

---

**Rio de Janeiro, 06 de Junho de 2019**

**Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190363472**

**Vítima: EDIZIA SILVA DOS SANTOS**

**Data do Acidente: 08/12/2018**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS**

**Senhor(a), EDIZIA SILVA DOS SANTOS**

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

Autorização de pagamento incorreto(a), necessário verificar as informações e apresentar o documento com os dados corretos.

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, 11 de Junho de 2019**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190363472**

**Vítima: EDIZIA SILVA DOS SANTOS**

**Data do Acidente: 08/12/2018**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO**

**Senhor(a), EDIZIA SILVA DOS SANTOS**

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

Foi verificado que o dano pessoal evoluiu sem sequela definitiva, razão pela qual não foi caracterizada a invalidez permanente coberta pelo 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 orientações.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você





# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: \_\_\_\_\_ CPF da vítima: 652 132 784-91 Nome completo da vítima: Edisíia Silva dos Santos

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

Nome completo: Edisíia Silva dos Santos CPF: 652 132 784-91

Profissão: Comerciante Endereço: R. Jorge Amado Número: 206 Complemento: \_\_\_\_\_

Bairro: Rio de Janeiro Cidade: Belo Jardim Estado: PE CEP: 55150000

E-mail: \_\_\_\_\_ Tel. (DDD): 81 35724.6574

DADOS CADASTRAIS

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

**RENDA MENSAL:**

☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

**DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA**

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: Santander - 033

AGÊNCIA:   CONTA:

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: 4009  CONTA: 000600160036

(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.

**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**

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: \_\_\_\_\_

Grau de Parentesco com a vítima: \_\_\_\_\_ Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: \_\_\_\_\_

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: \_\_\_\_\_ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora 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.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data: Joazeiro 05.06.2019

Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

(\*) Assinatura de quem assina A ROGO

Edisíia Silva dos Santos

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

**TESTEMUNHAS**

1ª | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

2ª | Nome: Manoel de Nássau

CPF: 091-210-99 81

Assinatura: Manoel de Nássau

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(\*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.



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

**INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:**

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

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

**É obrigatório Representante Legal para:**

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

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

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima  
052192794-91

Nome completo da vítima  
Edipia Silva dos Santos

**DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL**

Nome completo	Edipia Silva dos Santos	CPF titular da conta	052192794-91	Profissão	Autônoma
Endereço	R. Jorge Amado	Número	206	Complemento	
Bairro	Roulo Gueiros	Cidade	Bebo Sordolim	Estado	PE
Email		CEP	55-150-000	Telefone (DDD)	81-99724-6574

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

**FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS**

☒ RECUSO INFORMAR ☐ SEM RENDA ☐ ATÉ R\$ 1.000,00 ☐ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00  
☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00 ☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00 ☐ R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00 ☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00

☐ **CONTA POUPANÇA** (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)  
☐ BRADESCO (237) ☐ BANCO DO BRASIL (001) ☐ ITAU (341)  
☐ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA NRO. D/V CONTA NRO. D/V  
 (Informar dígito se existir) (Informar dígito se existir)

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

BANCO NRO. 341  
 Nome Banco Sabi  
 AGÊNCIA NRO. 9708 D/V 09224 D/V 3  
 (Informar dígito se existir) (Informar dígito se existir)

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

João Paulo de Lima de 2019  
 Local e Data

Edipia Silva dos Santos  
 Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

23.882.245/0001-05  
 Campo 2 - Assinatura do Representante Legal  
 Luis Filipe A. Cavalcanti  
 Corretagem de Seguros-ME  
 R. João Gumbino 872  
 Comp. Sala Diamantino  
 Município de Nassau CEP: 55.012-190  
 Caruaru PE





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO  
DELEGACIA DE POLICIA DA 104ª CIRCUNSCRIÇÃO - BELO JARDIM - DP104ªCIRC  
DINTER1/15ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 19E0194001310

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 23/05/2019 às 17:02

**ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado)** que aconteceu no dia 8/12/2018 no período da Tarde

Fato ocorrido no endereço: MUNICÍPIO DE BELO JARDIM, 1, RUA MONTEIRO LOBATO - Bairro: CENTRO - BELO JARDIM/PERNAMBUCO/BRASIL  
Local do Fato: VIA PÚBLICA

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR/AGENTE)  
EDILSIA SILVA DOS SANTOS (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): DESCONHECIDO

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

EDILSIA SILVA DOS SANTOS (presente ao plantão) - Sexo: Feminino - Mãe: LUSINETE CÂNDIDO DA SILVA Pai: JISÉ CÂNDIDO DA SILVA Data de Nascimento: 28/12/1955 Nacionalidade: BELO JARDIM / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 1762184/SSPIPE (RG). 65218279491 (CPF) Estado Civil: CASADO(A) Escolaridade: 1ª. GRAU INCOMPLETO Profissão: AGRICULTOR(A) Endereço Residencial: MUNICÍPIO DE BELO JARDIM, 206, RUA JORGE AMADO - CEP: 0 - Bairro: BOA VISTA - BELO JARDIM/PERNAMBUCO/BRASIL

DESCONHECIDO (não presente ao plantão) - Sexo: Desconhecido Nacionalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL Estado Civil: DESCONHECIDO Escolaridade: DESCONHECIDO

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

MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): DESCONHECIDO, que estava em posse do(a) Sr(a): DESCONHECIDO  
Categoria/Marca/Modelo: MOTOCICLETA/NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO Objeto apreendido: Não  
Quantidade: 1 (UNIDADE)

Complemento / Observação

A VÍTIMA INFORMA QUE NO DIA 8 DE DEZEMBRO DE 2018 POR VOLTA DAS 18H00 ESTAVA TRAFEGANDO NA RUA MONTEIRO LOBATO, CENTRO, BELO JARDIM-PE NO MOMENTO EM QUE FOI ATROPELADA POR UM MOTOCICLISTA. INFORMA AINDA QUE O MOTOCICLISTA NÃO PRESTOU O DEVIDO SOCORRO, SENDO SOCORRIDA PELO CORPO DE BOMBEIROS. DECLARA QUE EM DECORRÊNCIA DO FATO TEVE UMA FRATURA EXPOSTA NA PERNA DIREITA, PARA COM PROVAÇÃO DOS FATOS TROUXE CERTIDÃO DE OCORRÊNCIA Nº DOP 003/2019 DO CORPO DE BOMBEIROS, DECLARAÇÃO DO HOSPITAL MUNICIPAL DE BELO JARDIM, RESUMO DE ALTA E RELATÓRIO OPERATÓRIO DO HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE. NADA MAIS DIGNO DE REGISTRO.

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

EDILSIA SILVA DOS SANTOS  
(VÍTIMA)

Corregedor  
Munício de Nasser - CEP 55.012-190  
Comp. Sale Diamantino  
R. João Curcio 872  
Corregem. do Agreste-ME  
Luis Felipe - 245/0001-951  
123 882 245/0001-951



B.O. registrado por: PELLO MATHEUS FREITAS LIMA - Matrícula: 306537-0

#WP0-Document%20and%20ording%20of%20civil%20law%20DEPrm%20.pdf

12

23/05/2019

Edição de Ocorrência

original



# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:
	652 132 794-91	Edísia Silva dos Santos
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012		
Nome completo:	CPF:	
Edísia Silva dos Santos	652 132 794-91	
Profissão:	Endereço:	Número:
Comerciante	R. Jorge Amado	206
Bairro:	Cidade:	CEP:
Pouso Alegre	Belo Jardim	55150000
E-mail:		8199704-6574

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

**RENTA MENSAL:**

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00	<input type="checkbox"/> R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$10.000,00

## DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

<input type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)	<input checked="" type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
<input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (341) <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)	Nome do BANCO: <u>Santander - 033</u> AGÊNCIA: <u>4009</u> CONTA: <u>000600160020</u> <small>(Informar o dígito se existir)</small>

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.

## 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

Estado civil da vítima:	<input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (no Civil) <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado Judicialmente <input type="checkbox"/> Viúvo	Data do óbito da vítima:
Grau de Parentesco com a vítima:	Vítima deixou companheiro(a): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
Vítima teve filhos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Se tinha filhos, informar quantos: Vivos: Falecidos:	Vítima deixou nascituro (vai nascer)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
		Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> 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.

Assinatura: \_\_\_\_\_  
 Local e Data: Pouso Alegre 05.06.2019  
 Nome: \_\_\_\_\_  
 CPF: \_\_\_\_\_

(\*) Assinatura de quem assina A ROGO

Edísia Silva dos Santos  
 Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

## TESTEMUNHAS

1ª | Nome: \_\_\_\_\_  
 CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_  
 2ª | Nome: Marcelo de Messias  
 CPF: 081-21055-530  
Comp. São Domingos  
R. João Carneiro 872  
Condição de Beneficiário

Assinatura: \_\_\_\_\_  
 3ª | Nome: Luis Felipe  
 CPF: 123 882 247-228 021  
1961-951

(\*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.  
**NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.**

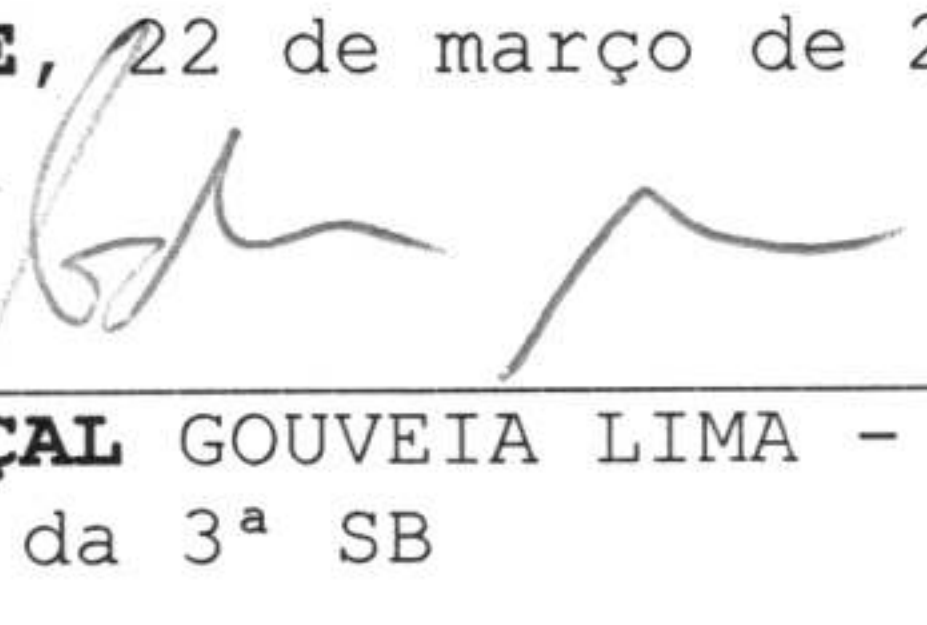




**SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL**  
**CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DE PERNAMBUCO**

**COInter - 2º Grupamento de Bombeiros - 3ª SB**

Belo Jardim-PE, 22 de março de 2019.

  
ADRIANO **MARÇAL** GOUVEIA LIMA - Cap. QOC/BM  
Comandante da 3ª SB

VISTO

  
Comandante

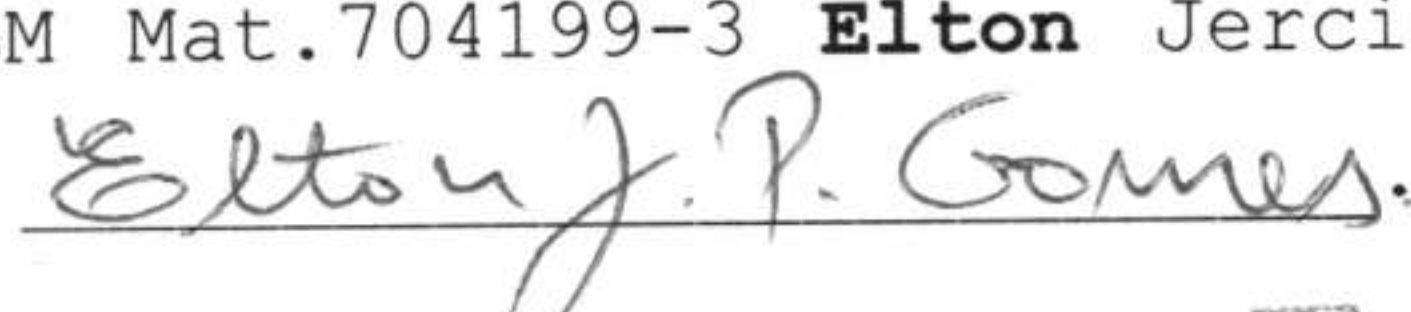
Carlos Fernandes Lopes Carvalho



TC BM/QOC - Mat. 930079-1

**CERTIDÃO DE OCORRÊNCIA N°DOP 003/19**

O Comandante da 3ª Seção de Bombeiros do 2º Grupamento de Bombeiros Militar do Estado de Pernambuco, por requerimento da Sra. **EDÍSIA SILVA DOS SANTOS**, Registro Geral nº 1.762.184 SSP/PE, CPF nº 652192794-91, residente Na Rua Jorge Amado nº 209, Boa Vista, Belo Jardim - PE, **CERTIFICA** que, de acordo com a ordem de serviço operacional nº **2174**, foi deslocada a viatura AR-360 da 3ª Seção de Bombeiros, Belo Jardim - PE, às 18h47min do dia 08 de Dezembro de 2018, para atender uma ocorrência de **ATROPELAMENTO**, ocorrido na Rua Monteiro Lobato, s/n, Bairro Centro, Belo Jardim - PE, onde a motocicleta não estava no local, vitimando a Sra. **EDÍSIA SILVA DOS SANTOS**, que apresentava escoriações na face e no membro superior direito, além de fratura aberta no membro inferior direito e esquerdo. A vítima após receber atendimento Pré-Hospitalar, foi conduzida até o Hospital Júlio Alves de Lira, ficando aos cuidados da equipe médica de plantão, tendo como responsável o Dr. José Maurício, CRM 9219 e após isso foi conduzida pela viatura supracitada até o hospital Regional do Agreste, ficando aos cuidados do Dr. Raimundo Honorato, CRM 20136.

A presente certidão segue assinada por mim, que a digitei, e revisada pelo comandante da 3ª Seção de Bombeiros e pelo Comandante da Unidade (2ºGB). 3ºSgt BM Mat.704199-3 **Elton** Jercione Pereira Gomes Graduado de Dia da 3ªSB, 

[23 882 245/0001-95]  
Luis Filipe de Cavalcanti  
Corretagem de Seguros-ME  
R. João Cursino 872  
Comp. Sala Diamantino  
Maunio de Nassau CEP 55.012-190  
Caruaru PE





**DADOS DO CLIENTE**

JOSE MACENA DOS SANTOS

CPF: 298.093.394-53

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA  
RUA JORGE AMADO 206

PAULO GUERRA/BELO JARDIM  
BELO JARDIM PE  
55150-000

**CLASSIFICAÇÃO**

B1 RESIDENCIAL  
RESIDENCIAL

Nº DA NOTA FISCAL	SÉRIE	EMISSÃO
061679228	ÚNICA	13/05/2019
APRESENTAÇÃO	Nº DO CLIENTE	Nº DA INSTALAÇÃO
13/05/2019	2001158480	5033512

CONTA CONTRATO  
 7014679949  
 DATA DE VENCIMENTO  
 20/05/2019  
 TOTAL A PAGAR (R\$)  
 70,08

DESCRICÃO DA NOTA FISCAL

Consumo Ativo(kWh)	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Acréscimo Bandeira AMARELA	83,00000000	0,78074657	64,80
Contrib. Ilum. Pública Municipal			0,48
Multa por atraso-NF 057802854 - 11/04/19			3,03
Juros por atraso-NF 057802854 - 11/04/19			1,23
Atualização IGPM-NF 057802854 - 11/04/19			0,30
			0,24

TOTAL DA FATURA

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL									
Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR DATA	ANTERIOR LEITURA	ATUAL DATA	ATUAL LEITURA	Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (kWh)
91376636	CAT	11/04/2019	11 415,00	13/05/2019	11 486,00	32	1,00000		83,00

**HISTÓRICO DE CONSUMO**

M&S/AIRIO KWH	
MAY 19	83
APR 19	80
MAR 19	95
FEV 19	67
JAN 19	81
DEC 18	133
NOV 18	51
OCT 18	106
SET 18	73
AGO 18	97
JUL 18	74
JUN 18	93
MAY 18	90

## INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS

	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
ICMS	65,26	25,00	16,32
PIS	65,26	1,16	0,75
COFINS	65,26	5,37	

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

CONSUMO		
Geração de Energia	R\$ 20,85	31,63%
Transmissão	R\$ 2,31	3,54%
Distribuição (Celpo)	R\$ 14,03	21,49%
Perdas de Energia	R\$ 4,42	6,77%
Encargos Setoriais	R\$ 3,30	5,06%
Tributos	R\$ 20,57	31,51%

## TARIFAS APLICADAS

Consumo Ativo(kWh)

0,53457718

## RESERVADO AO FISCO

1966 8C32 AB44 17B9 FC7F 6945 56E9 3A21

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

**INFORMAÇÕES IMPORTANTES**

Pague no ponto mais perto de você (farmácia, bar, rua Sebastião Nataniel de Souza Jaze Maciel) Joazeiraneves dos Santos mat.  
Rua Luz Carlos de Silva 85 morada nobre lista barcos  
Mais informações em [www.aneel.gov.br](http://www.aneel.gov.br) ou [www.celco.com.br](http://www.celco.com.br)  
Tensão: REH-2 535/19. O cliente é compensado quando há violação no contínuo de 5,56% para a Bacia e 3,78% para a Alta  
Pagou em atraso gera multa 2% (Res 414/ANEEL), Juros 1% m (Lei 10 438/02) e atualização monetária no próximo mês. O Cliente é  
compensado quando há descumprimento do prazo estimado para os padrões de atendimento comercial.

Não existem débitos de 2018 e anos anteriores. Esta decisão substitui, para comprovação do cumprimento das obrigações do consumidor, as quotas dos instrumentos mensais (Art. 4º Lei 12.007/09). Esta declaração não abrange débitos de parcelamentos conflituosos de dívidas nem letras em discussão judicial que poderão ser cobradas após o fim do processo judicial.

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES:

CONJUNTO		VALOR APURADO	LIMITE MENSAL	LIMITE TRIMESTRAL	LIMITE ANUAL
DIC	BELO JARDIM	mar/2019			
FIC		0,00	5,67	11,34	22,69
DMIC		0,00	3,30	6,60	13,20
		0,00	3,29	0,00	0,00

Limite DICRI: 12,22

EUSD - Valor do Encargo de Uso do Sistema de Distribuição = R\$ 23,74

## NÍVEIS DE TENSÃO

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

AUTORIZADO POR REGIME ESPECIAL  
DESPACHO ICMS-RE Nº 049/2012  
SEFAZ-PE

CONTA CONTRATO 7014679949  
MÊS/ANO 05/2019  
DATA DE VENCIMENTO 05/2019  
TOTAL A PAGAR (R\$) 23,74

7014679949 05/2019 20/05/2019 70,08

83840000000-6 70080011007-7 01467994910-0 13936891933-3

DATA DE VENCIMENTO TOTAL A PAGAR (R\$)



[23 882 245/0001-95]  
Luis Filipe de Carvalho  
Corretagem de Seguros-ME  
R. João Cursino 872  
Comp. Sala Diamantino  
Mauricio de Nassau CEP: 55.012-190  
Canuaru PE





Prefeitura de  
**Belo Jardim**  
A mudança começa com trabalho

## HOSPITAL REGIONAL DE BELO JARDIM

CNPJ: 10.260.222/0001-05

Rua Dr. Henrique Nascimento, s/nº

Belo Jardim - PE - CEP: 55.150-000

Fone: (0\*\*81) 3726.2233

### DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins que EDISIA SILVA DOS SANTOS residente RUA JOSE VIEIRA DE SOUZA EDSON MORORO BELO JARDIM PE esteve internado neste Hospital no período de 08.12.2018 à \_\_\_\_\_ com diagnóstico de CID: FRATURA EXPOSTA PRONTUÁRIO Nº \_\_\_\_\_  
PERNA DIREITA

OBS: O original se encontra disponível ao INSS para averiguação neste arquivo.

OBS: Por motivo de danificação dos prontuários os mesmos estão sendo refeitos.

Belo Jardim

22, 04, 2019

23 882 23 01-95  
Luis Filipe ... icanti  
Corretagem de Seguros-AE  
R. João Gursino 872  
Comp. Sala Diamantino  
Mauricio de Nasseu CEP 55.012-190  
Caruaru PE

**Dr. Sayuri Pereira**

Diretora Geral

HJAL / UPA

Coren / PE 323-447

Responsável



Dr. Sayuri Pérez  
Dorinda Gertel  
HUALUJA  
Código 323-447



SCNS

Unidade de Saúde: **HOSPITAL JÚLIO ALVES DE LIRA**

PACIENTE	NÚMERO DO CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)	DOCUMENTO IDENTIDADE / CPF:
	Nome: <b>Edizac Silva dos Santos</b>	
	Data de Nascimento: _____	Sexo: <b>F</b> Cor: <b>Parda</b> Estado Civil: <b>Casado</b>
	Naturalidade: _____	Profissão: _____
	Endereço: <b>Rua José Vieira de Souza</b>	Telefone: <b>90000</b>
RESPONSÁVEL	Procedência: <b>Endo / 2x com</b>	Telefone: <b>90000</b>
	Responsável: <b>Lea Meide. Silva</b>	Parentesco: <b>Filha</b>
	Endereço: _____	Fone: <b>(341)</b>
	Trazido por: <b>Filha</b>	Fone: _____
OCORRÊNCIA	Local do Acidente: _____ Data: ____/____/____ Hora: ____:____:____	
	<p><b>NATUREZA DO ACIDENTE</b></p> <p> <input type="checkbox"/> Casual             <input type="checkbox"/> Acid. do Trânsito             <input type="checkbox"/> Tentativa de Suicídio         </p> <p> <input type="checkbox"/> Queda             <input type="checkbox"/> Intoxicação             <input type="checkbox"/> Outras Causas         </p> <p> <input type="checkbox"/> Acid. do Trabalho             <input type="checkbox"/> Agressão         </p>	
ATENÇÃO MÉDICA	Atendimento: <input checked="" type="checkbox"/> Clínico <input type="checkbox"/> Cirúrgico	
	História da Doença Atual: <b>Doença de fígado após trauma</b>	
	<b>trauma e queda de 17 m para de</b>	
	<b>afundamento por mão</b>	
	EXAME - FÍSICO	
ATENÇÃO MÉDICA	Pressão Arterial: _____ Pulso: _____ Temperatura: _____ Peso: _____	
	<b>DR</b>	
	_____	
	_____	
	_____	
Diagnóstico Provisório: _____		
<p><b>RECEPCIONISTA</b></p> <p><b>MÉDICO CREMEPE</b></p>		

123.382.243/0001-951  
Luís Filipe  
Correlação de exames  
R. João Carlos 172  
Cidade São Sebastião  
Município de São José - CEP 55.012-190  
Caruaru - PE



[illegible]



## ENCAMINHAMENTO PARA ESPECIALISTA

PACIENTE:

REGISTRO:

DADOS CLÍNICOS:

EXAMES COMPLEMENTARES / RESULTADO:

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:

CONDUTA ADOTADA:

JUSTIFICATIVA DO ENCAMINHAMENTO:

ENCAMINHADO PARA:

DATA

CRM

UNIDADE ESPECIALISTA:

EXAMES CLÍNICOS:

EXAMES COMPLEMENTARES:

PARECER DO ESPECIALISTA:

TRATAMENTO PROPOSTO:

LOCAL: NA UNIDADE DE ORIGEM ☐  
NA UNIDADE DE REFERÊNCIA ☐  
OUTRO SERVIÇO ☐

NOME

CRM

DATA

23.882.243/0001-951  
R. João Góes, 872  
Bela Vista, Belo Jardim  
PE 55.012-190  
CNPJ 06.921.921-9







# HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE EMERGÊNCIA



## 1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome: Edsira Silva dos Santos Atendimento: 468616 Prontuário: 330264  
 Data Nasc.: 28/02/55 Idade: 62 Sexo: Feminino Cor: Parda Religião:   
 CPF:  RG:  CNS: 89800412299356  
 Endereço: Rua José Vieira de Souza Nº: 95  
 Bairro: Edson Moura Cidade: Trujillo Estado: PE  
 CEP:  Fone:  Profissão: la  
 Nome da Mãe: Luizete Carneiro da Silva  
 Acompanhante:   
 Motivo do Atendimento: Atropelamento  
 Clínica:

## 2 - ATENDIMENTO

Data:

Médico:

Queixa Principal / HDA:

Paciente vítima de atropelamento com queixa de dor em MID. Refere desmaio.

Exame Físico:

EG Regular. Consciente. Orientado.

PA:  FC:  FR:

Escudo costal em fase.

Dor à mobilização de MID. Refere desmaio.

Diag. Provisório:

CDI OS. Rx de coluna cervical lateral

Rx de

Rx de

Rx de

Rx de

Rx de

Rx de

Rx de

Rx de

Rx de

Rx de

Rx de

Rx de

Rx de

Rx de

Rx de

Rx de

Rx de

Rx de

Rx de

Rx de

Rx de

Rx de

Rx de

Rx de

Rx de

Rx de

Rx de

Rx de

Rx de

Rx de

Rx de

Rx de

Rx de

Rx de

Rx de

Rx de

Rx de

Rx de

Rx de

Rx de

Rx de

Rx de

Rx de

Rx de

Rx de

Rx de

Rx de

Rx de

Rx de

Rx de

Rx de

Rx de

Rx de

Rx de

Rx de

Rx de

Rx de

Rx de

Rx de

Rx de

Rx de

Rx de

Rx de

Rx de

Rx de

Rx de

Rx de

Rx de

Rx de

Rx de

Rx de

Rx de

Rx de

Rx de

Rx de

Rx de

Rx de

Rx de

Rx de

Rx de

Rx de

Rx de

Rx de

Rx de

Rx de

Rx de

Rx de

Rx de

Rx de

Rx de

Rx de

Rx de

Rx de

Rx de

Rx de

Rx de

Rx de

Rx de

Rx de

Rx de

Rx de

Rx de

Rx de

Rx de

Rx de

Rx de

Rx de

Rx de

Rx de

Rx de

Rx de

Rx de

Rx de

Rx de

Rx de

Rx de

Rx de

Rx de

Rx de

Rx de

Rx de

Rx de

Rx de

Rx de

Rx de

Rx de

Rx de

Rx de

Rx de

Rx de

Rx de

Rx de

Rx de

Rx de

Rx de

Rx de

Rx de

Rx de

Rx de

Rx de

Rx de

Rx de

Rx de

Rx de

Rx de

Rx de

Rx de

Rx de

Rx de

Rx de

Rx de

Rx de

Rx de

Rx de

Rx de

Rx de

Rx de

Rx de

Rx de

Rx de

Rx de

Rx de

Rx de

Rx de

Rx de

Rx de

Rx de

Rx de

Rx de

Rx de

Rx de

Rx de

Rx de

Rx de

Rx de

Rx de

Rx de

Rx de

Rx de

Rx de

Rx de

Rx de

Rx de

Rx de

Rx de

Rx de

Rx de

Rx de

Rx de

Rx de

Rx de

Rx de

Rx de

Rx de

Rx de

Rx de

Rx de

Rx de

Rx de

Rx de

Rx de

Rx de

Rx de

Rx de

Rx de

Rx de

Rx de

Rx de

Rx de

Rx de

Rx de

Rx de

Rx de

Rx de

Rx de

Rx de

Rx de

Rx de

Rx de

Rx de

Rx de

Rx de

Rx de

Rx de

Rx de

Rx de

Rx de

Rx de

Rx de

Rx de

Rx de

Rx de

Rx de

Rx de

Rx de

Rx de

Rx de

Rx de

Rx de

Rx de

Rx de

Rx de

Rx de

Rx de

Rx de

Rx de

Rx de

Rx de

Rx de

Rx de

Rx de

Rx de

Rx de

Rx de

Rx de

Rx de

Rx de

Rx de

Rx de

Rx de

Rx de

Rx de

Rx de

Rx de

Rx de

Rx de

Rx de

Rx de

Rx de

Rx de

Rx de

Rx de

Rx de

Rx de

Rx de

Rx de

Rx de

Rx de

Rx de

Rx de

Rx de

Rx de

Rx de

Rx de

Rx de

Rx de

Rx de

Rx de

Rx de

Rx de







## SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO

## RELATÓRIO OPERATÓRIO

Unidade de saúde: HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE		
Paciente: EDISIA SILVA DOS SANTOS	Nº Registro:	
Clinica: ORTOPEDIA	Nº do leito:	
Operador: DR. RAIMUNDO HONORATO		
1º Assistente: DR. FELIPE CARVALHO R1	2º Assistente:	
Instrumentador: MACIEL	Anestesista:	
Anestesia: RAQUI	Duração:	
Data da Operação: 09/12/2018	Início:	Término:
Diagnóstico Pré-operatório: FRATURA EXPOSTA DE FIBULA DIREITA + FERIMENTO EM JOELHO ESQUERDO		
Diagnóstico Pós-operatório: O MESMO		
Operação Proposta: CONTROLE DE DANOS		
Operação Realizada: A MESMA		

## DESCRIÇÃO DO ATO OPERATÓRIO

1. PACIENTE EM DECÚBITO DORSAL HORIZONTAL + SOB ANESTESIA
2. ASSEPSIA + ANTISSEPSE + APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTÉREIS
3. VISUALIZADO EXTENSO FERIMENTO EM PERNA DIREITA + FERIMENTO EM JOELHO ESQUERDO COM EXPOSIÇÃO DE PATELA
4. LAVAGEM EXAUSTIVA COM SF0,9% + DEBRIDAMENTO DE TECIDOS DESVITALIZADOS
5. SUTURA DA PELE COM NYLON 3.0
6. CURATIVO
7. TALA COXOPODALICA EM MID
8. ENCAMINHO PACIENTE A SRPA

GRUPO HOSPITALAR

09 DEZ. 2018

123 882 245/0001-951  
Luis Filipe Alcanti  
Corretagem de Seguros-ME  
R. João Cursino 872  
Comp. Sala Diamantino  
Meunho de Nassau CEP 55.012-190  
Caruaru PE







# SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO

410

## HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE - HRA

### RESUMO DE ALTA

Nome: Edson Silva dos Santos

Prontuário: 33 02 64

Data: 09 / 12 / 18

Hora: \_\_\_\_\_

#### DIAGNÓSTICO:

1) Fratura exposta de fêmur direito

#### AMBULATÓRIO DE EGRESSO - INFORMAÇÕES ADICIONAIS:

Alta após 30 dias de internação no H. Regional

Lesões com tratamento cirúrgico. Sem sequelas

Orientações + recomendações em casa

#### TRATAMENTO REALIZADO:

1) Cirurgia de fratura

123 882 2430001-95

Luis Felipe A. Calicanti

Corretagem de Seguros-ME

R. João Cursino, 872

Comp. Sala Diamante

Maunio de Nassau CEP 55.012-190

Caruaru PE

Alta Hospitalar: Data: 13 / 12 / 18

Hora: \_\_\_\_\_

Dei NICITOA

15-01-19

8:00.

13 DEZ 2018

Ass. do Médico e CRM

Carimbo



3719.9346  
APR 10

1000 10 10 10 10

10 10 10

10 10 10

1000 10 10 10 10

1000 10 10 10 10

1000 10 10 10 10

1000 10 10 10 10

1000 10 10 10 10

10 10 10

1000 10 10 10 10



CÉDULA DE IDENTIDADE



POLEGAR DIREITO

15



Edisia Silva dos Santos

ASSINATURA DO PORTADOR

(VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL)

CASA DA MONEDA DO BRASIL

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL



ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA  
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO

1.762.184

REGISTRO GERAL

NOME EDISIA SILVA DOS SANTOS

FILIAÇÃO José Candido da Silva  
Lusinete Candido de Silva

Marechal-PE

28/12/1955

NATURALIDADE

DATA DO NASCIMENTO

SIGNATURE

27/02/1978

DIRETOR DO INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO

(VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL)

CASA DA MONEDA DO BRASIL



Ministério da Fazenda  
Receita Federal

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO CPF

Número  
652.192.794-91

Nome  
EDISIA SILVA DOS SANTOS

Nascimento  
28/12/1955



VALIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

dígito verificador: 00

às 09:56:14 do dia 10/05/2019 (hora e data de Brasília)

Emitido pela Secretaria da Receita Federal do Brasil



CÓDIGO DE CONTROLE  
45EFCDA4.5B3B.C333

23 882 245/0001-95  
Luis Filipe A. Cavalcanti  
Corretagem de Seguros-ME  
R. João Cursino 872  
Comp. Sala Diamantino  
Maurício de Nassau CEP 55.012-190  
Caruaru PE



# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190363472 **Cidade:** Belo Jardim **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** EDIZIA SILVA DOS SANTOS **Data do acidente:** 08/12/2018 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 11/06/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA EXPOSTA DE FÍBULA DIREITA.  
TRAUMA CORTO CONTUSO EM JOELHO ESQUERDO, COM EXPOSIÇÃO DE PATELA.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO (LAVAGEM MECÂNICO CIRÚRGICA, DESBRIDAMENTO, SUTURA, CURATIVO E TALA COXOPODÁLICA EM MEMBRO INFERIOR DIREITO) E ALTA MÉDICA. PÁG 9

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:** Sem sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:**

**Observações:** EM TODOS OS DOCUMENTOS MÉDICOS ACOSTADOS NÃO SE EVIDENCIA PRESENÇA DE SEQUELAS PERMANENTES QUE NÃO SEJAM SUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO PROPORCIONADA POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA.

**Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.**

## DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
		Total	0 %	R\$ 0,00



# IDENTIFICAÇÃO

Nome: Edineia Silva dos Santos

Data de nascimento: 28/12/1955 Idade: 63a.

Data do exame: 28/05/2019

Audiômetro: AD229e (Interacoustics)

Calibração Acústica 28/03/2019 (Norma ISO 8253-1)

Repouso auditivo: 14 horas

Inspeção do meato acústico externo:

OD OK!

OE OK!

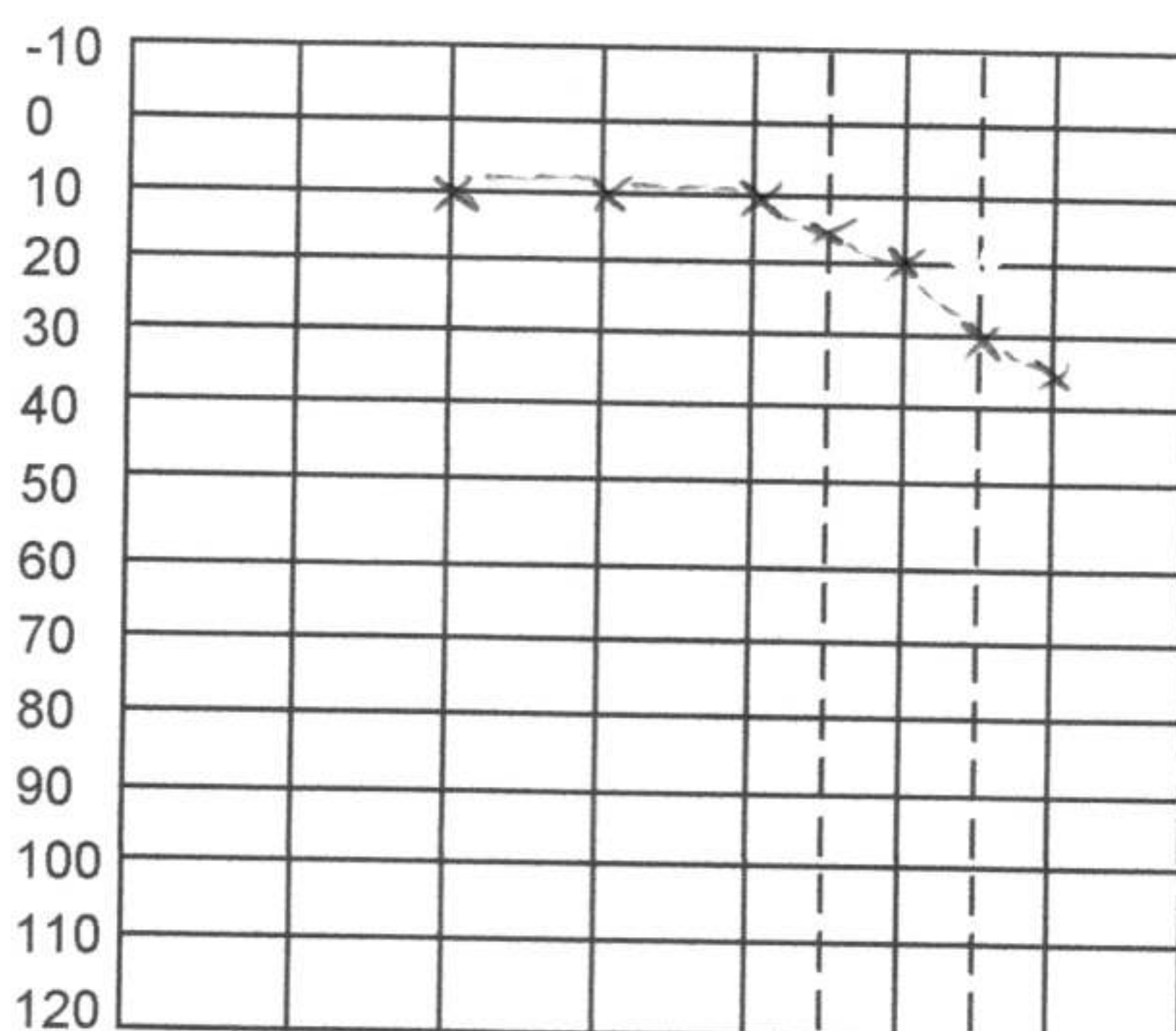
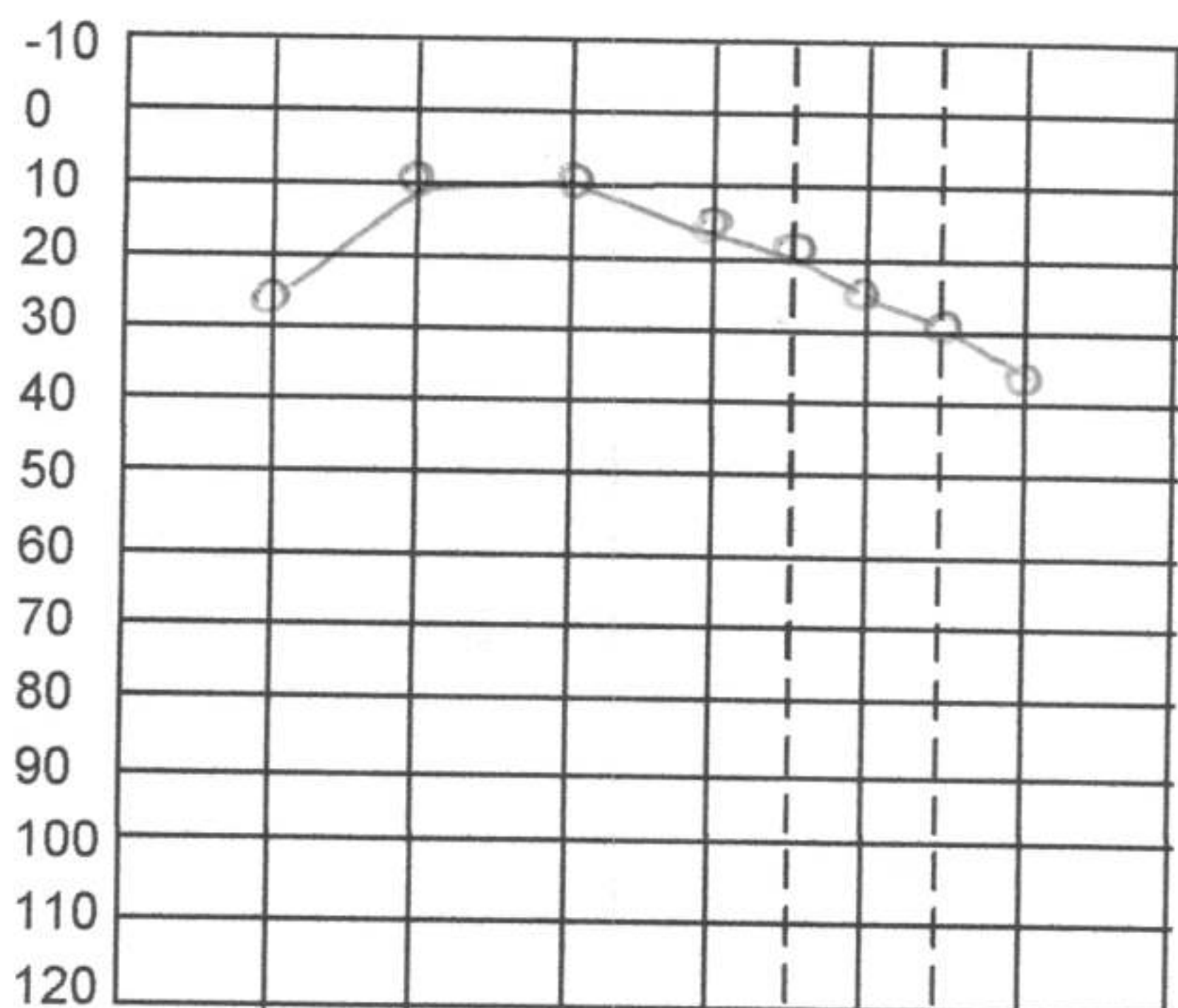
## AUDIOMETRIA CLÍNICA

OD

OE

dB 250 500 1K 2K 3K 4K 6K 8K Hz

dB 250 500 1K 2K 3K 4K 6K 8K Hz



SRT 15 dB IRF 45 dB 100 % mono  
100 % diss.

Mascaramento:                     

SRT 10 dB IRF 40 dB 96 % mono  
100 % diss.

Mascaramento:                     

### Parecer Fonoaudiológico Audiometria:

Perda auditiva leve em 6.000Hz e 8.000Hz bilateral.

- Os resultados deste exame são subjetivos e válidos para a presente data.

### Parecer Fonoaudiológico Imitanciometria:

Timpanogramas tipo "A" bilateral com presença de  
otólitos, estapedíomas C/B e C/E ausente apenas em  
4.000Hz.

Drª Prycilla Inácio da S. Diniz

Fonoaudióloga

CRFa 4-10153

Assinatura e carimbo da fonoaudióloga



Edisia Silva dos Santos

A1235 28.05.2019

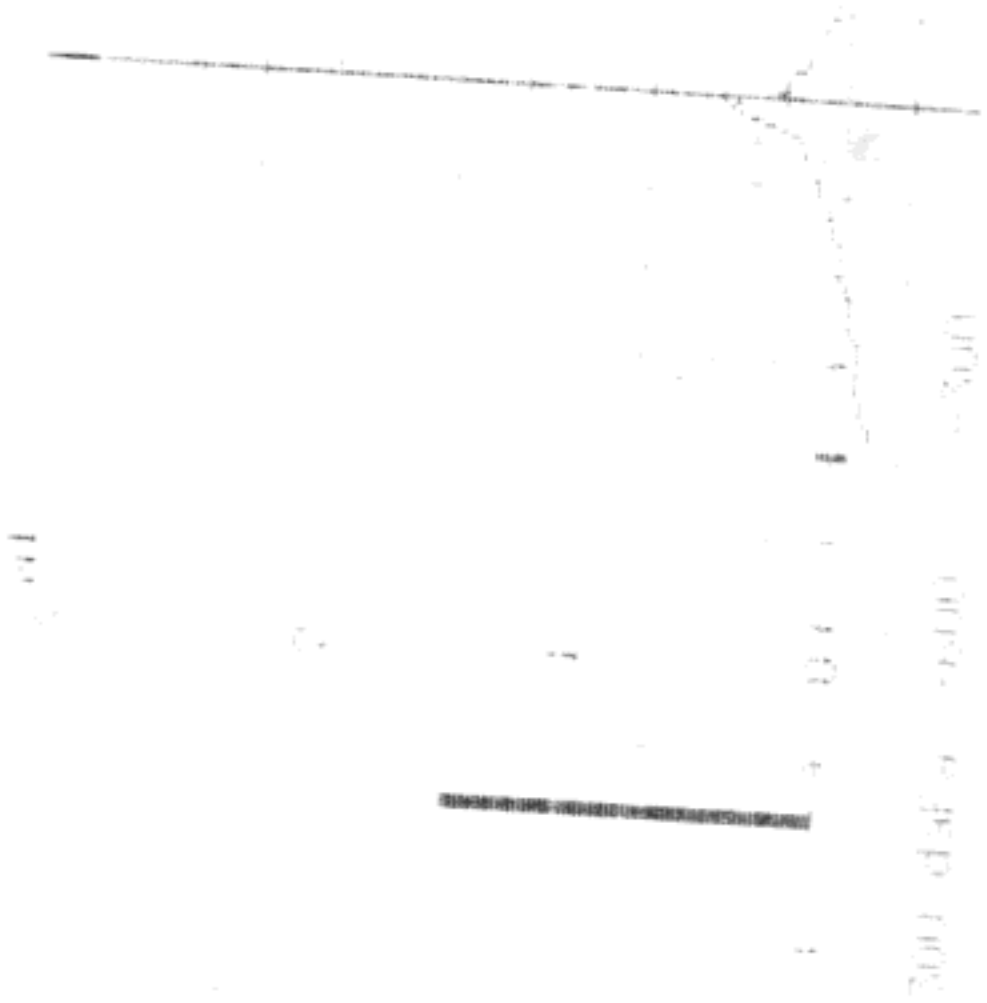
# Tympanogram

Right



Test Volume: 1.42 ml  
 Compliance: 0.80 ml  
 Resonance: 0.00 daPa  
 Gradient: 0.18 ml

Left



Test Volume: 0.89 ml  
 Compliance: 0.48 ml  
 Resonance: -14 daPa  
 Gradient: 0.31 ml

## Reflex

Right

Pressure: 7 daPa



Left

Pressure: 14 daPa






## DECLARAÇÃO

Declaramos para devidos fins, que o (a) Sr. (a) EDISIA SILVA DOS SANTOS  
compareceu a este serviço nesta data para CONSULTA MEDICA NEUROLOGIA ( MEDICA FALTOU)  
de 10:00 a 12:58

Local e Data: BELO JARDIM, Segunda-Feira, 03 de Junho de 2019 a(s) 12 Hora(s) e 58 Minutos(s)

  
Josinalda da Silva Pereira  
Assistente Social  
UP-E - Belo Jardim - PE  
Mat. 000036 - CRESS-PE 7224

\_\_\_\_\_  
JOSINALDA DA SILVA PEREIRA - CRESS: Nº.7224



RECEITUÁRIO

Unidade:

Nome:

Eclisua Silva de

Registro N°

Santos

Clínica:

Enfermaria:

vitima do atro-  
peloamento em  
08/12/2018.  
frat. sup. fêmur  
direita. + nat.  
anulatório  
fruto real  
p/ fins de dire-  
to. 2094

Nilton Pereira de Barros  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM: 10660

Data

15/01/2019

Médico - CRM

O primeiro Cigarro é uma passagem para o vício  
Elida Monteiro de Souza

1º Lugar

2º Concurso 89



RECEITUÁRIO

Unidade: \_\_\_\_\_

Nome: Ediney S. Silva

Registro Nº: \_\_\_\_\_

Clínica: \_\_\_\_\_

Enfermaria: \_\_\_\_\_

frat. 5hulo 2  
fil. finstano  
m ID .  
20 sacos

Nilton Pereira de Brito  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM: 10660

15/01/2019

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Médico - CRM

O primeiro Cigarro é uma passagem para o vício  
Elcida Monteiro de Souza

1º Lugar

2º Concurso 89



# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0190002/19

**Número do Sinistro:** 3190363472

**Vítima:** EDIZIA SILVA DOS SANTOS

**CPF:** 652.192.794-91

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 08/12/2018

**Titular do CPF:** EDIZIA SILVA DOS SANTOS

**Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

## DOCUMENTOS ENTREGUES

**EDIZIA SILVA DOS SANTOS : 652.192.794-91**

Autorização de pagamento

## ATENÇÃO

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

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

Documentação recebida sem conferência.

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

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

### Portador da documentação entregue

Data da entrega: 10/06/2019  
Nome: EDIZIA SILVA DOS SANTOS  
CPF: 652.192.794-91

EDIZIA SILVA DOS SANTOS

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 10/06/2019  
Nome: JESSYCA MAYARA NEVES CAVALCANTI  
CPF: 088.233.304-67

JESSYCA MAYARA NEVES CAVALCANTI