
Rio de Janeiro, 24 de Setembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190528144

Vítima: HOSANA CANDIDO DA SILVA

Data do Acidente: 25/05/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: CARLOS ANTONIO MANGABEIRA FERREIRA

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), HOSANA CANDIDO DA SILVA

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 13 de Setembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190528144

Vítima: HOSANA CANDIDO DA SILVA

Data do Acidente: 25/05/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: CARLOS ANTONIO MANGABEIRA FERREIRA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), HOSANA CANDIDO DA SILVA

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, 16 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190528144

Vítima: HOSANA CANDIDO DA SILVA

Data do Acidente: 25/05/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: CARLOS ANTONIO MANGABEIRA FERREIRA

Assunto: NOVA TENTATIVA DE PAGAMENTO

Senhor(a), HOSANA CANDIDO DA SILVA

Comunicamos que o banco indicado para recebimento do Seguro DPVAT rejeitou o depósito por problemas nos dados informados e, com isso, não foi possível concluir o seu pagamento.

Para nova tentativa de depósito, será necessário o envio de novo formulário de Autorização de Pagamento com os dados bancários atualizados e devidamente assinado.

O formulário está disponível no nosso site e deverá ser entregue na CIA EXCELSIOR DE SEGUROS, ponto de atendimento onde o pedido do Seguro DPVAT foi feito.

O prazo de 30 (trinta) dias para pagamento do Seguro PVAT foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber o documento solicitado. Caso 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, 20 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190528144

Vítima: HOSANA CANDIDO DA SILVA

Data do Acidente: 25/05/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: CARLOS ANTONIO MANGABEIRA FERREIRA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), HOSANA CANDIDO DA SILVA

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\$ 4.725,00

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros inferiores 70%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 70%) 35,00%

Valor a indenizar: 35,00% x 13.500,00 = R\$ 4.725,00

Recebedor: HOSANA CANDIDO DA SILVA

Valor: R\$ 4.725,00

Banco: 104

Agência: 000000944

Conta: 0000059649-8

Tipo: CONTA POUPANÇA

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

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

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

www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



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: 365.464.688-32 Nome completo da vítima: ROSANA CANDIDO DA SILVA

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

Nome completo: ROSANA CANDIDO DA SILVA CPF: 365.464.688-32

Profissão: REGISTA Endereço: RUA DO Frio 96, Número: 96 Complemento: _____

Bairro: DO Paulista Cidade: PAULISTA Estado: PE CEP: 53400-000

E-mail: _____ Tel. (DDD): (81) 81764042

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: _____

AGÊNCIA: 0944 CONTA: 00059649 (Informar o dígito se existir)

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.

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 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.

EXCELSIOR SEGUROS

11 SET. 2019

SEGURO DPVAT

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ 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, Recife 09/09/19

Nome: _____

CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Rosana Candido da Silva

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

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.



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 028ª CIRCUNSCRIÇÃO - PAULISTA -
DP28ªCIRC DIM/8ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **19E0118006130**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **19/06/2019** às
09:41

ATROPELAMENTO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Doloso (Consumado) que
aconteceu no dia **25/5/2019** no período da Noite

Fato ocorrido no endereço: **BAIRRO DE JARDIM PAULISTA (BAIRRO), 1 -**
Bairro: **JARDIM PAULISTA - PAULISTA/PERNAMBUCO/BRASIL** - Ponto de
Referência: **PROXIMO A UPA DE JARDIM PAULISTA.**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR / AGENTE)
HOSANA CANDIDO DA SILVA (VITIMA)

EXCELSIOR SEGUROS

11 SET. 2019

SEGURO DPVAT

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)

HOSANA CANDIDO DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: Feminino Mãe: JOSEFA
MARTINS DA SILVA Pai: JOAO CANDIDO DA SILVA Data de Nascimento: 9/5/1961
Naturalidade: **GOIANA / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **3154683/SDS/PE (RG)** Estado
Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **1º. GRAU INCOMPLETO** Profissão: **DO LAR** Telefones Celulares:
- **81983514844**

Endereço Residencial: **ESTRADA DO FRIO, 96 - CEP: 55000-000 - Bairro: AURORA -**
PAULISTA/PERNAMBUCO/BRASIL

DESCONHECIDO (não presente ao plantão) - Sexo: Desconhecido Naturalidade: NÃO
INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

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

VEÍCULO (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO** , que estava em posse
do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**

Categoria/Marca/Modelo: **AUTOMOVELE/DESCONHECIDO/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido:
Não
Quantidade: **1 (UNIDADE)**

Complemento / Observação

DECLARA A VITIMA QUE NO DIA E LOCAL ACIMA MENCIONADO, QUANDO ESTAVA ATRAVESSANDO A ESTRADA DO FRIO, NO BAIRRO DE JARDIM PAULISTA, FOI ATROPELADA VIOLENTAMENTE PELO VEICULO ATÉ O MOMENTO NÃO IDENTIFICADO. O QUAL APÓS O ACIDENTE TOMOU DESTINO IGNORADO. SENDO SOCORRIDA PARA A UPA DE OLINDA, DEVIDO A GRAVIDADE DOS FERIMENTOS FOI REMOVIDA PARA HOSPITAL MIGUEL ARRAES FICANDO INTERNADA POR 11(ONZE) DIAS. PELO FATO EXPOSTO PESE PROVIDÊNCIA POLICIAL. CASO AFETO A DP. DE PAULISTA.

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

Hosana Candido da Silva
HOSANA CANDIDO DA SILVA
(VITIMA)

B.O. registrado por: **JOÃO VIRGINIO ALVARO FILHO** - Matrícula: **321005-0**

EXCELSIOR SEGUROS

11 SET. 2019

SEGURO DPVAT



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: 365.464.688-32 Nome completo da vítima: ROSANA CANDIDO DA SILVA

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

Nome completo: ROSANA CANDIDO DA SILVA CPF: 365.464.688-32

Profissão: REGISTA Endereço: RUA DO Frio 96, Número: 96 Complemento: _____

Bairro: DO Paulista Cidade: PAULISTA Estado: PE CEP: 53400-000

E-mail: _____ Tel. (DDD): (81) 81764042

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: _____

AGÊNCIA: 0944 CONTA: 00059649 (Informar o dígito se existir)

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.

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 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.

EXCELSIOR SEGUROS

11 SET. 2019

SEGURO DPVAT

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ 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, Recife 09/09/19

Nome: _____

CPF: _____

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

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.

Atendimento: 1471369

Senha da Classificação:

0342

Data e Hora: 25/05/2019 18:56

Paciente: 360990 HOSANA CANDIDO SILVA

Sexo: FEMININO

Nome Social:

Data do Nascimento: 09/05/1961

Idade: 58 anos

Convenio: 2

SUS - PRONTO ATENDIMENTO

Nome da Mãe: JOSEFA MARTINS DA SILVA SILVA

Nome do Pai:

Estado Civil: SOLTEIRO

Nome do Médico: ORTOPEDISTA - PLANTONISTA

CRM: 1234567

Endereço: RUA DO FRIO NOVO

96

Bairro: MIRUEIRA

Cidade/UF: PAULISTA

PE

Cep: 53405313

Usuário Atendimento: DAYANNELS

RG (Identidade):

Data de Emissão:

CPF (Cadastro de Pessoa Física):

Fone: 34375858

CRN (Certidão de Registro de Nasc):

Data de Emissão CRN:

RESUMO DE TRATAMENTO

Peso: _____ Altura: _____ Temperatura: _____ Hora: _____

Queixa Principal

Presença vizina de rompimento há 1 hora
Nela sendo o mesmo.
Presença de dor na região (B) e região (E)

Idade: 58 anos

EXCELSIOR SEGUROS

11 SET. 2019

SEGURO DPVAT

Exame Físico

A - VAS NERVOS presentes
R - RESPIRANDO ESPONTANEAMENTE
C - SEM SINAIS DE CIRCULACAO
D - CONSCIENTE
E - RESPIRACAO EM SILENCIO (E)

Hipótese Diagnóstica

Ex. METEÓRICO (E)
F - OUTRO TIPO (E)

Conduta Terapêutica

Faco encaminhamento para a mãe
- em Gesso Solteiro em M (E)

Prescrição Médica

Daniel Cabral
Ortopedia e Traumatologia
CRM/PE 24.031

1 - Tramadol 100mg + 250mg S/O, 100mg. EN. NO.
2 - Alprazolam 20mg, 2x, 20mg

Daniel Cabral
Ortopedia e Traumatologia
CRM/PE 24.031

FARMACIA
ATENÇÃO

Destino: () Encaminhado ao Ambulatório () Residência

Transferido:

Para:

Senha:

Carimbo/Médico



1471369

IMOBILIZAÇÃO

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: 13/11/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 4.725,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: HOSANA CANDIDO DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00944

CONTA: 000000059649-8

Nr. da Autenticação E9B78B73D75B62E0

NOTA FISCAL | FATURA | CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA 2a VIA

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 116 | PRONTIDÃO 116
Atendimento ao deficiente auditivo ou de fala: 0800 281 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 móveis

DADOS DO CLIENTE

HOSANA CANDIDO DA SILVA
CPF: 365.464.688-32 NIS: 16590067563

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

RUA DO FRIO 96

JARDIM PAULISTA/NAVARRO
53400-000 PAULISTA PE

As condições gerais de fornecimento (Resolução ANEEL 414/2010), tarifas, produtos, serviços prestados e tributos se encontram à disposição, para consulta em nossas unidades de atendimento e no site www.celpe.com.br

DATA DE VENCIMENTO

03/09/2019

TOTAL A PAGAR (R\$)

46,66

DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL

27/08/2019

DATA DA APRESENTAÇÃO
27/08/2019

NÚMERO DA NOTA FISCAL
075220008

CONTA CONTRATO

001062760024

Nº DO CLIENTE
2000612513

Nº DA INSTALAÇÃO
0002373450

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL - BAIXA RENDA COM NIS
Monofásico

RESERVADO AO FISCO

FFB9.4E2D.283D.A929.740A.5E7C.FBB9.AAAB

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)
Consumo Ativo até 30 kWh	30,00	0,19124008	5,73
Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh	70,00	0,32784015	22,94
Consumo Ativo superior a 100 até 220 kWh	11,00	0,49176022	5,40
Acrescimo Bandeira AMARELA			0,13
Acrescimo Bandeira VERMELHA			2,18
Contrib. Ilum. Pública Municipal			10,28
TOTAL DA FATURA			46,66

EM ATÉ 15 DIAS, DÉBITOS EXISTENTES CAUSARÃO CORTE.

Vencido	Dt Reav	Valor
06/12/17	27/08/19	85,82
07/11/17	29/11/17	45,97

Este comunicado NÃO substitui aviso de débitos anteriores e NÃO contempla débitos em discussão judicial. Caso a suspensão do fornecimento persista por dois ciclos de faturamento, poderá ocorrer o encerramento do contrato, podendo também existir cobrança conforme os critérios definidos no Art. 99 REN 414/Anel. Podem ocorrer ações de cobrança, bem como inclusão nos registros de restrições de crédito SPC e SERASA.

Tarifas Aplicadas

Consumo Ativo até 30 kWh	0,18328450
Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh	0,31420200
Consumo Ativo superior a 100 até 220 kWh	0,47130300

HISTÓRICO DO CONSUMO

		kWh
Consumo Ativo até 30 kWh	AGO 19	111
Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh	JUL 19	121
Consumo Ativo superior a 100 até 220 kWh	JUN 19	107
	MAI 19	112
	ABR 19	106
	MAR 19	102
	FEV 19	90
	JAN 19	113
	DEZ 18	111
	NOV 18	111
	OUT 18	103
	SET 18	87
	AGO 18	98

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

	R\$	%
Geração de Energia	17,75	48,80
Transmissão	1,79	4,92
Distribuição (Celpe)	10,86	29,85
Encargos Setoriais	1,08	2,91
Tributos	1,50	4,12
Perdas de Energia	3,42	9,40
TOTAL	36,38	100

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS

ICMS		PIS		COFINS	
BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
0,00		0,00	36,38	0,74	0,26
			36,38	3,42	1,24

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

NÚMERO DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR	ATUAL	CONSUMO
000000003142238380	CAT	26/07/2019 6.050,00	27/08/2019 6.161,00	32

1,00000 0,00 111,00

DATA PREVISTA PARA A PRÓXIMA LEITURA: 25/09/2019

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES

DESCRIÇÃO	CONJUNTO	VALOR APURADO	META MENSAL	META TRIM.	META ANUAL
jun/2019					
DIC-No.de horas sem Energia		0,00	0,00	0,00	0,00
DC-No.de vezes sem Energia		0,00	0,00	0,00	0,00
DMC-Duração máxima de interrupção contínua		0,00	0,00	0,00	0,00
DCRI-Duração de interrupção em dia crítico					
Limite DCRI: 0,00					
EUSD-Valor do Encargo de Uso = R\$ 17,09					
Todo Consumidor pode solicitar a apuração dos indicadores DIC, DC, DMC e DCRI a qualquer tempo.					

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Pague no ponto mais perto de você! fany pet: rose dr luiz ignacio de andrade lima 1120 box janga / milenas papeleria e variedades: avenida doutor claudio jose gueiros leite jangaLista completa em www.celpe.com.br. Na data da leitura a bandeira em vigor é a Vermelha. Mais informações em www.aneel.gov.br. O cliente é compensado quando há violação na continuidade individual ou do nível de tensão de fornecimento. Pagto. em atraso gera multa 2%(Res414/ANEEL), Juros 1%a.m(Lei 10.438/02) e atualização monetária no próx. mês Isenção do ICMS conforme art. 9, XLVIII, a, 2.2.2, do RICMS-PE. Desconto pela aplicação da Tarifa Social de Energia Elétrica criada pela Lei N° 10.438 de 26/04/02 - R\$ 31,39. O Cliente é compensado quando há descumprimento do prazo definido para os padrões de atendimento comercial. Em caso de suspensão de fornecimento, o encerramento do contrato poderá ocorrer após 2 ciclos de faturamento, podendo também ser cobrado o custo de disponibilidade no ciclo em que ocorrer a suspensão.

NÍVEIS DE TENSÃO

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

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

DESTAQUE AQUI

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO	TOTAL A PAGAR(R\$)	VENCIMENTO	TALÃO DE PAGAMENTO
001062760024	08/2019	46,66	03/09/2019	Evite dobrar, perfurar ou rasurar. Este canhoto será usado em leitora ótica.

838000000009 466600110018 062760024103 169050124432



AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

Nº Documento: 20190716217220

Escritório: OLINDA

FATURA MENSAL DE ÁGUA E ESGOTO

DADOS DO CLIENTE

MARIA CARMEM DE OLIVEIRA E SILVA

AV TIRADENTES, N. 00366 - - RIO DOCE OLINDA PE 53080-490

INSCRIÇÃO: 096.340.070.0260.000

GRUPO: 6

MATRICULA:

01621722.0

07/2019-3

OPÇÃO DÉB. AUTOMÁTICO: 01621722.0

RESPONSÁVEL

ENDEREÇO PARA ENTREGA

UTILIZAÇÃO ÁGUA	SITUAÇÃO ESGOTO	QUANTIDADE DE CONDIÇÕES			
LIGADO	LIGADO	RESIDENCIAL	COMERCIAL	INDUSTRIAL	MIXTO
1					
IDENTIFICADOR	DATA LEIT. ANTERIOR	DATA LEIT. ATUAL	TIPO DE CONSUMO (M3)		
A16S332116	29/06/2019	29/07/2019	REAL /REAL		
ÁGUA		ESGOTO			
LEIT. ANT. : 271	CONSUMO: 12	LEIT. ANT. :	VOLUME: 12		
LEIT. ATUAL: 283		LEIT. ATUAL:			
LEIT. FAT. : 283		LEIT. FAT. :			
HISTÓRICO DE CONSUMO		NÚMEROS DE AMOSTRAS			
REFERÊNCIA/CONSUMO		PARÂMETROS	EXIG. PELA PORT.	ANÁLISES	ATENDEN A
			MS 2.914/11	REALIZADAS	LEGISLAÇÃO
06/2019 9/ 9	A	TURBIDEZ	119	119	108
05/2019 8/ 8	A	COR APARENTE	119	119	118
04/2019 9/ 9	A	CLORO RESIDUAL	119	119	107
03/2019 7/ 7	A	COLIFORMES TOTAIS	119	119	114
02/2019 7/ 7	A	E.Coli	119	119	117
01/2019 9/ 9	A	OBSERVAÇÕES: (1) COLIFORMES TOTAIS AUSÊNCIA EM 95% DAS AMOSTRAS EXAMINADAS.			
MÉDIA 8/ 8	A	(2) OS PARÂMETROS COLIFORMES TOTAIS, ESCHERICHIA COLI E CLORO RESIDUAL SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES SANITÁRIAS DA ÁGUA.			
	A	(3) OS PARÂMETROS COR E TURBIDEZ SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES ASSOCIADAS AO ASPECTO VISUAL DA ÁGUA.			

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS E TARIFAS

CONSUMO POR FAIXA

VALOR R\$

ÁGUA					
RESIDENCIAL 001 UNIDADE					
ATE 10 M3 - R\$ 41,30 (POR UNIDADE)		10 M3			41,30
11 M3 A 20 M3 - R\$ 4,74 POR M3		2 M3			9,48
ESGOTO (100% DO VALOR DA ÁGUA)					
RESIDENCIAL 001 UNIDADE					
ATE 10 M3 - R\$ 41,30 (POR UNIDADE)		10 M3			41,30
11 M3 A 20 M3 - R\$ 4,74 POR M3		2 M3			9,48
MULTA P/IMPONTUALIDADE 06/2019					1,72
DOACAO AO HOSPITAL DE CANCER 07/2019					1,00

EXCELSIOR SEGUROS

11 SET. 2019

SEGURO DPVAT

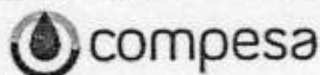
PIS	101,56	1,65	1,68
COFINS	101,56	7,60	7,72

VENCIMENTO: 15/08/2019

TOTAL A PAGAR: 104,28

Emitted por: INTERNET

Emitted em: 30/07/2019



ATENDIMENTO: 0800-0810195

VAZAMENTOS: 0800-0810185

Arpe Agência de Regulação de Pernambuco

0800-2813844

MATRICULA:

01621722.0

07/2019-3

VENCIMENTO: 15/08/2019

TOTAL A PAGAR: 104,28

CÓDIGO DE BARRAS

VIA COMPESA

82880000001-4 04280018096-3 01621722001-7 07201930003-1



AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

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/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 Paulo Antônio Mangabeira FENNEIRA

inscrito (a) no CPF/CNPJ 012.891.554,45, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

HOSANA CANDIDO DA SILVA inscrito (a) no CPF sob o Nº 365.464.688,32,

do sinistro de DPVAT cobertura INVALÍDEZ da Vítima HOSANA CANDIDO DA SILVA

inscrito (a) no CPF sob o Nº 365.464.688,32, 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. Financúles</u>	Número: <u>366</u>	Complemento:
Bairro: <u>RIO DOCE</u>	Cidade: <u>OLINDA</u>	Estado: <u>PE</u>
E-mail:	CEP: <u>53.080.490</u>	Tel. (DDD) <u>(81) 81764044</u>

Local e Data: 02/09/19


Assinatura do Declarante

EXCELSIOR SEGUROS

11 SET. 2019

SEGURO DPVAT

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:

365.464.688-32 ROSANA CANDIDO DA SILVA

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

Nome completo:

ROSANA CANDIDO DA SILVA

CPF:

365.464.688-32

Profissão:

REGISTA

Endereço:

RUA DO Frio 90,

Número:

90

Complemento:

Bairro:

Paulista

Cidade:

Paulista

Estado:

PE

CEP:

53400-000

E-mail:

Tel (DDD):

(81) 81764042

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:

AGÊNCIA:

0944

CONTA:

00059649 3

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

CONTA:

(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 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.

EXCELSIOR SEGUROS

11 SET 2019

SEGURO DPVAT

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ 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

nasceu? ☐ 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 obrigatório

Local e Data:

Recife 04/09/19

Nome:

CPF:

Rosana Candido da Silva

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome:

CPF:

Assinatura

2ª | Nome:

CPF:

Assinatura

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.

Atendimento: 1471369

Senha da Classificação:

0342

Data e Hora: 25/05/2019 18:56

Paciente: 360990 HOSANA CANDIDO SILVA

Sexo: FEMININO

Nome Social:

Data do Nascimento: 09/05/1961

Idade: 58 anos

Convenio: 2

SUS - PRONTO ATENDIMENTO

Nome da Mãe: JOSEFA MARTINS DA SILVA

Nome do Pai:

Estado Civil: SOLTEIRO

Nome do Médico: ORTOPEDISTA - PLANTONISTA

CRM: 1234567

Endereço: RUA DO FRIO NOVO

96

Bairro: MIRUEIRA

Cidade/UF: PAULISTA

PE

Cep: 53405313

Usuário Atendimento: DAYANNELS

RG (Identidade):

Data de Emissão:

CPF (Cadastro de Pessoa Física):

Fone: 34375858

CRN (Certidão de Registro de Nasc):

Data de Emissão CRN:

RESUMO DE TRATAMENTO

Peso: _____ Altura: _____ Temperatura: _____ Hora: _____

Queixa Principal

Presença vizinca de amputações na 1 WMA
Nela seguiu o tratamento.
Presença de artrite (E) e Sarcoidose (E)

Idade: 58 anos

EXCELSIOR SEGUROS

11 SET. 2019

SEGURO DPVAT

Exame Físico

A - Vias aéreas patentes
R - Respiração espontaneamente
C - Sem sinais de choque
D - Glândulas
E - Sem alterações (E)

Hipótese Diagnóstica

Ex. Metróide (E)
F - Osteíte (E)

Conduta Terapêutica

Faco encaminhamento para a WMA
- Trat. Gesso Sarcoidose na M1 (E)

Prescrição Médica

Daniel Cabral
Ortopedia e Traumatologia
CRM/PE 24.031

1. Transf. 100mg + 250mg SFO/01. EV. DO
2. Alprazolam 20 + 20, EV. 200mg

Daniel Cabral
Ortopedia e Traumatologia
CRM/PE 24.031

FARMACIA
ATENÇÃO

Destino: () Encaminhado ao Ambulatório () Residência

Transferido:

Para:

Senha:

Carimbo/Médico



1471369

IMOBILIZAÇÃO

Protocolo de Encaminhamento

TIPO DE OCORRÊNCIA

Causa Externa: Acidente/Violência () Causa Clínica () Obstétrico () Psiquiátrico ()
Em caso de violência/acidente: Via Pública () Domicílio () Local de Trabalho ()

SENHA 5692915

IDENTIFICAÇÃO

Nome do Paciente: _____

Pac 360890 - ROSANA CANDIDO SILVA

Idade: _____

Sexo: M () F () Profissão: _____

Mãe: JOSEFA MARTINS DA SILVA

1471369 09/05/1961

Fone: _____

Endereço Residencial: _____

Bairro: _____

Cidade: _____

CAUSA EXTERNA (ACIDENTE/VIOLENCIA)

Acidente de Trânsito: Ônibus () Caminhão () Carro de Passeio () Motocicleta ()

Atropelamento: Pedestre () Ciclista ()

Automóvel (Colisão): Passageiro () Motorista () Banco de Trás () Banco da Frente () Uso de cinto S() N()

Motocicleta: Motociclista () Passageiro () Uso de Capacete: S() N()

Semi-Afogamento/Submersão () Soterramento ()

Intoxicação Exógena () Animais Peçonhentos () Agente Causador: _____

Exposição ao: Fogo/Fumaça/Choque Elétrico ()

Queimaduras: 1º Grau () 2º Grau () 3º Grau ()

Queda: () Altura Aproximada _____ Metros

() Queda da Própria Altura

Agressões: () Por Arma de Fogo/Tipo _____ () Arma Branca/Tipo: _____

Agressão Sexual () Maus Tratos () Outros () Citar: _____

Mecanismo do Trauma: () Impacto Frontal () Impacto Lateral () Impacto Traseiro () Ejeção () Capotamento

CAUSAS CLÍNICAS

História Clínica Atual: PACIENTE VIZINA DE ATROPELAMENTO NA 1ª Vez

Hipótese Diagnóstica: Ex Alergia

Ex Anemia

AValiação Clínica

Glicemia Capilar (HGT): _____ Temperatura: _____ F.C.: _____ P.A.: _____ x

Vias Aéreas: FR _____ Dispneia S() N() Tiragem Intercostais S() N() Obstrução Vias Aéreas: S() N()

Sibilos Expiratórios: S() N() BAN*: S() N() Deformidade do Tórax: S() N() Gemido/Estridor: S() N()

Distúrbio Fala/Choro: S() N()

Agitação Psicomotora: S() N() Lesões de face: S() N() Retração Xifóide: S() N()

Perfusão Periférica: Boa () Lentificada () Bulhas Cardíacas: Normofonéticas () Hipofonéticas ()

Pulso: Rítmico () Arritmico () Filiforme () Fino ()

Colocação da Pele: Normocorada () Palidez () Cianose ()

Sudorese: S() N() Desidratado: S() N() Ictérico: S() N()

FR: RN 35-50
< 1 ano 30-50
Crianças 20-30
Adulto 12-30

FC: RN 120-160
< 1 ano 90-140
Criança 80-110
Adulto 60-100



HOSPITAL
MIGUEL ARRAES

HOSPITAL MIGUEL ARRAES



Atendimento: 479244

Senha da Classificação:

0029

Data e Hora: 25/05/2019 20:45

Paciente: 21896 HOSANA CANDIDO DA SILVA

Sexo: FEMININO

Nome Social:

Data do Nascimento: 09/05/1961 Idade: 58 anos Convenio: 2 SUS - EXTERNO / URGENCIA

Nome da Mãe: JOSEFA MARTINS DA SILVA

Nome do Pai: JOAO CANDIDO DA SILVA

Estado Civil: SOLTEIRO

Nome do Médico: PLANTONISTA ORTOPEDIA

CRM: 12346

Endereço: RUA DO FRIO

96

Bairro: JARDIM PAULISTA

Cidade/UF: PAULISTA

PE

Usuário Atendimento: MAYARAAM

Informações Associadas a Pacientes Estrangeiros / Visitantes

Data Entrada Brasil:

Nacionalidade: BRASILEIRA

Nr Documento Estrangeiro:

Observação:

RESUMO DE TRATAMENTO

Peso: _____ Altura: _____ Temperatura: _____ Hora: _____

Queixa Principal

Pacientes Reforços que foi admitido para tratamento
H 23 horas, dor na mão esquerda e mão
direita, dor no pescoço

Exame Físico

GUS com 15 dias de dor na mão esquerda
e direita e no pescoço

Hipótese Diagnóstico

fratura do punho direito e
fratura do osso da mão

Prescrição Médica

fratura do punho?

① 200,00 - 100ml - EV

② 200,00 - 100ml - EV

③ 200,00 - 100ml

④ R

Assinatura e Carimbo/Médico

Destino: () Encaminhado ao Ambulatório () Residência

() Transferido: Para _____

Senha: _____

() Encaminhado ao setor de internação





Laudo para solicitação de autorização de internação

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

1 - ESTABELECIMENTO SOLICITANTE	HOSPITAL MIGUEL ARRAES	2 - CNES	6431569
3 - ESTABELECIMENTO EXECUTANTE	HOSPITAL MIGUEL ARRAES	4 - CNES	6431569

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5 - Nome do Paciente	HOSANA CANDIDO DA SILVA			6 - Nº Prontuário	21896
7 - Cartão Nacional do SUS	8 - Data de Nascimento	9 - Sexo	10 - RaçaCor	10.1 - Etnia	0000 - Não Se Aplica
	09/05/1961	<input checked="" type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino	03 - Parda	12 - Telefone de Contato	3437585888
11 - Nome da Mãe	JOSEFA MARTINS DA SILVA			14 - Telefone de Contato	34375858/88092762
13 - Nome Responsável	ROSEANE				
15 - Endereço (Rua, Nº, Bairro)	RUA DO FRIO, 96 - JARDIM PAULISTA				
16 - Município	17 - IBGE	18 - UF	19 - CEP		
PAULISTA	261070	PE	53407040		

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

Principais Sinais e Sintomas Clínicos
TE COM QUEIXA DE DOR EM JOELHO ESQUERDO APÓS ATROPELAMENTO HA 01 DIA. COM DOR E DEFORMIDADE DO JOELHO ESQUERDO

21 - Condições que justificam a Internação
INSTABILIDADE DE JOELHO

22 - Principais Resultados de Provas Diagnósticas
RADIOGRAFIA = FRATURA DE PLANALTO LATERAL

23 - Diagnóstico Inicial / Código	24 - CID 10 Principal	25 - CID 10 Secundário	26 - CID 10 Causas Associadas
FRATURA DA EXTREMIDADE PROXIMAL DA TIBIA	S821	V093	

27 - Descrição do Procedimento Solicitado	28 - Código do Procedimento		
TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DO PLANALTO TIBIAL	0408050551		
29 - Especialidade	30 - Caracter de Atendimento	31 - Documento	32 - Nº do Documento (CNS/CPF) do Profissional Solicitante/Assistente
CIRÚRGICA	5	(X) CNS () CPF	204322973450007

33 - Nome do Profissional Solicitante/Assistente	34 - Data da Solicitação	35 - Assinatura e Carimbo (Nº de Registro no Conselho)
IVAN MARCIO GUEDES FERREIRA DE LIMA	26/05/2019	Traumatologia e Ortopedia Cir. da Coluna CRM 14501

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - () Acidente de Trânsito	39 - CNPJ Seguradora	40 - Nº Bilhete	41 - Série
37 - () Acid. Trabalho Típico	42 - CNPJ / Empresa	43 - CNAE / Empresa	44 - CBOR
38 - () Acid. Trabalho Trajeto			

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 Autorizador
() CNS () CPF	

50 - Data da Autorização	51 - Assinatura e Carimbo (Nº Registro do Conselho)

AIH
261910218195-0

AIH
261910218196-0

FICHA DE INTERNAÇÃO

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

Cód. Atendimento: 479262

Usuário: MAYARAAM


DADOS DO PACIENTE

Paciente: HOSANA CANDIDO DA SILVA	Prontuário: 21896		
Idade: 58a 0m 17d	Sexo: F	Estado Civil: SOLTEIRO	Data de Nascimento: 09/05/1961
Profissão:	Escolaridade:		
R.G.: 3154683	C.P.F.: 36546468832	Telefone: 34375858/88092762	CEP 53407040
Endereço: RUA DO FRIO	, 96 - JARDIM PAULISTA	- PAULISTA	- PE
Dados da Internação			
Origem: URGENCIA/EMERGENCIA	Data e Hora da Internação: 26/05/2019 01:07		
Convênio: SUS - INTERNACAO	Plano: GERAL		
Unidade Internação: VERMELHA - EMERGEI	Acomodação: ENFERMARIA DE OBSERVACA	Leito: VERMELHO - EXTRA 009	
Médico Internação: PLANTONISTA ORTOPEDIA			

DADOS DO RESPONSÁVEL

Nome:	R.G.:	C.P.F.: 14 06 19
Endereço:	Numero:	FATURADO CLAUDEVAN SOUSA PAULISTA
Telefone:	Cidade:	Estado civil:

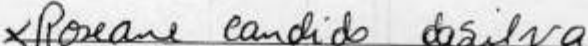
DADOS DA LIBERAÇÃO DO PACIENTE

Data da Alta: 04/06/19	Hora da Alta: 09 : 00
Motivo: <input checked="" type="checkbox"/> Melhorado <input type="checkbox"/> A Pedido <input type="checkbox"/> Transferência <input type="checkbox"/> Óbito <input type="checkbox"/> Evasão	
Condições de Alta: melhorado	
Diagnóstico Principal.....: Fratura de fêmur direito fechado	
Diagnóstico Secundário01.: -	
Diagnóstico Secundário02.: -	
cedimento.....: 26/05 - Fixação externa transcutânea de aperto	
03/06 - Retirada de fixação externa RAF: com placa 1/3 de comprimento 3.5 mm x 140 mm	 Dr. Thiago Mendonça Ferreira Médico CRM-PE 24.728 Médico e CRM:
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, anestésias, 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 _____ de _____ de _____


Assinatura e RG do paciente ou pessoa responsável

EVOLUÇÃO CLÍNICA

NOME: HOSANA CANDIDO DA SILVA

REG: 21896

CLÍNICA: ORTOPEDIA

ENFERMAGEM:

LEITO:

DATA/HORA	
26/5/2019	# SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
	# ADMISSÃO
00:30	PACIENTE VÍTIMA DE ATROPELAMENTO HÁ 4 HORAS
	REFERINDO DOR EM JOELHO ESQUERDO E 03 QDE
	REFERE DIABETES E HAS
	AO EXAME :
	EDEMA DO JOELHO ESQUERDO
	RADIOGRAFIA - FRATURA DO PLANALTO TIBIAL ESQUERDO
	HD: FRATURA DO PLANALTO TIBIAL
	CD : INTERNAÇÃO
	SOLICITADO
	TC DE CRÂNIO
	+ PAINTELA DA CIRCUNSTÂNCIA
	GERAL
	#805
26/05/2019	HD: fratura de Platô tibial e
	01 DPO fixador externo transarticular de joelho
	Paciente segue em 01 DPO
	Paciente segue consciente, orientada
	Aguardando avaliação de cirurgia geral
	e Tomografia de crânio solicitada

Dr. Ian Lacerda
CRM-PB 9524
CRM-PF 23591

Dr. Ian Lacerda
CRM-PB 9524
CRM-PF 23591

Dr. Hudyson Oliveira Rocha
Ortopedia / Traumatologia
CRM-PB 26.720



HOSPITAL
MIGUEL ANNAES



Instituto de Medicina Integral
Prof. Fernando Figueira

EVOLUÇÃO CLÍNICA

NOME:

EVOLUÇÃO CLÍN
 João Carlos e Silva

REG:

11896

CLÍNICA:

CC2

ENFERMAGEM:

LEITO:

[illegible]

João Marcelo Xavier
Médico
CRM - 12.725

of - TC Lamin with Absorb - Color No. 1000
- DG 1000 color

Info Marcelo Xavier
Medico

HOSPITAL MIGUEL ARRAESMV 2000 - Sistema de Centro Cirúrgico e Obstétrico
Ficha de Cirurgia Descritiva

Página.: 0001

Data.: 26/05/2019

Hora.: 02:36

Aviso de Cirurgia : 56882

Sala : 0004 SALA 04

Paciente : 21896

HOSANA CANDIDO DA SILVA

Atendimento : 479244

Convênio Atend. : 2

SUS - EXTERNO / URGENCIA

Carteira :

Leito : 757

VERMELHO EXTRA 22

Idade : 58 Anos

Dt. Início : 26/05/2019 01:30

Dt. Fim : 26/05/2019 02:30

Cid Pré-Operatório : S821

FRATURA DA EXTREMIDADE PROXIMAL DA TIBIA

Cid Pós-Operatório : S821

FRATURA DA EXTREMIDADE PROXIMAL DA TIBIA

Procedimento:

Procedimento não Informado (PRINCIPAL)

Convênio: 002

SUS - EXTERNO / URGENCIA

Anestesia:

CIRURGIAO
ANESTESISTA

14501 IVAN MARCIO GUEDES FERREIRA DE LIMA

15214 MAIENA ELISABETH COSTA TENORIO PIMENTEL

Descrição Cirúrgica :

DIAGNÓSTICO: FRATURA DE PLATO TIBIAL ESQUERDO

INTERVENÇÃO: APLICAÇÃO DE FIXADOR EXTERNO TRANSARTICULAR DE JOELHO ESQUERDO

OPERADOR: DR IVAN GUEDES

1º AUXILIAR: DR SAMUEL MOURA

2º AUXILIAR: DR IAN LACERDA

ANESTESISTA: MAYENA TENORIO

ANESTESIA: RAQUI

RELATO DE INTERVENÇÃO

* PACIENTE EM DECÚBITO DORSAL SOB RAQUIANESTESIA

ASSEPSIA + ANTISSEPSIA

3. APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTÉREIS

4. REDUÇÃO INCRUENTA DA FRATURA EM PLATO TIBIAL E APLICADO FIXADOR EXTERNO TUBO-A-TUBO TRANSARTICULAR DO JOELHO ESQUERDO

VERIFICADA BOA REDUÇÃO COM INTENSIFICADOR DE IMAGENS

CURATIVO

OBSERVADO BOA PERFUSÃO DISTAL

Achados Cirúrgicos:**Descrição Complementar**FATURADO
14/06/19
CLAUDEVAN SOUSA
FATURISTADR(A) : IVAN MARCIO GUEDES FERREIRA DE LIMA
CRM : 14501

HOSPITAL MIGUEL ARRAESMV 2000 - Sistema de Centro Cirúrgico e Obstétrico
Ficha de Cirurgia Descritiva

Página.: 0001

Data.....: 03/06/2019

Hora.....: 11:37

Aviso de Cirurgia : 57036

Paciente : 21896

Convênio Atend. : 1

Leito : 58

Dt. Início : 03/06/2019 09:20 Dt. Fim : 03/06/2019 11:25

Sala : 0002 SALA 02

HOSANA CANDIDO DA SILVA

SUS - INTERNACAO

ORTL-508-LEITO 002

Atendimento : 479262

Carteira :

Idade : 58 Anos

Cid Pré-Operatório :

Cid Pós-Operatório :

Procedimento: 0408050551

TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DO PLANALTO TIBIAL (PRINCIPAL)

Convênio: 001

SUS - INTERNACAO

Anestesia: 05

RAQUI ANESTESIA

CIRURGIAO
ANESTESISTA13246 FRANCISCO RAFAEL DO COUTO SOARES
10487 SYLVIA MARIA VILELA LEITE**Descrição Cirúrgica :**DIAGNOSTICO : FRATURA DO PLATO TIBIAL LATERAL DO JOELHO ESQUERDO
CIRURGIA : RETIRADA DE FIXADOR EXTERNO + RAFI DE PLACA TERÇO DE CANO 3.5 MM (BELT) + PARAFUSOS

CIRURGIÃO : DR FRANCISCO DO COUTO

01 AUXILIO : DR CLAUDIO COSTA

02 AUXILIO : DRA IANELE BRAGA

03 AUXILIO : DR MANOEL OLIVEIRA

ANESTESISTA : DRA SILVIA VILELA

ANESTESIA : RAQUIANESTESIA

DESCRIÇÃO CIRURGICA :

1. PACIENTE EM DDH SOB RAQUIANESTESIA

2. RETIRADA DE FIXADOR EXTERNO DE MIE

3. ASSEPSIA E ANTISSEPSIA DE MIE

4. APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTEREIS

5. INCISÃO EM FACE ANTEROLATERAL DO JOELHO ESQUERDO

6. DIVULSAO POR PLANOS ANATOMICOS

7. REDUÇÃO CRUENTA DE FRATURA E FIXAÇÃO INTERNA COM PLACA TERÇO DE CANO 3.5 MM + 04 PARAFUSOS CORTICAIS DA CAIXA ACETABULAR

8. CONFERIDO COM INTENSIFICADOR DE IMAGENS

9. LIMPEZA CIRURGICA COM SF 0.9%

10. SUTURA POR PLANOS COM VYCRIL E NYLON

11. CURATIVO ESTERIL

12. OBSERVO BOA PERFUSÃO DISTAL EM MIE

Sangue e Derivados:

Qt. Solicitada

2 CONCENTRADO DE HEMACIAS

2

Achados Cirúrgicos:**Descrição Complementar**FATURADO
14/06/19
CLAUDEVAN SOUSA
FATURISTAManoel Oliveira Ferreira
Ortopedia/Traumatologia
CRM-PE 24589DR(A) : FRANCISCO RAFAEL DO COUTO SOARES
CRM : 13246

Atendimento: 479262
Dt Atendimento: 26/05/2019 - 01:07 Dt Alta: 04/06/2019 - 14:51
Paciente: 21896 HOSANA CANDIDO DA SILVA

Serviço: 15 ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA Convênio: 1 SUS - INTERNACAO
Leito: 58 ORTL-508-LEITO 002 Plano: 1 GERAL
Motivo Alta: 1 ALTA MELHORADA Usuário: ELISABETECS
CID:

Procedimento de Alta 0301060070 - DIAGNOSTICO E/OU ATENDIMENTO DE URGENCIA EM CLINICA CIRURGICA

Observação de Alta

ELISABETE DA CONCEICAO SILVA

Esta conta foi paga com recursos públicos provenientes de seus impostos e contribuições sociais

HOSPITAL METROPOLITANO NORTE MIGUEL ARRAES DE ALENCAR



RESUMO DE ALTA HOSPITALAR/ESCLARECIMENTO

NOME: HOSANA CANDIDO DA SILVA
IDADE: 58 SEXO: F

DATA DA ADMISSÃO: 25/05/19

REG: 21896

DATA DA ALTA: 4/6/19

DIAGNÓSTICO:

- FRATURA DE PLANALTO TIBIAL ESQUERDO

TRATAMENTO REALIZADO:

- 26/05/19 – FIXADOR EXTERNO TRANSARTICULAR DE JOELHO ESQUERDO
- 03/06/19 - RETIRADA DE FIXADOR EXTERNO + REDUÇÃO ABERTA + FIXAÇÃO INTERNA COM PLACA 1/3 DE CANO + PARAFUSOS

ORIENTAÇÕES:

- AGENDAR RETORNO AO AMBULATÓRIO DE ORTOPEDIA (SETOR DE AMBULATÓRIOS, NO TÉRREO DAS SEGUNDAS ÀS SEXTAS-FEIRAS) EM 02 SEMANAS; - PRIORIZAR : AMBULATÓRIO DA SEGUNDA-FEIRA (DR. FRANCISCO DO COUTO)
- TROCA DIÁRIA DE CURATIVO CONFORME ORIENTADO;
- DOBRAR O JOELHO ESQUERDO;
- DEAMBULAR COM USO DE MULETAS SEM PISAR COM MEMBRO OPERADO;
- CARGA ZERO (SEM PISAR) NO MEMBRO OPERADO ATÉ LIBERAÇÃO MÉDICA;
- FAZER USO DE MEDICAÇÃO PRESCRITA EM RECEITUÁRIO MÉDICO;
- PROCEDER AO SERVIÇO SOCIAL (2º ANDAR) PARA RECEBER ORIENTAÇÕES SOBRE ONDE REALIZAR FISIOTERAPIA;
- RETORNO PRECOCE PELA EMERGÊNCIA SE: FEBRE, INCHAÇO IMPORTANTE E VERMELHIDÃO NA FERIDA, SAÍDA DE SECREÇÃO EM GRANDE QUANTIDADE OU PURULENTO, DOR IMPORTANTE.

PROGRAMA APÓS ALTA:

AMBULATÓRIO DE EGRESSO SIM (x) NÃO ()

DATA DA CONSULTA AMBULATORIAL: ____/____/____


Dr. Flávio Mendonça Ferreira
Médico
CRM-PE 24.728

ASSINATURA DO MÉDICO, CARIMBO E CRM

RELATÓRIO MÉDICO PARA AVALIAÇÃO DE INVALIDEZ PERMANENTE (TOTAL OU PARCIAL)

DECLARAÇÕES DO MÉDICO (DE PRÓPRIO PUNHO)

DATA DO ACIDENTE: 25/05/2019	DATA DO INÍCIO DO TRATAMENTO MÉDICO: 25/05/2019
NOME COMPLETO DA VÍTIMA: HILSANA CANDIDO DA SILVA	
LESÕES RESULTANTES DO ACIDENTE: Paciente vítima de atropelamento em via pública por Automóvel.	
DADOS RESUMIDOS DOS TRATAMENTOS REALIZADOS (DATAS): Paciente C/ fratura de fêmur Tibial no membro superior direito. Simile submetida a osteossíntese C/ Parafusos C3 Parafusos.	
ALTA MÉDICA?	<input checked="" type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO Kallgen Fractura C3 (30 dias)
EXISTE ALGUM DEFEITO OU DOENÇA PRÉ-EXISTENTE? CASO POSITIVO DESCREVER: <input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO	
COM RELAÇÃO A INVALIDEZ PODE-SE CONCLUIR QUE: <input type="checkbox"/> A INVALIDEZ É TEMPORÁRIA, PORTANTO PASSÍVEL DE RECUPERAÇÃO SIGNIFICATIVA OU DE CURA ATRAVÉS DE TRATAMENTO. <input checked="" type="checkbox"/> A INVALIDEZ É PERMANENTE, OU SEJA, NÃO HÁ POSSIBILIDADE DE RECUPERAÇÃO SIGNIFICATIVA OU DE CURA.	

GRAU DE INCAPACIDADE FUNCIONAL IRREVERSÍVEL (especificar o segmento ou órgão atingido)

	SEGMENTO ANATÔMICO OU ÓRGÃO AFETADO
1°	Paciente C/ fratura da Tibia direita
2°	fratura intra articular C/ fratura. Paciente
3°	C/ lesão Chôrica, fadiga, déficit de
4°	força, claudicação grave. Seguido
5°	deformidade (75%)

AFIRMO QUE ASSISTI E/OU AVALIEI A VÍTIMA NO PERÍODO DE 26/05/2019 A 26/06/2019 E QUE AS RESPOSTAS ACIMA, SÃO COMPLETAS E VERDADEIRAS.	
LOCAL 26/06/2019	DATA 26/06/2019

26/06/2019 (9)

Dr. César Leal
Ortopedista
CRM
ASSINATURA E CARIMBO

EXCELSIOR SEGUROS
11 SET. 2019
SEGURO DPVAT

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE PERNAMBUCO

E 08




Hosana Cândido da Silva

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 3.154.683 DATA DE EXPEDIÇÃO 06/01/2016

NOME << HOSANA CÂNDIDO DA SILVA >>

FILIAÇÃO << JOÃO CÂNDIDO DA SILVA >>
<< JOSEFA MARTINS DA SILVA >>

NATURALIDADE GOIANA - PE DATA DE NASCIMENTO 09/05/1961

D.O.C. ORIGEM << CN.37409 L.A48 F.63 CART.SEDE GOIANA PE 02.02.1983 >>

CPF 365.464.688-32

Ass. Paulo C. de Alcântara
Delegado de Polícia - 1ª Delegacia HTB

ASSINATURADO DIRETOR
LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

R416192340701103614.6665740 F-63 53.070 3121

EXCELSIOR SEGUROS
11 SET. 2019
SEGURO DPVAT

EXCELSIOR SEGUROS
11 SET. 2019
SEGURO DPVAT

EXCELSIOR SEGUROS

11 SET. 2019

27. 2019
SEGURO DPVAT

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190528144

Cidade: Paulista

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: HOSANA CANDIDO DA SILVA

Data do acidente: 25/05/2019

Seguradora: COMPREV SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DO PLANALTO TIBIAL ESQUERDO.

Descrição do exame físico: AO EXAME APRESENTA MARCHA CLAUDICANTE COM BLOQUEIO DE DOS MOVIMENTOS DO JOELHO ESQUERDO (0° - 40°). HIPOTROFIA MUSCULAR COM DÉFICIT DE FORÇA GRAU III E CICATRIZES CIRÚRGICAS COMPATIVEL COM FIXADOR EXTERNO E DA REDUÇÃO INTERNA. REDUÇÃO DA FORÇA GRAU III DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: INICIALMENTE REALIZADO TRATAMENTO CONSERVADOR, EM 26/05/2019 REALIZADO PROCEDIMENTO CIRÚRGICO PARA COLOCAÇÃO DE FIXADOR EXTERNO TRANSARTICULAR EM JOELHO ESQUERDO. EM 03/06/2019 REALIZADA A RETIRADO DESTE FIXADOR, COM REDUÇÃO ABERTA E FIXAÇÃO INTERNA COM USO DE PLACA 1/3 DE CANO E PARAFUSOS. REFERE TER REALIZADO FISIOTERAPIA COM ALTA APROXIMADAMENTE 02 MESES (SIC).

Sequelas permanentes: Limitação funcional do membro inferior esquerdo

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 03/10/2019

Conduta mantida:

Observações: NOTA DO REVISOR: APESAR DE MENÇÃO NO PRONTUÁRIO, DE REFERÊNCIA DA VÍTIMA DE DOR NO 3º QUIRODÁCTILO ESQUERDO E DE HIPÓTESE DIAGNÓSTICA NO PRIMEIRO ATENDIMENTO DE FRATURA DO 3º QDE, EXISTE UMA INTERROGAÇÃO DE FRATURA PRÉVIA, QUE ACREDITAMOS SER EM RELAÇÃO AO 3º DEDO, POIS O RESUMO DE ALTA NÃO MENCIONA QUALQUER TRAUMA E/OU FRATURA NO 3º DEDO DA MÃO ESQUERDA, APENAS COM FRATURA DO PLANALTO TIBIAL ESQUERDO. VÍTIMA APRESENTOU NO EXAME: CONSOLIDAÇÃO VICIOSA DO 3º QDE COM LIMITAÇÃO DA FLEXÃO DO 3º DEDO DA MÃO ESQUERDA, DE APROXIMADAMENTE 40°, COM DIMINUIÇÃO DA FORÇA MUSCULAR EM GRAU MÉDIO. DEVIDO A AUSÊNCIA DE DOCUMENTOS DO PERÍODO DE INTERNAÇÃO QUE COMPROVE A CORRELAÇÃO ENTRE O ACIDENTE COM O TRAUMA, NÃO PODEMOS CORRELACIONAR TAIS SEQUELAS COM O ACIDENTE ANALISADO.

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 funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau médio - 50 %	35%	R\$ 4.725,00
Total			35 %	R\$ 4.725,00



Seguradora Líder - DPVAT

SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS

ID

IDENTIFICAÇÃO

VITIMA MOSANA CAVALHO DA SILVA
DATA DO ACIDENTE 23/09/19 CPF DA VITIMA 38398468832
PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO _____
QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR () VITIMA () REPRESENTANTE LEGAL, CUIDO PARANTESCO COM A VITIMA E _____
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 EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
☒ CARTeira DE IDENTIDADE DA VITIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU TRABALHO OU CARTeira NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☒ CPF DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☒ LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
☒ NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML: DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML (ORIGINAL), ASSINADA PELA VITIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA
☒ BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☒ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
☒ AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VITIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFERMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

EXCELSIOR SEGUROS
11 SET. 2019
SEGURO DPVAT

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

- () CARTeira DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTeira DE TRABALHO OU CARTeira NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
() CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
() COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VITIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

- () REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
() CARTeira DE IDENTIDADE DA VITIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTeira DE TRABALHO OU CARTeira NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
() CPF DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
() RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SORRIDAS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
() COMPROVANTES (ORIGINALS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS
() NOTAS FISCAIS (ORIGINALS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITUÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
() COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
() AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VITIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFERMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

- () CARTeira DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTeira DE TRABALHO OU CARTeira NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
() CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
() COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VITIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- VALORES DE INDENIZAÇÃO
• MORTE = R\$ 13.500,00
• INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R\$ 13.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/74.
• DESPESAS MÉDICAS (DAMS) = REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO). ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.
• O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA
• COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO
• PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSSE WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA 09/09/2019
IDENTIDADE _____
ASSINATURA _____

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA


DATA 09/09/2019
NOME EDUARDO MACIEL
ASSINATURA _____

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE: HOSANA CANDIDO DA SILVA
RG / CNH / TPS: 3.154.683, CPF 365.464.688-32
End: RUA DO FIM 96, Jd. PAULISTA, Paulista

OUTORGADO: CARLOS ANTÔNIO MANGABEIRA FERREIRA
RG / CNH / TPS: 6.466.408 SDS/PE CPF: 012.891.554-45
End: AV. TIRADENTES Nº 366, 4º ETAPA – RIO DOCE – OLINDA/PE

Nomeia meu bastante procurador o outorgado acima citado com poderes específicos para resolver todas as questões administrativas referentes ao
SEGURO DPVAT, que configura como vítima:
HOSANA CANDIDO DA SILVA
CPF: 365.464.688-32

A. E. Lima, 15 de Agosto de 2019


Hosana Cândido da Silva

(RECONHECER FIRMA POR AUTÊNTICIDADE)

CARTÓRIO ALFREDO MARIANO - DEL. ALFREDO MARIANO DE BRITO - Fone: 3542-1281 / 3542-0572 - Rua Cel. Urbano Ribeiro de Sá, 51 - Centro, Abreu e Lima/PE - CEP 53.525-560
cartorioalfredomariano@gmail.com

Reconheço por AUTENTICIDADE a firma de HOSANA CANDIDO DA SILVA, Abreu e Lima/PE, 15/08/2019 10:21:52, em testemunho da verdade.
Emolumentos: 3,99 TSNR: 0,80 FERM: 0,04 FUNSEG: 0,08 Total: 4,91.
RC-3-80210

Seio Digital: 0150607.MFS08201901.02693
Dyogo Monteiro Valadares Pires - Escritor



EXCELSIOR SEGUROS
11 SET. 2019
SEGURO DPVAT