



Número: **0049618-47.2018.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **1ª Vara Cível da Comarca de Igarassu**

Última distribuição : **25/10/2018**

Valor da causa: **R\$ 6.918,75**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
ALIETE SANTINA DA SILVA DOS SANTOS (AUTOR)		RENATHA CATHARINA CAVALCANTI E SILVA (ADVOGADO)	
MAPFRE VERA CRUZ SEGURADORA S/A (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
69500688	14/10/2020 16:38	ANEXO 1	Outros (Documento)

Rio de Janeiro, 14 de Maio de 2018

Aos Cuidados de: **ALIETE SANTINA DA SILVA DOS SANTOS**

Nº Sinistro: **3180216479**

Vítima: **ALIETE SANTINA DA SILVA DOS SANTOS**

Data do Acidente: **29/05/2017**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180216479**.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 12795882

Pag. 00385000386 - carta_01 - INVALIDEZ

00010193



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

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

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

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

É obrigatório Representante Legal para:

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

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

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

336.159.898-21

Nome completo da vítima

ALIETE SANTINA DA SILVA DOS SANTOS

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo ALIETE SANTINA DA SILVA DOS SANTOS		CPF titular da conta 336.159.898-21	Profissão DO LAR
Endereço SÍTIO SAMAN		Número 40	Complemento
Bairro CRUZ DE REBOUÇAS	Cidade GARASSU	Estado PE	CEP 53.600-000
Email		Telefone (DDD) 81 98680.5660	

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 ☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00		☒ SEM RENDA ☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00		☐ ATÉ R\$ 1.000,00 ☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00		☒ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00	
☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ BRADESCO (237) ☐ BANCO DO BRASIL (001) ☐ ITAÍ (341) ☒ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)							
AGÊNCIA NRO. 3231		CONTA NRO. 019605		AGÊNCIA NRO. 		CONTA NRO. 	
(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)		(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.

Garassu, 23 de Fevereiro de 2018

Local e Data

alietesantinasilvasantos

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal







GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 027ª CIRCUNSCRIÇÃO - ABREU E LIMA -
DP27ªCIRC DIM/BªDSEEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 18E0117001099

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 03/05/2018 às
10:39

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado)
que aconteceu no dia 29/5/2017 no período da Manhã

Fato ocorrido no endereço: CENTRO DE ABREU E LIMA - ABREU E
LIMA/PERNAMBUCO/BRASIL Próximo a RUA JERONIMO GUEIROS, 01
Bairro: CENTRO - ABREU E LIMA/PERNAMBUCO/BRASIL
Local do Fato: VIA PUBLICA

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

CONDUTOR DESCONHECIDO (AUTOR/AGENTE)
ALIETE SANTINA DA SILVA DOS SANTOS (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

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



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

ALIETE SANTINA DA SILVA DOS SANTOS (presente no plantão) - Sexo
Feminino Mãe: ALMIRA SANTINA DA SILVA Pai: SEVERINO PEDRO DA SILVA Data de
Nascimento: 30/10/1955 Naturalidade: ABREU E LIMA / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos:
1317592/3DS/PE (RG) 33615535821 (CPF) Estado Civil: CASADO(A) Escolaridade:
ANALFABETO Profissão: DO LAR
Endereço Residencial: MUNICIPIO DE ABREU E LIMA, 01 - CEP: 0 - Bairro: DESTERRO -
ABREU E LIMA/PERNAMBUCO/BRASIL, UPINHA DE ABREU E LIMA.

CONDUTOR DESCONHECIDO (não presente no plantão) - Sexo
Masculino Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

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

MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): CONDUTOR DESCONHECIDO,
que estava em posse do(a) Sr(a): CONDUTOR DESCONHECIDO
Categoria/Marca/Modelo: MOTOCICLETA/NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO Objeto:



aprendido Não

Cor VERMELHA - Quantidade: 1 (UNIDADE)

Complemento / Observação

INFORMA A QUEIXOSA FOI ATROPELADA POR UM CONDUCTOR DE UMA MOTOCICLETA DESCONHECIDA NO DIA 23/05/2017 PELA MANHÃ NO CENTRO DE ASREU E LIMA/PE, SENDO SOCORRIDA PELO CORPO DE BOMBEIROS ATÉ A UPA DE CRUZ DE REBOUGAS/IGARASSU/PE E DEPOIS FOI ENCAMINHADA ATÉ O HOSPITAL MIGUEL ARRAS EM PAULISTA/PE. PELO EXPOSTO A QUEIXOSA PEDE PROVIDÊNCIA POLICIAL QUE O CASO REQUER.

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

ALIEYE SANTINA DA SILVA DOS SANTOS
(VITIMA)

xodiet santinada silvasantos
B.O. registrado por: JOSÉ FERNANDO DA SILVA - Matrícula: 2243884

B.O. registrado por JOSÉ FERNANDO DA SILVA - Matrícula: 3243886

EXCELSIOR SEGUROS
17 MAY 2018
SEGURO PRIVAT.



03/03/2018 10:24



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

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

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

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

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

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

Nome Completo da Vítima <u>ALIESE SANTINA DA SILVA DOS SANTOS</u>	CPF da Vítima <u>336.159.898-21</u>	Data do Acidente <u>30-05-2017</u>
--	--	---------------------------------------

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal	CPF do Representante legal
Email	Telefone (DDD)

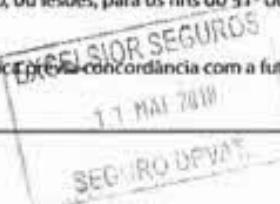
Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

Assinalar uma das opções abaixo:

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

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

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



Joanna, 28 de Fevereiro de 2018
Local e Data

Aliese Santina da Silva dos Santos
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

DALI.001 V001/2017



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: 22/05/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.531,25

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ALIETE SANTINA DA SILVA DOS SANTOS

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03231

CONTA: 000000019605-0

Nr. da Autenticação 6E09A65361EFE848





SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DE PERNAMBUCO

CERTIDÃO

Certidão nº 2018APH000453 Div. Op.

Com fulcro no art. 5º XXXIV, letra "b" da Constituição Federal Brasileira, venho por meio de solicitação feita pelo(a) Sr(ª). MARIA AUREA LUCENA DE QUEIROZ VEIGA, 33 anos, BRASILEIRA(a), SOLTEIRO(a), RG nº 6359362 SDS/PE, inscrito(a) na Receita Federal sob o CPF nº 059.058.754-48, residente à RUA TOMAS GONZAGA, nº 248, ZUMBI, RECIFE-PE, certificar que este Grupamento de Bombeiros de Atendimento Pré-Hospitalar atendeu a uma ocorrência no dia 29/05/2017, por volta das 09:33 hs, no endereço: AV JERONIMO QUEIROZ, XXX, CENTRO ABREU E LIMA-PE, referente a um(a) ATROPELAMENTO, envolvendo PREJUDICADO, no(a) qual fora vitimado(a) o(a) Sr(ª) ALIETE SANTINA DA SILVA SANTOS, inscrito sob o CPF nº 336.159.898-21 e Registro Geral nº 1927992, atendido(a) pela Unidade Tática de Resgate do Grupamento de Bombeiros de Atendimento Pré-Hospitalar, comandada pelo(a) CB SENA. Foi transportado(a) para o UPA DE IGARASSU. Registrado(a) com o prontuário nº XXX. Ficou aos cuidados do médico XXX, registro XXX. Os registros desta Certidão foram extraídos dos arquivos da Divisão de Operações / GBAPH.

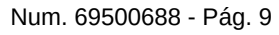
Posição em 02/05/2018

A autenticidade desta certidão deve ser confirmada através do portal do Corpo de Bombeiros, no site <http://www.cbm.pe.gov.br/>, consultando protocolo nº 2018APH000453



Av. João de Barros, 399 - Boa Vista - Recife/PE - CEP 50050-180
Fone: (81) 3182-9126 / CNPJ: 00.358.773/0001-44

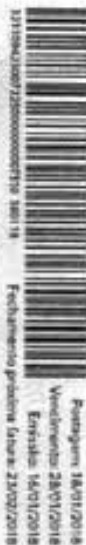




Itaucard 2.0



MARIA AUREA LUCENA DE QUEIROZ VEIGA
R. TOMAZ GONZAGA, 248
ZUBARI
50711-090 RECIFE - PE



Pagamento 18/01/2018
Vencimento 28/01/2018
Emissão 16/01/2018
Fechamento próximo fatura: 23/02/2018

MARIA AUREA LUCENA DE QUEIROZ VEIGA
Cartão 5232.XXXX.XXXX.4654

Para obter o código de fatura impressa, digite no campo 3. Mais opções para a Fatura Digital? Acesse: itau.com.br/cartoes/credite-fatura-digital

28/01/2018

1.763,74

386,07

159,72
+23x 159,72

Não Disponível

Limites de crédito R\$

Limite total de crédito: 6.750,00
Limite utilizado no mês: 5.171,15
Resto de recursos (disponível): 1.578,85
Resto de recursos (disponível): 1.578,85

Pagamentos efetuados

DATA	VALOR (R\$)
28/12	PAGAMENTO EFETUADO 5894 - 820,00
03/01	PAGAMENTO EFETUADO 5894 - 397,00
03/01	PAGAMENTO EFETUADO 5894 - 400,00
Total dos pagamentos	- 1.617,00

Lançamentos: compras e saques

DATA	VALOR (R\$)
26/12	ESTABELECIMENTO - 84,88
26/12	CLAURO - 0,10

Para obter o código de fatura impressa, digite no campo 3. Mais opções para a Fatura Digital? Acesse: itau.com.br/cartoes/credite-fatura-digital



Resumo da fatura em R\$

Descrição	Valor (R\$)
Saldo anterior	1.701,17
Pagamentos efetuados	- 1.617,00
Saldo atualizado	84,17
Encargos financeiros e moratória	98,23
Encargos administrativos	1.581,59
Total desta fatura	1.764,74

EXCELSIOR SEGUROS
11 MAI 2018
SEGURO PRIVAT

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

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECAWEB/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 MARIA AUREA LUCENA DE OLIVEIRA inscrita (a) no CPF sob o Nº 059.053.754/98 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário ALIELE SANTINA DA SILVA DOS SANTOS inscrito (a) no CPF sob o Nº 336.159.898/21 do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima ALIELE SANTINA DA SILVA DOS SANTOS, inscrito (a) no CPF sob o Nº 336.159.898/21, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

☒ Recuso informar

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

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

Endereço <u>RUA TOMAZ GONZAGA</u>		Número <u>248</u>	Complemento
Bairro <u>ZUMBI</u>	Cidade <u>RECIFE</u>	Estado <u>PE</u>	CEP <u>50.711-090</u>
Email		Telefone comercial(DDD) <u>(31) 3542.6913</u>	Telefone celular (DDD) <u>(31) 98630.5660</u>

JGARASSU, 28 de Fevereiro de 2018
Local e Data

Maria Auxo L. de Oliveira
Assinatura do Declarante

DLDRL001 V001/2017



Atendimento: 380871 Senha da Classificação: 0010
Data e Hora: 30/05/2017 07:34

Paciente: 103843 ALIETE SANTINA DA SILVA DOS SANTOS Sexo: MASCULINO
Data do Nascimento: 30/10/1959 Idade: 57 anos Convenio: 2 SUS - EXTERNO / URGENCIA
Nome da Mãe: ALMIRA SANTINA DA SILVA Nome do Pai: SEVERINO PEDRO DA SILVA
Estado Civil: SOLTEIRO Nome do Médico: PLANTONISTA ORTOPEDIA CRM: 12346
Endereço: AVENIDA TRANSAMAZONICA 129 Bairro: FOSFATO
Cidade/UF: ABREU E LIMA PE Usuário Atendimento: JOSAFAXA

Informações Associadas a Pacientes Estrangeiros / Visitantes

Data Entrada Brasil:
Nacionalidade: BRASILEIRA Nr Documento Estrangeiro:
Observação:

RESUMO DE TRATAMENTO

Peso: _____ Altura: _____ Temperatura: _____ Hora: 11:00

Queixa Principal
Prontidão vizinha de 26 dias de início há 1 dia com tosse
em TNE ①.
Nenhuma complicação. Nenhum melhora.

Exame Físico
Ed. hirsuta, comos, marm, consiente
Prontidão de 26 dias de início em TNE ①
Nenhuma complicação. Nenhum melhora em TNE ①

Hipótese Diagnóstica
① TNE ①

Prescrição Médica
① Transder. 100mg + 100mg ST 0,9%, EV, 10mg ①

Cont. Intervenção

Daniel Gabriel
Gestor de Qualidade
GRUPO 14.031

EXCELSIOR SEGUROS
11/11/2018
SEGURO DPVAT.

Assinatura e Carimbo/Médico

Destino: () Encaminhado ao Ambulatório () Residência
() Transferido Para _____ Senha: _____
() Encaminhado ao setor de Internação



ATOP. NORTE MIGUEL ARRAES

Classificação de Risco - Protocolo

PROTOCOLO CLASSIFICACAO REDE IMIP

hora retirada da senha: 30/05/2017 07:28

Nome Paciente: ALIETE SANTINA DA SILVA DOS SANTOS
Cód. Paciente: 103843
Data de Nascimento: 30/10/1958
Sexo: Masculino
Idade: 57
Senha: 0010
Convênio: 2 - SUS - EXTERNO / URGENCIA
Atendimento: 380871
SAME: 91840

Período: 30/05/2017 07:40 - 30/05/2017 07:48

BARBARA KEYTH DE CASTRO FORTE ROCHA - COREN: 266532 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - Classificação

Prioridade: URGENCIA AMARELO

Cor: AMARELO

Queixa Principal: PACIENTE ENCAMINHADA DA UPA DE IGARASSU COM SENHA: 5179343 VÍTIMA DE ATROPELAMENTO COM TRAUMA EM TNZ DIREITO EDEMA E LIMITAÇÃO FUNCIONAL DO MEMBRO.

Observação: NEGA ALERGIAS

Programa sintoma: TRAUMA

Discriminador(es): - SUSPEITA DE FRATURA OU LUXAÇÃO SEM DEFORMIDADE
- DOR MODERADA (4-7/10)

Especialidade: CIRURGIA GERAL

Sinais Vitais Lidos: - FREQUENCIA CARDIACA: 84.00 BPM
- FREQUENCIA RESPIRATORIA: 20.00 RPM
- P.A. SISTOLICA: 160.00 MMHG
- P.A. DISTOLICA: 100.00 MMHG
- SATURAÇÃO DE OXIGÊNIO: 98.00 %

REVISADO
NEPI-HMA

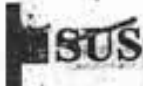
Acolhido(a) por: BARBARA KEYTH DE CASTRO FORTE ROCHA - COREN: 266532 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 30/05/2017 07:48

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco

Página 1 de 1





Laudo para solicitação de autorização de internação

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

ESTABELECIMENTO SOLICITANTE	HOSPITAL MIGUEL ARRAES	2 - CNES	6431559
ESTABELECIMENTO EXECUTANTE	HOSPITAL MIGUEL ARRAES	4 - CNES	6431559

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome do Paciente	ETE SANTINA DA SILVA DOS SANTOS			6 - Nº Prontuário	103843
Artigo Nacional do SUS	8 - Data de Nascimento	9 - Sexo	10 - Raça/Cor	10.1 - Etnia	
201681321693	30/10/1959	X 1	03 - Parda	0000 - Não Se Aplica	
Nome da Mãe	MIRA SANTINA DA SILVA			12 - Telefone do Contato	8198158010
Nome Responsável	ALMA FERREIRA			14 - Telefone do Contato	
Endereço (Rua, Nº, Bairro)	ENIDA TRANSAMAZONICA, 129 - FOSFATO				
Município	17 - IBGE	18 - UF	19 - CEP		
IREU E LIMA	280005	PE	53580135		

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

Principais Sinais e Sinais Clínicos
VITIMIZADO SEM COMORBIDADES VITIMA DE ATROPELAMENTO NA 1ª DIA DE ADMISSÃO ADMITIDA COM DOR EM TORNOZELO
RADIOGRAFIA DE TORNOZELO DIREITO REVELA FRATURA BIALEOLAR DE TORNOZELO DIREITO; AO EXAME FÍSICO PACIENTE EM ESTADO GERAL
ACIANÓTICA, ANICTÉRICA, NORMOCORADA, HIDRATADA. EXAME FÍSICO NÃO HÁ EVIDÊNCIA DE EXPOSIÇÃO DE FRATURA.

Condições que justificam a internação
AMNESE + EXAME FÍSICO + RADIOGRAFIA

Principais Resultados de Provas Diagnósticas
AMNESE + EXAME FÍSICO + RADIOGRAFIA

Diagnóstico Inicial / Código	24 - CID 10 Principal	25 - CID 10 Secundário	26 - CID 10 Causas Associadas
FRATURA DO MALEOLO LATERAL	S825	W199 V09.2	S825

PROCEDIMENTO SOLICITADO

Descrição do Procedimento Solicitado	28 - Código do Procedimento		
TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA BIALEOLAR / TRIALEOLAR / DA FRATURA-LUXAÇÃO DO TORNOZELO	0408050497		
Especialidade	30 - Caracter de Atendimento	31 - Documento	32 - Nº do Documento (CNS/CPF) do Profissional Solicitante/Assistente
CIRÚRGICA	2	00 CNS () CPF	990016000814895
Nome do Profissional Solicitante/Assistente	34 - Data da Solicitação	35 - Assinatura e Carimbo (Nº de Registro no Conselho)	
FAGNER FONSECA DE ATHAYDE	30/05/2017	Dr. Thiago Vitorino Ferreira 16863	

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIA)

36 - () Acidente de Trânsito	39 - CNPJ Seguradora	40 - Nº Bônus	41 - Selo
37 - () Acc. Trabalho Típico	42 - CNPJ Empresa	43 - CNAL / Empresa	44 - CBOR
38 - () Acc. Trabalho Trajet			
45 - Vínculo com a Previdência	() Empregado () Empregador () Autônomo () Desempregado () Aposentado () Não Segurado		

AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizador	47 - Cód. Órgão Emissor
	E260000001
48 - Documento	49 - Nº do Documento (CNS/CPF) do Profissional Autorizado
() CNS () CPF	
50 - Data da Autorização	51 - Assinatura e Carimbo (Nº Registro do Conselho)
1 MA 2017	Dr. Luciana Mallet CRM 17171 Régua Ortocast

AIH
261710088774-2

AIH
261710088775-3

Código do Laudo: 300871



FICHA DE INTERNAÇÃO

HOSPITAL
MIGUEL ARRAES

Rua Estrada da Fazendinha, S/N
Jaguaribe - Paulista - PE
CEP.: 53.400 - 000

Cód. Atendimento: 381113

Usuário: ANACS1

DADOS DO PACIENTE

Paciente: ALIETE SANTINA DA SILVA DOS SANTOS
Idade: 57a 7m 6d Sexo: M Estado Civil: SOLTEIRO Data de Nascimento: 30/10/1959
Profissão: Escolaridade:
R.G.: 1927992 C.P.F.: 33615989821 Telefone: CEP 53580135
Endereço: AVENIDA TRANSAMAZONICA, 129 - FOSFATO - ABREU E LIMA - PE
Origem: URGENCIA/EMERGENCIA Data e Hora da Internação: 31/05/2017 07:34
Convênio: SUS - INTERNACAO Plano: GERAL
Unidade Internação: VERDE 2 ORTOPEDIA Acomodação: ENFERMARIA DE OBSERVACAO Leito: VERDE-15
Médico Internação: PLANTONISTA ORTOPEDIA

DADOS DO RESPONSÁVEL

Nome: R.G.: C.P.F.:
Endereço: Número:
Telefone: Cidade: Estado civil:

DADOS DA LIBERAÇÃO DO PACIENTE

Data da Alta: 02/06/17 Hora da Alta: 09:45

Motivo: ☒ Melhorado ☐ A Pedido ☐ Transferência ☐ Óbito ☐ Evasão

Condições de Alta: Bom, ao lar

Diagnóstico Principal: Frat. humeral

Diagnóstico Secundário01:

Diagnóstico Secundário02:

Procedimento: RPS cl. 113 de cons

10
LUCIANA JOSER
CRM 17573
Tupacatiuba - Parana

Médico e CRM:
EXCELSIOR SEGUROS
11 MAI 2018
SEGURO DPVAT

Dylena Santos
Responsável pela retirada do paciente Assinatura e RG

TERMO DE RESPONSABILIDADE

Autorizo a internação do paciente acima mencionado no HOSPITAL MIGUEL ARRAES bem como os tratamentos clínicos e cirúrgicos (Intervenção cirúrgica, anestesia, transfusões, exames de sangue, ou qualquer outro tipo de exame médico e laboratorial) que se fizerem necessários para o diagnóstico, tratamento, cura e o bem estar do paciente.

Em 05 de 06 de 17
Assinatura e RG do paciente ou pessoa responsável



EVOLUÇÃO CLÍNICA

NOME: Alcete Santana da Silva dos Santos REG: 703843
CLÍNICA: SOT ENFERMAGEM: LEITO:

DATA/HORA	
	<u>#SOT#</u>
<u>02/06/17</u>	<u>Q. 57a</u>
<u>10:00R</u>	<u>#FD: 1) Ex fechada bilateral de</u> <u>TNZ (D)</u>
	<u>Uso: Enxofre 40 mg/dia</u>
	<u>→ Pto. Refe. das Lombar (D) (trans-</u> <u>ferido).</u>
	<u>EF:</u>
	<u>EGF: orientada, hidratada, eufor-</u> <u>ica, corado, AAT.</u>
	<u>CD: 7 - Aguarda transferência</u> <u>para convênio.</u>
<u>03/06/17</u>	<u>#SOT#</u>
	<u>FD: Ex bilateral de</u>
	<u>Ponto ex inter, no qum.</u>
	<u>Ed: Cingro Sepeds - Lom</u>

dele Chou

Dr. Diego...

EXCELSIOR SEGUROS
17 MAI 2018
REGISTRO DPVAT

Cláudio Costa Neto
Ortopedia / Traumatologia
CRM-PE 24.839





HERNÁNDEZ AGUIRRE

[illegible]

EVOLUÇÃO CLÍNICA

NOME:

REG:

CLÍNICA:

ENFERMAGEM:

LEITO:

DATA/HORA

02/06/17

07:00

#SOT#

H01) FK BILATERAL TNE (D)

PA 056.10.10.10.10.

LF EGG, EUPNEIC, NORMALLY CONSCIOUS, ORIENTED.

C1) Novas pesquisas cirúrgicas.

Dr. Ayron Ferraz

Ortopedia (Cirurgia de Mão)

CRM 12.350

05/06/17

06:30

#SOT#

#H01: 1) FK BILATERAL TNE (D)

Paciente ASINTOMÁTICA

#E.F: EGG, EUPNEIC, NORMALLY CONSCIOUS, ORIENTED.

#H01: 1) MANTEN JESUM

2) BLOCO MOSE

EXCELSOR 3000

1 MA 719

SECURIO PRIMA

[illegible]

EVOLUÇÃO CLÍNICA

NOME: Aliete Santana da Silva dos Santos
CLÍNICA: Ortopedia

REG: 103843
LEITO: 509-1

DATA/HORA	#SOT#
06/06/17 02h	* UD: ① Fratura bimalleolar em tornozelo ② ② 1º DPO redução imediata + Fixador externo transarticular. + Em uso de Enxerapaxima 40mg/d + Paciente segue estável. Refere dor em fixador e em região lombar. Diz não arrastar há 1 semana. + Ao exame: • EGB, hidratada, corada, eupneica, afébril ao toque. • FO: bom aspecto, 0/4+4+ - Presença de flectema acima de malola medial de Mto. + Co: ① Aguarda P. cardíaca ② Solicita radiografia de tornozelo 10 e perf ③ Aguarda melhora de pele p/ prosed. cirúrgico. ④ Faja Heflex em uso 19000
	Mariana Rivalcanti Ortopedia e Traumatologia Médica Residente CRM-PE 24973 EXCELSIOR SEGUROS 17 MAI 2018 SEGURO PRIVAT
07/06/17 02h	* UD: ① Fratura bimalleolar em tornozelo direito, 1º DPO ② 2º DPO redução imediata + Fixador externo transarticular + Em uso de Enxerapaxima 40mg/d + Paciente segue estável. Refere dor em Mto. - Dificuldade de mobilização presente. + Ao exame: EGB, hidratada, corada, eupneica, afébril. • FO: bom aspecto, 0/4+4+ - Edema + 1/4+.



EVOLUÇÃO CLÍNICA

NOME: Allete Santana da Silva dos Santos
CLÍNICA: Ortopedia ENFERMAGEM:

REG: 103843
LEITO:

DATA/HORA	
07/06/17	~ continuação: * CD: ① Aguarda melhora de pele pl. procedendo cirúrgica.
08/06/17	# SOT # 57a, 9 osh * HD: ① Fixa trimalleolar em tornagelo ① ② 3= DPO Redução imediata + Fixação externa transcuticular * Em uso de: Enxerto próprio 4cmx1h + Cefazolina 0.5/0.6 * Paciente segue estável, sem queixas no momento. * Na exame: - ECG: hidratada, corada, eufônica, afilada ao toque - F.O: Bom aspecto, pl. flácida. Presença de fístula estenada. * CD: ① Aguarda melhora de pele ② Solicito TAC da TVZ D
09/06/17	# SOT # 57a, 9 osh * HD: ① Fixa trimalleolar em tornagelo ① ② 4= DPO Redução imediata + Fixação externa transcuticular * Em uso de: Cefazolina (0.5/0.6) Enxerto próprio 4cmx1h * Paciente segue estável, sem queixas no momento.

EXCELSIOR SEGUROS
17 MAI 2018
SEGURO DAVIA



Ficha de Cirurgia Descritiva

Aviso de Cirurgia : 43374
Paciente : 103843
Convênio Atend. : 1
Leito : 61
Dt. Início : 11/06/2017 09:02
Id Pré-Operatório : S826
Id Pós-Operatório :

Sala : 0002 SALA 02
ALIETE SANTINA DA SILVA DOS SANTOS
SUS - INTERNACAO
ORTL-509-LEITO 001
Dt. Fim : 11/06/2017 10:58
FRATURA DO MALEOLO LATERAL

Atendimento : 381113
Carteira :
Idade : 57 Anos 12 Dias 11 Horas

Procedimentos

Procedimento: 0408050497

TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA BIMALEOLAR / TRIMALEOLAR / DA FRATURA-LUXAÇÃO DO TORNOZELO (PRINCIPAL)

Convênio: 001
Anestesia: 05

SUS - INTERNACAO
RAQUI ANESTESIA

Equipe Médica

CIRURGIAO

19797 ANTONIO JOSE OLIVEIRA DE A. QUEIROZ

Descrição

Descrição Cirúrgica :

DIAGNÓSTICO: FRATURA DO TORNOZELO DIREITO BIMALEOLAR D
CIRURGIA: REDUÇÃO ABERTA COM FIXAÇÃO INTERNA COM PLACA DE SUPORTE POSTERIOR E PARAFUSO INTERFRAGMENTARIO PELA PLACA EM MALEOLO LATERAL E REDUÇÃO E FIXAÇÃO COM PARAFUSO ESPONJOSO E ARRUEL EM MALEOLO MEDIAL
CIRURGIÃO: DR ANTONIO
1º AUXÍLIO: DR CAIO + DR RENATO
ANESTESIA: RAQUIANESTESIA

1. PACIENTE EM DDH SOB ANESTESIA;
2. ASSEPSIA E ANTISSEPSIA;
3. APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTÉREIS;
4. INCISÃO DE PELE DE 10CM NA FACE LATERAL DO TORNOZELO;
5. DISSEÇÃO POR PLANOS;
6. REDUÇÃO CRUENTA DE FRATURA DO MALÉOLO LATERAL ;
7. FIXADO FRATURA COM PLACA E PARAFUSO
8. CONTROLE COM INTENSIFICADOR DE IMAGENS;
9. INCISÃO DE PELE NA FACE MEDIAL DO TORNOZELO;
10. DISSEÇÃO POR PLANOS;
11. REDUÇÃO CRUENTA DE FRATURA DO MALÉOLO MEDIAL ;
12. FIXADO FRATURA COM PARAFUSO
13. CONTROLE COM INTENSIFICADOR DE IMAGENS;
14. LIMPEZA COM SF 0,9%;
15. SUTURA POR PLANOS;
16. CURATIVO;
17. CONTROLE COM RX;



Achados Cirúrgicos:

Descrição Complementar

RATURADO
20/06/17
CLAUDEVAN SOUSA
RATURISTA

DR(A) : ANTONIO JOSE OLIVEIRA DE A. QUEIROZ
CRM : 19797

HOSPITAL METROPOLITANO NORTE MIGUEL ARRAES DE ALENCAR



EVOLUÇÃO CLÍNICA

NOME: Milene Santana da Silva dos Santos REG: 103843
CLÍNICA: Ortopedia ENFERMAGEM: 5094 LETTO: 5094

DATA/HORA	
	- continuação:
09/06/17 09h	* Ao exame: - EOB: lesada, com edema, supuração, afilada ao toque. - F.O: Bom aspecto, s/ pleoresia. Presença de flicterna rompidas. - C.D: ① Aguardando melhora de pele ② Mantenha ATB.
10/06/17	* ASOT A
	HD: 5º DPO RIFE transaminázio de MID
	Uso: Cefazolina D1=05/06
	Pct. exte. e s/ Queixas
	EOB: consistente, ondulada, supuração, com edema
	FO: Bom aspecto, s/ pleoresia, flicterna rompidas
	on T.V.
	①: Ag. proarrumada cirurgica.
12/06/17	* ASOT A
12h45	* 1º DPO: Fract. bimalar @ - 1º DPO RIFE
	Pto. volun. do brrm clm. com mto,
	mm. quixos.
	EOB: consistente, ondulada, supuração
	FO: limpo, n.c., mm. pleoresia
	Rx -> boa evolução e p/ce. cap
	CD: Alta hospitalar e ciclo de
	+ acompanhamento mm. ambulatorial -
	em mto. com qz. e anestesio
	diário

EXCELSIOR SEGUROS
17 MAI 2016
SEGURO DPVAT

visão de Cirurgia : 43269 Sala : 0002 SALA 02
Paciente : 103843 ALIETE SANTINA DA SILVA DOS SANTOS Atendimento : 381113
Convênio Atend. : 1 SUS - INTERNACAO Carteira :
Leito : 891 VERD2-15 Idade : 57 Anos 6 Dias 10 Horas
Dt. Inicio : 05/06/2017 09:30 Dt. Fim : 05/06/2017 10:35
Pré-Operatório :
Pós-Operatório :

Procedimento: 0408050497 TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA BIMALEOLAR / TRIMALEOLAR / DA FRATURA-LUXA
DO TORNOZELO (PRINCIPAL)
Convênio: 001 SUS - INTERNACAO
Anestesia: 05 RAQUI ANESTESIA

CIRURGIAO 15570 ROMERO MONTENEGRO NERY

Descrição Cirúrgica :

DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO: FRATURA BIMALEOLAR DO TORNOZELO DIREITO

TIPO DE INTERVENÇÃO: REDUÇÃO INCRUENTA + FIXADOR EXTERNO TRANSARTICULAR

OPERADOR: DR ROMERO NERY

1º AUXILIAR: DR GUSTAVO PEZZI

2º AUXILIAR: DR AYRON FERRAZ

ANESTESIA: RAQUI ANESTESIA

ANESTESISTA: DRA SIMONE

01. PACIENTE EM DECÚBITO DORSAL SOB ANESTESIA

02. ASSEPSIA + ANTISSEPSIA MID

03. APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTÉREIS

04. REDUÇÃO INDIRETA DA FRATURA BIMALEOLAR SOB ESCÓPIA

05. COLOCADO FIXADOR EXTERNO TRANSARTICULAR EM DELTA EM TORNOZELO DIREITO PARA MANter REDUÇÃO,
VERIFICADO SOB INTENSIFICADOR DE IMAGENS

06. LIMPEZA COM SF0,9%

07. CURATIVO

08. OBSERVADA BOA PERFUSÃO PERIFÉRICA DO MID



Achados Cirúrgicos:

Descrição Complementar

FATURADO
20/06/17
CLAUDEVÂN SOUSA
FATURISTA

Dr. Romero Nery
CRM 15570

DR(A) : ROMERO MONTENEGRO NERY
CRM : 15570

HOSPITAL METROPOLITANO NORTE MIGUEL ARRAES DE ALENCAR



RESUMO DE ALTA HOSPITALAR/ESCLARECIMENTO

NOME: ALIETE SANTINA DA SILVA DOS SANTOS REG:103843

IDADE: 57

SEXO: F

DATA DA ADMISSÃO 30/5/2017

DATA DA ALTA 12/06/17

DIAGNÓSTICO: 1) Fratura bimalar (D) (fechada)

TRATAMENTO REALIZADO:

1) Redução cirúrgica + fixação externa realizada em 05/06/17

2) RFA com placa + parafusos realizada em 11/06/17

ORIENTAÇÃO:

1) NÃO PISAR!

2) Cuidar do dor no

3) Mexer o tornozelo.

PROGRAMA APÓS ALTA:

AMBULATÓRIO DE EGRESSO SIM ()

NÃO () (com 2 semanas)

DATA DA CONSULTA AMBULATORIAL: / /

Dra. Ludiana Moser
CRM 17171
Traumato - Ortopedia

ASSINATURA DO MÉDICO, CARIMBO E CRM

EXCELSIOR SEGUROS

11 MAI 2018

SEGURO DPVAT





HOSPITAL
MIGUEL ARRAES



RECEITUÁRIO

LAUDO MÉDICO

Ateto para fins burocráticos
que a senhora Albeti Santana
de Silva dos Santos foi submetida
a tratamento cirúrgico 3rto
Circulador 127 (D) dia 10/10/17
nesta ocasião a acompanhante
ambulatorial. Necessita apontamento
atendidos laborais pelo menos 90 dias.
CSO: 582.5
582.6

27/10/17
EXCELSIOR SEGUROS
17 MAI 2018
SEGURO UVAT

O LEITE MATERNO É O MELHOR ALIMENTO PARA SEU FILHO





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

MARTA ADREA LUCENA DE OLIVEIRA VIEIRA



CPF: 039.943.888-00
RG: 039.959.754-88
DATA DE NASCIMENTO: 07/01/1985

NÚMERO: 02866519334
DATA DE EMISSÃO: 01/04/2020
VALIDADEZ: 12/07/2023

1024537059

MARTA ADREA LUCENA DE OLIVEIRA VIEIRA

1024537059

EXCELSIOR SEGUROS

11 MAI 2018

SEGURO DPVAT



IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA

Aldi Santana da Silva dos Santos

DATA DO ACIDENTE

CPF DA VÍTIMA 336.159.898-21

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO

QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR

VÍTIMA

A VÍTIMA É

ENDEREÇO DO PORTADOR

Nº

COMPLEMENTO

BAIRRO

CIDADE

UF

CEP

E-MAIL

TELEFONE

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXIBIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)

CARTERA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CERTIDÃO DE TRABALHO OU CARTA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)

CARTÃO IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML: DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

CARTÃO ASSUMIDA PELA VÍTIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA

BOLETEIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

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

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

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

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

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

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

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXIBIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)

CARTERA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTERA DE TRABALHO OU CARTERA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INSTRUINDO AS LESÕES SOFRIDAS EM OCORRÊNCIA DO ACIDENTE E O TRABALHO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

COMPROVANTES (JORNALIS E LEGÍVEL) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES, QUINTAS

NOTAS FISCAIS (JORNALIS E LEGÍVEL) DE FARMÁCIA, ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITUÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

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

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

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

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

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

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

VALORES DE INDENIZAÇÃO

• MODER - R\$ 15.500,00

• INVALIDEZ PERMANENTE - ATÉ R\$ 13.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVIDENTE NA LEI 6.194/76.

• DESPESAS MÉDICAS (DAMS) - R\$ 2.700,00 (PREVIDENTE). ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.

• O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTÍDUOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA.

• COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO.

• PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSO WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204.

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA

IDENTIDADE

ASSINATURA

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA

NOME

ASSINATURA

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180216479

Cidade: Abreu e Lima

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: ALIETE SANTINA DA SILVA DOS SANTOS

Data do acidente: 29/05/2017

Seguradora: Investprev Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 17/05/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA DE TORNOZELO DIREITO

Resultados terapêuticos: DEFICIT FUNCIONAL

Sequelas permanentes: DEBILIDADE SEVERA DE TORNOZELO DIREITO

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: TORNOZELO 75%

Documentos complementares:

Observações:

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau intenso - 75 %	18,75%	R\$ 2.531,25
Total			18,75 %	R\$ 2.531,25

PRESTADOR

AMORIM E MATTOS SERVIÇOS MÉDICOS ESPECIALIZADOS LT

Nome do médico: JORGE DA SILVA MOTTA

CRM do médico: 52.31398-4

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



PROCURAÇÃO

Outorgante: ALIETE SANTINA DA SILVA DOS SANTOS, brasileiro (a), estado civil: CASADA, profissão: DO LAR, residente e domiciliado à Rua SITIO JAMAN, nº 40, bairro: SITIO JAMAN, Município de IGARASSU, Estado de (o) PERNAMBUCO.

Cep: 53.600 - 000

Portador (a) do RG: 1.927.992, CPF: 336.159.898 - 21

Outorgado: MARIA ÁUREA LUCENA DE QUEIROZ VEIGA brasileiro (a), estado civil SOLTEIRA, profissão EMPRESARIA, residente e domiciliado (a) à Rua Tomaz Gonzaga, nº 248, bairro: Zumbi, Município de RECIFE, Estado de (o) PERNAMBUCO - CEP.: 50.711-090, portador (a) do RG nº 6.359.362 SDSPE/ e CPF nº 059.058.754-48.

Por este instrumento particular de procuração, o (a) outorgante nomeia e constitui o(a) outorgado(a) seu bastante procurador(a), para o fim especial de requerer junto à qualquer seguradora integrante do Consórcio Seguro DPVAT, o pagamento do sinistro, que vitimou em acidente de trânsito o(a) Sr.(a) ALIETE SANTINA DA SILVA DOS SANTOS ocorrido em 30-05-2017 conforme registrado pelo B.O anexo ao processo.

Podendo dito(a) procurador(a), representar o(a) outorgante como se o(a) próprio(a) fosse, podendo requerer, assinar recibos, assinar Declarações de endereço, assinar Autorização de Pagamento/Crédito de Indenização de Sinistro DPVAT, para o pagamento de quitação da Indenização de Sinistro DPVAT, solicitar declaração do Bombeiro ou declaração do SAMU, enfim requerer e assinar todos os papéis e documentos que forem precisos e praticar todos os demais atos necessários para o mais amplo e fiel cumprimento do presente mandato.

Aceima, 16 de FEVEREIRO de 2018.



aliete santina da Silva dos Santos
Outorgante
CPF Nº

Obs.: Reconhecer firma em cartório por autenticidade ou verdadeira

