



Número: **0064018-95.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção B da 25ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **08/10/2020**

Valor da causa: **R\$ 11.812,50**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
MARINEIDE MARQUES DA SILVA (AUTOR)		JULIANA DE ALBUQUERQUE MAGALHAES (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (REU)			
GENTE SEGURADORA SA (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
71811095	30/11/2020 16:18	ANEXO 1	Outros (Documento)



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, 03 de Agosto de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200272969

Vítima: MARINEIDE MARQUES DA SILVA

Data do Acidente: 09/12/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JULIANA MARIA DA SILVA NASCIMENTO

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), MARINEIDE MARQUES 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, contados 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

Carta nº 15994552

Pag. 0001/00002 - carta_01 - INVALIDEZ

00020490





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, 14 de Agosto de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200272969

Vítima: MARINEIDE MARQUES DA SILVA

Data do Acidente: 09/12/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JULIANA MARIA DA SILVA NASCIMENTO

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), MARINEIDE MARQUES 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\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um tornozelo 25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 =

R\$ 1.687,50

Recebedor: MARINEIDE MARQUES DA SILVA

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000000049

Conta: 000000199873-0

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 retomar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 8692855487 4 - Nome completo da vítima: Marneide Marques da Silva

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

5 - Nome completo: Marneide Marques da Silva 6 - CPF: 8692855487
7 - Profissão: Doméstica 8 - Endereço: Rua alto do Bombrui 9 - Número: 59 10 - Complemento:
11 - Bairro: Vaso da Boma 12 - Cidade: Recife 13 - Estado: PE 14 - CEP: 52280455
15 - E-mail: creusa_tufano@pe.com.br 15 - Tel. (DDD): (81) 986711713

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ REQUISO INFORMAR ☐ SEM RENDA ☐ R\$1.000,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$1.001,00 A R\$2.500,00 ☐ R\$2.501,00 A R\$5.000,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção): ☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) ☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO:
AGÊNCIA: 0049 CONTA: 00199843 0 AGÊNCIA: CONTA:
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (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.

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

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

- 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discordar do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou resíduo (patrimônio)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e comprovarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34 - Inscrição estadual do proprietário do veículo

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: Recife, 31 de julho de 2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FP5.001 V002/2019



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 017ª CIRCUNSCRIÇÃO - VASCO DA GAMA - DP17ªCIRC
DIM/5ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 20E0107000442

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **30/07/2020** às **08:29**

ATROPELAMENTO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado) que aconteceu no dia **9/12/2019** às **16:30**

Fato ocorrido no endereço: **AVENIDA NORTE MIGUEL ARRAS DE ALENCAR, 01 - Bairro: ALTO DO MANDU - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL - CEP: 52071-035**
Local do Fato: **VIA PÚBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR/AGENTE)
MARINEIDE MARQUES DA SILVA (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

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

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

MARINEIDE MARQUES DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: Feminino Mãe: MARIA DA CONCEICAO SANTANA SILVA Pai: LUIZ MARQUES DA SILVA Data de Nascimento: 3/7/1961 Nacionalidade: RECIFE / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 2210748/SDS/PE (RG) 86928554487 (CPF) Estado Civil: SOLTEIRO(A) Escolaridade: 1º. GRAU INCOMPLETO Profissão: DO LAR Endereço Residencial: RUA ALTO DO BAMBUI, 59 - CEP: 55000-000 - Bairro: VASCO DA GAMA - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL

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

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

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

Complemento / Observação

COMUNICA A SENHORA MARINEIDE QUE FOI VITIMA DE ATROPELAMENTO NA AVENIDA NORTE, NAS



PROXIMIDADES DO SUPERMERCADO O DESKONTÃO NO BAIRRO DE CASA AMARELA, POR UMA MOTOCICLETA E QUE O CONDUTOR SOLICITOU A PRESENÇA DO BAMU, OCORRENCIA Nº 5-719400 E RETIROU-SE DO LOCAL, A VITIMA FOI SOCORRIDA PARA A UPA DE OLINDA E POSTERIORMENTE PARA O HOSPITAL GETULIO VARGAS; RETAURAÇÃO E EM SEGUIDA PARA O HOSPITAL MEMORIAL DE JABOATÃO ONDE FOI REALIZADA UMA INTERVENÇÃO CIRURGICA DEVIDO A FRATURA DO MALLEOLO LATERAL, NO DIA 20/12/2019. NADA MAIS DIGNO DE REGISTRO.

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

MARINEIDE MARQUES DA SILVA
(VITIMA)

marineide marques da Silva

B.O. registrado por: OZIMAR PINHEIRO BRAGA - Matrícula: 3809560
(Liberado em 30/07/2020 às 08:54)

Ozimar Pinheiro Braga

Digitalizado com CamScanner



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASI: 3 - CPF da vítima: 8692855487 4 - Nome completo da vítima: Marneide Marques da Silva

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

5 - Nome completo: Marneide Marques da Silva 6 - CPF: 8692855487
7 - Profissão: Doméstica 8 - Endereço: Rua Alto do Bonfuzi 9 - Número: 59 10 - Complemento:
11 - Bairro: Vaso da Boma 12 - Cidade: Recife 13 - Estado: PE 14 - CEP: 52280455
15 - E-mail: creusa_tufano@pe.com.br 15 - Tel (DDD): (81) 986711713

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECURSO INFORMAR ☐ R\$1,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☒ CONTA POUQUANCA (Selecione 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: 0049 CONTA: 00199843 0 AGÊNCIA: CONTA:
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (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.

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

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

- 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou resíduo (herança)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso ocorra, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

Inscrição estadual de quem assina a pedido (a cargo)

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a cargo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a cargo)

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a cargo)

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: Recife, 31 de julho de 2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FP5.001 V002/2019

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 10/08/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: MARINEIDE MARQUES DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00049

CONTA: 000000199873-0

Nr. da Autenticação DCDCC507377ECF50



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 8692855487 4 - Nome completo da vítima: Marneide Marques da Silva

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

5 - Nome completo: Marneide Marques da Silva 6 - CPF: 8692855487
7 - Profissão: Doméstica 8 - Endereço: Rua alto do Bombrui 9 - Número: 59 10 - Complemento:
11 - Bairro: Vaso da Boma 12 - Cidade: Recife 13 - Estado: PE 14 - CEP: 52280455
15 - E-mail: creusa_tufano@ 15 - Tel. (DDD): (81) 986711713

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ REQUISO INFORMAR ☐ SEM RENDA ☐ R\$1.000,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$1.001,00 A R\$2.500,00 ☐ R\$2.501,00 A R\$5.000,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) Nome do BANCO:
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: 0049 CONTA: 00199843 AGÊNCIA: CONTA:
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (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.

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

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

- 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discordar do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou resíduo (patrimônio)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e comprovarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

Assinatura eletrônica do representante legal ou do beneficiário

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rgo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rgo)

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rgo)

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: Recife, 31 de julho de 2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FP5.001 V002/2019

**NOTA FISCAL - FATURA - CONTADOR RESIDUAL ELÉTRICA**

Companhia Energética de Pernambuco
Av. João de Barros, 115, Boa Vista, Recife - PE CEP 50060-602
CNPJ nº 02.923.091-01 | Tel. (81) 30559145 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE

MARIA JOSE DA SILVA
PROXIMO TERMINAL DE ONIBUS

CPF: 014.751.044-14 NIS: 00000001018

CLASSIFICAÇÃO

01 RESIDENCIAL
BAIXA RENDIMENTO

EMPREGO DA UNIDADE CONSUMIDORA

TV 3 SEMPRE VIVA IV

CLAYDO DE CAVALHEIRO
LIGAÇÃO DOS CORREIORES PE
54000-000

CONTADOR	LEITURA
2293634010	08/2019
DATA DE VIGÊNCIA	DATA DE VIGÊNCIA
04/09/2019	28/09/2019
VALOR DE VIGÊNCIA	29,38

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

	QUANTIDADE	PREÇO UNITÁRIO	VALOR UNITÁRIO
Consumo Ativo até 30 kWh	30,00000000	0,79124668	5,73
Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh	50,00000000	4,37946115	18,28
Adicional Bandeira AMARELA			4,04
Adicional Bandeira VERMELHA			1,57
Contrib. IUM, Política Municipal			5,19
Multa por atraso NF 07140000-2007115			5,48
Juros por atraso NF 07140000-2007115			0,81

TOTAL DA FATURA

29,38

DESCRIÇÃO DA UNIDADE CONSUMIDORA DESTA NOTA FISCAL

SPED	Tipo de	Anterior	Atual	Valor	Valor	Valor	Valor	Valor	Valor
RECEBIM	Função	Data	Data	Data	Data	Data	Data	Data	Data
000000	041	28/07/2019	18/07/2019	28/08/2019	19/08/2019	28	1,0000	00000000	0000

PRODUTO DE CONSUMO	VALOR DE CONSUMO	VALOR DE CONSUMO	VALOR DE CONSUMO	VALOR DE CONSUMO	VALOR DE CONSUMO	VALOR DE CONSUMO	VALOR DE CONSUMO	VALOR DE CONSUMO	VALOR DE CONSUMO
Consumo Ativo até 30 kWh	30,00000000	0,79124668	5,73	Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh	50,00000000	4,37946115	18,28	Adicional Bandeira AMARELA	4,04
Adicional Bandeira VERMELHA	1,57	Contrib. IUM, Política Municipal	5,19	Multa por atraso NF 07140000-2007115	5,48	Juros por atraso NF 07140000-2007115	0,81	TOTAL	29,38

NOTAS ADICIONAIS IMPORTANTES
Fatura emitida eletronicamente em conformidade com a Lei nº 10.972/2004 e a Lei nº 12.527/2012. A fatura é emitida em nome do titular da unidade consumidora e não pode ser utilizada para fins de comprovação de pagamento de impostos ou para fins de comprovação de pagamento de taxas. A fatura é emitida em nome do titular da unidade consumidora e não pode ser utilizada para fins de comprovação de pagamento de impostos ou para fins de comprovação de pagamento de taxas.

Atividade de prestação de serviços de energia elétrica, conforme a Lei nº 10.972/2004 e a Lei nº 12.527/2012. A fatura é emitida em nome do titular da unidade consumidora e não pode ser utilizada para fins de comprovação de pagamento de impostos ou para fins de comprovação de pagamento de taxas. A fatura é emitida em nome do titular da unidade consumidora e não pode ser utilizada para fins de comprovação de pagamento de impostos ou para fins de comprovação de pagamento de taxas.

PRODUTO DE CONSUMO	VALOR DE CONSUMO	VALOR DE CONSUMO	VALOR DE CONSUMO	VALOR DE CONSUMO	VALOR DE CONSUMO	VALOR DE CONSUMO	VALOR DE CONSUMO	VALOR DE CONSUMO	VALOR DE CONSUMO
Consumo Ativo até 30 kWh	30,00000000	0,79124668	5,73	Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh	50,00000000	4,37946115	18,28	Adicional Bandeira AMARELA	4,04
Adicional Bandeira VERMELHA	1,57	Contrib. IUM, Política Municipal	5,19	Multa por atraso NF 07140000-2007115	5,48	Juros por atraso NF 07140000-2007115	0,81	TOTAL	29,38

CONTADOR	LEITURA	DATA DE VIGÊNCIA	VALOR DE VIGÊNCIA
2293634010	08/2019	04/09/2019	29,38

836900000000-5 29380011002-4 29363401010-0 14265545873-7



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 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=29536>

A Circular SUSEP 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 COM¹.

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 Fulana Maria da Silva Nascimento
inscrito (a) no CPF/CNPJ 111.691.044 / 60 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário
Marinete Marques da Silva inscrito (a) no CPF sob o nº 869.285.544 / 87
do sinistro de DPVAT cobertura Integral da Vítima Marinete Marques da Silva
inscrito (a) no CPF sob o nº 869.285.544 / 87 conforme determinação da Circular Susep 445/12:
Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:
☒ Recuso Informar

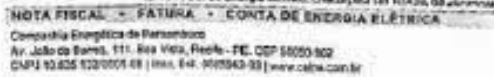
Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço: <u>3ª Av. Sempre Viva</u>	Número: <u>78</u>	Complemento: _____
Bairro: <u>Curado II</u>	Cidade: <u>Jabotatubas dos G.</u>	Estado: <u>PE</u>
E-mail: <u>recuso informar</u>	CEP: <u>54000-000</u>	Tel. (DDD): <u>(81) 98691.1713</u>

Local e Data: Recife, 31 de julho de 2020

Fulana Maria da Silva Nascimento
Assinatura do Declarante





ENDERÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

TV 3 SEMPRE VIVA 70

CURADO LUCIAVALERIO
JABOATÃO DOS GUARARAPES PE
54000-000

CONTA CONTINUA	MÊS/ANO
2293634010	08/2019
DATA DE VENCIMENTO	DATA DE PÁGUA PROXIMA COTAR
04/09/2019	26/09/2019
TOTAL A PAGAR (R\$)	29,30

Nº DA NOTAFISCAL	SÉRIE	CLASSO
075492300	LMCA	0000/2010
APPROBACAO	Nº DO CLIENTE	Nº DA NOTIFICACAO
28/08/2019	100022349	07/07/10

	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo até 30 kWh	30,00000000	0,19134668	
Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh	50,00000000	0,32778415	
Adicional de Cidades VERMELHA			
Adicional de Bateria VERMELHA			
Contrib. Ium. Pública Municipal			
Multiplicador 44-4F 07/14865-86 - 38/07/148			
Juros de atraso 12% 07/14865-86 - 38/07/148			

29.38

Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR		ATUAL		Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (KWH)
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA				
NR18603	CA1	25-07-2013	19.279,36	28-08-2013	19.258,00	30	1.00344		9926

HISTÓRICO DE COMPARA

Info: Ano	Info: Ano
2018	2017
2017	2016
2016	2015
2015	2014
2014	2013
2013	2012
2012	2011
2011	2010
2010	2009
2009	2008
2008	2007
2007	2006
2006	2005
2005	2004
2004	2003
2003	2002
2002	2001
2001	2000
2000	1999
1999	1998
1998	1997
1997	1996
1996	1995
1995	1994
1994	1993
1993	1992
1992	1991
1991	1990
1990	1989
1989	1988
1988	1987
1987	1986
1986	1985
1985	1984
1984	1983
1983	1982
1982	1981
1981	1980
1980	1979
1979	1978
1978	1977
1977	1976
1976	1975
1975	1974
1974	1973
1973	1972
1972	1971
1971	1970
1970	1969
1969	1968
1968	1967
1967	1966
1966	1965
1965	1964
1964	1963
1963	1962
1962	1961
1961	1960
1960	1959
1959	1958
1958	1957
1957	1956
1956	1955
1955	1954
1954	1953
1953	1952
1952	1951
1951	1950
1950	1949
1949	1948
1948	1947
1947	1946
1946	1945
1945	1944
1944	1943
1943	1942
1942	1941
1941	1940
1940	1939
1939	1938
1938	1937
1937	1936
1936	1935
1935	1934
1934	1933
1933	1932
1932	1931
1931	1930
1930	1929
1929	1928
1928	1927
1927	1926
1926	1925
1925	1924
1924	1923
1923	1922
1922	1921
1921	1920
1920	1919
1919	1918
1918	1917
1917	1916
1916	1915
1915	1914
1914	1913
1913	1912
1912	1911
1911	1910
1910	1909
1909	1908
1908	1907
1907	1906
1906	1905
1905	1904
1904	1903
1903	1902
1902	1901
1901	1900
1900	1899
1899	1898
1898	1897
1897	1896
1896	1895
1895	1894
1894	1893
1893	1892
1892	1891
1891	1890
1890	1889
1889	1888
1888	1887
1887	1886
1886	1885
1885	1884
1884	1883
1883	1882
1882	1881
1881	1880
1880	1879
1879	1878
1878	1877
1877	1876
1876	1875
1875	1874
1874	1873
1873	1872
1872	1871
1	

Região Nordeste: 0800 00 10000 ou 0800 00 10001. Sul e Sudeste: 0800 00 10002 ou 0800 00 10003. Centro-Oeste: 0800 00 10004 ou 0800 00 10005. Norte: 0800 00 10006 ou 0800 00 10007. Para mais informações sobre o serviço, consulte o site www.0800.org.br. O Centro Nacional de Referência em Saúde Ambiental (CNRSA) é uma entidade sem fins lucrativos, criada em 2004, com o objetivo de promover a saúde ambiental e a qualidade de vida. O CNRSA é uma entidade sem fins lucrativos, criada em 2004, com o objetivo de promover a saúde ambiental e a qualidade de vida. O CNRSA é uma entidade sem fins lucrativos, criada em 2004, com o objetivo de promover a saúde ambiental e a qualidade de vida.

Alcune aziende hanno già adottato la tecnologia di identificazione dei prodotti (RFID) per tracciare i prodotti lungo tutta la filiera produttiva, dalla materia prima al consumatore finale. Questo consente di migliorare la qualità e la sicurezza dei prodotti, ridurre i costi e aumentare l'efficienza.

DURADA E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES					NÍVEL DE TENSÃO		
TIPO DE VARIAÇÃO	VALOR ABRUFADO (s)	LIGRE TENSÃO	LIGRE TENSÃO	TEMPO TENSÃO	FREQUÊNCIA MENSAL (%)	LIGRE DE VARIAÇÃO (%)	LIGRE DE VARIAÇÃO (%)
ENC	0,00	0,00	10,15	30,30	220	292	293
ENC	0,00	3,73	0,47	12,95			
ENC	0,00	1,00	0,00	0,00			

Fonte: DCE, 12/22. (100% - valor de frequência Ligado Sistema Distribuição = 98,11%)

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO	DATA DE VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR (R\$)	
2393834-010	06/2019	04/09/2019		29,38
838800000000 5 20280011003 4 20263401010 0 14265545873-7				

Digitalizado com CamScanner



VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO
GERAL

9.272.633

DATA DE
EXPEDIÇÃO

21/02/2014

NOME

<< JULIANA MARIA DA SILVA NASCIMENTO >>

FILIAÇÃO

<< JOSIAS CARDOSO DO NASCIMENTO >>

<< MARIA JOSÉ DA SILVA >>

NATURALIDADE

RECIFE - PE

DATA DE NASCIMENTO

23/04/1995

DOC. ORIGEM

<< 074435 01 55 1996 1 00046 296

0054531 50 JABOATÃO DOS GUARARAPES PE >>

CPF

111.691.044-60

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

1-53-94.635-4321
Digitalizado com CamScanner



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL



ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO TAVARES BURIL

C-23



POLEGAR DIREITO



Juliana Maria da Silva Nascimento
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

Digitalizado com CamScanner





PREFEITURA DO RECIFE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA



DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO

Nº DA	008.02.2020
DATA	10.02.2020

Atendendo ao requerimento da Sra. **JULIANA MARIA DA SILVA NASCIMENTO**, portadora do Documento de Identidade nº **9272633** SDS/PE e inscrito no CPF/MF sob o nº **111.691.044-60**, declaramos que consta em nossos arquivos a ocorrência de nº **S-719400**, que no dia 09 de dezembro de 2019, a paciente Sra. **MARINEIDE MARQUES DA SILVA**, portadora do Documento de Identidade nº **2210748** SDS/PE e inscrita no CPF/MF sob o nº **869.285.544-87**, foi atendida por nosso Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU Metropolitano do Recife, vítima de acidente de trânsito por atropelamento envolvendo moto, por volta das 17h51, na Avenida Norte, imediações a Entrada do Morro da Conceição, em frente ao Descontão, no bairro Casa Amarela, Recife/PE e, sendo direcionada para a UPA Olinda, Recife, 10 de fevereiro de 2020.

Dr. Sérgio Parente Costa
Gerente de Informação e Avaliação
SAMU Metropolitano - Recife

Dr. Sérgio Parente Costa
Gerente de Informação e Avaliação
SAMU Metropolitano do Recife

SAMU METROPOLITANO DO RECIFE

Avenida Manoel Borba, 951 Boa Vista Recife - PE

CEP - 50.060.140 Fone: 3355-7450

Scanned with CamScanner

Digitalizado com CamScanner



Protocolo de Encaminhamento

TIPO DE OCORRÊNCIA	
Causa Externa: Acidente/Violência () Causa Clínica () Obstétrico () Psiquiátrico ()	SENHA <u>5834172</u>
Em caso de violência/acidente: Via Pública () Domicílio () Local de Trabalho ()	
IDENTIFICAÇÃO	
Nome do Paciente: _____	Idade: <u>58</u>
Sexo: M () F () Profissão: _____	Fone: _____
Endereço Residencial: _____ Bairro: _____	
Cidade: <u>Recife</u>	
CAUSA EXTERNA (ACIDENTE/VIOLENCIA)	
Acidente de Trânsito: Ônibus () Caminhão () Carro de Passado () 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: <u>Doença + Queimadura de 1º grau</u>	
Hipótese Diagnóstica: <u>Doença + Queimadura de 1º grau</u>	
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



EXAME REUROLÓGICO

Avaliação Primária: Alerta () Resposta Verbal () Resposta ao Estímulo Doloroso () Irresponsivo ()

Escala de Coma de Glasgow (ECG)

ABERTURA OCULAR

Abertura Ocular Espontânea 4
Abertura Ocular a voz 3
Abertura Ocular a dor 2
Sem abertura ocular 1

RESPOSTA VERBAL

Orientado 5
Confuso 4
Resposta Inapropriada 3
Sons Incompreensíveis 2
Sem resposta verbal 1

RESPOSTA MOTORA

Obedece ao comando 6
Localiza Estímulo Doloroso 5
Retirada ao Estímulo Doloroso 4
Descorticação 3
Descerebração 2
Sem resposta motora 1

TOTAL DE PONTOS ECG: _____

Classificação TCE pela ECG

ECG 3-8: TCE Grave

ECG 9-13: TCE Moderado

ECG 14-15: TCE Leve

Sinais de disfunção cerebral: Déficit Motor () Desvio comissura labial ()

Dificuldade na fala ()

Avaliação Pupilar: Isocóricas () Anisocóricas () Midriase () Miose ()

NATUREZA DA LESÃO

Presença de sangramento externo: S () N ()

Lesões Intra-Torácica: S () N () Fratura Pélvis: S () N ()

Lesões Intra-abdominais: S () N () Fratura em Osso Longo: Fechada () Aberta ()

USO DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS

Usou álcool: S () N () Informante: Vítima () Outros ()

Hálito Alcoólico () Alteração na Marcha () Sonolência/Agitação () Alteração no Humor ()

Usou outras drogas: S () N () Informante: Vítima () Outros ()

Lolô () Maconha () Cola () Cocaína () Crack () Lança-perfume () Anfetaminas () Éxtase ()

CONDUTA CLÍNICA/EVOLUÇÃO

Imobilização da Coluna Cervical: S () N ()

Imobilização Tala Gessada: S () N ()

Antibioticoterapia: S () N () Especificar: _____

Oxigênio terapia: Cateter () Venturi () CPAP ()

Aspiração de Sangue e/ou secreções: S () N ()

Entubação Orotraqueal: S () N ()

Ventilação Mecânica: Modalidade _____

FIO2: _____

Reanimação Cardiopulmonar: S () N ()

RX: S () N () Analgesia: S () N ()

Infusão de Fluidos: S () N () Especificar: _____

Volume de Fluidos Infundido: _____

Outras Condutas: _____

Intercorrências: _____

MOTIVO DA TRANSFERÊNCIA

TTO. Cedência

HGV

CONCLUSÃO DO ATENDIMENTO

Hospital para onde foi encaminhado: _____

Médico Regulador: _____ Hora: _____

Transferência com acompanhamento Médico: S () N ()

Local e data

Médico Assistente





HOSPITAL GETÚLIO VARGAS
SERVIÇO DE DOCUMENTAÇÃO CIENTÍFICA



BOLETIM DE ESCLARECIMENTO

NOME: MARINEIDE MARQUES DA SILVA.

1. Ocorrência da Emergência: 807304

1.1 - Atendimentos em: 10/12/2019.

1.4 - Retirou-se às hr. 16 e 27 min.

2. Internamento Eletivo – Reg. 1138859 Geral No.

2.1 – Internado em: 10/12/2019.

2.2 - Alta em: 11/12/2019.

3. Hipótese Diagnóstica: FRATURA DE TORNOZELO ESQUERDO (MALÉOLO LATERAL) + TCE.

4. Tratamento: AVALIAÇÃO DA ORTOPEDIA, CIRURGIA GERAL, REALIZAÇÃO DE TAC DE CRÂNIO. TRANSFERÊNCIA PARA HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO PARA PARECER DA NEURO CIRURGIA.

5. Observação:

DATA: 14.2020

HORA: 12:31:52

PASTA: 01.04.2020

RC

LP

Roberta C. de Almeida
C. Médica - Gastroenterologia
Mat. HGV/2019-0302-0
CRM = 111111

Dr. Roberta C.

Digitalizado com CamScanner





HOSPITAL GETÚLIO VARGAS EMERGÊNCIA



1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Atendimento: 807304

Prontuário: 0001138859

Nome: MARINEIDE MARQUES DA SILVA

Data Nasc.: 03/07/1961

Idade: 58

Sexo: FEMININO

CPF:

RG: 2210748

CNS:

Endereço: RUA ALTO DO BAMBUÍ

Nº 59

Bairro: ALTO JOSE BONIFÁCIO

Cidade: RECIFE

CEP: 52280370

Estado: PERNAMBUCO

Telefone: 86714634

Nome da Mãe: MARI DA CONCEIÇÃO SANTANA SILVA

Acompanhante: FILHO (A)

Clínica: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Ocorrência: SEMHA 5834172 * PACIENTE REFERE DOR + LIMITAÇÕES DE MOVIMENTOS EM MIESQ APOS ATROPELAMENTO POR MOTO HA 2 DIAS

2 - ATENDIMENTO

Data: 10/12/2019

Hora: 16:27

Queixa Principal/HDA

PACIENTE RELATANDO TER SIDO VITIMA DE ATROPELAMENTO POR MOTOCICLETA, POR VOLTA DAS 17:00H DE ONTEM; EVOLUINDO COM DOR + EDEMA + LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM TORNOZELO ESQUERDO; REFERE AINDA QUE VEIO A BATER A REGIÃO OCCIPITAL DO CRANIO AO CHÃO, ONDE REFERE DOR LOCAL; NEGA ALERGIAS, COMORBIDADES, GESTAÇÃO; SEM SANGRAMENTOS

História do Trauma

Perda da Consciência:	☐ SIM ☐ NÃO	Episódio Emético:	☐ SIM ☐ NÃO	Acidente de Trabalho:	☐ SIM ☐ NÃO
Acidente de Trânsito:	☐ SIM ☐ NÃO	Tipo:			
Colisão:	☐ SIM ☐ NÃO	Tipo:	Motorista ☐	Passageiro ☐	
Atropelamento:	☐ SIM ☐ NÃO	Local de Impacto:			
Vítima de Ferimento:	☐ SIM ☐ NÃO	Tipo:	Sofreu Queda:	☐ SIM ☐ NÃO	
Queimadura:	☐ SIM ☐ NÃO	Por:	Transporte Realizado por:		
Condições de imobilização adequadas:	☒ SIM ☐ NÃO	Por que:			

Exame Físico:

A: Geral	Via aérea está pervia:	☒ SIM ☐ NÃO	O paciente fala:	☒ SIM ☐ NÃO	Temp.:
BEG, AAA, CÔTE, LIMITADA A MACA					
B: Respiratório:					
EUPNEICO, EM O2 AMBIENTE					
C: Circulatório					
PA: Pulso:					
HEMODINAMICAMENTE ESTÁVEL					
D: Exames Neurológico					
Deficiência Motora: MSD ☐ MSE ☐ MID ☐ MIE ☐		Pupilas: Isocóricas ☐ Anisocóricas ☐			
Glasgow: Abertura ocular		Glasgow: Resposta Verbal		Glasgow: Resposta Motora	
Score:	Hora:	Score:	Hora:	Score:	Hora:
GLASGOW 15					
E: Abdomen					
FLACIDO E INDOLOR					
Diagnóstico Inicial: FRATURA DE TORNOZELO ESQUERDO (MALEOLO LATERAL) + TCE?					
Exames/ Conduta:					
SOL AVALIAÇÃO DA CIR GERAL; AGUARDA LIBERAÇÃO PARA INTERNAMENTO PARA CIR ELETIVA PELA ORTOPEDIA					
Definição do Caso:					
Internamento ☐	Cirurgia ☐	Óbito ☐	Termo de Alta ☐	Evadiu-se ☐	Alta ☐ Transferência ☐

DANIEL SALDANHA DE MEDEIROS - CRM: Nº.24314

Médico



0301060100

0301100012

0301010048

Digitalizado com CamScanner





Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
HOSPITAL
Getúlio Vargas



SERVIÇO SOCIAL FICHA SOCIAL

CARTÃO SUS:

Nº REGISTRO: 6638854

NOME COMPLETO:

Marcos Vinícius da Silva

NOME SOCIAL:

DATA DE NASCIMENTO: 23/07/1962

IDADE: 58

☐ EMERGÊNCIA

☐ ENFERMARIA

LOCAL:

Corredor

ENDEREÇO:

Rua Alta do Bonfim, nº 59 - Alto Imbuí

CIDADE:

Recife

UF:

CEP:

TELEFONE P/CONTATO:

99543293 - Andreia (mãe)

SEXO:

☒ F

☐ M

TEM ALGUMA DEFICIÊNCIA?

☒ NÃO

☐ SIM

QUAL?

ESTADO CIVIL:

☒ SOLTEIRO

☐ CASADO

☐ DIVORCIADO

☐ SEPARADO

☐ VIÚVO

☐ OUTROS:

ESCOLARIDADE:

☐ NÃO ALFABETIZADO

☐ FUNDAMENTAL COMPLETO

☐ MÉDIO COMPLETO

☐ SUPERIOR COMPLETO

☐ APENAS ASSINA O NOME

☐ FUNDAMENTAL INCOMPLETO

☒ MÉDIO INCOMPLETO

☐ SUPERIOR INCOMPLETO

☐ EDUCAÇÃO INFANTIL

☐ OUTROS:

SITUAÇÃO OCUPACIONAL:

☐ EMPREGADO C/CARTEIRA ASSINADA

☐ SERVIDOR PÚBLICO

☐ DESEMPREGADO

☐ APOSENTADO

☐ DO LAR

☐ EMPREGADO S/CARTEIRA ASSINADA

☐ AUTÔNOMO

☐ AUXÍLIO DOENÇA

☐ ESTUDANTE

☐ PENSIONISTA

☐ AGRICULTOR

☐ BPC/OUTROS

RESIDE:

☐ FAMILIARES

☐ AMIGOS

☒ SOZINHO

☐ ABRIGO

☐ EM SITUAÇÃO DE RUA

☐ EM SISTEMA PRISIONAL

AUTORIZAÇÃO DE ACOMPANHANTE

☐

PACIENTE ASSEGURADO POR LEI

☐

DE ACORDO COM A AVALIAÇÃO MÉDICA E O QUADRO CLÍNICO DO PACIENTE.

ASSINATURA E CARIMBO DA(O) ASSISTENTE SOCIAL

ASSINATURA E CARIMBO DO (A) MÉDICO (A)

ACOMPANHANTE

NOME DO ACOMPANHANTE:

Roberta Marques Feitosa

Nº DE DOCUMENTO:

82805-5500

GRAU PARENTESCO:

Filha

TELEFONE

92676431

☒

RECEBEU INFORMAÇÕES SOBRE A DECLARAÇÃO DE ACOMPANHANTE.

ASSINATURA:

Roberta Marques Feitosa

OBSERVAÇÕES:

Trabalha em uma loja de roupas e costura. É casada e tem dois filhos, um menino e uma menina. Está em tratamento médico e psicológico. Não possui condições de trabalhar.

A AUTORIZAÇÃO DE ACOMPANHANTE PODERÁ SER CANCELADA A QUALQUER MOMENTO, POR RESTRIÇÃO E/OU DESCUMPRIMENTO DAS NORMAS E ROTINAS DO HOSPITAL

ASSINATURA E CARIMBO DA(O) ASSISTENTE SOCIAL

DATA: 10/12/19

880041004 V.2.2017

Avenida General San Martin s/n - Cordeiro
Recife/PE - CEP 50.630-050
Fone: 0800.51.3154/5000

Digitalizado com CamScanner



HOSPITAL GETULIO VARGAS

MYPEP - Sistema de Prontuário Eletrônico

Relatório de Evolução

Página 1 de 1

Emitido por: DANIELLE COUTO OLIVEIRA LUNA

Em 11/12/2019 11:00

Paciente: 1138859 - MARINEIDE MARQUES DA SILVA

Idade: 58 Anos 5 Meses 8 Dias

Data de Nascimento: 03/07/1961

Prestador Assistente: HOSPITAL GETULIO VARGAS

Conselho / Número Cons.: CRM - null - 5555

Função: MEDICO(A)

RELATÓRIO DE EVOLUÇÃO

Atendimento 807340

Leito: BOX2 FEM 23

Admissão: 10/12/2019 22:52

Convênio: SUS - INTERNACAO

Plano: PLANO UNICO

EVOLUÇÃO: 799597 (FECHADO)

Responsável: DANIELLE COUTO OLIVEIRA LUNA - CRM
14714 / CIRURGIA GERAL

Data de Referência: 11/12/2019

Data/Hora do Documento: 11/12/2019 10:49

Paciente retorna com TAC de crânio com imagem hiperdensa em lobo frontal esquerdo podendo corresponder a sangramento. No momento, queixando-se de cefaléia e dor cervical (sem colar). Nega dor abdominal, dor torácica. Indicação de internamento pela ortopedia devido a fratura fechada de tornozelo esquerdo. Ao exame: EGR, eupneica, corada, hidratada, consciente e orientada. FC: 88bpm. MV presente em AHT sem RA. ABD: flácido, indolor. ECG: 15 isocórica. Equimose em região occipital. CD: colar cervical. Parecer da NCR no HR com senha 583591.

Dra. Danielle Couto

CRM 14714

DANIELLE COUTO OLIVEIRA LUNA

CRM 14714

Digitalizado com CamScanner





FICHA DE ESCLARECIMENTO

ATENDIMENTO: 1522863/2019.

NOME: MARINEIDE MARQUES DA SILVA.

Foi atendido às 11h47 do dia 11.12.2019.

Diagnóstico provável: TCB. LEVE
FRATURA FEMORAL DE MALEOLO LATERAL
ESQUERDO.
(ATROFELAMENTO)

Tratamento realizado: TAC DE CÂNDIO SEM LESÃO
NEUMOCISTAGRAS + TAC DE CERVICAL S/ LESÃO
TALA GESSADA
ALTA DA NEUMOCISTAGRAS
EXAMES LABORATORIAIS

Obs. RETORNO AO SERVIÇO DE ORTÓDIA - HOSPITAL
CECÍLIA VARGAS em 16-12-2019.

As informações contidas neste documento foram transcritas, na íntegra, do Prontuário Médico, não do Médico Assistente e sim do serviço Arquivo Médico e Estatístico.

Cópia de Prontuário Médico em 14-02-2020

HES - Hospital da Restauração
Dr. Gilberto Wanderley
Médico de ORTÓDIA

Atenção: Este documento destina-se a comprovação de atendimento hospitalar ou ambulatorial para: INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO, CONTINUIDADE DO TRATAMENTO AMBULATORIAL.

Av. Agamenon Magalhães, S/N - Derby - Recife - PE CEP 52.010-040

Fones: 31815451/31815572



FICHA DE ESCLARECIMENTO

Processo

GESTÃO DE PESSOAS

CÓDIGO

FAT.SAM.01

REVISÃO

00

INFORMAMOS QUE ESTA FICHA FOI CONFECCIONADA A PARTIR DE DADOS EXTRAIDOS EXCLUSIVAMENTE DO PRONTUÁRIO MÉDICO DO (A) PACIENTE ABAIXO INDETIFICADO (A).

NOME: Marineide Marques da Silva

REGISTRO: 779053 DATA DE NASCIMENTO: 03/07/1961

RG: 2.210.748 ORGÃO EMISSOR: SDS/PE

ENDEREÇO: Rua: Alto do Bambui n:59
Vasco da gama Recife

NOME DA MÃE: Maria de Conceicao Santana Silva

DATA ADMISSÃO: 18/12/2019 DATA ALTA: 21/12/2019

DATA DO PROCEDIMENTO: 20/12/2019 CID: S82.6

DIAGNÓSTICO: Fratura do maléolo Lateral
Esquerdo

TRATAMENTO REALIZADO: Tratamento Cirúrgico de
Fratura Unimaleolar do Tornozelo
Esquerdo

MÉDICO: _____

CREMEPE: _____

JABOATÃO DOS GURARAPES, 10 DE março DE 2020

Victor M. C. Cardoso
Médico
CRM/PE 27429

MÉDICO

Digitalizado com CamScanner



Sumário de Admissão e Alta

Nome: MARINEIDE MARQUES DA SILVA

Prontuário: 779053

Abandimento: 259825

Unidade de Internação: CLINICA CIRURGICA ORTOPEDICA

Sexo: Feminino

Leito: ENF 13 - LEITO 05

Diagnóstico Inicial (Constante no Laudo Médico): FRATURA MALEOLO LATERAL ESQ

CID: S826

Procedimento Solicitado: 0408050578 - TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DO TORNOZELO UNIMALEOLAR

Tempo de permanência Previsto:

Procedimento SUS Realizado: 0408050578 - TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DO TORNOZELO UNIMALEOLAR

01. Cirurgião: JOAO PAULO DE ANDRADE ROMEIRO

02. 1. Auxílio Cirúrgico: ELDER DE VASCONCELOS CARVALHO

03. 2. Auxílio Cirúrgico:

04. 3. Auxílio Cirúrgico:

05. Demais Auxílios Cirúrgicos:

Anestesiologista: MIRELLA TAVARES DE CARVALHO

Clinico:

08. Clinico:

Procedimentos Especiais:

☐ Mudança de Procedimento

☐ Diária de UTI

☐ Diária de Acompanhante

☐ Vacina Anti - Rh

☒ Uso de Prótese Órtese

☐ Uso de Fatores de Coagulação

☐ Uso de Oxigenadores

☐ Nutrição Parenteral

Fluxo do Caso: PACIENTE SUBMETIDA A TRATAMENTO CIRÚRGICO, SEM INTERCORRENCIAS

Diagnóstico Principal: S826 - FRATURA DO MALÉOLO LATERAL

Diagnóstico Secundário:

Justificativa da Alta: Alta com Retorno

Data de Internação: 18/12/2019

Data da Alta: 23/12/2019

Dias de Hospitalização:

dia (s).

TERMO DE ASSISTÊNCIA SUS

Eu, _____, portador do RG de número _____, declaro que recebi assistência pelo SUS, sem qualquer custo, durante a internação no Hospital Memorial Jaboatão.

Este documento foi elaborado conforme o art. 8º, inciso VII, da Portaria 1034/2010 do Ministério da Saúde. É necessária a entrega de uma via deste comprovante ao usuário e/ou responsável e outra, deve permanecer no arquivo da instituição.

Assinatura do paciente ou responsável

Jaboatão, _____ de _____ de _____

JOAO PAULO DE ANDRADE ROMEIRO

CRM: 22622





Sistema
Único de Saúde

Ministério
da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR



Identificação do Estabelecimento de Saúde		2 - CNES	
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO		0 0 0 0 6 5 5	
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE		4 - CNES	
Identificação do Paciente		6 - Nº DO PRONTUÁRIO	
5 - NOME DO PACIENTE MARINEIDE MARQUES DA SILVA		598959	
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS) 898050074679726	8 - DATA DO NASCIMENTO 03/07/1961	9 - SEXO Feminino	
11 - NOME DA MAE MARIA DA CONCEICAO SANTANA		12 - TELEFONE DE CONTATO	
13 - NOME DO RESPONSÁVEL		14 - TELEFONE DE CONTATO	
15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO) RUA BAMBUI		1 - VASCO DA GAMA	
16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA RECIFE		17 - Cód. IBGE MUNICÍPIO 261160	18 - UF PE
		19 - CEP 52280485	
JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO			
20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS PACIENTE VITIMA ATROPELAMENTO, ORIUNDA DO HOSPITAL GETULIO VARGAS APENAS PARA PARECER DA NEUROCIRURGIA (ALTA DA NCR). HD: FRATURA FECHADA MALELO LATERAL (11/12/19) DE CONDIÇÃO QUE OUSOU INTERFERIR INTERNAÇÃO AS ACIMA			
22 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS) EXAME FÍSICO + IMAGEM			
23 - DIAGNÓSTICO INICIAL FRATURA FECHADA TORNOZELO			
24 - CID 10 PRINCIPAL			
25 - CID 10 SECUNDÁRIO			
26 - CID 10 CAUSAS ASSUNDO CPM: 8922			
PROCEDIMENTO SOLICITADO			
27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO TRANSFERENCIA HOSPITALAR		28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	
29 - CLÍNICA TRAUMATO	30 - CARÁTER DE INTERNAÇÃO ELETIVO	31 - DOCUMENTO O CNS O CPF	32 - Nº DOC DO PROFISSIONAL SOLIC. O CNS O CPF
33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSITENTE FRANCISCO STANLEY DAMAS NAPOLEAO - CRM: Nº.7472		34 - DATA DA SOLICITAÇÃO 17/12/2019	35 - ASS. E CARIMBO
PREENCHER EM CASO DE CAUSA EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)			
☐ 36 - ACIDENTE DE TRÂNSITO	39 - CNPJ DA SEGURADORA	40 - Nº DO BILHETE	41 - SÉRIE
☐ 37 - ACIDENTE TRABALHO TÍPICO			
☐ 38 - ACIDENTE TRABALHO TRAJETO	42 - CNPJ DA EMPRESA	43 - CNAE DA EMPRESA	44 - CBOR
45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA ☐ EMPREGADO ☐ EMPREGADOR ☐ AUTÔNOMO ☐ DESEMPREGADO ☐ APOSENTADO ☐ NÃO SEGURADO			
46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR		52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	
47 - Cód ORGÃO EMISSOR			
48 - DOCUMENTO ☐ CNS ☐ CPF	49 - Nº DOC DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR		
50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO 17/12/2019	51 - ASSINATURA E CARIMBO		

Av. Agamenon Magalhães, S/N - Derby - Recife - PE CEP 52.010-040

Digitalizado com CamScanner



Recebemos de ORTHO LIFE MATERIAS CIRURGICAS E HOSPITALARES LTDA - ME os produtos e/ou serviços constantes da Nota Fiscal Eletrônica indicada ao lado
Emissão: 27/12/2019 Dest/Rem: INSTITUTO ALCIDES D' ANDRADE LIMA Valor Total: 148,40

NF-e
Nº 000.000.749
Série 001

DATA DO RECEBIMENTO IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR

ORTHO LIFE MATERIAS CIRURGICAS E HOSPITALARES LTDA - ME

R JOSUE PEREIRA, 083 - AFOGADOS - RECIFE - PE - CEP: 50760-720
Fone: (81) 8618-2676
josuedrigoortholife@gmail.com

DANFE
Documento Auxiliar da
Nota Fiscal Eletrônica
0 - ENTRADA 1
1 - SAÍDA 1
Nº 000.000.749
SÉRIE 001
FOLHA 1/1



CHAVE DE ACESSO
2619 1224 0223 9500 0191 5500 1000 0007 4916 3711 3313

Consulta de autenticidade no portal nacional da NF-e
www.nfe.fazenda.gov.br/portal ou no site da Sefaz autorizadora.

PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO
12619080802947 27/12/2019 22:15:21

NATUREZA DA OPERAÇÃO
Venda de mercaderia adquirida ou recebida de terceiros

INSCRIÇÃO ESTADUAL
065774653

INSCRIÇÃO ESTADUAL DO SUBSTITUTO TRIBUTÁRIO

CPF
24.022.395/0001-91

DESTINATÁRIO / REMETENTE

INSCRIÇÃO ESTADUAL
INSTITUTO ALCIDES D' ANDRADE LIMA

CPF / CNPJ
10.072.296/0003-71

DATA DA EMISSÃO
27/12/2019

ENDEREÇO
AV GENERAL MANOEL RABELO, 125

BARRIO / DISTRITO
CENTRO

CEP
54160-000

DATA DA SAÍDA
27/12/2019

MUNICÍPIO
JABOATÃO DOS GUARARAPES

UF
PE

TELEFONE / FAX
+81(33)7810-508

INSCRIÇÃO ESTADUAL

HORA DA SAÍDA
22:08:29

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLCULO DO ICMS		VALOR DO ICMS		BASE DE CÁLCULO DO ICMS SUBST.		VALOR DO ICMS SUBST.		VALOR TOTAL DOS IMPOSTOS	
0,00		0,00		0,00		0,00		148,40	
VALOR DO FRETE	0,00	VALOR DO SEGURO	0,00	DESCONTO	0,00	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS	0,00	VALOR DO IPI	0,00
0,00		0,00		0,00		0,00		148,40	

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

NOME / RAZÃO SOCIAL	FRETE POR CONTA	CODIGO ANTE	PLACA DO VEICULO	UF	CPF / CNPJ
	1 - DESTINATÁRIO				
ENDEREÇO	MUNICÍPIO	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL		
QUANTIDADE	SERIE	MARCA	NUMERAÇÃO	PESO LÍQUIDO	PESO LÍQUIDO

DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS

CODIGO PRODUTO	DESCRIÇÃO DO PRODUTO / SERVIÇO	NCM/EN	COSM	CFOP	UNID	QTDE	VALOR UNITÁRIO	VALOR DESCONTO	VALOR LÍQUIDO	BASE DE CÁLCULO	VALOR ICMS	VALOR IPI	VALOR OUTROS	VALOR TOTAL
38.03.03.00	PLACA DE 10 DE CANO DE 07 FUROS 3,5MM, VALIDADE VIGENTE	90211991	0101	5102	LN	1	100,40	0,00	100,40	0,00	0,00	0,00	0,00	100,40
30.02.40.00	PARAFUSO ESPONDOSO 3,5MM VALIDADE VIGENTE	90211991	0101	5102	LN	2	9,50	0,00	19,00	0,00	0,00	0,00	0,00	19,00
30.02.40.00	PARAFUSO CORTICAL 3,5MM, VALIDADE VIGENTE	90180999	0101	5102	LN	3	9,50	0,00	28,50	0,00	0,00	0,00	0,00	28,50

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES
Documento emitido por ME ou EPP optante pelo SIMPLES NACIONAL. Não gera direito a crédito fiscal de IPI. PACIENTE MARINHEIRO MARQUES DA SILVA, FRONTEIRO 779451, C/D 0945, 070101893, C/D DO PROCEJMENTO 64883578, DATA DA EMISSÃO 20/12/2019, VENCIMENTO 11/03/2020, DR. JOAO PAULO SUE

RESERVADO AO FISCO

DATA E HORA DA IMPRESSÃO: 27/12/2019 22:15:44

Portal ACFB - www.acfb.com.br

Digitalizado com CamScanner



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 30/11/2020 16:18:44
https://pje.tje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20113016184463100000070401911
Número do documento: 20113016184463100000070401911



Sistema
Único de
Saúde

Ministério
da
Saúde

**LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE MUDANÇA DE
PROCEDIMENTO E DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)**

Folha
1/2

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE
HOSPITAL MEMORIAL JABOATÃO
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE
HOSPITAL MEMORIAL JABOATÃO

2 - CNES
5 3 5 6 0 6 7
4 - CNES
5 3 5 6 0 6 7

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE
Jair Nunes Marques da Silva
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

9 - Nº DO PRONTUÁRIO

10 - SEXO
Masculino ☒ Feminino ☐

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL
Maria da Conceição Santana Silva
12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

11 - TELEFONE DE CONTATO
(Nº DO TELEFONE)

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

14 - COD. INGE. MUNICÍPIO

15 - UF

16 - CEP

17 - NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)

MUDANÇA DE PROCEDIMENTO

18 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - ANTERIOR

19 - COD. DO PROCEDIMENTO - ANTERIOR

20 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - MUDANÇA

21 - COD. DO PROCEDIMENTO - MUDANÇA

22 - DIAGNÓSTICO INICIAL

23 - CID 10 PRIMÁRIO

24 - CID 10 SECUNDÁRIO

25 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)

26 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL
Tratamento cirúrgico de Fratura torácica V. 0908 0578

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

DIÁRIA DE ACOMPANHANTE

DIÁRIA DE UTI TIPO I

DIÁRIA DE UTI TIPO II

DIÁRIA DE UTI TIPO III

28 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

29 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

30 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

31 - COD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

32 - COD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

33 - COD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

38 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

PACIENTE TRANSFERIDO PARA NOSSO SERVIÇO PARA REALIZAÇÃO DE TRATAMENTO CIRÚRGICO DE PATOLOGIA ÓSSEA. SOLICITO MATERIAL DE SÍNTESE PARA REALIZAÇÃO DO PROCEDIMENTO. SOLICITO AUTORIZAÇÃO PARA ACOMPANHANTE.

Hospital Memorial Jabotão
Hermes Wagner
Coord. da Clínica

39 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

PROFISSIONAL SOLICITANTE

41 - EXERCÍCIO

42 - Nº DOCUMENTO (CRM/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

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

44 - CPF

Secretaria de Saúde - PJGP
Assinatura

40 - DATA DA SOLICITAÇÃO
21/12/2019

45 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

Med. Autorização
CPF 18.725.884-49

46 - COD. ORÇÃO EMISSOR

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

48 - CPF

49 - Nº DOCUMENTO (CRM/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

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

Digitalizado com CamScanner



Convênio: SUS - INTERNACAO

Atendimento: 259825

Nascimento: 03/07/1961

Responsável:

Prontuário: 779053

Sexo: Feminino

Nome: MARINEIDE MARQUES DA SILVA

Data e Hora do Atendimento: 18/12/19 11:12:02

Idade: 58 Anos, 5 Meses e 15 Dias

Profissão:

Escolaridade:

CPF: 66928554487

Identidade: 2210748

Telefone:

Conjuge:

Estado Civil:

Cartão SUS: 898050074679726

Nome da Mãe: MARIA DA CONCEICAO SANTANA SILVA

Nome do Pai: LUIZ MARQUES DA SILVA

Endereço: RUA BAMBUÍ, VASCO DA GAMA, CEP: 52280485, Nº 59, RECIFE - PE

OBSERVAÇÃO:

Unidade de Internação: CLINICA CIRURGICA ORTOPEDICA

Enfermaria / Leito: ENF 13 - LEITO 05

Médico: JOSE AIRTON ALVES DE ARAUJO - CRM: 17259

CID: 5826

HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL:

RESUMO DE INTERNAMENTO

PACIENTE VITIMA DE ATROPELAMENTO COM FX DE MALEOLO LATERAL ESQ, ENCAMINHADA DO HR

ANTECEDENTES PESSOAIS E HEREDITARIOS:

NEGA

EXAME FISICO GERAL:

EGG, EUPNEICA, AFEBRIL, CORADA, HIDRATADA, CONSCIENTE E ORIENTADA

AP - CARDIO - VASCULAR:

RCCR EM 2 T COM BNF

AP - RESPIRATORIO:

MV + EM AHT SEM RA

ABDOMEN:

AP - GENITO - URINARIO:

OUTROS:

HIPOTESE DIAGNOSTICA:

FX DE MALEOLO LATERAL ESQ.

DIAGNOSTICO DEFINITIVO:

CONDIÇÕES DE ALTA:

DATA:

HORA DE SAÍDA:

Dr. José Ailton Aráujo
CRM: 17259

JOSE AIRTON ALVES DE ARAUJO - CRM: 17259

Av. General Manoel Rabelo - Nº126 - Centro - Jaboatão dos Guararapes - CEP: 54160-000

TELEFONE: 3482-9688 - www.hmjpe.org

Digitalizado com CamScanner





AMARILLO - PARANÁ

Usuário: JOAO PAULO DE ANDRADE

Data: 20/12/2019 14:20:41

Hora: 14:20

Relatório Geral de Cirurgias

Nome: MARINEIDE MARQUES DA SILVA

Condimento: 259825

Sexo: Feminino

Prontuário: 779053

Unidade de Internação / Leito: ENF 13 - LEITO 05

Idade: 58 Anos, 5 Meses e 17 Dias

Diagnóstico Pré Operatório: S826 - FRATURA DO MALÉOLO LATERAL

Risco Operatório:

Cirurgia(s) Realizada(s): TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA MALEOLO LATERAL ESQ

Data: 20/12/2019

Cirurgião: JOAO PAULO DE ANDRADE ROMEIRO

1. Auxílio Cirúrgico: ELDER DE VASCONCELOS CARVALHO

03. 2. Auxílio Cirúrgico:

04. Instrumentador:

Anestesia:

06. Anestesia:

07. Anestesista: MIRELLA TAVARES DE CARVALHO

Descrição da Cirurgia:

PACIENTE EM DECUBITO DORSAL SOB RAQUIANESTESIA;

ROTINA ASSÉPTICA;

APÓSICÃO DE CAMPOS ESTÉREIS;

INCISÃO LONGITUDINAL AO NÍVEL DO MALÉOLO LATERAL ESQUERDO ESQ 10cm;

REDUÇÃO DA FRATURA; APLICADO PLACA 1/3 TUBULAR 3,5mm FIXANDO-A COM 3 PARAFUSOS PROXIMAIS E 2 PARAFUSOS DISTAIS

CONTROLE COM INTENSIFICADOR DE IMAGENS;

LAVAGEM COM SF0.9%;

SUTURA POR PLANOS;

CURATIVO.

TALA

Jr João Paulo Romero
Ortopedia / Traumatologia
CREMEPE 22622

JOAO PAULO DE ANDRADE ROMEIRO

CRM: 22622

Digitalizado com CamScanner



VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO
GERAL

9.272.633

DATA DE
EXPEDIÇÃO

21/02/2014

NOME

<< JULIANA MARIA DA SILVA NASCIMENTO >>

FILIAÇÃO

<< JOSEIAS CARLOS DO NASCIMENTO >>

<< MARIA JOSE DA SILVA >>

NATURALIDADE

RECIFE - PE

DATA DE NASCIMENTO

23/04/1995

DOC. ORIGEM

<< 074435 01 55 1996 1 00046 296

0054531 50 JABOATÃO DOS GUARARAPES PE >>

CPF

111.691.044-60

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

THOMAS CHIFF & SONS

Scanned by CamScanner

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

C-23

ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL

INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO TAVARES BURIL



ASSINATURA DO TITULAR
Juliana Maria da Silva Nascimento

CARTEIRA DE IDENTIDADE

Scanned by CamScanner





Digitalizado com CamScanner



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200272969 Cidade: Recife Natureza: Invalidez Permanente
 Vítima: MARINEIDE MARQUES DA SILVA Data do acidente: 09/12/2019 Seguradora: MG SEGUROS, VIDA E PREVIDENCIA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 05/08/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE MALÉOLO LATERAL ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO. ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE TORNOZELO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento
faltante:

Apontamento do Laudo
do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DE TORNOZELO ESQUERDO.

Documentos
complementares:

Observações: PÁG 15_CIRURGIA

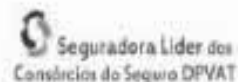
Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0214352/20
Vítima: MARINEIDE MARQUES DA SILVA
CPF: 869.285.544-87
CPF de: Próprio
Data do acidente: 09/12/2019
Titular do CPF: MARINEIDE MARQUES DA SILVA
Seguradora: MG SEGUROS, VIDA E PREVIDENCIA S.A.

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

JULIANA MARIA DA SILVA NASCIMENTO : 111.691.044-60

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

MARINEIDE MARQUES DA SILVA : 869.285.544-87

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 31/07/2020
Nome: JULIANA MARIA DA SILVA NASCIMENTO
CPF: 111.691.044-60

JULIANA MARIA DA SILVA NASCIMENTO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 31/07/2020
Nome: Marta Marinho dos Santos
CPF: 492.294.514-87

Marta Marinho dos Santos

