

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

Rio de Janeiro, 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



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

Rio de Janeiro, 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

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

Rio de Janeiro, 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



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

Rio de Janeiro, 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, retorno 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:	Nome completo da vítima:
	365.464.688-32	HOSANA CANDIDO DA SILVA
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012		
Nome completo:	HOSANA CANDIDO DA SILVA	
Profissão:	Endereço:	CPF: 365.464.688-32
Barro:	RUA DO Frio 9C,	Número: 96 Complemento:
E-mail:	PAULISTA	
Estado:	PE	CEP: 53400-000
Bairro: São Paulo		Tel/DDD: (81) 81764062

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

DADOS CADASTRAIS
RENDIMENTO:

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 OPCIÃO DE CONTA

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção):
 Bradesco (237) Itaú (341)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 0944 CONTA: 00059649 3
 (Informar o dígito se existir) CONTA: 00059649 3
 (Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: CONTA:
 (Informar o dígito se existir) 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

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 atende 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 ao pedido.

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

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) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo Data do óbito da vítima:

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

Vítima teve filhos? Sim Não Se tinha filhos, informar quantos:
 Vivos: _____ Falecidos: _____ 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

1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2º | 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 PÚBLICA**

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: **9/6/1961**
Naturalidade: **GOIANA / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **3184683/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: **AUTOMÓVEL/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 FRIA, NO BAIRRO DE JARDIM PAULISTA, FOI ATROPELADA VIOLENTAMENTE PELO VEÍCULO 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 neste unidade policial

Hosana Cândido da Silva
HOSANA CANDIDO DA SILVA
(VITIMA)

B.O. registrado por: JOÃO VIRGINIO ALVARO FILHO - Matrícula: 381005-0

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:	Nome completo da vítima:	
	365.464.688-32	HOSANA CANDIDO DA SILVA	
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012			
Nome completo:	HOSANA CANDIDO DA SILVA		CPF: 365.464.688-32
Profissão: NEGUSO	Endereço: RUA DO Frio 90,	Número: 90	Complemento:
Bairro: São paulista	Cidade: Paulista	Estado: PE	CEP: 53400-000
E-mail:	Tel/DDD: (81) 81764062		

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

DADOS CADASTRAIS

RENDIMENTO 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 OPCIÃO DE CONTA

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção):
 Bradesco (237) Itaú (341)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 0944 CONTA: 00059649 3
 (Informar o dígito se existir) CONTA: (Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: CONTA:
 (Informar o dígito se existir) 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 atende 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 ao pedido.

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

EXCELSIOR SEGUROS

11 SET 2019

SECUROR DPVAT

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

Vítima teve filhos? Sim Não Se tinha filhos, informar quantos: Vivos: _____ Falecidos: _____ 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

1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2º | 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 RODO, 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

CEP: 53405313

96

Bairro: MIRUEIRA

Cidade/UF: PAULISTA

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 Vizinha os náufragos no 1º horário

Neste momento ou nenhuma.

Manifesta dor em escápula (E) e scapulo (E)

Idade: 58 anos

EXCELSIOR SEGUROS

Exame Físico

A - Vias normais fisiológicas

11 SET. 2019

B - Respirando espontaneamente

SEGURO DPVAT

C - Sintomas de choque

D - Consciência PS

E - Sintomas córicos no escápula (E)

Hipótese Diagnóstico

E - Náufrago (E)

F - Pneumotórax (E)

C - Dutra Terapêutica

Foco encamamento (E) Náufrago

Fato

Prescrição Médica

Daniel Cabral
Ortopedia / Traumatologia
CRM/PE 24.031Daniel Cabral
Ortopedia / Traumatologia
CRM/PE 24.031

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: 00000059649-8

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: 365.484.688-32 NIS: 16590067563

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
2900612513
Nº DA INSTALAÇÃO
0002373450

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
RUA DO FRIO 96
JARDIM PAULISTA/NAVARRO
53400-000 PAULISTA PE

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL - BAIXA RENDA COM NIS
Monofásico

RESERVADO AO FISCO

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

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

DESCRÍÇÃO DA NOTA FISCAL

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)
Consumo Ativo até 30 kWh	30,00	0,19124006	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
Acréscimo Bandeira AMARELA			0,13
Acréscimo 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/ANEEL. Podem ocorrer ações de cobrança, bem como inclusão nos registros de restrições de crédito SPC e SERASA.

Tarifas Aplicadas		HISTÓRICO DO CONSUMO	
Consumo Ativo até 30 kWh	0,18328450		kWh
Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh	0,31420200		
Consumo Ativo superior a 100 até 220 kWh	0,47130300		
COMPOSIÇÃO DO CONSUMO			
R\$ %			
Geração de Energia	17,75	48,86	
Transmissão	1,79	4,82	
Distribuição (Celpe)	10,86	29,35	
Encargos Setoriais	1,06	2,91	
Tributos	1,50	4,12	
Perdas de Energia	3,42	9,46	
TOTAL	36,38	100	
AGO 19			111
JUL 19			121
JUN 19			107
MAJ 19			112
ABR 19			106
MAR 19			102
FEV 19			90
JAN 19			113
DEZ 18			111
NOV 18			111
OCT 18			103
SET 18			87
AGO 18			98

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL							
NÚMERO DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR	ATUAL	LEITURA	VALOR DE CÁLCULO	PIS	COFINS
000000003142328380	CAT	26/07/2019 6.050,00	27/08/2019 6.161,00	32	1.00000	0,00	11.00

11 SET. 2019

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

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES					
DESCRÍPCAO	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
DMIC-Duração máxima de interrupção contínua		0,00	0,00	0,00	0,00
DCRI-Duração de interrupção em dia crítico			Limite DICRI: 0,00		
EUSD-Valor do Encargo de Uso = R\$ 17,00					
Todo Consumidor pode solicitar a apuração dos indicadores DIC, FIC, DMIC e DCRI a qualquer tempo.					

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Pague no ponto mais perto de você! fany pet: rua dr luiz ignacio de andrade lima 1120 box janga / milenias
papelaria e variedades: avenida doutor claudio jose queiroz leite janga/Lista 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			

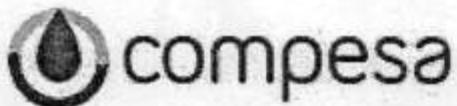
DESAQUE AQUI

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.

8380000000009 466600110018 062760024103 169050124432



AUTENTICAÇÃO MECÂNICA



AVENIDA CRUZ CABUGA - NUM. 1387 - SANTO AMARO RECIFE PE
CEP: 50040-000. Fone: (081) 0800 081 0195
Inscrição Estadual: 18.1.001.0014398-2
CNPJ: 09.759.035/0001-64
Qualidade da Água: www.compresa.com.br

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: 086.340.070.0260.000

MATRÍCULA:

01621722.0

07/2019-3

RESPONSÁVEL ENDEREÇO PARA ENTREGA

GRUPO: 6

OPÇÃO DÉB. AUTOMÁTICO: 01621722.0

UNIFRACAO ÁGUA LIGADO	ESTUÍDOS ESGOTO LIGADO	RESIDENCIAL 1	QUANTIDADE DE ESTOQUEMOS COMERCIAL	IMPONTUAL	VALOR
HIDROBENETTO A165332116	ERPA LEIT. EXTERIOR 29/06/2019	DATA LEIT. ESGOTO 29/07/2019			VALOR DE ORIGEM/ALTA REAL / REAL
ÁGUA LEIT. ANT.: 271 LEIT. ATUAL: 283 LEIT. FAT.: 283	CONSUMO: 12	ESGOTO LEIT. ANT.: LEIT. ATUAL: LEIT. FAT.:			VOLUME: 12
HISTÓRICO DE CONSUMO REFERÊNCIA/CONSUMO					
06/2019 9/ 9	A				
05/2019 8/ 8	A				
04/2019 9/ 9	A				
03/2019 7/ 7	A				
02/2019 7/ 7	A				
01/2019 9/ 9	A				
MÉDIA 8/ 8	B				

PARÂMETROS	EXIG. PELA PORT. MS 2.914/11	NÚMEROS DE AMOSTRAS	
		ANÁLISES REALIZADAS	ATENDEM A LEGISLAÇÃO
TURBIDEZ	119	119	108
COR APARENTE	119	119	118
CLORO RESIDUAL	119	119	107
COLIFORMES TOTAIS	119	119	114
E.Coli	119	119	117

OBSERVAÇÕES: (1)COLIFORMES TOTAIS AUSÊNCIA EM 95% DAS AMOSTRAS EXAMINADAS.
(2)OS PARÂMETROS COLIFORMES TOTAIS, ESCHERICHIA COLI E CLORO RESIDUAL SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES SANITÁRIAS DA ÁGUA.
(3)OS PARÂMETROS COR E TURBIDEZ SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES ASSOCIADAS AO ASPECTO VISUAL DA ÁGUA.

DESCRIPÇÃO 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
DOAÇÃO AO HOSPITAL DE CANCER 07/2019			1,00

EXCELSIOR SEGUROS

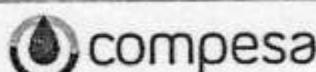
11 SET. 2019

SEGURO DPVAT

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

VENCIMENTO	15/08/2019	TOTAL A PAGAR	104,28
------------	------------	---------------	--------

Emitido por:	INTERNET	Emitido em:	30/07/2019
--------------	----------	-------------	------------



ATENDIMENTO: 0800-0810195
VAZAMENTOS: 0800-0810185

Arpe Agência de Regulação de Pernambuco

0800-2813844

MATRÍCULA: 01621722.0 07/2019-3

TOTAL A PAGAR: 104,28

VIA COMPESA

VENCIMENTO: 15/08/2019

CÓDIGO DE BARRAS

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



AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO

PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

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 Ouvintor: 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 Nº9.613/98.

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 INVALIDEZ 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. tim Maia</u>	Número:	<u>300</u>	Complemento:
Bairro:	<u>RIO VERDE</u>	Cidade:	<u>OLINDA</u>	Estado: <u>PE</u>
E-mail:				
	CEP: <u>53.080.690</u>			
	Tel. (DDD): <u>(81) 81764041</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:
365.464.686-32 HOSANA CANDIDO DA SILVA

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

Nome completo:	HOSANA CANDIDO DA SILVA	CPF:	365.464.686-32
Profissão:	REGUSO	Endereço:	RUA DO Frio 96
Barrio:	Paulista	Cidade:	PAULISTA
E-mail:		Estado:	PE
		CEP:	53400-000
		Tel (DDD):	(81) 81766047
		Número:	96
		Complemento:	

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

DADOS CADASTRAIS

RENDIMENTO:

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

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPCIÃO DE CONTA

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

<input type="checkbox"/> Bradesco (237)	<input type="checkbox"/> Itaú (341)
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001)	<input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 0944

CONTA: 00059649

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: _____

CONTA: _____

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider 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 ao pedido.

EXCELSIOR SEGUROS

11 SET. 2019

SEGURO DPVAT

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

Vítima teve filhos? Sim Não Se tinha filhos, informar quantos: Vivos: _____ Falecidos: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? Sim Não Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider 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 é obrigatório)

Local e Data: Recife 09/09/19

Nome: _____

CPF: _____

Hosana Cândido da Silva

(*) Assinatura de quem assina o RODO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

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 FRIA 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

Dolores Vizinhos de movimento no 1 Woma

Nela seguido de urinose.

Presenta dor na articulação (E) e Socoro (E)

a. 55 ano

EXCELSIOR SEGUROS

11 SET. 2019

SEGURÓ DPVAT

Exame Físico

A - Vias respiratórias (E)

B - Respiração espontânea

C - Sintomas de choque

D - Conexão (E)

E - Sintomas (E) na articulação (E)

Hipótese Diagnóstico

F - Meningo (E)

G - Ócio tibial (E)

C - Dutra Terapêutica

F - Encaminhamento (E) (E) (E)

Ferro

Prescrição Médica

Daniel Cabral
Ortopedia / Traumatologia
CRM/PE 24.031Daniel Cabral
Ortopedia / Traumatologia
CRM/PE 24.031

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/accidente: Via Pública () Domicílio () Local de Trabalho () SENHA 5692915

IDENTIFICAÇÃO

Nome do Paciente: PEC 360890 - HOSANA CANDIDO SILVA Idade: _____
 Mês: JOSEFA MARTINS DA SILVA
 Sexo: M () F () Profissão: _____ 1471369 Data: 09/05/1961 Fone: _____
 Endereço Residencial: _____ Bairro: _____
 Cidade: _____

CAUSA EXTERNA (ACIDENTE/VIOLÊNCIA)

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 VITIMA DE ATROPELAMENTO NA 1 KM

Hipótese Diagnóstica: Fx ACCIDENTAL ()
Fx MULHER ()

AVALIAÇÃO CLÍNICA

Glicemia Capilar (HGT): _____ Temperatura: _____ F.C.: _____ P.A.: _____ x
 Vias Aéreas: FR _____ Dispnéia 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()
 Perfusion Periférica: Boa () Lentificada () Bulhas Cardiacas: Normofonéticas () Hipofonéticas ()
 Pulso: Rítmico () Arrítmico () 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



Laudo para solicitação de autorização de internação

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

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

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5 - Nome do Paciente	6 - Nº Prontuário		
HOSANA CANDIDO DA SILVA	21896		
7 - Cartão Nacional do SUS	8 - Data de Nascimento	9 - Sexo	10 - RaçaCor
	09/05/1961	<input checked="" type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3 <input checked="" type="checkbox"/> 4
11 - Nome da Mãe	10.1 - Etnia		
JOSEFA MARTINS DA SILVA	0000 - Não Se Aplica		
13 - Nome Responsável	12 - Telefone de Contato		
ROSEANE	3437585888		
15 - Endereço (Rua, Nº, Bairro)	14 - Telefone de Contato		
RUA DO FRIO, 96 - JARDIM PAULISTA	34375858/88092762		
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	PROCEDIMENTO SOLICITADO			28 - Código do Procedimento	
TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DO PLANALTO TIBIAL				0408050551	
29 - Especialidade CIRÚRGICA	30 - Caráter de Atendimento 5	31 - Documento (X) CNS () CPF	32 - Nº do Documento (CNS/CPF) do Profissional Solicitante/Assistente 204322973450007	33 - Data da Solicitação 26/05/2019	34 - Assinatura e Carimbo (Nº de Registro no Conselho)
Nome do Profissional Solicitante/Assistente IVAN MARCIO GUEDES FERREIRA DE LIMA				Traumato - Ortopedia Cir. da Coluna CRM 14501	

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)

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 () CNS () CPF	49 - Nº do Documento (CNS/CPF) do Profissional Autorizador

AIH
261910218195-0

50 - Data da Autorização	51 - Assinatura e Carimbo (Nº Registro do Conselho)
	<i>Dr. Francisco C. C. Traumato - Ortopedia CRM 13281-1</i>

AIH
261910218196-0

Código do Laudo: 479244

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	96	Telefone: 34375858/88092762
Endereço: RUA DO FRI			CEP 53407040
			- 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.:	FATURADO
Endereço:	Numero:	14/06/19	
efone:	Cidade:	Estado civil :	CLAUDEIAN SOUSA URISTA Oms.

DADOS DA LIBERAÇÃO DO PACIENTE

Data da Alta: 09/06/19 Hora da Alta: 09 : 00

Motivo: Melhorado A Pedido Transferência Óbito Evasão

Condições de Alta: Melhorado

Diagnóstico Principal.....: Enfome de ferro e de ferro

Diagnóstico Secundário01.: -

Diagnóstico Secundário02.: -

cedimento.....: 26/05 - Fornecer enteroferro

03/06 - Retirada de ferro ferro

RAF: 1000 ml 1/3 de ferro

3.5 mm tigela



Dr. Thiago Mendonça Ferreira
Médico
CRM-PE 24.728

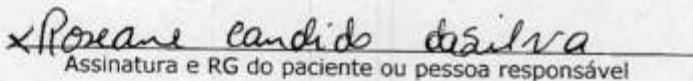
Médico e CRM:

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, anestesias, 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

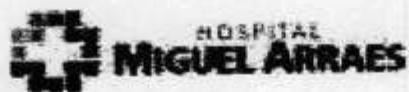
CLÍNICA: ORTOPEDIA

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
	<p>5 ALIC, 10 TC 16 Crânio + pantil 04 Crânio Geral -</p> <div style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; padding: 5px; display: inline-block;"> CRM-PB 22591 Traumato - Ortopedia Cir. da Coluna CRM - 14501 </div> <div style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; padding: 5px; display: inline-block;"> Dr. Ian Lacerda CRM-PB 9829 CRM-PF 22591 </div>
	#805
26/05/2019	<p>HD: fratura de platô tibial e 01º DPO fixador externo transarticular do joelho paciente segue em 01 DPO paciente segue consciente, orientada aguardando avaliação de cirurgia geral e Tomografia de crânio solicitada</p>

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



Hospital Miguel Arraes
Instituto de Medicina Integral
Prof. Fernando Figueira

EVOLUÇÃO CLÍNICA

NOME: Hélio César da Silva REG: 11896

CLÍNICA: CC2 ENFERMAGEM: _____ LEITO: _____

DATA/HORA	EVOLUÇÃO
<u>29/05/19</u>	<p>11:00 - $\text{Hb} = 10.5 \text{ g/dL}$ PMS 10/10 (E)</p> <p>$\text{Plt} = 15,000 \text{ cmm}^3$ extenso Transfusão de 100 mL (E)</p> <p>Bradicardia com ondas de ST em $\text{Hf}(E)$</p> <p>Alor tímico. Reação PMS com</p> <p>movimento + reflexos.</p> <p>EEG: despertado, alerta, orientado.</p>
<u>30/05/19</u>	<p>13:00 - $\text{Hb} = 9 \text{ g/dL}$</p> <p>$\text{Plt} = 9,000 \text{ cmm}^3$ extenso P-C. (sem ECG)</p> <p>Bradicardia com ondas de ST em $\text{Hf}(E)$</p> <p>EEG: despertado, alerta, orientado.</p>
<u>31/05/19</u>	<p>11:00 - $\text{Hb} = 9 \text{ g/dL}$</p> <p>$\text{Plt} = 9,000 \text{ cmm}^3$ extenso</p> <p>Bradicardia com ondas de ST em $\text{Hf}(E)$</p> <p>EEG: despertado, alerta, orientado.</p>
<u>31/05/19</u>	<p>16:00 - $\text{Hb} = 9 \text{ g/dL}$</p> <p>$\text{Plt} = 9,000 \text{ cmm}^3$ extenso</p> <p>Bradicardia com ondas de ST em $\text{Hf}(E)$</p> <p>EEG: despertado, alerta, orientado.</p>

*João Marcelo Xavier
CRM- 17.725*

- DGS com infarto

*João Marcelo Xavier
CRM- 17.725*

HOSPITAL MIGUEL ARRAES

MV 2000 - Sistema de Centro Cirúrgico e Obstétrico
Ficha de Cirurgia Descritiva

Página.: 0001

Data....: 26/05/2019

Hora....: 02:36

Aviso de Cirurgia : 56882

Paciente : 21896

Convênio Atend.: 2

Leito : 757

Dt. Início : 26/05/2019 01:30

Sala : 0004 SALA 04

HOSANA CANDIDO DA SILVA

SUS - EXTERNO / URGENCIA

Atendimento : 479244

Carteira :

Idade : 58 Anos

Cid Pré-Operatório : S821

VERMELHO EXTRA 22

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

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:

CIRURGIA
ANESTESISTA14501 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

- 1. 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
- 5. OBSERVADO BOA PERFUSÃO DISTAL

Achados Cirúrgicos:**Descrição Complementar**

14/06/19
CLAUDEVAN SOUSA
FATURISTA

Ivan Lacerda
CRM-PB 9824
CRM-PE 23590

DR(A) : IVAN MARCIO GUEDES FERREIRA DE LIMA
CRM : 14501

HOSPITAL MIGUEL ARRAESMV 2000 - Sistema de Centro Cirúrgico e Obstétrico
Ficha de Cirurgia DescritivaPágina.: 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
Convênio: 001
Anestesia: 05

TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DO PLANALTO TIBIAL (PRINCIPAL)
SUS - INTERNACAO
RAQUI ANESTESIA

JRGIAO
ANESTESISTA

13246 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

DESCRÍÇÃO 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 CORTICIAIS 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
FATURISTA

Manoel Oliveira Ferreira
Ortopedico/Tranumatólogo
CRM-PE 24599

DR(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



GOVERNO DO ESTADO

HOSPITAL
MIGUEL ARRAES



Instituto de Medicina Integral
Prof. Fernando Figueira

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 FÍSIO TERAPIA;
- RETORNO PRECOCE PELA EMERGÊNCIA SE: FEBRE, INCHAÇO IMPORTANTE E VERMELHIDÃO NA FERIDA, SAÍDA DE SECREÇÃO EM GRANDE QUANTIDADE OU PURULENTA, DOR IMPORTANTE.

PROGRAMA APÓS ALTA:

AMBULATÓRIO DE EGRESO SIM() NÃO()

DATA DA CONSULTA AMBULATORIAL: _____

Dr. Felipe Mendonça Furtado
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:			
HOSANA CANDIDO DA SILVA			
LESÕES RESULTANTES DO ACIDENTE:			
<p>Palmiti Vítima de acidente em via pública por Antoniával</p> <p>Palmiti C/ fratura de fíbula Tibial em 1a escala. Sem lesão medular a estoração C/ Parafuso C/ Parafuso</p>			
DADOS RESUMIDOS DOS TRATAMENTOS REALIZADOS (DATAS)	<p>Palmiti C/ fratura de fíbula Tibial em 1a escala. Sem lesão medular a estoração C/ Parafuso C/ Parafuso</p> <p>Palmiti Fratura apical (30 mm)</p>		
ALTA MÉDICA?	<input checked="" type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	
EXISTE ALGUM DEFEITO OU DOENÇA PRÉ-EXISTENTE?	<input type="checkbox"/> SIM	<input checked="" type="checkbox"/> NÃO	
CASO POSITIVO DESCREVER:			
COM RELAÇÃO A INVALIDEZ PODE-SE CONCLUIR QUE:			
<p>[] A INVALIDEZ É TEMPORÁRIA, PORTANTO PASSÍVEL DE RECUPERAÇÃO SIGNIFICATIVA OU DE CURA ATRAVÉS DE TRATAMENTO.</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> A INVALIDEZ É PERMANENTE, OU SEJA, NÃO HÁ POSSIBILIDADE DE RECUPERAÇÃO SIGNIFICATIVA OU DE CURA.</p>			

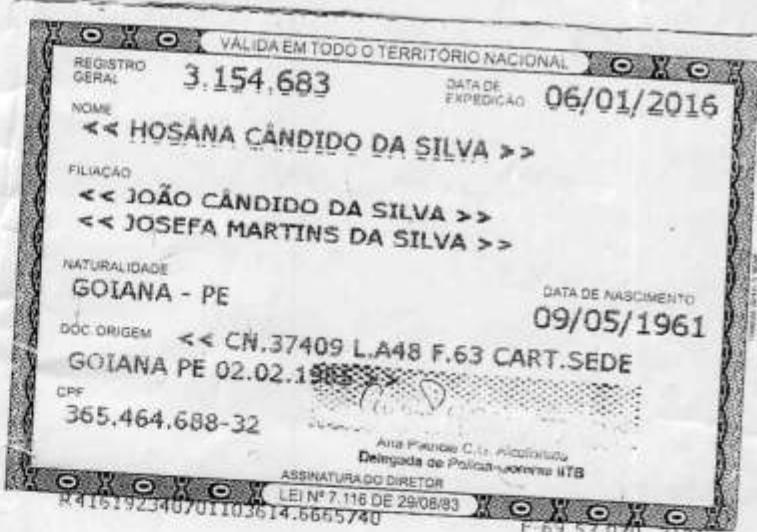
GRAU DE INCAPACIDADE FUNCIONAL IRREVERSÍVEL (especificar o segmento ou órgão atingido)

SEGMENTO ANATÔMICO OU ÓRGÃO AFETADO	
1º	Palmiti C/ fratura da Tibia 1a escala
2º	fratura 1/2 da articulação C/ Parafuso Palmiti
3º	C/ lesão Chiríca, fadiga, deficit de
4º	força, claudicação grav. Síndrome
5º	distal (75%)

AFIRMO QUE ASSISTI E FUI AVALIAR A VÍTIMA NO PERÍODO DE	26/05/2019	A
E QUE AS RESPOSTAS ACIMA, SÃO COMPLETAS E VERDADEIRAS		
LOCAL	DATA	ASSINATURA E CARIMBO
26/05/2019	26/05/2019	EXCELSIOR LEGAL Ortopedista CRM 123456789

26/05/2019 (f)

EXCELSIOR SEGUROS
11 SET. 2019
SEGURO DPVAT





EXCELSIOR SEGUROS
11 SET. 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 COMPATÍVEL 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 RETIRADA 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



SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

Seguradora Lider • DPVAT



INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

- REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- CARTEIRA 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, INFORMANDO AS LESÕES SOFRIDAS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- COMPROVANTES (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS
- NOTAS FISCAIS (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

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 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)
- LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- NA IMPSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML: DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML (ORIGINAL) ASSINADA PELA VÍTIMA 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 VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIIS 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, 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 A TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/74.
 - DESPESSAS 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, ACESSE WWW.DPVATSEGURODOTRANSTO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

- CARTEIRA 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)

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

EXCELSIOR SEGUROS
11 SET. 2019
SEGURADO: ...
SEGURADOR: ...
VALOR: ...

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA: 04/10/2019

IDENTIDADE: ...

NOME: ...

ASSINATURA: ...

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE: HOSANA Cândido da SILVA
RG / CNH / TPS: 3.154.683, CPF 365.464.688-32
End: Rua do Frio 96, 5º Pavilhão, Paulista

OUTORGADO: CARLOS ANTÔNIO MANGABEIRA FERREIRA
RG / CNH / TPS: 6.466.408 SDS/PE CPF: 012.891.554-45
End: AV. TIRADENTES N° 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 Cândido da Silva
CPF: 365.464.688-32

A. C. L. M. 15 de Agosto de 2019



Hosana Cândido da Silva

(RECONHECER FIRMA POR AUTÊNTICIDADE)

CARTÓRIO ALFREDO MARIANO - DEL. ALFREDO MARIANO DE BRITO - Fazenda
Rua Getúlio Ribeiro de Souza, 51, Camboriú, Abreu e Lima/PE - CEP 53.525-560
(81) 3542-1281 / 3541-0572 - casadoalfredomariano@gmail.com



Reconheço por AUTÊNTICIDADE a firma de HOSANA CANDIDO DA SILVA.
Abreu e Lima/PE, 15/08/2019 10:21:52, em testemunha 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 - Examinante

