

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, 26 de Agosto de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190496765

Vítima: MARIA DE JESUS DE LIMA

Data do Acidente: 04/11/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: VIVIANE EVANGELISTA DE SOUZA ALVES

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), MARIA DE JESUS DE LIMA

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

Boletim de ocorrência	Apresentar o Registro de Ocorrência Policial, original ou cópia autenticada, com a data do acidente, o nome completo da vítima, os dados do veículo em que a vítima estava e o nome do proprietário, pois o entregue não possui todas as informações.
------------------------------	---

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



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 Outubro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190496765

Vítima: MARIA DE JESUS DE LIMA

Data do Acidente: 04/11/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: VIVIANE EVANGELISTA DE SOUZA ALVES

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), MARIA DE JESUS DE LIMA

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

Boletim de ocorrência	Apresentar o Registro de Ocorrência Policial, em cópia simples, com o nome completo e sem abreviações do proprietário e os dados do veículo em que a vítima estava no acidente, pois o entregue não possui estas informações.
------------------------------	---

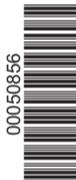
O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



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, 26 de Agosto de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190496765

Vítima: MARIA DE JESUS DE LIMA

Data do Acidente: 04/11/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: VIVIANE EVANGELISTA DE SOUZA ALVES

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), MARIA DE JESUS DE LIMA

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, 06 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190496765

Vítima: MARIA DE JESUS DE LIMA

Data do Acidente: 04/11/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: VIVIANE EVANGELISTA DE SOUZA ALVES

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), MARIA DE JESUS DE LIMA

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.seguradoraalider.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, 27 de Novembro de 2019

**Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3190496765** **Vítima: MARIA DE JESUS DE LIMA**

Data do Acidente: 04/11/2018 Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: VIVIANE EVANGELISTA DE SOUZA ALVES

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), MARIA DE JESUS DE LIMA

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 superiores 70%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%
Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 = R\$ 2.362,50

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

Graduação: Em grau leve 25%
% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 = R\$ 2.362,50

Recebedor: **MARIA DE JESUS DE LIMA**

Valor: R\$ 4.725,00

Banco: 104

Agência: 000002125

Conta: 00000500350-1

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.

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:

864.854.314-20

Nome completo da vítima:

Maria de Jesusklimm

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012

Nome completo:

Maria de Jesusklimm

CNPJ:

864.854.314.20

Profissão:

Do lar

Endereço:

Rua Santa Iúza

Bairro:

Centro

Cidade:

Escada

UF:

SC

Número:

124

Complemento:

E-mail:

vinionreza001@gmail.com

CEP:

55.500.000

Tel.(DDD):

DADOS CADASTRAIS

RENDA MENSAL:

REUSSO INFORMAR
 SEM RENDA

ATÉ R\$1.000,00
 R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00

R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00
 R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00

R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
 ACIMA DE R\$10.000,00

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

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

Bradesco (237) Itaú (341)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos):

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: **0125**

CONTA: **005000350**

(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 IMI - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declare, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IMI) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica as custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 2º, §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 de 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 devidamente, a indenização do Seguro DPVAT por morte aqueles 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 autenticado

Local e Data: **Recife 02 de Agosto de 2015**
Nome: **Maria de Jesusklimm**
CPF: **864.854.314-20**

(*) Assinatura de quem assina A RODO

x Maria de Jesusklimm

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Juanita D. B. B.

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____
CPF: _____

Assinatura _____

2º | Nome: _____
CPF: _____

Assinatura _____

05.802.494/0001-41

TRÂNSITO E PRETÓRIA

DE SEGUROS LTDA

Assinatura _____

RECIFE-PE

Rua da Aurora, nº 175, Sl. 902 BL. C

Soa Vista - CEP: 50.100-010

RECIFE-PE



**GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 040ª CIRCUISCRICAO - CABO DE SANTO AGOSTINHO - DP40ºCIRC
DIM/10ºDESEC**

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N.º 19ED130004278

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **21/06/2019 às 11:25**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Doloso (Consumo) que aconteceu no dia 4/11/2018 no período da Manhã

Fato ocorrido no endereço: **BAIRRO DE SANTO INÁCIO (BAIRRO), 01, AV ESCRITOR ISRAEL FELIPE - EM FRENTE A O CRAS - Bairro: SANTO INÁCIO - CABO DE SANTO AGOSTINHO/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PÚBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

**DESCONHECIDO2 (AUTOR / AGENTE)
DESCONHECIDO (OUTRO)
ELINEIDE GOMES DE ALBUQUERQUE (OUTRO)
MARIA DE JESUS DE LIMA (VÍTIMA)**

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

**VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): DESCONHECIDO
VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): DESCONHECIDO2**

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

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

MARIA DE JESUS DE LIMA (presente ao plantão) - Sexo: Feminino Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL
Data de Nascimento: **13/4/1968** Naturalidade: **ESCALADA / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **4925207/0093-PE (10)**
85485431420 (CPF) Estado Civil: **VIUVO(A)** Escolaridade: **1º, GRAU INCOMPLETO** Profissão: **DO LAR** Telefones Celulares:
- 991792517

Endereço Residencial: **BAIRRO DE CIDADE GARAPU, 01, RUA AGRESTINA /S/N - CEP: 55000-000 - Bairro: GARAPU - CABO DE SANTO AGOSTINHO/PERNAMBUCO/BRASIL**

DESCONHECIDO2 (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

ELINEIDE GOMES DE ALBUQUERQUE (não presente ao plantão) - Sexo: Feminino Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

Qualificação da(s) objeto(s) envolvido(s)

**VEÍCULO1 (VEÍCULO) da propriedade do(a) Sr(a): DESCONHECIDO, que estava em posse do(a) Sr(a): DESCONHECIDO
Categoria/Marca/Modelo: **AUTOMÓVEL/HÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Nº 802.494/0001-41****

**TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA**

H:\C\Users\SDS\OneDrive\BOEP\previou\bd

Quantidade: (UNIDADE NÃO INFORMADA)

VEICULO2 (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): ELINEIDE GOMES DE ALBUQUERQUE, que estava em posse do(a) Sr(a): DESCONHECIDO2

Categoria/Marca/Modelo: AUTOMOVEL/GM/CELTA Objeto apreendido: Não
Cor: PRATA - Quantidade: 01 (UNIDADE NÃO INFORMADA)

Placa: MVB0597 (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO)
Ano Fabricação/Modelo: 2004/2005

Complemento / Observação

A VITIMA PEGOU UMA CARONA PARA O CENTRO DO CASO DE SANTO AGOSTINHO - SAINDO DE GARAPU-COM UM DESCONHECIDO E SENTOU NO MEIO DO BANCO TRASEIRO DO VÉCULO DE CARACTERÍSTICAS SUPRACITADAS.. AFIRMA QUE O MOTORISTA SE ABAIXOU PARA PEGAR UM OBJETO DESCONHECIDO QUE CAIU DENTRO DO VÉCULO, AI SE DESCONCENTROU, PERDEU O RUMO DA VIA, E QUANDO FOI ALERTADO QUE IRIA BATER NO OUTRO VÉCULO QUE SE ENCONTRAVA ESTACIONADO NA MESMA VIA, PISOU NO ACCELERADOR AO INVES DE PISAR NO FREIO, OCASIONANDO A COLISAO. A VITIMA SOFREU FRATURA NA PERNAS DIREITA, E NO BRAÇO ESQUERDO. FOI SOCORRIDA PELO CORPO DE BOMBEIROS PARA O HOSPITAL DOM HELDER CAMARA, LA FICOU INTERNADA PARA PROCEDIMENTO MEDICO, E POR 08(SEIS) MESES FICOU EM UMA CADEIRA DE RODAS COM OS MOVIMENTOS DO CORPO COMPROMETIDOS.,

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

Maria de Jesus de Lima
MARIA DE JESUS DE LIMA
(VITIMA)

B.O. registrado por: ROMÃO JOSE FELIX - Matrícula: 271818-0

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

23/06/2019

Rua da Aurora, nº 175, Sl. 902 Bl. E
Boa Vista - CEP: 50.060-010
REC/PP



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO

DELEGACIA DE POLÍCIA DA 040^a CIRCUNSCRIÇÃO - CABO DE SANTO AGOSTINHO - DP40^aCIRC
DIM/10^aDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N°. 19E0130004278

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **21/06/2019 às 11:25**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Doloso (Consumado), que aconteceu no dia 4/11/2018 no período da Manhã

Fato ocorrido no endereço: **BAIRRO DE SANTO INACIO (BAIRRO), 01, AV ESCRITOR ISRAEL FELIPE - EM FRENTE A O CRAS** - Bairro: **SANTO INACIO - CABO DE SANTO AGOSTINHO/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PÚBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO2 (AUTOR / AGENTE)
DESCONHECIDO (OUTRO)
ELINEIDE GOMES DE ALBUQUERQUE (OUTRO)
MARIA DE JESUS DE LIMA (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): DESCONHECIDO
VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): DESCONHECIDO2

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

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

MARIA DE JESUS DE LIMA (presente ao plantão) - Sexo: Feminino Mão: JOSEFA MARIA DE LIMA Pai: SEVERINO JOSE DE LIMA Data de Nascimento: 13/4/1968 Naturalidade: ESCADA / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 4525207/SDS/PE (RG). 86485431420 (CPF) Estado Civil: VIUVO(A) Escolaridade: 1º, GRAU INCOMPLETO Profissão: DO LAR Telefones Celulares: +991792517

Endereço Residencial: **BAIRRO DE CIDADE GARAPU, 01, RUA AGRESTINA /S/N - CEP: 55000-000 - Bairro: GARAPU - CABO DE SANTO AGOSTINHO/PERNAMBUCO/BRASIL**

DESCONHECIDO2 (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

ELINEIDE GOMES DE ALBUQUERQUE (não presente ao plantão) - Sexo: Feminino Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

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

VEÍCULO1 (VEÍCULO) de propriedade do(a) Sr(a): DESCONHECIDO, que estava em posse do(a) Sr(a): DESCONHECIDO

Categoria/Marca/Modelo: **AUTOMÓVEL/NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**
Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

VEICULO2 (VEICULO) de propriedade do(s) Sr(a): **ELINEIDE GOMES DE ALBUQUERQUE**, que estava em posse do(s)

Sr(a): **DESCONHECIDO2**

Categoria/Marca/Modelo: **AUTOMOVEL/GM/CELTA** Objeto apreendido: **Não**

Cor: **PRATA** - Quantidade: **01 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **MVB5597** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO)

Ano Fabricação/Modelo: **2004/2005**

Complemento / Observação

A VITIMA PEGOU UMA CARONA PARA O CENTRO DO CABO DE SANTO AGOSTINHO - SAINDO DE GARAPU-COM UM DESCONHECIDO E SENTOU NO MEIO DO BANCO TRAZEIRO DO VEICULO DE CARACTERISTICAS SUPRACITADAS.. AFIRMA QUE O MOTORISTA SE ABAIXOU PARA PEGAR UM OBJETO DESCONHECIDO QUE CAIU DENTRO DO VEICULO,AI SE DESCONCENTROU, PERDEU O RUMO DA VIA, E QUANDO FOI ALERTADO QUE IRIA BATER NO OUTRO VEICULO QUE SE ENCONTRAVA ESTACIONADO NA MESMA VIA, PISOU NO ACCELERADOR AO INVES DE PISAR NO FREIO, OCASIONANDO A COLISAO. A VITIMA SOFREU FRATURA NA Perna DIREITA, E NO BRAÇO ESQUERDO. FOI SOCORRIDA PELO CORPO DE BOMBEIROS PARA O HOSPITAL DOM HELDER CAMARA. LA FICOU INTERNADA PARA PROCEDIMENTO MEDICO. E POR 06(SEIS) MESES FICOU EM UMA CADEIRA DE RODAS COM OS MOVIMENTOS DO CORPO COMPROMETIDOS.,

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

maria de jesus de lima
MARIA DE JESUS DE LIMA
(VITIMA)

B.O. registrado por: **ROMÃO JOSÉ FÉLIX** - Matrícula: **273818-0**



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 040^a CIRCUITOS - CABO DE SANTO AGOSTINHO -
DP40^aCIRC DIM/10^aDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N°. 19E0130007493

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 01/11/2019 às 14:21

Complemento o BO Número: 19E0130004278

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Doloao (Consumado) que aconteceu no dia 4/11/2018 no período da Manhã

Fato ocorrido no endereço: BAIRRO DE SANTO INACIO (BAIRRO), 1, AV ESCRITOR ISRAEL FELIPE - EM FRETE A O CRAS - Bairro: SANTO INACIO - CABO DE SANTO AGOSTINHO/PERNAMBUCO/BRASIL
Local do Fato: VIA PÚBLICA

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR / AGENTE)
DESCONHECIDO (OUTRO)
THONY SILVA FERREIRA (OUTRO)
MARIA DE JESUS DE LIMA (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

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

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

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

MARIA DE JESUS DE LIMA (presente ao plantão) - Sexo: Feminino Mão: JOSEFA MARIA DE LIMA P.: SEVERINO JOSE DE LIMA Data de Nascimento: 13/4/1988 Naturalidade: ESCADA / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 4525207/SDS/PE (RG), 86485431420 (CPF) Estado Civil: VIUVO(A) Escolaridade: 1º. GRAU INCOMPLETO Profissão: DO LAR Telefones Celulares: 991792517

Endereço Residencial: BAIRRO DE CIDADE GARAPU, 1, RUA AGRESTINA /S/N - CEP: 55000-000 - Bairro: GARAPU - CABO DE SANTO AGOSTINHO/PERNAMBUCO/BRASIL

DESCONHECIDO2 (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

THONY SILVA FERREIRA (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mão: ALZIRA JOSEFA DA SILVA P.: MARCOS ANTONIO RODRIGUES Data de Nascimento: 25/12/1992 Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

5190496765

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

VEICULO1 (VEICULO) da propriedade do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**, que estava em posse do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**

Categoria/Marca/Modelo: **AUTOMOVEL/NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**
Quantidade: **0 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

VEICULO2 (VEICULO) da propriedade do(a) Sr(a): **THONY SILVA FERREIRA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **THONY SILVA FERREIRA**

Categoria/Marca/Modelo: **AUTOMOVEL/GM/CELTA** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **PRATA** - Quantidade: **1 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **MVB5597** (PEERNAMBUCO/NÃO INFORMADO)

Ano Fabricação/Modelo: **2004/2005**

Complemento / Observação

A VITIMA PEGOU UMA CARONA PARA O CENTRO DO CABO DE SANTO AGOSTINHO - SAINDO DE GARAPU-COM UM DESCONHECIDO E SENTOU NO MEIO DO BANCO TRAZEIRO DO VEICULO DE CARACTERISTICAS SUPRACITADAS.. AFIRMA QUE O MOTORISTA SE ABAIXOU PARA PEGAR UM OBJETO DESCONHECIDO QUE CAIU DENTRO DO VEICULO,AI SE DESCONCENTROU, PERDEU O RUMO D VIA, E QUANDO FOI ALERTADO QUE IRIA BATER NO OUTRO VEICULO QUE SE ENCONTRAVA ESTACIONADO NA MESMA VIA, PISOU NO ACCELERADOR AO INVES DE PISAR NO FREIO, OCASIONANDO A COLISAO. A VITIMA SOFREU FRATURA NA Perna DIREITA, E NO BRAÇO ESQUERDO. FOI SOCORRIDO PELO CORPO DE BOMBEIROS PARA O HOSPITAL DOM HELGER CAMARA. LA FICOU INTERNADA PARA PROCEDIMENTO MEDICO. E POR 06(SEIS) MESES FICOU EM UMA CADEIRA DE RODAS COM OS MOVIMENTOS DO CORPO COMPROMETIDOS.,

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

MARIA DE JESUS DE LIMA
(VITIMA)

maria de Jesus de Lima

B.O. registrado por: **WASHINGTON BATISTA LINS** - Matrícula: **320010-8**

W. Batista Lins

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:

864.854.314-20

Nome completo da vítima:

Maria de Jesusklimm

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012

Nome completo:

Maria de Jesusklimm

CNPJ:

864.854.314.20

Profissão:

Do lar

Endereço:

Rua Santa Iúza

Bairro:

Centro

Cidade:

Escada

Número:

124

Complemento:

E-mail:

vinsonklimm001@gmail.com

CEP:

55.500.000

Tel.(DDD):

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

DADOS CADASTRAIS

RENDIMENTO:

REUSSO INFORMAR
 SEM RENDA

ATÉ R\$1.000,00
 R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00

R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00
 R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00

R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
 ACIMA DE R\$10.000,00

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

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

Bradesco (237)

Itaú (341)

Banco do Brasil (001)

Caixa Econômica Federal (104)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos):

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: **0125**

CONTA: **005000350**

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora 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.

INVALIDEZ PERMANENTE

Declare, 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 IMI, que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica as custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 2º, §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.

MORTE

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado judicialmente Viúvo Data de 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 devidamente, a indenização do Seguro DPVAT por morte aqueles 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 autenticado

Local e Data: **Recife 02 de Agosto de 2015**
Nome: **Maria de Jesusklimm**
CPF: **864.854.314-20**

(*) Assinatura de quem assina A RODO

x Maria de Jesusklimm

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Juanita D. B. B.

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____
CPF: _____

Assinatura _____

2º | Nome: _____
CPF: _____

Assinatura **05.802.494/0001-41**

TRÂNSITO E RETRATORIA

DE SEGUROS LTDA

Assinatura _____

Assinatura **23**

Assin

Atendimento: 465708

Data e Hora: 04/11/2018 11:40

Sанha da Classificação:

0021

Paciente: 110627 MARIA DE JESUS DE LIMA

Sexo: FEMININO

Data do Nascimento: 13/04/1968 Idade: 50 anos

Convenio: Z SUS/SIA AMBURG

Nome da Mãe:: JOSEFA MARIA DE LIMA

Nome do Pai: SEVERINO JOSE DE LIMA

Estado Civil: VIUVO

Nome do Médico: JACIEL SOARES DE OLIVEIRA

CRM: 17726

Endereço: RUA AGRESTINA

Bairro: GARAPU

Cidade/UF: CABO DE SANTO AGOSTINHO PE

Usuário Atendimento: JACICLEIDEBOS

RG (Identidade): 4525207

Data de Emissão:

CPF (Cadastro de Pessoa Física):

Fone:

Cartão SUS:

Data de Emissão CRN:

Nas alergias

RESUMO DE TRATAMENTO

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

Queixa Principal

Veniente intimo, de acidente de carro no momento
 refere dor importante em embre (E) e pressão (P).
 Vômito perdeu de consciousness 10minutos, dor
 toracica ou dor abdominal.

Exame Físico

EEG normal, consciência corada eupnico.
 PVR 31 RCP 21, BNF 5/5 FC = 92
 AP: MV (E), AMI S/PLA
 Abd: Flácido, indolor, pelvis vestível.
 MHD indolorizado.

Hipótese Diagnóstico

Pélvico

Conduta-Terapêutica

(E) Sf. rx tórax, pelve, ombo (E) e MHD.
 Anal. Ortopédic.

Prescrição Médica

Dipirona 500 + AD ev agorá
 SRL 1000 ml ev agorá

Trix 100mg - od FA + SF 0.9% 100ml ev agorá

Metamfetamina 10mg/ml. lozenge S

EM CASO DE INTERNACAO FAVOR INFORMAR

UNIDADE:
LEITO DO PACIENTE:

01-41

CARTEIRA

DE SEGUROS/LFDA

Carimbo/Médico /

23 AGO 2018

Rua da Aurora, nº 175, Sl. 902 Bl. C
Boa Vista - CEP: 50.060-010

Scanned with CamScanner

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: 21/11/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 4.725,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: MARIA DE JESUS DE LIMA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 02125

CONTA: 00000500350-1

Nr. da Autenticação B6678A1B4514C6BB

NOTA FISCAL | FATURA | CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

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 0800 0810120 PRONTIDÃO 0800 0810196
 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 tarifada
 na origem para telefones celulares

DADOS DO CLIENTE: MARIA DE JESUS DE LIMA	DATA DE VENCIMENTO 21/08/2019	DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL 14/08/2019	CONTA CONTRATO 1335170020
ENDEREÇO RUA STA LUZIA 124 -CENTRO/ESCADA -55500-000 ESCADA PE -	TOTAL A PAGAR R\$ 55,96	DATA DA APRESENTAÇÃO 14/08/2019	CLASSIFICAÇÃO RESIDENCIAL Monofásico B1
PERÍODO CONSUMO 12/07/2019 a 14/08/2019	CONSUMO 27	NÚMERO DA NOTA FISCAL 073252638	

ICMS - BASE DE CÁLCULO R\$ 0,00 Alíquota valor do imposto R\$ 0,00

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA**VIA PARA PAGAMENTO**

Destaque aqui

CONTA CONTRATO <u>1335170020</u>	MÊS/ANO 08/2019	TOTAL A PAGAR R\$ 55,96	VENCIMENTO 21/08/2019	TALÃO DE PAGAMENTO Evite dobrar e perfurar ou rasurar. Este canhoto será usado em leitora ótica.
--	---------------------------	-----------------------------------	---------------------------------	---

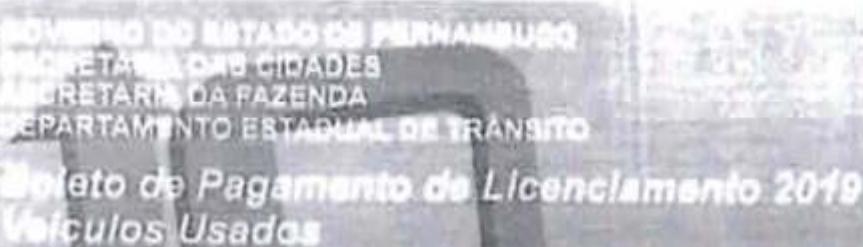
838700000001 559600110011 335170020101 144096132637



05.802.494/0001-41
 TRAÇÃO CORRETORA
 DE SEGUROS LTDA

23 400 919

Rua da Aurora, 108 175, SL 902 BL C
 Boa Vista - CEP 59.060-010
 (81) 3211-1111



Carta

9912322482018-SE/PE
DETRAN-PE

Correios

Data Postagem
17/01/2019

VIVIANE EVANGELISTA DE SOUZA ALVES
RUA SALVADOR DE SA 470
AP 1403
ROSARINHO
52041-300 RECIFE PE

PCK3634

HYUNDAI/CRETA 20A PULSE



05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

23/01/2019

Rua da Aurora, 175, 5º andar Bl. C
Bela Vista - CEP 50.060-010
RECIFE-PE



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)

Capital e regiões metropolitanas: 4020-2109 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 83 89 | SAC (para diferentes auditores e da Nef): 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.ASP?TIPO=1&CODIGO=29688>

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 de referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF.

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS - SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E BENEFÍCIO. ² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS - COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APPLICATE PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS Ocorrências SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI N° 9.613/98.

Pelo exposto, eu Júnia Evangelista de Souza Alves.

Inscrito (a) no CPF/CNPJ 869.517.344,53, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Maria de Jesus de Lima Inscrito (a) no CPF sob o Nº 861.854.314,00

do sinistro de DPVAT cobertura Involidez da Vítima Maria de Jesus de Lima

Inscrito (a) no CPF sob o Nº 864.854.314,90, 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 Lider-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço: <u>Rua Salvador de Sa'</u>	Número: <u>230</u>	Complemento: <u>apt 1403</u>
Bairro: <u>Rosâmena</u>	CEP: <u>52041-300</u>	
E-mail: <u>JunianeSouza.001@gmail.com</u>	TEL (DDD): <u>81.999656927</u>	

Local e Data: Recife - 02 de agosto de 2019

Júnia Evangelista Alves

Assinatura do Declarante

05.802.494/0001-41
TRACÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

23/08/2019

Rua da Aurora, nº 175, Sl. 902 BL C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE - PE

Atendimento: 465708

Data e Hora: 04/11/2018 11:40

Senha da Classificação:

0021

Paciente: 110627 MARIA DE JESUS DE LIMA

Sexo: FEMININO

Data do Nascimento: 13/04/1960 Idade: 58 anos

Convenio: 2 SUS/SIA AMBURO

Nome da Mãe:: JOSEFA MARIA DE LIMA

Nome do Pai: SEVERINO JOSE DE LIMA

Estado Civil: VIUVO

Nome do Médico: UACIEL SOARES DE OLIVEIRA

CRM: 17726

Endereço: RUA AGRESTINA

Bairro: GARAPU

Cidade/UF: CABO DE SANTO AGOSTINHO PE

Usuário Atendimento: JACICLEIDEBOS

RG (Identidade): 4525207

Data de Emissão:

CPF (Cadastro de Pessoa Física):

Fone:

Cartão SUS:

Data de Emissão CRN:

Nepi-alergias

RESUMO DE TRATAMENTO

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

Queixa Principal

Paciente intima de acidente de carro no momento
 Fez ferida importante um ombro (E) e braço (D).
 Perdeu consciência temporariamente, dor
 torácica ou dor abdominal.

Exame Físico

EEG REN, consciência corrente eupnico.
 PVR 51 RCP 2T, BNF 5/5 FC = 92
 AP: MV (D) AHT S/V/A
 Abd: Tendo inden, pelvis instável.
 - MVD sindrólizada.

Hipótese Diagnóstico

Piel naixma

Conduta-Terapêutica

(D) Rx torax abd, ombro (E) e MVD.
 Anál. Ortopédic.

Prescrição Médica

Dipirona 2g + AD ev agor
 SRI 1000 ml ev agor

- Tl 100mg - DA TA + SF 9 gr. 001 EV AGOR

Almoxátria 10g/ml. fazer S,

EM CASO DE INTERNAÇÃO FAVOR INFORMAR

UNIDADE

LEITO DO PACIENTE:

01-41

TIPO DE VERSO

DE SEGUROS LTDA

23/11/2018

Rua da Árvore, nº 175, sl. 902 bl. C

Boa Vista - CEP: 50.060-010

Carimbo/Médico:

HOSPITAL DOM HELDER CAMARA

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

PROTÓCOLO CLASSIFICAÇÃO REDE IMIP

Data e hora retirada da senha: 04/11/2018 11:26

	Nome Paciente: MARIA DE JESUS DE LIMA
Cód. Paciente:	
Data de Nascimento:	13/04/1968
Sexo:	Feminino
Idade:	50
Senha:	0021
Convênio:	-
Atendimento:	
SAME:	SAME

Período: 04/11/2018 11:32 - 04/11/2018 11:34

ELEUZA MENDES DE OLIVEIRA - COREN: 428767 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - Classificação

Prioridade: EMERGÊNCIA - VERMELHO

Cor:  VERMELHO

Queixa Principal: PACIENTE ENCAMINHADA PELO SAMU, COM HISTÓRIA DE COLISÃO CARRO COM CARRO, CHEGA CONCIENTE, ORIENTADA.
SPO2:98
FC:79
REFERE HAS, DM E NEGA ALÉRGIAS.

Fluxograma sintoma: TRAUMA

Discriminador(es): - SUSPEITA DE FRATURA OU LUXAÇÃO COM DEFORMIDADE

Especialidade: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

05.802.494/0001-41
TRACÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

Vigilância Epidemiológica

NEPI / HDH

06/11/18

Bruno

23/11/2018
rua da Aurora, 16175, 51.902 BL C
00000-000

Acolhido(a) por: ELEUZA MENDES DE OLIVEIRA - COREN: 428767 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

14/18

卷之三

Rx force w/ pilot's altimeter

Cd. Alto de Chay

三

09/11/18

Alto do Vouga
eucalyptus D/Venell

~~Dr. Saul Morone
Trauma - 200-14
CIO-25 71-17 1-45,000~~

RAID-X	DATA	LOCAL DO CORPO	QUANTIDADE DE FILMES	Local Order Pecuaria R\$ 100,00 Pecuaria R\$ 100,00	Q4 11/18
--------	------	----------------	----------------------	---	----------

05.802.494/0001-11
TRACÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

23 17.7.79

Rua da Aurora, N° 175, St. 902 BL. C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE

FICHA DE INTERNAÇÃO DO PACIENTE

Atendimento do Paciente: 405726

Usuário do Atendimento: JOCILENEOML

Data e Hora do Atendimento: 04/11/2018 11:51

Convênio: SUS - INTERNACAO

Nome do Paciente: MARIA DE JESUS DE LIMA

Prontuário: 110627

Nome da Mãe: JOSEFA MARIA DE LIMA

Nome do Pai: SEVERINO JOSE DE LIMA

Data do Nascimento:

13/04/1968

Idade: 50 anos

Sexo: FEMININO

Estado Civil: VIUVO

RG: 4525207

SD PE

Data Emissão:

CPF:

Certidão de Nascimento:

Data Emissão:

Naturalidade: ESCADA

Escolaridade: FUNDAMENTAL 5A A 8A INCOMPLETO

Carteira Nacional SUS:

Endereço: RUA AGRESTINA

GARAPU

Cidade: CABO DE SANTO AGOSTINHO

PE

CEP: 54518025

Fone:

DADOS DO ATENDIMENTO

Origem: BOMBEIRO

Médico: IJACIEL SOARES DE OLIVEIRA

CRM: 17726

Especialidade: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Acomodação: SALA VERDE/AMARELA - TRAUMA

Leito: LEITO 15



TERMO DE RESPONSABILIDADE

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

Cabo de Santo Agostinho, 04/11/2018

Assinatura e R.G. do Responsável:

SUMÁRIO DE ALTA

Indicações de Alta:

Diagnóstico:

Procedimento:

Alta em: 04/11/2018

Hora:

Médico e C.R.M:

Responsável pela retirada do paciente - Nome:

Assinatura e R.G.:

 05.802.494/0001-41
 TRAÇÃO CORRETORA
 DE SEGUROS LTDA

23 NOV 2018

 Rua da Aurora, nº 175, SL 902 BL C
 Boa Vista - CEP: 50.000-010
 RECIFE-PE

CCIH

Hospital Dom Helder Câmara

HOSPITAL METROPOLITANO DOM HELDER CAMARA
 MV 2000 - Sistema de Centro Cirúrgico e Obstétrico
 Ficha de Cirurgia Descritiva

Página: 0001
 Data: 07/11/2018
 Hora: 10:38

Aviso de Cirurgia: 38599
 Paciente: 110627

Convênio Atend.: 1

Leito: 704

Dt. Início: 07/11/2018 09:00

Cid Pré-Operatório: S822

Cid Pós-Operatório: S822

Sala: 0002 SALA 02
 MARIA DE JESUS DE LIMA
 SUS - INTERNACAO
 402 - 02 - LT TRAUMA
 Dt. Fim: 07/11/2018 09:45
 FRATURA DA DIAFISE DA TIBIA
 FRATURA DA DIAFISE DA TIBIA

Atendimento: 465726
 Carteira:
 Idade: 50 Anos

Procedimento: 0406050500

Convênio: 001

Anestesia: 05

TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA DIÁFISE DA TIBIA (PRINCIPAL)
 SUS - INTERNACAO
 RAQUI ANESTESIA

CIRURGIA
 / STESIS

BRUNO HENRIQUE PIRES DE LIRA
 CRM: 15820
 GRACA MARIZA COUTO RIBEIRO PESSOA
 CRM: 5083

Descrição Cirúrgica:

1. PACIENTE EM DDH SOB ANESTESIA + COLOCAÇÃO DE GARROTE;
2. ASSEPSIA E ANTISSEPSIA;
3. APOSIÇÃO DE CAMPOS;
4. INCISÃO DE PELE NA FACE ANTERO-MEDIAL DA Perna ESQUERDA;
5. ABERTURA POR PLANOS + VISUALIZAÇÃO DO FOCO DE FRATURA;
6. REDUÇÃO CRUENTA DA FRATURA E FIXAÇÃO COM PLACA DCP 4,5 DE 8 FUROS + COLOCAÇÃO DE PARAFUSOS
7. LIMPEZA COM SF 0,9%;
8. SUTURA POR PLANOS;
9. CURATIVO;
10. RETIRADA DO GARROTE;
11. RX CONTROLE.

Achados Cirúrgicos:

Descrição Complementar

DR(A): BRUNO HENRIQUE PIRES DE LIRA
 CRM: 15820

BRUNO HENRIQUE PIRES DE LIRA
 CRM: 15820
 GRACA MARIZA COUTO RIBEIRO PESSOA
 CRM: 5083

13 NOV. 2010

05.802.494/0001-41
 TRAÇÃO CORRETORA
 DE SEGUROS LTDA

23 ANO 709

Rua da Aurora, nº 175, 5º andar B, C
 Boa Vista - CEP: 50.060-010
 RECIFE - PE

IDENTIFICAÇÃO INSTRUMENTAL

1. Identificação

Nome: Stacia de Jesus de Lima Data: 09/11/18 Registro: 110627
Convênio: SUS Leito: _____ Hora: 07:30

2. Equipe médica:

Cirurgião: DR. BUNES 1º auxiliar: _____
Anestesista: DR. GROE Instrumentador: JACI
Circulante: ZACUL

INSTRUMENTAL	VALIDADE	INDICADOR
Ls ??	10-11-18 01	MOTOR BROCA FUNDACAO PROFESSOR MARTINIANO FERNA CHE
Atadura 20cm	11.11.18 32	LOTE:282430 PLASMA EST:06/11/2018 VAL:06/11/2019
Smach 15r	11-11-18 37	LAIS PASCHOAL CORRÊA/PE SRL 125 WWW.FMBRAESTE.COM.BR
G?T?r	11-11-18 02	
B a s i c o	11-11-18 02	
mm??	11-11-18 02	
Kit	11-11-18 02	
Anestesia	11-11-18 02	
Punto do	11-11-18 02	
Foco	11-11-18 02	
Cairac 4,5 bremus	11-11-18 02	
Eurite	11-11-18 02	
Metan blues	11-11-18 02	
	-	05.802.494/0001-41 TRAÇÃO CORRETORA DE SEGUROS CEDR

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

23 NOV 2019

Rua da Aurora, Nº 175, S. 902 BL.
Bra. Vltz - CEP 70.060-010

96/115-99

EVOLUÇÃO CLÍNICA

Nome: Morais de Jesus de Lemos Registro: _____

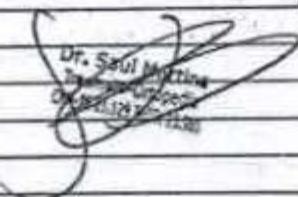
Clinica: Ortopedias Enfermaria: _____ Leito: _____

Data/Hora

01/11/18. Fratura da união eng + fr da tibiofib.

- 1) Fractura axile polimor eng
- 2) Fractura leucopodolitico fibro

Aguasanta litorânea



05.11.18

Serviço Social

Realizada visita à cama para entrevista social e orientação quanto menor e filhos que hospital, nenhuns nascidos, direito de manutenção dos SIS e reajuste NRAT. Sensibilização quanto desvio de rotina.

HHH-Hospital Dom Helder Câmara
 Larissa Maria Barros da Silva
 Assistente Social
 CRESS/PE 10412

5/11/18

11:00

Odontológico

Reunião entre enfermeira gerente profissional, Cláudia, e auxiliar de enfermagem, Ana, sobre o tratamento odontológico para paciente.

ana, claudia, carlos e carlos
 auxiliar de enfermagem

ana o

Dr. Luciano L. Costa Júnior
 Médico
 CRM-PE 127.009
 05.802.494/0001-41
 TRAÇÃO CORRETORA
 DE SEGUROS LTDA

23/11/2018

Rua da Aurora, nº 175, Sl. 902 BL. C
 Boa Vista - CEP: 50.060-010

Evolução Clínica

Nome: Ana de Jesus _____ Registro: _____

Clinica: Inters Enfermaria: TNO Leito: _____

Data/Hora	
6/11/13	<u>Anteparto</u>
21/11	<u>Parto vaginalizado por Dr. Júlio, desde 11h00 comissal 1º pto de nascimento</u>
	<u>Aguardou 1h00 em casa</u>
	<u>p/ transferir</u>
	<u>Cod: Sol. enes</u>
	<u>AM</u>
	<u>10:00 - 10:30</u>
	<u>10:30 - 11:00</u>
	<u>11:00 - 11:30</u>
	<u>11:30 - 12:00</u>
	<u>12:00 - 12:30</u>
	<u>12:30 - 13:00</u>
	<u>13:00 - 13:30</u>
	<u>13:30 - 14:00</u>
	<u>14:00 - 14:30</u>
	<u>14:30 - 15:00</u>
	<u>15:00 - 15:30</u>
	<u>15:30 - 16:00</u>
	<u>16:00 - 16:30</u>
	<u>16:30 - 17:00</u>
	<u>17:00 - 17:30</u>
	<u>17:30 - 18:00</u>
	<u>18:00 - 18:30</u>
	<u>18:30 - 19:00</u>
	<u>19:00 - 19:30</u>
	<u>19:30 - 20:00</u>
	<u>20:00 - 20:30</u>
	<u>20:30 - 21:00</u>
	<u>21:00 - 21:30</u>
	<u>21:30 - 22:00</u>
	<u>22:00 - 22:30</u>
	<u>22:30 - 23:00</u>
	<u>23:00 - 23:30</u>
	<u>23:30 - 24:00</u>
	<u>24:00 - 24:30</u>
	<u>24:30 - 25:00</u>
	<u>25:00 - 25:30</u>
	<u>25:30 - 26:00</u>
	<u>26:00 - 26:30</u>
	<u>26:30 - 27:00</u>
	<u>27:00 - 27:30</u>
	<u>27:30 - 28:00</u>
	<u>28:00 - 28:30</u>
	<u>28:30 - 29:00</u>
	<u>29:00 - 29:30</u>
	<u>29:30 - 30:00</u>
	<u>30:00 - 30:30</u>
	<u>30:30 - 31:00</u>
	<u>31:00 - 31:30</u>
	<u>31:30 - 32:00</u>
	<u>32:00 - 32:30</u>
	<u>32:30 - 33:00</u>
	<u>33:00 - 33:30</u>
	<u>33:30 - 34:00</u>
	<u>34:00 - 34:30</u>
	<u>34:30 - 35:00</u>
	<u>35:00 - 35:30</u>
	<u>35:30 - 36:00</u>
	<u>36:00 - 36:30</u>
	<u>36:30 - 37:00</u>
	<u>37:00 - 37:30</u>
	<u>37:30 - 38:00</u>
	<u>38:00 - 38:30</u>
	<u>38:30 - 39:00</u>
	<u>39:00 - 39:30</u>
	<u>39:30 - 40:00</u>
	<u>40:00 - 40:30</u>
	<u>40:30 - 41:00</u>
	<u>41:00 - 41:30</u>
	<u>41:30 - 42:00</u>
	<u>42:00 - 42:30</u>
	<u>42:30 - 43:00</u>
	<u>43:00 - 43:30</u>
	<u>43:30 - 44:00</u>
	<u>44:00 - 44:30</u>
	<u>44:30 - 45:00</u>
	<u>45:00 - 45:30</u>
	<u>45:30 - 46:00</u>
	<u>46:00 - 46:30</u>
	<u>46:30 - 47:00</u>
	<u>47:00 - 47:30</u>
	<u>47:30 - 48:00</u>
	<u>48:00 - 48:30</u>
	<u>48:30 - 49:00</u>
	<u>49:00 - 49:30</u>
	<u>49:30 - 50:00</u>
	<u>50:00 - 50:30</u>
	<u>50:30 - 51:00</u>
	<u>51:00 - 51:30</u>
	<u>51:30 - 52:00</u>
	<u>52:00 - 52:30</u>
	<u>52:30 - 53:00</u>
	<u>53:00 - 53:30</u>
	<u>53:30 - 54:00</u>
	<u>54:00 - 54:30</u>
	<u>54:30 - 55:00</u>
	<u>55:00 - 55:30</u>
	<u>55:30 - 56:00</u>
	<u>56:00 - 56:30</u>
	<u>56:30 - 57:00</u>
	<u>57:00 - 57:30</u>
	<u>57:30 - 58:00</u>
	<u>58:00 - 58:30</u>
	<u>58:30 - 59:00</u>
	<u>59:00 - 59:30</u>
	<u>59:30 - 60:00</u>
	<u>60:00 - 60:30</u>
	<u>60:30 - 61:00</u>
	<u>61:00 - 61:30</u>
	<u>61:30 - 62:00</u>
	<u>62:00 - 62:30</u>
	<u>62:30 - 63:00</u>
	<u>63:00 - 63:30</u>
	<u>63:30 - 64:00</u>
	<u>64:00 - 64:30</u>
	<u>64:30 - 65:00</u>
	<u>65:00 - 65:30</u>
	<u>65:30 - 66:00</u>
	<u>66:00 - 66:30</u>
	<u>66:30 - 67:00</u>
	<u>67:00 - 67:30</u>
	<u>67:30 - 68:00</u>
	<u>68:00 - 68:30</u>
	<u>68:30 - 69:00</u>
	<u>69:00 - 69:30</u>
	<u>69:30 - 70:00</u>
	<u>70:00 - 70:30</u>
	<u>70:30 - 71:00</u>
	<u>71:00 - 71:30</u>
	<u>71:30 - 72:00</u>
	<u>72:00 - 72:30</u>
	<u>72:30 - 73:00</u>
	<u>73:00 - 73:30</u>
	<u>73:30 - 74:00</u>
	<u>74:00 - 74:30</u>
	<u>74:30 - 75:00</u>
	<u>75:00 - 75:30</u>
	<u>75:30 - 76:00</u>
	<u>76:00 - 76:30</u>
	<u>76:30 - 77:00</u>
	<u>77:00 - 77:30</u>
	<u>77:30 - 78:00</u>
	<u>78:00 - 78:30</u>
	<u>78:30 - 79:00</u>
	<u>79:00 - 79:30</u>
	<u>79:30 - 80:00</u>
	<u>80:00 - 80:30</u>
	<u>80:30 - 81:00</u>
	<u>81:00 - 81:30</u>
	<u>81:30 - 82:00</u>
	<u>82:00 - 82:30</u>
	<u>82:30 - 83:00</u>
	<u>83:00 - 83:30</u>
	<u>83:30 - 84:00</u>
	<u>84:00 - 84:30</u>
	<u>84:30 - 85:00</u>
	<u>85:00 - 85:30</u>
	<u>85:30 - 86:00</u>
	<u>86:00 - 86:30</u>
	<u>86:30 - 87:00</u>
	<u>87:00 - 87:30</u>
	<u>87:30 - 88:00</u>
	<u>88:00 - 88:30</u>
	<u>88:30 - 89:00</u>
	<u>89:00 - 89:30</u>
	<u>89:30 - 90:00</u>
	<u>90:00 - 90:30</u>
	<u>90:30 - 91:00</u>
	<u>91:00 - 91:30</u>
	<u>91:30 - 92:00</u>
	<u>92:00 - 92:30</u>
	<u>92:30 - 93:00</u>
	<u>93:00 - 93:30</u>
	<u>93:30 - 94:00</u>
	<u>94:00 - 94:30</u>
	<u>94:30 - 95:00</u>
	<u>95:00 - 95:30</u>
	<u>95:30 - 96:00</u>
	<u>96:00 - 96:30</u>
	<u>96:30 - 97:00</u>
	<u>97:00 - 97:30</u>
	<u>97:30 - 98:00</u>
	<u>98:00 - 98:30</u>
	<u>98:30 - 99:00</u>
	<u>99:00 - 99:30</u>
	<u>99:30 - 100:00</u>
	<u>100:00 - 100:30</u>
	<u>100:30 - 101:00</u>
	<u>101:00 - 101:30</u>
	<u>101:30 - 102:00</u>
	<u>102:00 - 102:30</u>
	<u>102:30 - 103:00</u>
	<u>103:00 - 103:30</u>
	<u>103:30 - 104:00</u>
	<u>104:00 - 104:30</u>
	<u>104:30 - 105:00</u>
	<u>105:00 - 105:30</u>
	<u>105:30 - 106:00</u>
	<u>106:00 - 106:30</u>
	<u>106:30 - 107:00</u>
	<u>107:00 - 107:30</u>
	<u>107:30 - 108:00</u>
	<u>108:00 - 108:30</u>
	<u>108:30 - 109:00</u>
	<u>109:00 - 109:30</u>
	<u>109:30 - 110:00</u>
	<u>110:00 - 110:30</u>
	<u>110:30 - 111:00</u>
	<u>111:00 - 111:30</u>
	<u>111:30 - 112:00</u>
	<u>112:00 - 112:30</u>
	<u>112:30 - 113:00</u>
	<u>113:00 - 113:30</u>
	<u>113:30 - 114:00</u>
	<u>114:00 - 114:30</u>
	<u>114:30 - 115:00</u>
	<u>115:00 - 115:30</u>
	<u>115:30 - 116:00</u>
	<u>116:00 - 116:30</u>
	<u>116:30 - 117:00</u>
	<u>117:00 - 117:30</u>
	<u>117:30 - 118:00</u>
	<u>118:00 - 118:30</u>
	<u>118:30 - 119:00</u>
	<u>119:00 - 119:30</u>
	<u>119:30 - 120:00</u>
	<u>120:00 - 120:30</u>
	<u>120:30 - 121:00</u>
	<u>121:00 - 121:30</u>
	<u>121:30 - 122:00</u>
	<u>122:00 - 122:30</u>
	<u>122:30 - 123:00</u>
	<u>123:00 - 123:30</u>
	<u>123:30 - 124:00</u>
	<u>124:00 - 124:30</u>
	<u>124:30 - 125:00</u>
	<u>125:00 - 125:30</u>
	<u>125:30 - 126:00</u>
	<u>126:00 - 126:30</u>
	<u>126:30 - 127:00</u>
	<u>127:00 - 127:30</u>
	<u>127:30 - 128:00</u>
	<u>128:00 - 128:30</u>
	<u>128:30 - 129:00</u>
	<u>129:00 - 129:30</u>
	<u>129:30 - 130:00</u>
	<u>130:00 - 130:30</u>
	<u>130:30 - 131:00</u>
	<u>131:00 - 131:30</u>
	<u>131:30 - 132:00</u>
	<u>132:00 - 132:30</u>
	<u>132:30 - 133:00</u>
	<u>133:00 - 133:30</u>
	<u>133:30 - 134:00</u>
	<u>134:00 - 134:30</u>
	<u>134:30 - 135:00</u>
	<u>135:00 - 135:30</u>
	<u>135:30 - 136:00</u>
	<u>136:00 - 136:30</u>
	<u>136:30 - 137:00</u>
	<u>137:00 - 137:30</u>
	<u>137:30 - 138:00</u>
	<u>138:00 - 138:30</u>
	<u>138:30 - 139:00</u>
	<u>139:00 - 139:30</u>
	<u>139:30 - 140:00</u>
	<u>140:00 - 140:30</u>
	<u>140:30 - 141:00</u>
	<u>141:00 - 141:30</u>
	<u>141:30 - 142:00</u>
	<u>142:00 - 142:30</u>
	<u>142:30 - 143:00</u>
	<u>143:00 - 143:30</u>
	<u>143:30 - 144:00</u>
	<u>144:00 - 144:30</u>
	<u>144:30 - 145:00</u>
	<u>145:00 - 145:30</u>
	<u>145:30 - 146:00</u>
	<u>146:00 - 146:30</u>
	<u>146:30 - 147:00</u>
	<u>147:00 - 147:30</u>
	<u>147:30 - 148:00</u>
	<u>148:00 - 148:30</u>
	<u>148:30 - 149:00</u>
	<u>149:00 - 149:30</u>
	<u>149:30 - 150:00</u>
	<u>150:00 - 150:30</u>
	<u>150:30 - 151:00</u>
	<u>151:00 - 151:30</u>
	<u>151:30 - 152:00</u>
	<u>152:00 - 152:30</u>
	<u>152:30 - 153:00</u>
	<u>153:00 - 153:30</u>
	<u>153:30 - 154:00</u>
	<u>154:00 - 154:30</u>
	<u>154:30 - 155:00</u>
	<u>155:00 - 155:30</u>
	<u>155:30 - 156:00</u>
	<u>156:00 - 156:30</u>
	<u>156:30 - 157:00</u>
	<u>157:00 - 157:30</u>
	<u>157:30 - 158:00</u>
	<u>158:00 - 158:30</u>
	<u>158:30 - 159:00</u>
	<u>159:00 - 159:30</u>
	<u>159:30 - 160:00</u>
	<u>160:00 - 160:30</u>
	<u>160:30 - 161:00</u>
	<u>161:00 - 161:30</u>
	<u>161:30 - 162:00</u>
	<u>162:00 - 162:30</u>
	<u>162:30 - 163:00</u>
	<u>163:00 - 163:30</u>
	<u>163:30 - 164:00</u>
	<u>164:00 - 164:30</u>
	<u>164:30 - 165:00</u>
	<u>165:00 - 165:30</u>
	<u>165:30 - 166:00</u>
	<u>166:00 - 166:30</u>
	<u>166:30 - 167:00</u>
	<u>167:00 - 167:30</u>
	<u>167:30 - 168:00</u>
	<u>168:00 - 168:30</u>
	<u>168:30 - 169:00</u>
	<u>169:00 - 169:30</u>
	<u>169:30 - 170:00</u>
	<u>170:00 - 170:30</u>
	<u>170:30 - 171:00</u>
	<u>171:00 - 171:30</u>
	<u>171:30 - 172:00</u>
	<u>172:00 - 172:30</u>
	<u>172:30 - 173:00</u>
	<u>173:00 - 173:30</u>
	<u>173:30 - 174:00</u>
	<u>174:00 - 174:30</u>
	<u>174:30 - 175:00</u>
	<u>175:00 - 175:30</u>
	<u>175:30 - 176:00</u>
	<u>176:00 - 176:30</u>
	<u>176:30 - 177:00</u>
	<u>177:00 - 177:30</u>
	<u>177:30 - 178:00</u>
	<u>178:00 - 178:30</u>
	<u>178:30 - 179:00</u>
	<u>179:00 - 179:30</u>
	<u>179:30 - 180:00</u>
	<u>180:00 - 180:30</u>
	<u>180:30 - 181:00</u>
	<u>181:00 - 181:30</u>
	<u>181:30 - 182:00</u>
	<u>182:00 - 182:30</u>
	<u>182:30 - 183:00</u>
	<u>183:00 - 183:30</u>
	<u>183:30 - 184:00</u>
	<u>184:00 - 184:30</u>
	<u>184:30 - 185:00</u>
	<u>185:00 - 185:30</u>
	<u>185:30 - 186:00</u>
	<u>186:00 - 186:30</u>
	<u>186:30 - 187:00</u>
	<u>187:00 -</u>



HOSPITAL
DOM MELCHIOR CÂMARA



EVOLUÇÃO CLÍNICA

Name: Maria de Jesus

Registro: 310627

— *Glück* —

Enfermaria...

Letter: oə

Clinica:	Enfermaria:
Data/Hora	# Servicio Social #
06/11/18	Realizada visita ao leito. Prestadas orientações quanto o fluxo de drenagem de sangue.
	Atendimento Nutricional 06/11/18 Dr. César Paciente diuado em non acurto Sobre reb acom. Nutricional. Responsável Dra. Silvana Jardim Nutricionista CRN-6 6340
07/11/18	fornece
07/11	Ponti com estadi gad Connex, en perg da per que que fo seu Lipe
	05.80

Col. a Al. to Observe

1981.8.11. 10:00 AM

05.802-444/0001-41
TRABALHADORA
DE SEGUROS LTDA
23 102 2019
Av. da Amizade, nº 175, Sl. 902 B
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE - PE

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO TAVARES DA SILVA

09R-35



POLEGAR DIREITO



Maria de Jesus da Silva

05.802-4/0001
TRANSCORRETORA
ROS LTDA
m/2019

Rua da Aurora, 175, 5º
Boa Vista - CEP 50000-000
RECIFE/PE

SIGNATURA DO TITULAR
CARTEIRA DE IDENTIDADE

BRASIL, UN. FEDERATIVA DO

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO
GERAL

4.525.207

DATA DE
EXPEDIÇÃO

30/05/2003

NOME MARIA DE JESUS DE LIMA

FILIAÇÃO SEVERINO JOSE DE LIMA

JOSEFA MARIA DE LIMA

NATURALIDADE

ESCADA

PE

DATA DE NASCIMENTO

13/04/1968

DO ORIGEM

CN.41183-L68A-F.57-CARTÓRIO DE ESCADA-PE 21.03.1990

CPF

892
722-5

REDAÇÃO MUNICIPAL DE COMUNICAÇÃO
ASSINATURA DO DIRETOR

LEI N° 7.116 DE 29/08/83

F-07 38628

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

23/07/09

Rua da Aurora, nº 175, sl. 902-B LT.
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE

MINISTÉRIO DA FAZENDA



Receita Federal
Cadastro de Pessoas Físicas



COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número
864.854.314-20

Nome
MARIA DE JESUS DE LIMA

Nascimento
13/04/1968

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

23 AGO 779

Rua da Aurora, nº 175, 5º andar
Boca Vista - CEP 50.060-010
RECIFE - PE



REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PE
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

NR.	ODI. REGISTRAIS	NÚMERO	EXERCÍCIO
1	834921847		2019

THONY DA SILVA FERREIRA

CABO STO AGOSTINHO-PE

PLACA

082.824.234-28

MVBS5597

PLACARIA/UF:

MVBS5597-AL

CMV/UF:

9BGRY48J05G107670

COMBUSTÍVEL

GASOLINA

PES AUTOMÓVEIS

ESPECIE/TIPO

ONICELTA 1.0 SUPER

CHASSI/PLACA

08/55CV

DATA/MESES

01/2019

ANO/MESES

2004/2009

CONTROLE/ADVERTÊNCIA

PRATA

DATA/LETRA

IPVA 2018 AVERBADO

PAUTA/PLA

PARCELAMENTO/COTAS

31/12/2018

31/12/2019

31/12/2020

31/12/2021

31/12/2022

31/12/2023

31/12/2024

31/12/2025

31/12/2026

31/12/2027

31/12/2028

31/12/2029

31/12/2030

31/12/2031

31/12/2032

31/12/2033

31/12/2034

31/12/2035

31/12/2036

31/12/2037

31/12/2038

31/12/2039

31/12/2040

31/12/2041

31/12/2042

31/12/2043

31/12/2044

31/12/2045

31/12/2046

31/12/2047

31/12/2048

31/12/2049

31/12/2050

31/12/2051

31/12/2052

31/12/2053

31/12/2054

31/12/2055

31/12/2056

31/12/2057

31/12/2058

31/12/2059

31/12/2060

31/12/2061

31/12/2062

31/12/2063

31/12/2064

31/12/2065

31/12/2066

31/12/2067

31/12/2068

31/12/2069

31/12/2070

31/12/2071

31/12/2072

31/12/2073

31/12/2074

31/12/2075

31/12/2076

31/12/2077

31/12/2078

31/12/2079

31/12/2080

31/12/2081

31/12/2082

31/12/2083

31/12/2084

31/12/2085

31/12/2086

31/12/2087

31/12/2088

31/12/2089

31/12/2090

31/12/2091

31/12/2092

31/12/2093

31/12/2094

31/12/2095

31/12/2096

31/12/2097

31/12/2098

31/12/2099

31/12/2000

31/12/2001

31/12/2002

31/12/2003

31/12/2004

31/12/2005

31/12/2006

31/12/2007

31/12/2008

31/12/2009

31/12/2010

31/12/2011

31/12/2012

31/12/2013

31/12/2014

31/12/2015

31/12/2016

31/12/2017

31/12/2018

31/12/2019

31/12/2020

31/12/2021

31/12/2022

31/12/2023

31/12/2024

31/12/2025

31/12/2026

31/12/2027

31/12/2028

31/12/2029

31/12/2030

31/12/2031

31/12/2032

31/12/2033

31/12/2034

31/12/2035

31/12/2036

31/12/2037

31/12/2038

31/12/2039

31/12/2040

31/12/2041

31/12/2042

31/12/2043

31/12/2044

31/12/2045

31/12/2046

31/12/2047

31/12/2048

31/12/2049

31/12/2050

31/12/2051

31/12/2052

31/12/2053

31/12/2054

31/12/2055

31/12/2056

31/12/2057

31/12/2058

31/12/2059

31/12/2060

31/12/2061

31/12/2062

31/12/2063

31/12/2064

31/12/2065

31/12/2066

31/12/2067

31/12/2068

31/12/2069

31/12/2070

31/12/2071

31/12/2072

31/12/2073

31/12/2074

31/12/2075

31/12/2076

31/12/2077

31/12/2078

31/12/2079

31/12/2080

31/12/2081

31/12/2082

31/12/2083

31/12/2084

31/12/2085

31/12/2086

31/12/2087

31/12/2088

31/12/2089

31/12/2090

31/12/2091

31/12/2092

31/12/2093

31/12/2094

31/12/2095

31/12/2096

31/12/2097

31/12/2098

31/12/2099

31/12/2000

31/12/2001

31/12/2002

31/12/2003

31/12/2004

31/12/2005

31/12/2006

31/12/2007

31/12/2008

31/12/2009

31/12/2010

31/12/2011

31/12/2012

31/12/2013

31/12/2014

31/12/2015

31/12/2016

31/12/2017

31/12/2018

31/12/2019

31/12/2020

31/12/2021

31/12/2022

31/12/2023

31/12/2024

31/12/2025

31/12/2026

31/12/2027

31/12/2028

31/12/2029

31/12/2030

31/12/2031

31/12/2032

31/12/2033

31/12/2034

31/12/2035

31/12/2036

31/12/2037

31/12/2038

31/12/2039

31/12/2040

31/12/2041

31/12/2042

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190496765 **Cidade:** Cabo de Santo Agostinho **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARIA DE JESUS DE LIMA **Data do acidente:** 04/11/2018 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: fratura diafisária de tibia e fibula direitas, fratura diafisária de umero esquerdo

Descrição do exame físico: vítima com cicatriz cirúrgica em membro inferior direito, com claudicação da marcha (+++++), bloqueio articular de tornozelo (flexão plantar a 30 graus, dorsal a 10 graus), deficit de força de grau leve do membro, com encurtamento do membro. Apresenta consolidação viciosa da fratura de umero, encurtamento do membro, bloqueio articular de ombro (flexão a 90 graus), deficit de força de grau leve do membro superior.

Resultados terapêuticos: osteossíntese na fratura de membro inferior direito, imobilização gessada no membro superior. Evoluiu sem complicações. Fez fisioterapia.
Alta médica

Sequelas permanentes: Limitação funcional do membro inferior direito, Limitação funcional do membro superior esquerdo

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 12/11/2019

Conduta mantida:

Observações:

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 superiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			35 %	R\$ 4.725,00

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE:

MARIA DE JESUS LIMA, brasileira, viúva, portador do RG nº 4 525 2072 SDS, CPF 854 854 314-20
residente a Rua Santa Luzia nº 124 Centro, Escada-PE CEP 55 500-000

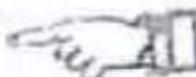
OUTORGADA:

VIVIANE EVANGELISTA DE SOUZA ALVES, brasileira, advogada, CPF 1 869 517 344-53 inscrita na OAB nº 18789, com endereço profissional Rua do Riachuelo 1 187, Sala 1201/02, Boa Vista-PE.

PODERES:

Outorgando-lhe poderes para o foro em geral, das cláusulas "ad judicia" e "extra poderes especiais para representar o outorgante junto as seguradoras perante seguro DPAVT, referente ao acidente sofrido no dia 04/11/2018, para requerer cobertura de invalidez.

Recife, 21/06/2019.



Maria de Jesus Lima

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
ESTADO DE PERNAMBUCO

Cartório Márcio Mendes - 3º Ofício de Notas - Cabo - PE

Reconheço a firma por autenticidade de: 21/06/2019 13:32:19

MARIA DE JESUS DA LIMA

Em testemunha _____ da verdade

Cláudia Luiza Campelo de Oliveira

Selo Digital 0074883 LIM004291894 00878

Curta R\$ 2,00 TBRM R\$ 0,82 Total R\$ 4,82

Clique para autenticar este documento em: www.3on.pt/autenticarDigital



05.802.494/0001-41
CORRETORA
DE SEGUROS LTDA
23 AGO 2019
Rua da Aurora, nº 175, Sl. 902 BL. C.
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0291729/19

Vítima: MARIA DE JESUS DE LIMA

CPF: 864.854.314-20

CPF de: Próprio

Data do acidente: 04/11/2018

Titular do CPF: MARIA DE JESUS DE LIMA

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação

VIVIANE EVANGELISTA DE SOUZA ALVES : 869.517.344-53

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

MARIA DE JESUS DE LIMA : 864.854.314-20

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

Documentação recebida sem conferência.

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

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 23/08/2019
Nome: VIVIANE EVANGELISTA DE SOUZA ALVES
CPF: 869.517.344-53

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 23/08/2019
Nome: Steffany Caroliny Lins Veloso
CPF: 115.938.994-24

VIVIANE EVANGELISTA DE SOUZA ALVES

Steffany Caroliny Lins Veloso

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0291729/19

Número do Sinistro: 3190496765

Vítima: MARIA DE JESUS DE LIMA

CPF: 864.854.314-20

CPF de: Próprio

Data do acidente: 04/11/2018

Titular do CPF: MARIA DE JESUS DE LIMA

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência

DUT

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: 01/11/2019
Nome: VIVIANE EVANGELISTA DE SOUZA ALVES
CPF: 869.517.344-53

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 01/11/2019
Nome: Steffany Caroliny Lins Veloso
CPF: 115.938.994-24

VIVIANE EVANGELISTA DE SOUZA ALVES

Steffany Caroliny Lins Veloso

**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e
Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas do Seguro DPVAT**

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo.

Número do Sinistro: **3190496765**

Nome do(a) Examinado(a): **MARIA DE JESUS DE LIMA**

Endereço do(a) Examinado(a): **R STA LUZIA, 124 - Escada - PE - CEP 55500-000**

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**sds /PE**] **4525207**

Data e local do acidente: [**04/11/2018**] **Cabo de Sto Agostinho**

Data e local do exame: [**12/11/2019**] **Recife** [**PE**]

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva o(s) diagnóstico(s) das lesões efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado.

fratura diafisária de tibia e fibula direitas, fratura diafisária de úmero esquerdo

II. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado.

vitima com cicatriz cirúrgica em membro inferior direito, com claudicação da marcha (+++++), bloqueio articular de tornozelo (flexão plantar a 30 graus, dorsal a 10 graus), deficit de força de grau leve do membro, com encurtamento do membro. Apresenta consolidação viciosa da fratura de úmero, encurtamento do membro, bloqueio articular de ombro (flexão a 90 graus), deficit de força de grau leve do membro superior.

III. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

[**X**] Sim [] Não

IV. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.

osteossíntese na fratura de membro inferior direito, imobilização gessada no membro superior. Evoluiu sem complicações. Fez fisioterapia. Alta médica

V. Existe sequelas (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a qualquer medida terapêutica)?

[**X**] Sim [] Não

VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:

Limitação funcional do membro inferior direito, Limitação funcional do membro superior esquerdo

Caso a resposta do item V seja “Não”, concluir utilizando apenas as opções no item VII “a”. Caso a resposta seja “Sim”, valorar o dano permanente no item VII “b”.

VII. Segundo previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).

() "Vítima em tratamento"

Esta avaliação médica deve ser
repetida em ___ dias

() "Sem sequela permanente" (Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)

b) Havendo dano corporal segmentar, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

Membro inferior direito

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

Membro superior esquerdo

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

VIII. * Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou a valoração do dano corporal.



Leonardo de Faria Neves - CRM: 17742 - PE