem:	
Queixa Principal: Acidente automobilístico e traumas e medicação, mais importantes em			
PDA: MSD			
Exame Físico:			

Assinatura Médico

PA:	mmhg	FR:	ipm	Pulso:	bpm	Temperatura:
Massa:		Kg:		HGT	mg/dl	

Simone V. da Silva
COREN-PE: 1318817-TE

PRESCRIÇÃO:

- 1) Lavagem das feridas com água corrente + clorexidina + SF0,9%
- 2) Voltaren 100mg - 01 AMP, IV, lento, agora ✓ 17:55
- 3) Dipirona 500mg/ml - Aplicar 04ml, IV, lento, agora ✓
- 4) Rx de ombro após redução e medicação
- 5) Em tempo. Nta e orientação de procurar UPA p/ Rx de ombro (17:50).

Dr. Carlos Farias
CRM-PE: 28.197

ERVAÇÕES:

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: 10/12/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: LINDEMBERG FAUSTINO DE SOUZA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00876

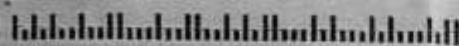
CONTA: 000000097145-1

Nr. da Autenticação 88A8BC145DE6C3C5

Todos os marcados de rosa acabam este mês.



60000255



CIC REG F E PL3

PC-11

LINDEMBERG F DE SOUZA
R CALCEDONIA 269
CENTRO
54735-095 SAO LOURENCO DA - PE



721109421027454000000112290 170619

Fechamento próxima fatura: 14/07/2019

Postagem: 17/06/2019

Vencimento: 01/07/2019

Emissão: 14/06/2019

Titular **LINDEMBERG F DE SOUZA**
Cartão **5487.XXXX.XXXX.0065**

Pra que esperar a fatura impressa chegar em casa? Mude agora para a Fatura Digital. Acesse: itau.com.br/cartoes/cadastre-fatura-digital

vencimento

01/07/2019

A) pagamento total

R\$

2.213,88

B) pagamento mínimo*

R\$

664,20
+ 6 x 353,78

Veja outras opções de
parcelamento na
2ª folha dessa fatura.

* Você pode pagar qualquer valor acima de R\$ 664,20. O que restar para o valor total será parcelado em 6 X, com encargos.

B) Pagamento mínimo: o valor pago será considerado como entrada de um financiamento, e o saldo restante será dividido em parcelas fixas com juros iguais ao do parcelamento (Parcelas Fixas) da fatura. Se você efetuar um pagamento inferior ao pagamento mínimo para financiamento, você estará em atraso, incorrendo em juros, multa e mora.

Limites de crédito R\$

Limite total de crédito	1.950,00
Limite utilizado no mês	3.647,98
Retirada de recursos Par(saque)	520,00
Retirada de recursos Exterior(saque)	1.950,00

Pagamentos efetuados

DATA		VALOR EM R\$
03/06	PAGAMENTO EFETUADO 3568	1.000,00
03/06	PAGAMENTO EFETUADO 3568	50,00
Total dos pagamentos		- 1.050,00

Lançamentos: compras e saques
LINDEMBERG F SOUZA (final 0065)

DATA	ESTABELECIMENTO	VALOR EM R\$
13/10	LOJAS AMERICANAS 409/10 SAO LOURENCO	89,90
20/12	JUNIOR MAGAZINE 06/07 VESTUÁRIO SAO LOURENCO	105,53
27/02	MASTER JUNIOR MOVE04/04 MIRADIA SAO LOURENCO	99,25
22/03	PAG* Bartira Angela 03/07 VESTUÁRIO NOSSASEN HORAD	138,58

Continua...

Compra presencial
com o uso do cartão e senha.

Caso você não pague a fatura integralmente, haverá cobrança de juros sobre as novas compras a partir da data de sua realização até o pagamento total da fatura. Somente as compras lançadas após o pagamento integral da fatura não terão incidência de juros.



Banco Itaú S.A. 341-7 34191.75538 82987.152525 50451.630003 4 000

Número do Documento

00253829871/0012114

Nome do Pagador (PF/CNPJ)

LINDEMBERG F DE SOUZA - 058.836.704-40

Nome do Banco (sujeito ao crédito) BANCO ITAÚ S.A. - 12.743.154/0001-90

Nosso Número

recibo do pagador

175/53829871-5

Valor do Documento

R\$ 2.213,88

Vencimento

01/07/2019

NOTA FISCAL | FATURA | CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

COMPANHIA ENERGÉTICA DE PERNAMBUCO

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



Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de 26/04/02
COMERCIAL 118 | PRONTIDÃO 118
Atendimento ao deficiente auditivo ou de fala: 0800 251 0142
Ouvidoria: 0800 282 5599
Agência de Regulação dos Serviços Públicos Delegados
do Estado de Pernambuco-ARPE: 0800 727 0167-
Ligação Gratuita de Telefones Fixos
Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL 167-
Ligação Gratuita de telefones fixos e tarifada
na origem para telefones celulares

DADOS DO CLIENTE! ROSEANE SOARES DE JESUS SILVA-PROX AO BLOCO 150	DATA DE VENCIMENTO 25/10/2019 TOTAL A PAGAR R\$ 89,80	DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL 18/10/2019 DATA DA APRESENTAÇÃO 18/10/2019 NÚMERO DA NOTA FISCAL 081702666	CONTA CONTRATO 4010707647 CLASSIFICAÇÃO RESIDENCIAL Monofásico B1
ENDEREÇO PROX AO BLOCO 150 -AV JOAO FERNANDES VIEIRA 4 C -MARCOS FREIRE/PRAZERES -54360-020 JABOATAO DOS GUARARAPES PE -			

PERÍODO CONSUMO 17/09/2019 a 18/10/2019	CONSUMO 97
---	----------------------

ICMS - BASE DE CÁLCULO R\$ 0,00 Alíquota 25,00 valor do imposto R\$ 20,54

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA	VIA PARA PAGAMENTO
------------------------------	---------------------------

Destaque aqui

CONTA CONTRATO 4010707647	MÊS/ANO 10/2019	TOTAL A PAGAR R\$ 89,80	VENCIMENTO 25/10/2019	TALÃO DE PAGAMENTO Evite dobrar e perfurar ou rasurar. Este canhoto será usado em leitora ótica.
-------------------------------------	---------------------------	-----------------------------------	---------------------------------	---

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

838000000009 898000110045 010707647107 142772063135



Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)
Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

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 COAF².

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 Nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Myriane Thaysma Alves

Inscrito (a) no CPF/CNPJ 100.086.844 / 30, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Lindemberg Faustino inscrito (a) no CPF sob o Nº 058.836.704 / 40,

do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Lindemberg Faustino

inscrito (a) no CPF sob o Nº 058.836.704 / 40, 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>Av. João Fernandes Vieira</u>	Número: <u>4C</u>	Complemento: <u>CASA</u>
Bairro: <u>Marcos Freire</u>	Cidade: <u>Sabotão dos Guararapes</u>	Estado: <u>PE</u>
E-mail: <u>Thamyres-tas@hotmail.com</u>	CEP: <u>54360-020</u>	Tel.(DDD): <u>81 9 7113 - 5873</u>

Local e Data: Recife 28/10/2019

Myriane Thaysma Alves

Assinatura do Declarante

DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)

Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

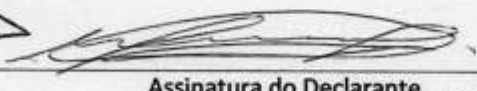
SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

dados dono moto
Eu, WELLINGTON DE FREITAS MELO JUNIOR,
RG nº 4.594.669 SDS PE, data de expedição 09/06/2015,
Órgão SDS PE, portador do CPF nº 026937774-37,
com domicílio na cidade de RECIFE, no Estado de
PERNAMBUCO, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
DEP. JOAQUIM COUTINHO, nº 196,
complemento COHAB, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima
LINDEMBERG FAUSTINO DE SOUZA, cujo o condutor era **LINDEMBERG FAUSTINO DE SOUZA**.

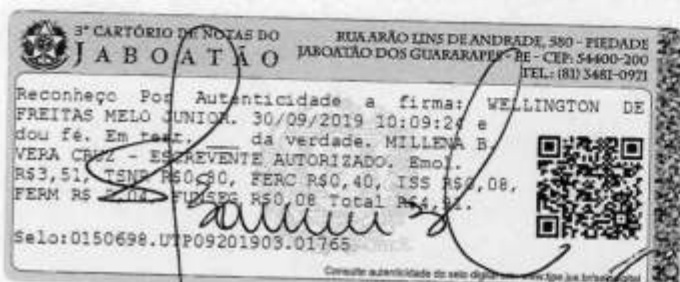
Veículo: MOTOCICLETA HONDA Modelo: CG 160 START Ano: 2018/2019
Placa: PGY8036 Chassi: 9C2KC2500KR103775

Data do Acidente: 04/08/2019

Local e Data: JABOATÃO, 30 DE SETEMBRO DE 2019

dados dono moto
3º Ofício Jaboatão

Assinatura do Declarante
(RECONHECER FIRMA P/AUTENTICIDADE)

Assinatura do Condutor
(caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)
LINDEMBERG FAUSTINO DE SOUZA





HOSPITAL E MATERNIDADE
PETRONILA CAMPOS



PREFEITURA DE
**São Lourenço
da Mata**
Hoje eu sou parte para nossa cidade

PRONTUÁRIO DE ATENDIMENTO DA EMERGÊNCIA

Data: 04/08/19		Nº Registro: 220613	
Nome: Liliandimberg Fountino da Souza			
Data de Nascimento: 14/02/84	Idade: 34	Hora Atendimento: 16:46	
Sexo: M () F ()	Reg. 6.852.298	SUS: CPF: 058.136.704-40	
Nome Mãe: Francineia Maria da Conceição			
Responsável: O mesmo		Telefone:	
Endereço: Rua Sotomaior			Número: 512
Bairro: Montoy do Lago	Município: São Lourenço da Mata		
PSF de:	Origem:		
Queixa Principal: Acidente automobilístico e traumas e lesões, mais importantes em			
PDA: MSD			
Exame Físico:			

Assinatura Médico

PA:	mmhg	FR:	ipm	Pulso:	bpm	Temperatura:
Massa:		Kg:		HGT:	mg/dl	

Simone V. da Silva
COREN-PE: 1318817-TE

PRESCRIÇÃO:

- 1) Lavagem das feridas com água corrente + clorexidina + SFN, 94
- 2) Voltaren 100mg - 01 AMP, IV, lento, agora 17:55
- 3) Diprisona 500mg/ml - Aplicar 04ml, IV, lento, agora
- 4) Rx de ombro após redução e medicação
- 5) Em tempo. Atua a orientação de procedure. HPA. p/ Rx de ombro (17:50).

Dr. Carlos Farias
CRM-PE: 28.197

ERVAÇÕES:



PREFEITURA DE
**São Lourenço
da Mata**
Um novo tempo para nossa cidade

SECRETARIA DE SAÚDE
RUA DO SANTUÁRIO, Nº 92
Cidade de São Lourenço da Mata
CEP: 53.125-000



Secretaria de Saúde

CENTRAL DE REGULAÇÃO FICHA DE ENCAMINHAMENTO AO ESPECIALISTA

Unidade de saúde:	Município:	
Telefone:	São Lourenço da mata:	
Nome do usuário: <i>Lindemberg Faustino de Souza</i>	Cartão SUS nº: <i>898004102936116</i>	
Prontuário nº:	Sexo: <i>M</i>	Raça/cor:
Data de nascimento: <i>14/02/1984</i>	Nome da mãe: <i>Francisca Mª da Conceição</i>	
Endereço: <i>Rua do Santuário, nº 92</i>	Tel: <i>984817303</i>	
Bairro: <i>Matoz da Luz</i>	Referência:	
CID ou Diagnóstico inicial: <i>Pós-op em MSD. (CID10: S520)</i>	<i>981826614</i>	
Especialidade: <i>Proctologia Motora - 20 sessões</i>		
Justificativa do Encaminhamento:		
Resultados de exame realizados:		
Carimbo e assinatura do Profissional de saúde	Assinatura do responsável Pelo encaminhamento	

UNIDADE ENCAMINHADORA: SECRETARIA DE SAÚDE

Unidade Executante:	Código de atendimento:	
Médico:	Data / /	Hora inicial:
Endereço:	Fone:	
Bairro:		
Ponto de Referência:		

OBS: COMPARECER A UNIDADE EXECUTANTE UMA HORA ANTES DA HORA INICIAL DE ATENDIMENTO

CONTRA-REFERÊNCIA

DIAGNÓSTICO E/OU CONDUTA ADOTADA NA UNIDADE EXECUTANTE

Carimbo e assinatura do profissional de saúde



PREFEITURA DE
**São Lourenço
da Mata**
Um novo tempo para nossa cidade



al



HOSPITAL E MATERNIDADE
PETRONILA CAMPOS

FICHA DE ACOLHIMENTO EMERGÊNCIA

PACIENTE: Lindemberg Faustino

IDADE: 34 ALERGIAS: (X) NÃO () SIM: A

MEDICAÇÕES EM USO: _____

PESO: _____ KG TEMPERATURA: _____ °C PA: _____ X _____ MMHG F.C.: _____ BPM
F.R.: _____ IRPM SATURAÇÃO DE OXIGÊNIO: _____ % GLICEMIA: _____ MG/DL

ANTECEDENTES PESSOAIS	SIM	NÃO
USO DE ÁLCOOL/ DROGAS		
TABAGISMO		
HIPERTENSÃO		
DIABETES		
INFECÇÃO ESPECÍFICA		
OUTRAS PATOLOGIAS		

QUEIXAS: exorciação em MMII e MMSS após acidente automotivo
letal.

HISTÓRIA
CLÍNICA: _____

Andreza Alves
Enfermeira Auditora
COAEN - 018.918

ASSINATURA DO PROFISSIONAL



HOSPITAL E MATERNIDADE
PETRONILA CAMPOS



PREFEITURA DE
**São Lourenço
da Mata**
Um novo tempo para nossa cidade

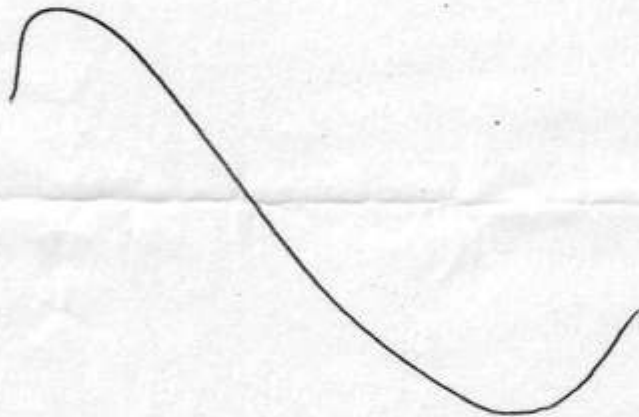
Receituário

Lindemberg Faustino de Souza

Rx //

Uso oral

1/ Cataplen 50mg — 15cp
Tomar 01cp, 10, 8/8h, por 5d



Dr. Carlo Farias
Médico
CRM-PE 28.197

04/08/19

UPA SÃO LOURENÇO - SÃO LOURENÇO

Atendimento: 1045425

Senha de Classificação:

0059

Data e Hora: 10/03/2019 11:47

Especialidade:

Paciente: 100303 LINDEMBERG FAUSTINO DE SOUZA

Sexo: MASCULINO

Nome Social:

Data do Nascimento: 14/02/1984 Idade: 35 anos

Convênio: 2

SUS - PRONTO ATENDIMENTO

Nome da Mãe: FRANCISCA MARIA DA CONCEICAO

Nome do Pai:

Estado Civil: UNIAO ESTAVEL

Nome do Médico: PLANTONISTA UPA - CLINICO

CRM: 4569

Endereço: RUA DA LUIZ -

07

Bairro: CENTRO

Morada/UF: SÃO LOURENÇO DA MATA PE

Cep: 54735002

Usuário Atendimento: ALEXSS

RG (Identidade): 8.352.298

SDS PE

Data de Emissão: 02/04/2019

(Censo de Pessoa Física):

Fone: 91728954

Comprovante de Registro de Nascimento:

Data de Emissão CRN:

RESUMO DE TRATAMENTO

Altura: _____ Temperatura: _____ Hora: 12:10

Queixa Principal:

Paciente com história de queda há 6 dias
em piora da dor

Alergia: P

Exame Físico

ECG: COTR
ACV: mu otu
An:

História Diagnóstica

Trauma MSD

Conduta Terapêutica

Rivotril MSD

Prescrição Médica

1) Cetorolaco 100mg em água

Valdenice de A. Ferreira
Téc. de Enfermagem
CORENPE: 200.752.881

Destino: ☐ Encaminhado ao Ambulatório

☐ Residência

Transferido:

Outro:

Senha:

Relação Especialidade
Relação Especialidade
Relação Especialidade

Carimbo/Médico

ATESTADO

() SIM () DIAS
() NÃO

DIGITADO

Liberto desta VO

Carimbo Médico

UPA 24 HORAS - SAO LOURENCO

Resumo de Classificação de Risco - Protocolo

PROTOCOLO CLASSIFICACAO REDE IMIP

Data e hora retirada da senha: 10/08/2019 11:25



Nome Paciente: LINDEMBERG PASUTINO DE SOUZA
Cód. Paciente:
Data de Nascimento: 14/02/1984
Sexo: Masculino
Idade: 35
Senha: 0059
Convênio:
Atendimento:
SAME:

Período: 10/08/2019 11:43 - 10/08/2019 11:44

AMANDA STEPPLE DE AQUINO - COREN: 12345 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - Classificação

Classificação: NÃO URGENTE - VERDE
Cor: VERDE
Classificação Principal: REFERE QUEDA HA 6 DIAS E DOR EM MSD.
Outras Condições: ALERGIA -
HAS -
DM -
Fluxograma sintoma: TRAUMA
Discriminador(es): - EVENTO (TRAUMA) HÁ MAIS DE 6 H
Especialidade: CLINICA GERAL
Sinais Vitais Lidos: - FREQUENCIA CARDIACA: 102.00 BPM
- P.A. SISTOLICA: 135.00 MMHG
- P.A. DISTOLICA: 85.00 MMHG

Assinatura(s) por: AMANDA STEPPLE DE AQUINO - COREN: 12345 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 10/08/2019 11:44

UPA SÃO LOURENÇO SÃO LOURENÇO

Encaminhamento: 1045465

Sentença de Classificação:

0083

Data Hora: 10/08/2019 14:12

Especialidade:

Paciente: 100303 LINDEMBERG FAUSTINO DE SOUZA

Sexo: MASCULINO

Nome Social:

Data do Nascimento: 14/02/1984 Idade: 35 anos Convenio: 2 SUS - PRONTO ATENDIMENTO

Nome da Mãe: FRANCISCA MARIA DA CONCEICAO Nome do Pai:

Endereço: RUA ESTÁVEL Nome do Médico: PLANTONISTA UPA - ORTODONTISTA

CRM: 693

Endereço: RUA SANTO ANTONIO, 1212 - JARDIM DA LUZ - SÃO LOURENÇO - SP

Endereço: RUA SÃO LOURENÇO DA MATA, 15 - JARDIM DA LUZ - SÃO LOURENÇO - SP

Identificação: 0083 203 Data de Emissão: 12/04/2019

Tipo de Documento: Pessoa Física

Data de Registro de Nascimento: Data de Emissão ORC:

RESUMO DE TRATAMENTO

Peso: 70kg Altura: 1,75m Temperatura: 36,5°C

Queixa Principal

Foram um catarato (D) após acidente de trânsito há 6 dias

diuréticos (-)

DRE NAS (-)

Exame Físico

admissão +1/4+ catarato (D) com irritação

escarificadas em face extensora cateto (D), sem admissão contumida

Exame Diagnóstico

Fratura do Círculo (D)

Exame Radiológico

Rx Catarato (D) - Fratura do Círculo (D)

Prescrição Médica

Toda axilopalmar

Toda amarela

1) Rinsolona 0,5mg + AD 500mg

2) Indometacina 50mg + AD 500mg

Em suco 3x/dia, Al 200ml

Prescrição: () Encaminhado ao Ambulatório () Residência

Assinatura:

Assinatura: 10/08/2019

Assinatura: 10/08/2019

Assinatura: 10/08/2019

Assinatura: 10/08/2019

Assinatura: 10/08/2019

Assinatura: 10/08/2019

Geane R. do Carmo 15:43
Téc. Imobilização Ortopédica
ASTECO / 15
1481.1084Valdenice de A. Ferreira
Téc. de Enfermagem
COREN-SP 762.951ATESTADO
SIM / NÃO
DIAS

ATA 24 HORAS - SAO LOURENCO

Sistema de Classificação de Risco - Protocolo

PROTOCOLO CLASSIFICACAO REDE UNP

Data e hora da senha: 10/08/2019 14:07

Sistema de Classificação de Risco

Nome Paciente: L. MARCELO DA SILVA

Cod. Paciente:

Data de Nascimento: 14/02/1984

Sexo: Feminino

Idade: 35

Senha: 0083

Convênio:

Atendimento:

SAME:

Período: 10/08/2019 14:07 - 10/08/2019 14:07

TATIANE SOARES TORRES BEZERRA - COREN: 542387 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - Classificação

Prioridade: NÃO URGENTE - VERDE

Cod: VERDE

Encaminhamento: ENCAMINHADO DA CLÍNICA A ORTOPEDIA

Exatidão da situação: TRAUMA

Descrição da situação: - SEM PERDA DE CONSCIÊNCIA, NÁUSEA OU VÔMITO, CRISE CONVULSIVA OU FERIMENTO PERFURANTE

Especialidade: ORTOPEDIA TRAUMATOLOGIA

Acolhido(a) por: TATIANE SOARES TORRES BEZERRA - COREN: 542387 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 10/08/2019 14:07

UPA SÃO LOURENÇO - SÃO LOURENÇO

0059

Especialidades:

Sexo: MASCULINO

CRM-4569

57

Bairro: CENTRO

PE

Gen: 547350-10

Usuário Atendimento: ALEXSS

SDS PE

Data de Emissão: 02/04/2019

Font:97728834

Data de Entrega: 2011

RESUMIO DE TRATAMENTO

Page 1210

Pacote com história que queda há 6 dias
em piora da dor

Evans, P. 1996. Field

FOR COTE
see } me then
an }

• **Antesse Diagnostico**

Training MSB

Conducta Terapeutica

ACVOX MSD

Prática Médica

1) Стороженко Павел Иванович

Valdenice de A. Ferreira
Téc. de Enfermagem
COREN/PE: 220.752.822

Destino: ☐ Encaminhado ao Ambulatório ☐ Residência

info@stg.com

Raissa Espindão
6.ª Classe
661-PE-1332

Sentha:

Cardiaco/Médico

2000-2001

Libero dieta VO

Dr. Fernando Miranda
Medica
C.R. 70.200

ATESTADO

() SIM () DIAS
() NÃO ()



DIGITADO

UPA 24 HORAS - SAO LOURENCO

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

PROTOCOLO CLASSIFICAÇÃO REDE IMIP

Data e hora retirada da senha: 10/08/2019 11:25

 Nome Paciente: LINDEMBERG PASUTINO DE SOUZA
Cód. Paciente:
Data de Nascimento: 14/02/1984
Sexo: Masculino
Idade: 35
Senha: 0059
Convênio:
Atendimento:
SAME:

Período: 10/08/2019 11:43 - 10/08/2019 11:44

AMANDA STEPPLE DE AQUINO - COREN: 12345 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - Classificação

Classificação: NÃO URGENTE - VERDE

Cor:  VERDE

Queixa Principal: REFERE QUEDA HA 6 DIAS E DOR EM MSD.

Observação: ALERGIA -
HAS -
DM -

Fluxograma sintoma: TRAUMA

Discriminador(es): - EVENTO (TRAUMA) HA MAIS DE 6 H

Especialidade: CLINICA GERAL

Sinais Vitais Lidos: - FREQUENCIA CARDIACA: 102.00 BPM
- P.A. SISTOLICA: 135.00 MMHG
- P.A. DISTOLICA: 86.00 MMHG

Acolhido(a) por: AMANDA STEPPLE DE AQUINO - COREN: 12345 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 10/08/2019 11:44

GUIA DE TRANSFERÊNCIA / ENCAMINHAMENTO

NOME: Guilherme Francisco de Souza IDADE: 37
REGISTRO: 1045406 DATA: 10/08/19
HDA: Por um cálculo de apendicite
de mais no bexiga

EX. FÍSICO: paciente a ser liberado para casa
com dor (5)

orientação em casa e retorno a trabalho (5)

EX. COMPLEMENTARES: _____

HIPÓTESES DIAGNÓSTICAS:

1. Fratura do crânio (5)
2. _____
3. _____

CONDUTA ADOTADA NO ATENDIMENTO INICIAL: _____

medicamento e analgesia

SENHA: FF450PG DESTINO: UGV

COM ACOMPANHAMENTO MÉDICO: SIM () NÃO (X)

JUSTIFICATIVA: fratura do crânio / contusão

HORA DA SOLICITAÇÃO: _____ MÉDICO SOLICITANTE: _____

HORA DA SAÍDA: _____ MÉDICO DA LIBERAÇÃO: _____

ENFERMEIRO DA LIBERAÇÃO: _____

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE MUDANÇA DE
PROCEDIMENTO E DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(S)Folha
1/2Sistema Único de
Saúde Ministério da
Saúde

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

HSA

2 - CNES

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

Lindemberg Faustino de Souza

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

9 - SEXO

Masc. 1

Fem. 3

10 - RAÇA/COR

10.1 - ETNIA

8 - Nº DO PRONTUÁRIO

654473

11 - NOME DA MÃE

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

17 - Cód. IBGE MUNICÍPIO

18 - UF

19 - CEP

20 - NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)

MUDANÇA DE PROCEDIMENTO

21 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - ANTERIOR

23 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - MUDANÇA

25 - DIAGNÓSTICO INICIAL

26 - CID 10 PRINCIPAL

27 - CID 10 SECUNDÁRIO

28 - Cód. 10 CAUSAS ASSOCIADAS

22 - Cód. DO PROCEDIMENTO - ANTERIOR

24 - Cód. DO PROCEDIMENTO - MUDANÇA

SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)

29 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

Trat. cirurg. de cisto e neurólise

31 - SOLICITAÇÃO DE DIÁRIA DE UTI E/OU DIÁRIA DE ACOMPANHANTE

☐ DIÁRIA DE ACOMPANHANTE☐ DIÁRIA DE UTI TIPO I☐ DIÁRIA DE UTI TIPO II☐ DIÁRIA DE UTI TIPO III

32 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

Placa de reconstrução 3,5mm

35 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

Parafuso canulado 3,5mm

38 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

30 - Cód. DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

0408020369

0403020077

33 - Cód. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

34 - QTD.

070203092901

36 - Cód. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

37 - QTD.

39 - Cód. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

40 - QTD.

41 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

Paciente com fratura da unha direita, sendo submetido a procedimento cirúrgico, sem intercorrências

PROFISSIONAL SOLICITANTE

42 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

Camila Carvalho Krause Gonçalves

44 - DOCUMENTO

45 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

() CNS

() CPF

03245807465

46 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

43 - DATA DA SOLICITAÇÃO

26/08/2016

AUTORIZAÇÃO

47 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

50 - DOCUMENTO

51 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

() CNS

() CPF

52 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

49 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

Dr. Camila Krause
Ortopedista
CRM 20000-1515167

DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins, que o paciente **LINDEMBERG FAUSTINO DE SOUZA**, prontuário nº **1182239**, admitido neste hospital em 11/08/2019 com diagnóstico de Fratura da ulna direita, sendo submetido a tratamento cirúrgico. Recebeu alta hospitalar em 17/08/2019.

Recife, 18 de Setembro de 2019.

Roberta C. de Almeida
Diretora Técnica
Hospital Santo Amaro
CRAMPE 13434

Dr^a Roberta Cavalcanti de Almeida
Diretora Técnica do Hospital Santo Amaro



Santa Casa de Misericórdia do Recife
Av. Cruz Cabugá, 1563 - Santo Amaro - Recife - PE
Fone: PABX 3412-3800 | Email: sta-casa@saltacasarecife.org.br
Site: www.saltacasarecife.org.br

Registro:654473 Prontuário:1182239 Data de Nascimento:14/02/84 Idade:35 ANO(S)
Nome do Paciente:**LINDEMBERG FAUSTINO DE SOUZA** Sexo:Masculino
Nome da Mãe:FRANCISCA MARIA DA CONCEICAO
CPF: 05883670440

Data: 16/08/2019

BOLETIM OPERATÓRIO

Recife,16/08/2019-17:59

Diagnóstico pré-operatório: Fratura de olecraneo da ulna direita

Diagnóstico pós-operatório: O mesmo

Cirurgia: Tratamento cirúrgico de fratura da ulna DIREITA + neurolise do nervo ulnar DIREITA

Cirurgião: CAMILA KRAUSE

Anestesista: Bloqueio Plexo Braquial

Anestesia: ANDRÉ ABAGARO

Acidentes durante a cirurgia: Nenhum

DESCRIÇÃO CIRÚRGICA

- 1) Paciente em decúbito ventral sob anestesia
- 2) Garroteamento do membro superior
- 3) Assepsia + Antissepsia
- 4) Aposição de campos cirúrgicos esteréis e impermeáveis
- 5) Realizado incisão posterior no cotovelo com dissecação por planos anatomicos e hemostasia.
- 6) Liberação c/ neurolise do nervo ulnar DIREITO, visualizado foco de fratura
- 7) Realizado limpeza da articulacao com SF0,9% e revisão da hemostasia.
- 8) Reducao anatomica dos fragmentos com fixação de 02 parafusos canulados e 01 placa de reconstrução.
- 9) Observada a manutencao da reducao e rigidez da sintese apos movimentacao passiva do cotovelo. Sem bloqueio articular.
- 10) Sintese por planos anatomicos
- 11) Curativo
- 12) Retirado garrote de membro superior
- 13) Verificada boa perfusão distal

Dr. CAMILA CARVALHO KRAUSE GONCALVES
CRM:20799

Este documento foi assinado digitalmente, conforme Medida Provisória N° 2.200-2 de 24/08/2001.

Nome do profissional: CAMILA CARVALHO KRAUSE GONCALVES. CRM: 20799. Data e Hora: 16/08/2019 18:11:02.



Santa Casa de Misericórdia do Recife

Av. Cruz Cabugá, 1563 - Santo Amaro - Recife - PE

Fone: PABX 3412-3000 | Email: sta-casa@saltacasarecife.org.br

Site: www.saltacasarecife.org.br

Registro:654473 Prontuário:1182239 Data de Nascimento:14/02/84 Idade:35 ANO(S)

Nome do Paciente:**LINDEMBERG FAUSTINO DE SOUZA** Sexo:Masculino

Nome da Mãe:FRANCISCA MARIA DA CONCEICAO

CPF: 05883670440

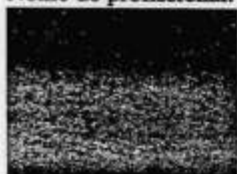
Data: 16/08/2019

MELHORADO

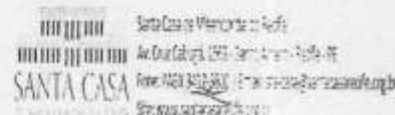
Dr. CAMILA CARVALHO KRAUSE GONCALVES
CRM: 20799

Este documento foi assinado digitalmente, conforme Medida Provisória N° 2.200-2 de 24/08/2001.

Nome do profissional: CAMILA CARVALHO KRAUSE GONCALVES. CRM: 20799. Data e Hora: 21/08/2019 13:44:32.



Relatório Médico de Alta



Nome: LINDEMBERG FAUSTINO DE SOUZA
Reg.: 654473 Pront.: 1182239
Sexo: Masculino Dt. Nasc.: 14/02/1984
Conv.: RETAGUARDA GETULIO

Idade: 35
Admissão: 11/08/2019 19:39 Alta: 17/08/2019 05:44

Admissão:

FRATURA DE OLECRANO DIREITO

Evolução / Conduta:

OPERADO, SEM INTERCORRENCIAS

Diagnóstico:

Principal S52.0 FRATURA DA EXTREMIDADE SUPERIOR DO CÚBITO [ULNA]

Internação:

Unidade	Admissão	Alta/Transferência	Tempo
ENFERMARIA SÃO LUIZ	11/08/2019 19:39	17/08/2019 05:44	6 dia(s)

Orientação:

ALTA HOSPITALAR COM ORIENTAÇÕES
RETORNAR AO AMBULATORIO DE DRA CAMILA KRAUSE DIA 28/08/2019
ANALGESIA + ATB
TIPOIA

Condição de Alta:

Tipo de Alta: Médica



Médico Responsável: Dr. VICTOR MACHADO DE CARVALHO CARDOSO
CRM: 27429

Santa Casa de Recife

Solicitação de Exames

Paciente: LINDEMBERG FAUSTINO DE SOUZA

Reg.: 654473

Pront.: 1182239

Telefone: 081984817303

Dt. Nasc.: 14/02/1984

RG: 6852298

Titular: LINDEMBERG FAUSTINO DE SOUZA

Matric:

Unidade: ENFERMARIA SÃO LUIZ

Leitos: LEITO C1

IH No.: 1 Admissão: 11/08/2019 19:39

Convênio: RETAGUARDA GETULIO

CID:

OS: 119.217074

Data/Hora: 16/08/2019 18:14

Exames Solicitados:

- 1) RX COTOVELO DIR AP/P

Dr. CAMILA CARVALHO KRAUSE GONCALVES

CRM: 20799

Victor M. C. Cardoso
Médico
CRM-PE 02429



Santa Casa de Misericórdia do Recife
Av. Cruz Cabugá, 1563 - Santo Amaro - Recife - PE
Fone: PABX 3412-3800 | Email: sta-casa@saltocastrecife.org.br
Site: www.saltocastrecife.org.br

Registro:654473 Prontuário:1182239 Data de Nascimento:14/02/84 Idade:35 ANO(S)

Nome do Paciente:**LINDEMBERG FAUSTINO DE SOUZA** Sexo:Masculino

Nome da Mãe:FRANCISCA MARIA DA CONCEICAO

CPF: 05883670440

Data: 16/08/2019

SÚMARIO DE ADMISSÃO E ALTA

DIAGNÓSTICO INICIAL(CONSTANTE NO LAUDO MÉDICO):
S520 - FRATURA DA EXTREMIDADE SUPERIOR DO CÚBITO [ULNA]

PROCEDIMENTO SOLICITADO:Tratamento cirúrgico de fratura da ulna DIREITA +
neurolise do nervo ulnar DIREITA CÓDIGO: 0408020369
0403020077

TEMPO DE PERMANÊNCIA PREVISTO:

PROCEDIMENTO REALIZADO: Tratamento cirúrgico de fratura da ulna DIREITA + neurolise
do nervo ulnar DIREITA CÓDIGO:0408020369
0403020077

COD.	EQUIPE	NOME	MATRICULA
1	CIRURGIÃO	:camila krause	20799
2	1.AUX CIRÚRGICO:		
3	2.AUX CIRÚRGICO:		
4	ANESTESIA	:BLOQUEIO DE PLEXO	
5	ANESTESISTA	:ANDRE ABAGARO	27826
6	CLÍNICA MÉDICA	:	

PROCEDIMENTOS ESPECIAIS:

RESUMO DE CASO: OPERADO SEM INTERCORRENCIAS

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL:

DIAGNÓSTICO SECUNDÁRIO:

MOTIVO DA ALTA

Este documento foi assinado digitalmente, conforme Medida Provisória Nº 2.200-2 de 24/08/2001.

Nome do profissional: CAMILA CARVALHO KRAUSE GONCALVES. CRM: 20799. Data e Hora: 21/08/2019 13:44:32.



LAUDO MÉDICO
(AO INSS - PERÍCIA MÉDICA)

DATA: 17/08/2019

PACIENTE: LINDEMBERG FAUSTINO DE SOUZA

DECLARO PARA OS DEVIDOS FINS QUE O (A) PACIENTE ACIMA CITADO ESTEVE INTERNADO EM NOSSO SERVIÇO ONDE FOI SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRÚRGICO RECEBENDO ALTA HOSPITALAR APÓS MELHORA CLÍNICA.

ATESTO PARA OS DEVIDOS FINS QUE O (A) PACIENTE ACIMA CITADO NECESSITA AFASTAR-SE DAS ATIVIDADES LABORAIS POR UM PERÍODO DE 90 (NOVENTA) DIAS A PARTIR DESTA DATA.

RETORNO AO AMBULATÓRIO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA DO HOSPITAL SANTO AMARO / SANTA CASA DA MISERICÓRDIA DO RECIFE PARA CONSULTA DE RETORNO NO DIA E HORÁRIO MARCADO ABAIXO.

CID-10: S520

DATA DE INTERNAMENTO: 11/08/2019

DATA DA CIRURGIA: 16/08/2019

DATA DE ALTA: 17/08/2019

DATA CONSULTA DE RETORNO: 28/08/2019

MEDICO ASSISTENTE: DRA. CAMILA KRAUSE



Victor M. C. Cardoso
Médico
CRM: 27429

Médico: Dr. VICTOR MACHADO DE CARVALHO CARDOSO
CRM: 27429

Relatório Médico de Alta

Nome: LINDEMBERG FAUSTINO DE SOUZA
Reg.: 654473 Pront.: 1182239
Sexo: Masculino Dt. Nasc.: 14/02/1984
Conv.: RETAGUARDA GETULIO

Idade: 35
Admissão: 11/08/2019 19:39 Alta: 17/08/2019 05:44

Admissão:

FRATURA DE OLECRANO DIREITO

Evolução / Conduta:

OPERADO, SEM INTERCORRENCIAS

Diagnóstico:

Principal S52.0 FRATURA DA EXTREMIDADE SUPERIOR DO CÚBITO [ULNA]

Internação:

Unidade	Admissão	Alta/Transferência	Tempo
ENFERMARIA SÃO LUIZ	11/08/2019 19:39	17/08/2019 05:44	6 dia(s)

Orientação:

ALTA HOSPITALAR COM ORIENTAÇÕES
RETORNAR AO AMBULATORIO DE DRA CAMILA KRAUSE DIA 28/08/2019
ANALGESIA + ATB
TIPOIA

Condição de Alta:

Tipo de Alta: Médica



Médico Responsável: Dr. VICTOR MACHADO DE CARVALHO CARDOSO
CRM: 27429



Santa Casa de Misericórdia do Recife
Av. Cruz Cabugá, 1563 - Santo Amaro - Recife - PE
Fone: PABX 3412-3800 | Email: sta-casa@santacasarecife.org.br
Site: www.santacasarecife.org.br

NOME: LINDEMBERG FAUSTINO DE SOUZA
ENDEREÇO: RUA SANTUARIO, 97, MATRIZ DA LUZ, SAO LOURENCO DA MATA - PE
DATA: 17/08/2019

1ª VIA FARMÁCIA
2ª VIA PACIENTE

RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

USO ORAL

1. PARACETAMOL + CODEÍNA (500MG / 30MG) ----- 02 CAIXAS

TOMAR 01 CÁPSULA A CADA 8H EM CASO DE DOR MODERADA A FORTE.

Victor M. C. Cardoso
Médico
CRM-PE 27429

Caixa
36 (30MP)
33,00

Dr. VICTOR MACHADO DE CARVALHO CARDOSO
CRM: 27429

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome: _____

IDENT: _____ Órgão Emissor: _____

End: _____

Cidade: _____ UF: _____

Telefone: _____

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

_____/_____/_____
Ass. do Farmacêutico Data

Av. Cruz de Cabugá, nº 1563, Santo Amaro- CEP: 50040-000 - Recife/PE Contato: (81) 3412-3800



Santa Casa de Misericórdia do Recife
Av. Cruz Cabugá, 1563 - Santo Amaro - Recife - PE
Fone: PABX 3412-3800 | Email: sta-casa@santacasarecife.org.br
Site: www.santacasarecife.org.br

RECEITUARIO MÉDICO

PACIENTE: LINDEMBERG FAUSTINO DE SOUZA
DATA: 17/08/2019

USO ORAL

1. DIPIRONA 500mg ----- 20 COMPRIMIDOS

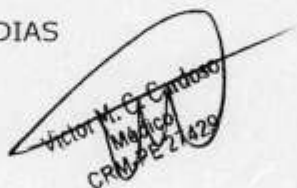
TOMAR 01 COMPRIMIDO A CADA 6 HORAS EM CASO DE DOR [06h] [12h] [18h] [24h]

2. VITAMINA C 500mg ----- 45 COMPRIMIDOS + 24,45

TOMAR 01 COMPRIMIDO, 1 VEZ AO DIA, POR 45 DIAS

3. CEFALOXINA 500mg ----- 28 COMPRIMIDOS +

TOMAR 01 COMPRIMIDO 6/6 HORAS POR 7 DIAS


Victor M. C. Cardoso
Médico
CRM-PE 27429

Caix
30.00m
35,95.

Médico: Dr. VICTOR MACHADO DE CARVALHO CARDOSO
CRM: 27429

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 7.977.704 DATA DE EXPEDIÇÃO 12/11/2014

NOME << MYZRAENE THAYSMA ALVES >>

FILIAÇÃO << >>

<< GLEIKS JULIANA ALVES >>

NATURALIDADE JABOATÃO DOS GUARARAPES - PE DATA DE NASCIMENTO 11/05/1994

DOC ORIGEM << 07718001551996100129224015148218 JABOATÃO PE >>

CPF 100.086.844-30

ASSINATURA DO DIRETOR *Detran*

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

F-63 90.659 - 3123

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE PERNAMBUCO

SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL

INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO TAVARES RUIB

EC-1

POLEGAR DIREITO

Myzraene Thaysma Alves

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE



MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO
CAPTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL

Número 19964 Série 0007



Wendemberg Faustino de Souza
ASSINATURA DO PORTADOR

QUALIFICAÇÃO CIVIL

Nome *Wendemberg Faustino de Souza*
Loc. Nasc. *Recife* Est. *PE* Data *14.1.21.89*
Filiação *Antônio Faustino de Souza*
Francisca Maria da Conceição
Doc. N° *CN-3824 F-259 L-A-22*

ESTRANGEIROS

Chegada ao Brasil em / / Doc. Ident. N°
Exp. em / Estado
Data Emissão *29.06.1.2000* DRT *São Lourenço da Mata*
Maria das Graças Bezerra da Silva
Mat. *0-1337-3* Assinatura do Funcionário

A (C) Non Do N D L 1



Ministério da Fazenda
Secretaria da Receita Federal do Brasil

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: **058.836.704-40**

Nome: **LINDEMBERG FAUSTINO DE SOUZA**

Data de Nascimento: **14/02/1984**

Situação Cadastral: **REGULAR**

Data da Inscrição: **26/03/2003**

Digito Verificador: **00**

Comprovante emitido às: **14:00:35** do dia **28/10/2019** (hora e data de Brasília).
Código de controle do comprovante: **8196.FBD5.15A8.5F3C**



Este documento não substitui o "Comprovante de Inscrição no CPF".

(Modelo aprovado pela IN/RFB nº 1.548, de 13/02/2015.)

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

MINISTÉRIO DA INFRAESTRUTURA

DETRAN

DETRAN - PE

Nº 015100566322

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA	CÓD. RENAVAM	R.N.T.R.C.	EXERCÍCIO
1	117430080E	*****	2019

NOME

WELLINGTON DE FREITAS MELO JUNIOR

RECIFE-PE

0

CPF / CNPJ

026.937.774-37

PLACA

EGY8036

PLACA ANT / UF

***** / PE

CHASSI

9C2KC2500KR103775

ESPÉCIE TIPO

PAR / MOTOCICLETA

COMBUSTÍVEL

GASOLINA

MARCA / MODELO

HONDA/CG 160 START

ANO FAB

2018

ANO MOD

2019

CAP / POT / CIL

2P/162CL

CATEGORIA

PARTIC

COR PREDOMINANTE

PRETA

COTA ÚNICA

IPVA 2019 QUITADO

VENC. COTA ÚNICA

VENC / COTAS

1ª *****

FAIXA I.P.V.A.

1

PARCELAMENTO / COTAS

2ª *****

3ª *****

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$)

60.11

IOF (R\$)

0.32

PRÊMIO TOTAL (R\$)

84.55

DATA DE PAGAMENTO

22/05/19

OBSERVAÇÕES

AL. FID. ADM CONS NAC HONDA LTDA

RECIFE

Roberto Carlos Moreira Fontello

DATA

07/06/19

Roberto Carlos Moreira Fontello

DIRETOR FISCAL

EMISSOR

CONTRAN

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190659979 **Cidade:** São Lourenço da Mata **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: LINDEMBERG FAUSTINO DE SOUZA **Data do acidente:** 04/08/2019 **Seguradora:** MAPFRE PREVIDENCIA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 05/12/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE OLÉCRANO DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACAS). ALTA.
P 16/28.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO COTOVELO DIREITO.

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 COTOVELO DIREITO.

**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 dos cotovelos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0376000/19

Vítima: LINDEMBERG FAUSTINO DE SOUZA

CPF: 058.836.704-40

Seguradora: MAPFRE PREVIDENCIA S.A.

Data do acidente: 04/08/2019

Titular do CPF: LINDEMBERG FAUSTINO
DE SOUZA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

MYZRAENE THAYSMA ALVES : 100.086.844-30

Comprovante de residência
Declaração Circular SUSEP 445/12
Documentos de identificação
Procuração

LINDEMBERG FAUSTINO DE SOUZA : 058.836.704-40

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

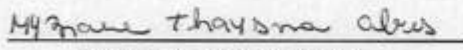
O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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

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

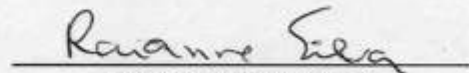
Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 28/10/2019
Nome: MYZRAENE THAYSMA ALVES
CPF: 100.086.844-30


MYZRAENE THAYSMA ALVES

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 28/10/2019
Nome: RAIANNE SILVA BARBOSA
CPF: 102.869.074-61


RAIANNE SILVA BARBOSA

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS - INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS

IDENTIFICAÇÃO DA VÍTIMA

Vítima:	Rindamberg Faustino de Souza		
Data do Acidente:	4/08/16	CPF da vítima:	
Portador da documentação:			
Qualificação do Portador:	☐ Vítima	☐ Representante Legal, cujo parentesco com a vítima é:	
Endereço do portador:			
Número:	Complemento:	Bairro:	
Cidade:	UF:	CEP:	Telefone: ()
E-mail:			

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO APRESENTADO

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE:

- ☒ Formulário de Pedido do Seguro DPVAT
- ☒ Registro de ocorrência expedido pela autoridade policial (cópia simples e legível)
- ☒ Carteira de identidade da vítima ou certidão de nascimento ou certidão de casamento ou carteira de trabalho ou Carteira Nacional de Habilitação (cópia simples e legível)
- ☒ CPF da vítima (cópia simples e legível)
- ☒ Laudo do IML (cópia simples e legível)
- ☒ Declaração de Ausência de Laudo do IML, presente no Formulário de Pedido do Seguro DPVAT
- ☒ Boletim de atendimento hospitalar ou ambulatorial (cópia simples e legível)
- ☒ Comprovante de residência em nome da vítima (cópia simples e legível)

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO APRESENTADO

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)
- obs: Representante Legal é quem representa a vítima menor, de 0 a 15 anos. (pai ou tutor)

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO APRESENTADA

Data:	28/10/16
Identidade:	
Assinatura:	Myrauel Thayana Oban

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO APRESENTADO

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS:

- ☐ Formulário de Pedido do Seguro DPVAT
- ☐ Registro de ocorrência expedido pela autoridade policial (cópia simples e legível)
- ☐ Carteira de identidade da vítima ou certidão de nascimento ou certidão de casamento ou carteira de trabalho ou Carteira Nacional de Habilitação (cópia simples e legível)
- ☐ CPF da vítima (cópia simples e legível)
- ☐ Relatório do médico assistente, informando as lesões sofridas em decorrência do acidente e o tratamento realizado (cópia simples e legível)
- ☐ Comprovantes (originais e legíveis) das despesas médicas hospitalares quitadas
- ☐ Notas fiscais (originais e legíveis) de farmácia acompanhadas do respectivo recetário médico (cópia simples e legível)
- ☐ Comprovante de residência em nome da vítima (cópia simples e legível)

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO APRESENTADO

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)
- obs: Representante Legal é quem representa a vítima menor, de 0 a 15 anos. (pai ou tutor)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Morte = R\$ 13.500,00

VALORES DE INDENIZAÇÕES:

Invalidez Permanente = até R\$ 13.500,00

Despesas Médicas (DAMS) = até R\$ 2.700,00 (Reembolso)

- 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 ao lado, nesse formulário
- Para acompanhar o pedido de indenização, acesse www.seguradoralider.com.br ou ligue para Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios): Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04 / Das 8h às 20h

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

Data:	28/10/16
Nome:	Faustino Silva
Assinatura:	F.

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0376000/19

Vítima: LINDEMBERG FAUSTINO DE SOUZA

CPF: 058.836.704-40

Seguradora: MAPFRE PREVIDENCIA S.A.

Data do acidente: 04/08/2019

Titular do CPF: LINDEMBERG FAUSTINO
DE SOUZA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

MYZRAENE THAYSMA ALVES : 100.086.844-30

Comprovante de residência
Declaração Circular SUSEP 445/12
Documentos de identificação
Procuração

LINDEMBERG FAUSTINO DE SOUZA : 058.836.704-40

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

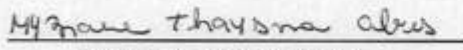
O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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

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

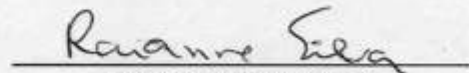
Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 28/10/2019
Nome: MYZRAENE THAYSMA ALVES
CPF: 100.086.844-30


MYZRAENE THAYSMA ALVES

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 28/10/2019
Nome: RAIANNE SILVA BARBOSA
CPF: 102.869.074-61


RAIANNE SILVA BARBOSA

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS - INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS

IDENTIFICAÇÃO DA VÍTIMA

Vítima:	Rindamberg Faustino de Souza		
Data do Acidente:	4/08/16	CPF da vítima:	
Portador da documentação:			
Qualificação do Portador:	☐ Vítima	☐ Representante Legal, cujo parentesco com a vítima é:	
Endereço do portador:			
Número:	Complemento:	Bairro:	
Cidade:	UF:	CEP:	Telefone: ()
E-mail:			

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO APRESENTADO

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE:

- ☒ Formulário de Pedido do Seguro DPVAT
- ☒ Registro de ocorrência expedido pela autoridade policial (cópia simples e legível)
- ☒ Carteira de identidade da vítima ou certidão de nascimento ou certidão de casamento ou carteira de trabalho ou Carteira Nacional de Habilitação (cópia simples e legível)
- ☒ CPF da vítima (cópia simples e legível)
- ☒ Laudo do IML (cópia simples e legível)
- ☒ Declaração de Ausência de Laudo do IML, presente no Formulário de Pedido do Seguro DPVAT
- ☒ Boletim de atendimento hospitalar ou ambulatorial (cópia simples e legível)
- ☒ Comprovante de residência em nome da vítima (cópia simples e legível)

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO APRESENTADO

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)
- obs: Representante Legal é quem representa a vítima menor, de 0 a 15 anos. (pai ou tutor)

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO APRESENTADA

Data:	28/10/16
Identidade:	
Assinatura:	Myrauel Thayana Oban

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO APRESENTADO

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS:

- ☐ Formulário de Pedido do Seguro DPVAT
- ☐ Registro de ocorrência expedido pela autoridade policial (cópia simples e legível)
- ☐ Carteira de identidade da vítima ou certidão de nascimento ou certidão de casamento ou carteira de trabalho ou Carteira Nacional de Habilitação (cópia simples e legível)
- ☐ CPF da vítima (cópia simples e legível)
- ☐ Relatório do médico assistente, informando as lesões sofridas em decorrência do acidente e o tratamento realizado (cópia simples e legível)
- ☐ Comprovantes (originais e legíveis) das despesas médicas hospitalares quitadas
- ☐ Notas fiscais (originais e legíveis) de farmácia acompanhadas do respectivo recetário médico (cópia simples e legível)
- ☐ Comprovante de residência em nome da vítima (cópia simples e legível)

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO APRESENTADO

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)
- obs: Representante Legal é quem representa a vítima menor, de 0 a 15 anos. (pai ou tutor)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Morte = R\$ 13.500,00

VALORES DE INDENIZAÇÕES:

Invalidez Permanente = até R\$ 13.500,00

Despesas Médicas (DAMS) = até R\$ 2.700,00 (Reembolso)

- 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 ao lado, nesse formulário
- Para acompanhar o pedido de indenização, acesse www.seguradoralider.com.br ou ligue para Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios): Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04 / Das 8h às 20h

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

Data:	28/10/16
Nome:	Faustino Silva
Assinatura:	Faustino Silva

PROCURAÇÃO PARTICULAR

BENEFICIARIO/VITIMA: LINDEMBERG FAUSTINO DE SOUZA	
Nome: LINDEMBERG FAUSTINO DE SOUZA	
Nacionalidade: BRASILEIRO(A)	Est. Civil: SOLTEIRO
Profissão: DESEMPREGADO	
Identidade: 6.852.298 SDS/PE	CPF: 058.836.704-40
Endereço: RUA CALCEDONIA 269 CENTRO – SÃO LOURENÇO DA MATA	

PROCURADOR: MYZRAENE THAYSMA ALVES	
Nome: MYZRAENE THAYSMA ALVES	
Nacionalidade: BRASILEIRO(A)	Est. Civil: SOLTEIRA
Profissão: AUXILIAR ADMINISTRATIVA	
Identidade: 7.977.704 SDS/PE	CPF: 100.086.844-30
Endereço: AVENIDA JOÃO FERNANDES VIEIRA 4C - JABOATÃO	

Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador acima qualificado, podendo o mesmo representar-me perante a Seguradora Líder dos Consórcios DPVAT, bem como perante qualquer Seguradora que faz parte dos consórcios DPVAT, também perante aos pontos de atendimento da Seguradora Líder (Correios, Sincor e Corretores), para fim específico de dar entrada no meu Seguro DPVAT, podendo para tanto, assinar aviso de sinistros, prestar declarações, pegar documentos médicos em hospitais e outros documentos.

3º Ofício Jaboatão

Jaboatão 30 de setembro de 2019
Local e data

Lindemberg
Lindemberg Faustino de Souza

Assinatura do BENEFICIARIO/VITIMA
(RECONHECER FIRMA P

1º CARTÓRIO DE NOTAS DO JABOATÃO	3º OFÍCIO DE NOTAS DO JABOATÃO
Reconheço Por Autenticidade a firma: LINDEMBERG FAUSTINO DE SOUZA. 30/09/2019 10:15:11 e dou fé. Em test. da verdade. MARYANA S. XAVIER CORREIA - Escrevente Autorizada. Emol. R\$3,51, TCM R\$0,80, FERC R\$0,40, ISS R\$0,08, FERM R\$ 0,00, TUSEG R\$0,08 Total R\$4,79.	3º OFÍCIO DE NOTAS DO JABOATÃO
Selo: 0150698.TWL09201903.01827	Consulte o sistema de selo digital em: www.tpe.ju.br/sistema

PROCURAÇÃO PARTICULAR

BENEFICIARIO/VITIMA: LINDEMBERG FAUSTINO DE SOUZA	
Nome: LINDEMBERG FAUSTINO DE SOUZA	
Nacionalidade: BRASILEIRO(A)	Est. Civil: SOLTEIRO
Profissão: DESEMPREGADO	
Identidade: 6.852.298 SDS/PE	CPF: 058.836.704-40
Endereço: RUA CALCEDONIA 269 CENTRO – SÃO LOURENÇO DA MATA	

PROCURADOR: MYZRAENE THAYSMA ALVES	
Nome: MYZRAENE THAYSMA ALVES	
Nacionalidade: BRASILEIRO(A)	Est. Civil: SOLTEIRA
Profissão: AUXILIAR ADMINISTRATIVA	
Identidade: 7.977.704 SDS/PE	CPF: 100.086.844-30
Endereço: AVENIDA JOÃO FERNANDES VIEIRA 4C - JABOATÃO	

Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador acima qualificado, podendo o mesmo representar-me perante a Seguradora Líder dos Consórcios DPVAT, bem como perante qualquer Seguradora que faz parte dos consórcios DPVAT, também perante aos pontos de atendimento da Seguradora Líder (Correios, Sincor e Corretores), para fim específico de dar entrada no meu Seguro DPVAT, podendo para tanto, assinar aviso de sinistros, prestar declarações, pegar documentos médicos em hospitais e outros documentos.

3º Ofício Jaboatão

Jaboatão 30 de setembro de 2019
Local e data

Lindemberg
Lindemberg Faustino de Souza

Assinatura do BENEFICIARIO/VITIMA
(RECONHECER FIRMA P

1º CARTÓRIO DE NOTAS DO JABOATÃO	3º OFÍCIO DE NOTAS DO JABOATÃO
Reconheço Por Autenticidade a firma: LINDEMBERG FAUSTINO DE SOUZA. 30/09/2019 10:15:11 e dou fé. Em test. da verdade. MARYANA S. XAVIER CORREIA - Escrevente Autorizada. Emol. R\$3,51, TCM R\$0,80, FERC R\$0,40, ISS R\$0,08, FERM R\$ 0,00, TUSEG R\$0,08 Total R\$4,79.	3º OFÍCIO DE NOTAS DO JABOATÃO
Selo: 0150698.TWL09201903.01827	Consulte o sistema de selo digital em: www.tpe.ju.br/sistema

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0417933/19

Vítima: LINDEMBERG FAUSTINO DE SOUZA

CPF: 058.836.704-40

Seguradora: MAPFRE PREVIDENCIA S.A.

Data do acidente: 04/08/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: LINDEMBERG FAUSTINO DE SOUZA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

MYZRAENE THAYSMA ALVES : 100.086.844-30

Comprovante de residência
Declaração Circular SUSEP 445/12
Documentos de identificação
Procuração

LINDEMBERG FAUSTINO DE SOUZA : 058.836.704-40

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 26/11/2019
Nome: MYZRAENE THAYSMA ALVES
CPF: 100.086.844-30

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 26/11/2019
Nome: RAPHAELLA CRISTINA CAVALCANTI DA SILVA
CPF: 703.646.014-85

MYZRAENE THAYSMA ALVES

RAPHAELLA CRISTINA CAVALCANTI DA SILVA