

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, 27 de Julho de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200264368

Vítima: IRACIANE MARIA SILVA DE AMORIM

Data do Acidente: 19/03/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), IRACIANE MARIA SILVA DE AMORIM

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

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 Agosto de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200264368 **Vítima: IRACIANE MARIA SILVA DE AMORIM**
Data do Acidente: 19/03/2020 **Cobertura: INVALIDEZ**

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), IRACIANE MARIA SILVA DE AMORIM

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: IRACIANE MARIA SILVA DE AMORIM

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 237

Agência: 000000785-4

Conta: 000000111342-9

Tipo: CONTA POUPANÇA

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - NIF do beneficiário (A3): 3 - CPF do beneficiário: 4 - Número completo da vítima:
02415791459 *Lider - número 3 de 3 de 2020*

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CROAÇTAIS E PAÍS DE PESSOA MENOR DA PESSOA FÍSICA (VITIMA/BENEFICIÁRIO REPRESENTANTE LEGAL - CÓDIGO DA UNIÃO - NIF BENEFICIÁRIO)

5 - Nome completo: *Matheus Souza da Cunha* 6 - Endereço: 8 - CPF: 02415791459
7 - Profissão: *Autônomo / Estudante de Engenharia Civil* 9 - Cidade: 10 - Complemento: 11 - Estado: 12 - UF: 13 - CEP: 14 - CEP: 15 - Número: 16 - Telefone: 17 - Celular: 18 - Número de telefone: 19 - Telefone do Representante Legal:
12 - Nome completo do Representante Legal:
18 - CPF do Representante Legal: 19 - Telefone do Representante Legal:

DADOS CROAÇTAIS: DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL/PAIS, TUTOR E CURADOR PARA VITIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 18 E 16 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

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

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

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

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

CONTA POUPIANÇA (Somente para os bancos abaixo. Nenhum outro é válido): CONTA CORRENTE (Somente para bancos):

Bradesco (237) Itaú (345) Nome do BANCO: _____
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (004) Agência: CONTA: 9

AGÊNCIA: CONTA: 9
(Inserir 6 dígitos de agência) (Inserir 6 dígitos de conta) (Inserir 6 dígitos de agência) (Inserir 6 dígitos de conta)

Autentico a Seguradora Lider a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/semelhante do Seguro DPVAT a que sou titular direto, herdeiro, curador e tutor, desde já e sempre após a efetivação do credito, multágua 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 entro, irrecusável de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML), para os fins de requerimento da indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 8.254/74), em que:
• Não no 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.

SOU CONSCIENTE DO PROSEGUIMENTO DA ANÁLISE DO MEU PEDIDO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT, POR INVALIDEZ PERMANENTE, COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA SEM A PRESENÇA DO LAUDO DO IML, CONCORDANDO, DESDE JÁ, EM SUBMETTER A ANÁLISE MÉDICA PRESENIAL, CASO NECESSÁRIO, AO CURTO DA SEGURO LIDER PARA VERIFICAÇÃO DA EXISTÊNCIA E QUANTIFICAÇÃO DAS LESÕES PERMANENTES DECULPES DE ACIDENTE DE TRÂNSITO CAUSADO POR VEÍCULO AUTOMOTOR, CONFORME O DISPOSTO NA LEI 8.254/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso houver, no seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado judicialmente Viúvo: 24 - Data da morte da vítima: _____

25 - Grau de parentesco com a vítima: 26 - Vítima falecida (compartilhado): Sim Não: 27 - Se a vítima faleceu (compartilhado), informar o nome completo: _____

28 - Vítima: Sim Não: 29 - Se é falecida, informar: Vítima Falecida: _____
30 - Vítima falecida: Sim Não: 31 - Vítima falecida: Sim Não: 32 - Se é falecida, informar: Vítima Falecida: _____
33 - Vítima falecida: Sim Não: _____

Este ato deixa de efeitos Seguradora Lider pagará, caso devidos, a indenização do Seguro DPVAT por morte únicos beneficiários, que se apresentarem e proverem esta comprovação, estando viva, adata, de que qualquer omisão ou falsificação não verídica poderá gerar a obrigatoriedade de restituição do valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 263 do Código Penal.

34 - *Assinatura do beneficiário* *Assinatura do beneficiário* *Assinatura do beneficiário* *Assinatura do beneficiário*

35 - Nome legal de quem assina o pedido (a rogar): 36 - CPF legal de quem assina o pedido (a rogar): 37 - Assinatura de quem assina o pedido (a rogar):

38 - 1º | Nome: _____
CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: _____
CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: *Brasil 24/07/2020*

200.000,00 Reais - Salvo de Anam Ribeiro

(E) Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

41 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

Digitalizado com CamScanner



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 042ª CIRCUNSCRIÇÃO - IPOJUCA - DP42ºCIRC
DIM/10ºDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **20E0132000690**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **29/06/2020** às **10:23**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado) que aconteceu no dia **19/3/2020** às **18:00**

Fato ocorrido no endereço: **RUA OLIMPIO LUIZ SOARES, 1, PRACA PEDRO SERAFIM DE SOUZA** - Bairro: **- IPOJUCA/PERNAMBUCO/BRASIL** - CEP: **1**

Local do Fato: **VIA PÚBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR / AGENTE)
IRACIANE MARIA SILVA AMORIM BERNARDO (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

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

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

IRACIANE MARIA SILVA AMORIM BERNARDO (presente ao plantão) - Sexo: **Feminino** Mãe: **MARIA DA PAZ DA SILVA** Pai: **AMARO PEREIRA DE AMORIM** Data de Nascimento: **14/7/1979** Naturalidade: **IPOJUCA / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **5222237/SDS/PE (RG) 02415799459 (CPF)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **3º, GRAU INCOMPLETO** Profissão: **AGENTE ADMINISTRATIVO** Telefones Celulares: **- 989239828**

Endereço Residencial: **BAIRRO DE CAMELA, , PROXIMO A PRACA PEDRO SERAFIM DE SOUZA - CEP: - Bairro: - IPOJUCA/PERNAMBUCO/BRASIL**

DESCONHECIDO - Ramo de Atividade: **NAO INFORMADO**

Nome do Representante: - Cargo do Representante: - Pessoa de Contato no estabelecimento comercial: -
Telefone de Contato: -

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

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

Categoria/Marca/Modelo: **ONIBUS/NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**
Quantidade: **1,000 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **1** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Renavam: **1** Chassi: **1**

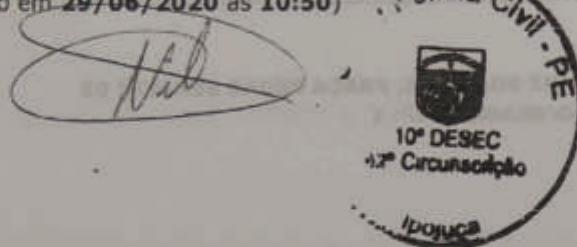
Complemento / Observação

INFORMA A SR. IRACIANE QUE PEGOU O ÔNIBUS DA EMPRESA VERA CRUZ, NO COSTA DOURADA, E QUANDO CHEGOU, NA PRAÇA PEDRO SERAFIM DE SOUZA, PEDIU PARADA E QUANDO O VEÍCULO PAROU ANTES QUE ELA TIVESSE COMPLETADO A DECIDA O MOTORISTA DEU PARTIDA NO VEÍCULO. VINDO A SE LESIONAR, FRATURA EXPOSTA, NO TORNOCOLO DIREITO SENDO SOCORRIDA PELA POPULAÇÃO ATÉ A UPA DE CAMELA.

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

Iraciane Maria Silva de Amorim Bernardo
IRACIANE MARIA SILVA AMORIM BERNARDO
(VITIMA)

B.O. registrado por: Nilson Gomes da Silva - Matrícula: 3998118
(Liberado em 29/06/2020 às 10:50) - Delegacia Civil - PE



[GERAR BOLETIM](#)

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - NIF do beneficiário (A3): 3 - CPF do beneficiário: 4 - Número completo da vítima:
02415791459 *Lider - número 3 de 3 de 2020*

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CROAÇTAIS E PAÍS DE PESSOA MENOR DA PESSOA FÍSICA (VITIMA/BENEFICIÁRIO REPRESENTANTE LEGAL - CÓDIGO DA UNIÃO - NIF BENEFICIÁRIO)

5 - Nome completo: *Matheus Souza da Cunha* 6 - Endereço: *Antônio Carlos Guedes de Souza* 7 - CEP: 02415791459
8 - Bairro: *Jardim das Laranjeiras* 9 - Cidade: *Projacé* 10 - Estado: 11 - UF: 12 - CEP: 13 - Número: 14 - Logradouro: 15 - Fone: 16 - Telefone: 17 - Número completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Número da Representante Legal:

DADOS CROAÇTAIS
20 - Nome completo do Representante Legal:
21 - NIF da Beneficiária Legal: 22 - Número da Representante Legal:

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovação anexo (ANEXAR CÓPIA).
23 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: REUSSO INFORMAR R\$1.00 A R\$1.000,00 R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
 SEM RENDA R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 ACIMA DE R\$5.000,00

24 - DADOS BANCARIOS: BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR):
 CONTA POUPIANÇA (Somente para os bancos abaixo. Nenhum é obrigado):

Bradesco (237) Itaú (345) CONTA: 0111342 CONTA CORRENTE (Indicar o banco):
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (004)
AGÊNCIA: 4725 CONTA: 0111342 AGENCIA: CONTA:
(Inserir o dígito de verificação) (Inserir o dígito de verificação) (Inserir o dígito de verificação) (Inserir o dígito de verificação)

Autentico a Seguradora Lider a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/semelhante do Seguro DPVAT a que fui sujeito direto, recorrente e beneficiário, desde já e sempre após a efetivação do credito, multágio total do valor recebido.

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

Declaro, sob as penas da lei, que entro, irrecusável de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML), para os fins de requerimento da indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 8.254/74), em que:
• Não no 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.

SOU CONSCIENTE DO PROSEGUIMENTO DA ANÁLISE DO MEU PEDIDO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT, POR INVALIDEZ PERMANENTE, COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA SEM A PRESENÇA DO LAUDO DO IML, CONCORDANDO, DESDE JÁ, EM SUBMETTER A ANÁLISE MÉDICA PRESENTE, CASO NECESSÁRIO, AS CURTAS DA SEGURO LIDER PARA VERIFICAÇÃO DA EXISTÊNCIA E QUANTIFICAÇÃO DAS LESÕES PERMANENTES DECORRENTES DO ACIDENTE DE TRÂNSITO CAUSADO POR VEÍCULO AUTOMOTOR, CONFORME O DISPOSTO NA LEI 8.254/74.

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

26 - Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado judicialmente Viúvo: 27 - Data da morte da vítima:
28 - Grau de parentesco com a vítima: Seu Filho (s): 29 - Vítima falecida, informar: Sim Não: 30 - Vítima falecida, informar: Sim Não: 31 - Vítima falecida, informar: Sim Não: 32 - Se vítima falecida, informar: Sim Não: 33 - Vítima falecida, informar: Sim Não:
34 - Vítima falecida, informar: Sim Não: 35 - Se vítima falecida, informar: Sim Não: 36 - Se vítima falecida, informar: Sim Não: 37 - Se vítima falecida, informar: Sim Não:

Este ato deixa de ser da Seguradora Lider pagado, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte únicos beneficiários, que se apresentarem e proverem essa condição, estando vivo, a vida, de que qualquer omisão ou desleixo não verídico poderá gerar a obrigatoriedade de restituição do valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 263 do Código Penal.

38 - 1º | Nome: CPF:
39 - 2º | Nome: CPF:
40 - Local e Data: *Brasil 24/07/2020* *2020-07-24* *2020-07-24* *2020-07-24*
(E) Assinatura da vítima/beneficiário (declarante) *Matheus Souza da Cunha*
41 - Assinatura do Representante Legal (se houver) *Matheus Souza da Cunha*
42 - Assinatura do Procurador (se houver) *Matheus Souza da Cunha*

43 - Assinatura do Representante Legal (se houver) *Matheus Souza da Cunha*
44 - Assinatura da testemunha *Matheus Souza da Cunha*
45 - Assinatura da testemunha *Matheus Souza da Cunha*
46 - Assinatura da testemunha *Matheus Souza da Cunha*

47 - Assinatura do Procurador (se houver) *Matheus Souza da Cunha*

48 - Assinatura do Procurador (se houver) *Matheus Souza da Cunha*

49 - Assinatura do Procurador (se houver) *Matheus Souza da Cunha*

50 - Assinatura do Procurador (se houver) *Matheus Souza da Cunha*

51 - Assinatura do Procurador (se houver) *Matheus Souza da Cunha*

52 - Assinatura do Procurador (se houver) *Matheus Souza da Cunha*

53 - Assinatura do Procurador (se houver) *Matheus Souza da Cunha*

54 - Assinatura do Procurador (se houver) *Matheus Souza da Cunha*

55 - Assinatura do Procurador (se houver) *Matheus Souza da Cunha*

56 - Assinatura do Procurador (se houver) *Matheus Souza da Cunha*

57 - Assinatura do Procurador (se houver) *Matheus Souza da Cunha*

58 - Assinatura do Procurador (se houver) *Matheus Souza da Cunha*

59 - Assinatura do Procurador (se houver) *Matheus Souza da Cunha*

60 - Assinatura do Procurador (se houver) *Matheus Souza da Cunha*

61 - Assinatura do Procurador (se houver) *Matheus Souza da Cunha*

62 - Assinatura do Procurador (se houver) *Matheus Souza da Cunha*

63 - Assinatura do Procurador (se houver) *Matheus Souza da Cunha*

64 - Assinatura do Procurador (se houver) *Matheus Souza da Cunha*

65 - Assinatura do Procurador (se houver) *Matheus Souza da Cunha*

66 - Assinatura do Procurador (se houver) *Matheus Souza da Cunha*

67 - Assinatura do Procurador (se houver) *Matheus Souza da Cunha*

68 - Assinatura do Procurador (se houver) *Matheus Souza da Cunha*

69 - Assinatura do Procurador (se houver) *Matheus Souza da Cunha*

70 - Assinatura do Procurador (se houver) *Matheus Souza da Cunha*

71 - Assinatura do Procurador (se houver) *Matheus Souza da Cunha*

72 - Assinatura do Procurador (se houver) *Matheus Souza da Cunha*

73 - Assinatura do Procurador (se houver) *Matheus Souza da Cunha*

74 - Assinatura do Procurador (se houver) *Matheus Souza da Cunha*

75 - Assinatura do Procurador (se houver) *Matheus Souza da Cunha*

76 - Assinatura do Procurador (se houver) *Matheus Souza da Cunha*

77 - Assinatura do Procurador (se houver) *Matheus Souza da Cunha*

78 - Assinatura do Procurador (se houver) *Matheus Souza da Cunha*

79 - Assinatura do Procurador (se houver) *Matheus Souza da Cunha*

80 - Assinatura do Procurador (se houver) *Matheus Souza da Cunha*

81 - Assinatura do Procurador (se houver) *Matheus Souza da Cunha*

82 - Assinatura do Procurador (se houver) *Matheus Souza da Cunha*

83 - Assinatura do Procurador (se houver) *Matheus Souza da Cunha*

84 - Assinatura do Procurador (se houver) *Matheus Souza da Cunha*

85 - Assinatura do Procurador (se houver) *Matheus Souza da Cunha*

86 - Assinatura do Procurador (se houver) *Matheus Souza da Cunha*

87 - Assinatura do Procurador (se houver) *Matheus Souza da Cunha*

88 - Assinatura do Procurador (se houver) *Matheus Souza da Cunha*

89 - Assinatura do Procurador (se houver) *Matheus Souza da Cunha*

90 - Assinatura do Procurador (se houver) *Matheus Souza da Cunha*

91 - Assinatura do Procurador (se houver) *Matheus Souza da Cunha*

92 - Assinatura do Procurador (se houver) *Matheus Souza da Cunha*

93 - Assinatura do Procurador (se houver) *Matheus Souza da Cunha*

94 - Assinatura do Procurador (se houver) *Matheus Souza da Cunha*

95 - Assinatura do Procurador (se houver) *Matheus Souza da Cunha*

96 - Assinatura do Procurador (se houver) *Matheus Souza da Cunha*

97 - Assinatura do Procurador (se houver) *Matheus Souza da Cunha*

98 - Assinatura do Procurador (se houver) *Matheus Souza da Cunha*

99 - Assinatura do Procurador (se houver) *Matheus Souza da Cunha*

100 - Assinatura do Procurador (se houver) *Matheus Souza da Cunha*

101 - Assinatura do Procurador (se houver) *Matheus Souza da Cunha*

102 - Assinatura do Procurador (se houver) *Matheus Souza da Cunha*

103 - Assinatura do Procurador (se houver) *Matheus Souza da Cunha*

104 - Assinatura do Procurador (se houver) *Matheus Souza da Cunha*

105 - Assinatura do Procurador (se houver) *Matheus Souza da Cunha*

106 - Assinatura do Procurador (se houver) *Matheus Souza da Cunha*

107 - Assinatura do Procurador (se houver) *Matheus Souza da Cunha*

108 - Assinatura do Procurador (se houver) *Matheus Souza da Cunha*

109 - Assinatura do Procurador (se houver) *Matheus Souza da Cunha*

110 - Assinatura do Procurador (se houver) *Matheus Souza da Cunha*

111 - Assinatura do Procurador (se houver) *Matheus Souza da Cunha*

112 - Assinatura do Procurador (se houver) *Matheus Souza da Cunha*

113 - Assinatura do Procurador (se houver) *Matheus Souza da Cunha*

114 - Assinatura do Procurador (se houver) *Matheus Souza da Cunha*

115 - Assinatura do Procurador (se houver) *Matheus Souza da Cunha*

116 - Assinatura do Procurador (se houver) *Matheus Souza da Cunha*

117 - Assinatura do Procurador (se houver) *Matheus Souza da Cunha*

118 - Assinatura do Procurador (se houver) *Matheus Souza da Cunha*

119 - Assinatura do Procurador (se houver) *Matheus Souza da Cunha*

120 - Assinatura do Procurador (se houver) *Matheus Souza da Cunha*

121 - Assinatura do Procurador (se houver) *Matheus Souza da Cunha*

122 - Assinatura do Procurador (se houver) *Matheus Souza da Cunha*

123 - Assinatura do Procurador (se houver) *Matheus Souza da Cunha*

124 - Assinatura do Procurador (se houver) *Matheus Souza da Cunha*

125 - Assinatura do Procurador (se houver) *Matheus Souza da Cunha*

126 - Assinatura do Procurador (se houver) *Matheus Souza da Cunha*

127 - Assinatura do Procurador (se houver) *Matheus Souza da Cunha*

128 - Assinatura do Procurador (se houver) *Matheus Souza da Cunha*

129 - Assinatura do Procurador (se houver) *Matheus Souza da Cunha*

130 - Assinatura do Procurador (se houver) *Matheus Souza da Cunha*

131 - Assinatura do Procurador (se houver) *Matheus Souza da Cunha*

132 - Assinatura do Procurador (se houver) *Matheus Souza da Cunha*

133 - Assinatura do Procurador (se houver) *Matheus Souza da Cunha*

134 - Assinatura do Procurador (se houver) *Matheus Souza da Cunha*

135 - Assinatura do Procurador (se houver) *Matheus Souza da Cunha*

136 - Assinatura do Procurador (se houver) *Matheus Souza da Cunha*

137 - Assinatura do Procurador (se houver) *Matheus Souza da Cunha*

138 - Assinatura do Procurador (se houver) *Matheus Souza da Cunha*

139 - Assinatura do Procurador (se houver) *Matheus Souza da Cunha*

140 - Assinatura do Procurador (se houver) *Matheus Souza da Cunha*

141 - Assinatura do Procurador (se houver) *Matheus Souza da Cunha*

142 - Assinatura do Procurador (se houver) *Matheus Souza da Cunha*

143 - Assinatura do Procurador (se houver) *Matheus Souza da Cunha*

144 - Assinatura do Procurador (se houver) *Matheus Souza da Cunha*

145 - Assinatura do Procurador (se houver) *Matheus Souza da Cunha*

146 - Assinatura do Procurador (se houver) *Matheus Souza da Cunha*

147 - Assinatura do Procurador (se houver) *Matheus Souza da Cunha*

148 - Assinatura do Procurador (se houver) *Matheus Souza da Cunha*

149 - Assinatura do Procurador (se houver) *Matheus Souza da Cunha*

150 - Assinatura do Procurador (se houver) *Matheus Souza da Cunha*

151 - Assinatura do Procurador (se houver) *Matheus Souza da Cunha*

152 - Assinatura do Procurador (se houver) *Matheus Souza da Cunha*

153 - Assinatura do Procurador (se houver) *Matheus Souza da Cunha*

154 - Assinatura do Procurador (se houver) *Matheus Souza da Cunha*

155 - Assinatura do Procurador (se houver) *Matheus Souza da Cunha*

156 - Assinatura do Procurador (se houver) *Matheus Souza da Cunha*

157 - Assinatura do Procurador (se houver) *Matheus Souza da Cunha*

158 - Assinatura do Procurador (se houver) *Matheus Souza da Cunha*

159 - Assinatura do Procurador (se houver) *Matheus Souza da Cunha*

160 - Assinatura do Procurador (se houver) *Matheus Souza da Cunha*

161 - Assinatura do Procurador (se houver) *Matheus Souza da Cunha*

162 - Assinatura do Procurador (se houver) *Matheus Souza da Cunha*

163 - Assinatura do Procurador (se houver) *Matheus Souza da Cunha*

164 - Assinatura do Procurador (se houver) *Matheus Souza da Cunha*

165 - Assinatura do Procurador (se houver) *Matheus Souza da Cunha*

166 - Assinatura do Procurador (se houver) *Matheus Souza da Cunha*

167 - Assinatura do Procurador (se houver) *Matheus Souza da Cunha*

168 - Assinatura do Procurador (se houver) *Matheus Souza da Cunha*

169 - Assinatura do Procurador (se houver) *Matheus Souza da Cunha*

170 - Assinatura do Procurador (se houver) *Matheus Souza da Cunha*

171 - Assinatura do Procurador (se houver) *Matheus Souza da Cunha*

172 - Assinatura do Procurador (se houver) *Matheus Souza da Cunha*

17

BRADESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUpanca

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

BANCO: 237 AGÊNCIA: 2373-6 CONTA: 000000429200-6

DATA DA TRANSFERENCIA: 03/08/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: IRACIANE MARIA SILVA DE AMORIM

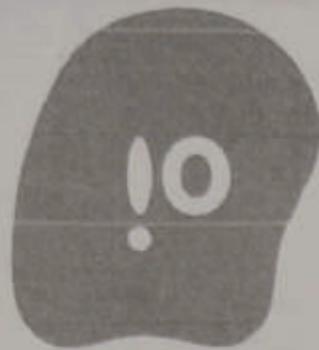
BANCO: 237

AGÊNCIA: 00785-4

CONTA: 000000111342-9

Nr. Autenticação

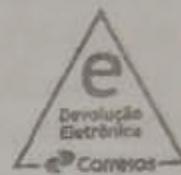
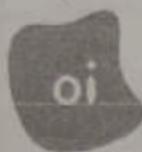
BRADESCO03082020050000000002370078500000111342168750 PAGO



- Enviros. vs. vs. de centre
- Favor. suis sondes & Conseil Général
- Gouvern. vs. vs. de centre
- Gouvern. vs. vs. de centre
- Autopreneur & commerçants
- Boutiquier & petits
- Commerce & petits
- Gouvern. vs. vs. de centre
- Gouvern. vs. vs. de centre

ACESSE OI.COM.BR/MINHAOI
E USE A INTERNET PARA:

NA MINHA OI
É TUDO MAIS FÁCIL.



CTC RECIFE PE PL4
IRACIANE MARIA SILVA DE AMORIM
PCA PEDRO SERAFIN DE SOUZA 34
RUOPOLIS
55595-000 - CAMELA - PE



AD: 1190512

4325121 30 020320

1551 - TALKIN'

SERVICE DE TÉLÉCOMMUNICATIONS AD CONSULTANTS

DE VOLUCAO ELETRONICA - CEDO - RUA DO LAVRADIO, 71 - CENTRO - RIO DE JANEIRO/RJ - 20230-070.



CTC RECIFE PE PL1
CLEOMENES ANCILLON DE OLIVEIRA PEQUENO
R ENGENHO AGUA CLARA 168
IMBIRIBEIRA
51150-040 RECIFE - PE



Barcode graphic with the text "Postcode: 3511 12345" and "01462740001277" below it.



PARA USO DOS CORREIOS	
<input type="checkbox"/> 11 - MUDOU-SE <input type="checkbox"/> 12 - FREDERICO MIGRAÇÃO <input type="checkbox"/> 13 - NÃO EXISTE N° INDICADO <input type="checkbox"/> 14 - FALSO/CENO <input type="checkbox"/> 15 - DESCONHECIDO <input type="checkbox"/> 16 - RECURSADO	<input type="checkbox"/> 17 - AURENTZ <input type="checkbox"/> 18 - NÃO PROCURADO <input type="checkbox"/> 19 - OBJETO DANIFICADO <input type="checkbox"/> 20 - END. DESCONHECIDO NA LOCALIDADE <input type="checkbox"/> 21 - FALTA COMPLEMENTO (COLETIVO/US) <input type="checkbox"/> 22 - CASA POSTAL CANCELADA
<small>Respondeu ao serviço postal em _____</small> <small>Rubrica do Respondente: _____</small> <small>Motivo: _____</small>	

Devolução Eletrônica - CEDO
CAIXA POSTAL 19568
CEP 80.231-970 - CURITIBA - PR



3614049716828920000000125230261119
Kankai_3614049716828920000000125230261119

**DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12**

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoraslider.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=25636>

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF².

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA, ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. ² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APlicar PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI nº9.513/98.

Pelo exposto, eu Clomara Araújo de Oliveira

Inscrito (a) no CPF/CNPJ 056.759.494.57, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário.

Marcia maria 3. de Andrade inscrito (a) no CPF sob o Nº 024.152.994.59,

do sinistro de DPVAT cobertura Transporte da Vítima Marcia maria 3. de Andrade

Inscrito (a) no CPF sob o Nº 024.157.994.57, 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 Engenho águas doce</u>	Número:	<u>168</u>	Complemento:	<u>cozinha - A</u>
Bairro:	<u>Imbiribeira</u>	Cidade:	<u>Recife</u>	Estado:	<u>PE</u>
E-mail:				CEP:	<u>51700-030</u>

Tel.(DDD): 81712442330

Local e Data: Recife 24-07-2022

Clomara Araújo de Oliveira

Assinatura do Declarante



SECRETARIA DE SAÚDE DO IPOJUCA
FICHA DE ATENDIMENTO

ADESIVO

Nº REGISTRO

33. 087

DATA E HORA
DO NASCIMENTO

16.07.79

EMERGÊNCIA DE ADULTOS E
INFANTIL

PACIENTE

Inaciene Maria Sílvia de Amorim

NASCIMENTO:

16/07/79

IDADE:

20

SEXO:

F

COR:

ESTADO CIVIL:

PROFISSAO:

NATURALIDADE:

NACIONALIDADE:

Nº DE IDENTIDADE

FILIAÇÃO

PAI

MÃE

Homem da Rua da Sílvia.

COMPLEMENTO

Bairro:

Camela

CIDADE:

IPOJUCA

UF:

PE

TELEFONE:

ORIENTAÇÃO:

PROCEDENCIA:

MEIO DE TRANSPORTE:

CONSULTA DE ENFERMAGEM

DATA:

19-03-2020

HORA:

18:05

ENFERMEIRO:

COREN:

SITUAÇÃO QUEIXA:

ANTECEDENTES: DIABETES HIPERTENSÃO CARDIOPATIAS DOENÇA NEUROLÓGICA TABAGISMO
 ALCOOLISMO/DROGAS PNEUMOPATIAS HEPATOPATIAS DOENÇA MENTAL OUTROS:

MEDICAÇÃO EM USO:

PA:	mmHg	RHS:	bpm	FC:	bpm	FR:	lpm	T:	°C
ABERTURA OCULAR	RESPOSTA VERBAL	RESPOSTA MOTORA				DEFICIÊNCIA MOTORA		PUPILAS	
ESCORE	ESCORE	ESCORE				MSD <input type="checkbox"/> MID <input type="checkbox"/> MSE <input type="checkbox"/> MIE <input type="checkbox"/>		ISOCÓRICAS <input type="checkbox"/> ANISOCÓRICA <input type="checkbox"/>	
DOR: <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	SUDORESE: <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO						PALIDEZ <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO		

EXAME FÍSICO:

Torso: toracoplastia D b-
10 minuto por toracoplastia do pé D
as deras de fárias

DIAGNÓSTICO ENFERMAGEM:

ATENDIMENTO MÉDICO

História do Trauma:

Perda de Consciência:

 Sim NãoEpisódio Emérgico: Sim NãoAcidente de Trabalho: Sim Não

Acidente de Trabalho:

 Sim Não

Tipo:

Colisão:

 Sim Não

Tipo:

Atropelamento:

 Sim Não

Local do Impacto:

Vítima de Ferimento:

 Sim Não

Tipo:

Queimadura:

 Sim Não

Por:

Sofreu Queda: Não Sim Outro:

Transporte:

realizado por:

Quimioterapia:

Condições de Imobilização Adequada: Sim Não

Por Que:

EXAMES FÍSICOS:

Exame: Coluna (+T)

EXAMES SOLICITADOS: LABORATORIAIS:

Raiz toracica → fratura completa do
distal de fibula 1/3

DIAGNÓSTICO:

Fratura

EXAMES ESPECIALIZADOS: TOMOGRAFIA RESSONÂNCIA MAGNETICA ANGIOGRAFIA ENDOSCOPIA RX ULTRASSONOGRAFIA LCR

PREScriÇÃO MÉDICA: DATA: / /

HORA:

Trauma 8/09/11 1000 1/3 Fratura completa fibula 1/3
1000 1/3 Fratura completa fibula 1/3INDICAÇÃO CIRÚRGICA: SIM NÃOCLASSIFICAÇÃO RESERVA:

CONDICAO DE ALTA:

DEFINIÇÃO DO CASO:

INTERNAMENTO CIRURGIA ÓBITO TERMO DE ALTA PEDIDO EVADIU-SE CURADO MELHORADO

TRANSFERIDO PARA:

 MALTERADO PIGRADO

INTERNADO NA CLÍNICA:

ÓBITO

INFORMAÇÕES DO SERVICO SOCIAL:

CONFIRMAÇÃO DO NOME:

ASSISTENTE SOCIAL

CONFIRMAÇÃO DO ENDEREÇO:

PROVIDÊNCIAS: ALTA TRANSFERÊNCIA EXAME EXTERNO

ASSISTENTE SOCIAL

OSSERVAÇÕES:

AUTORIZAÇÃO PARA ALTA/INTERNAMENTO/TRANSFERÊNCIA:

ENFERMEIRA: COREN: MÉDICO: CRM: DATA: HORA:

TERMO DE RESPONSABILIDADE PARA INTERNAMENTO:

Estou ciente das normas existentes neste Hospital, as quais aceito integralmente e autorizo a realização de tratamento clínico e/ou cirúrgico, inclusiva transfusões e/ou exames complementares e transporte se forem necessários.

Data: _____

Nome completo: _____

Nº da Identidade: _____

Assinatura: _____

TERMO DE RESPONSABILIDADE DE ALTA A PEDIDO:

Responsabilizo-me pela imediata retirada do paciente deste estabelecimento, bem como tenho pleno conhecimento sobre as consequências que desse ato possa advir.

Data: _____

Nome completo: _____

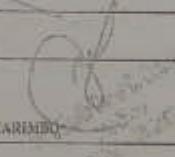
Nº da Identidade: _____

Assinatura: _____



FICHA DE ENCAMINHAMENTO PARA ATENÇÃO BÁSICA

TRAUMATOLÓGICO

UNIDADE DE ORIGEM	UCA CAMARGO - SP/USP Nº PRONTUÁRIO:	UNIDADE DE DESTINO	<input type="checkbox"/> USF <input type="checkbox"/> MSH <input type="checkbox"/> POLICLÍNICA 5908317
NOME:	TRACARNE MARIA SILVA DE AMORIM		IDADE: 40
HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:	FRATURA FÍBULA D		
HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL: <p>Percebeu o seu parente cometeu um acidente de moto e bateu na fibula D por trás da perna. Ocorreram dores de 6 horas no centro da fibula.</p>			
IDENTIFICAÇÃO DO PROFISSIONAL	 NOME E CARMIM:		DATA: 19/04/20 HORA:
OBSERVAÇÃO			PROFISSIONAL RECEPÇÃO



Nome: IRACEANE MARIA SILVA DE AMORIM BERNARDO (1629058)

Admissão: 341699

Procedência: ENFERMARIA (PACIENTE INTERNO)

Enfermaria:

Leito: LEITO 01

Unidade de Internação: 013 - Ortopedia/Traumatologia

Data: / /

LAUDO MÉDICO

Declaro para fins de prova que o paciente, IRACEANE MARIA SILVA DE AMORIM BERNARDO é portador do diagnóstico:

CID: S82.6; S82.5

Permaneceu internado do dia 21/03/2020 a 25/03/2020, sendo submetido a tratamento ortopédico em 24/03/2020.

Sugiro mantê-lo afastado de suas atividades trabalhistas por um período de 90 (NOVENTA) dias, a partir desta data, segue em acompanhamento ambulatório

Moreno, 24/03/2020.

RETORNO: 20/04 /2020

LOCAL: HOSPITAL ARMINDO MOURA, AS 07:00HS

MÉDICO: ISAIAS FERNANDES

ATENÇÃO:QUALQUER ANORMALIDADE RETORNAR NOSSA EMERGÊNCIA PARA AVALIAÇÃO MÉDICA.

OBS: Documentos originais para o INSS

01 – Cópia autenticada para a empresa

01 – Cópia simples fica com o paciente

Esta declaração está sendo entregue diretamente ao paciente e/ou ao responsável legal, mediante solicitação do mesmo.

Relatório Emitido Eletronicamente

Data: 24/03/2020 as 17:57

Dr. (a)ISAIAS CAVALCANTE FERNANDES

CRM:

Dr. Isaias Fernandes
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PE 40052
COT 14249

Atendimento: 341699 Entrada: 21/03/2020 Hora: 16:18
Plano: SUS - ELETIVAS
Responsável:
Médico Resp: RENATA HIRSCHLE GALINDO

Saída: 25/03/2020 Hora: 21:50
Matrícula:
Identidade:
C.N.S.: 704205701365285

Paciente: 1629058 IRACEANE MARIA SILVA DE AMORIM BERNARDO Sexo: FEMININO Cor: PARDA
Nascimento: 14/07/1979 (40 Anos e 11 Meses) Estado Civil: SOLTEIRO
Endereço: PRACA PEDRO SERAFIM CAMELA C.P.F.
Bairro: NOSSA SENHORA DO O C.E.P: 55590-970 Identidade: 522237 - SDS - PE
Cidade: 2607208 IPOJUCA Telefone: / 989239821
Pai: AMARO PEREIRA DE AMORIM G. Instrução:
Mãe: MARIA D PAZ DA SILVA Ocupação: AUX ADMINISTRATIVO
Nacionalidade: BRASIL Naturalidade: RECIFE

ORTOPEDIA / TRAUMATOLOGIA

Em: 21/03/2020 - 16:29

CONSULTA NA URGENCIA (Dr. RENATA HIRSCHLE GALINDO CRM 19748)

Queixa do paciente:

TRANSFERIDA DO HDH PARA TRATAMENTO CIRURGICO

HAS

NEGA ALERGIAS E OUTRAS COMORBIDADES

TRAUMA: 19/03/2020 RELATA QUEDA DE ONIBUS

Exame físico:

EDEMA MODERADO TNZ DIREITO

BOA PERFUSAO DISTAL

PELE integra

RX TNZ D - FRATURA MALEOLO LATERAL E MEDIAL

Hipótese diagnóstica:

FRATURA TORNOZELO DIREITO

Prescrição/Conduta:

Horario/Checagem

01 -	INTERNAMENTO	
02 -	PRE-OP	
03 -	TALA BOTA	
04 -	P CARDIO	

Reavaliação:

Hospital Memorial Arminio Moura
SAME
Serviço de Arquivo Médico e Estatística
Fone: (81) 3535-2013
Av. Cleto Campelo, 8/N - Moreno - PB

HOSPITAL ARMINDO MOURA
PEP - Prontuário Eletrônico do Paciente

Emissão: 18/06/2020 15:10

Atendimento: 341699 Entrada: 21/03/2020 Hora: 16:18
Plano: SUS - ELETIVAS
Responsável:
Médico Resp: RENATA HIRSCHLE GALINDO

Saída: 25/03/2020 Hora: 21:50
Matrícula:
Identidade:
C.N.S. 704205701365285

Paciente:	1629058 IRACEANE MARIA SILVA DE AMORIM BERNARDO	Sexo:	FEMININO	Cor: PARDA
Nascimento:	14/07/1979 (40 Anos e 11 Meses)	Estado Civil:	SOLTEIRO	
Endereço:	PRACA PEDRO SERAFIM CAMELA	C.P.F.:		
Bairro:	NOSSA SENHORA DO O C.E.P. 55590-970	Identidade:	522237 - SDS - PE	
Cidade:	2607208 IPOJUCA	Telefone:	/ 989239821	
Pai:	AMARO PEREIRA DE AMORIM	G.Instrução:		
Mãe:	MARIA D PAZ DA SILVA	Ocupação:	AUX ADMINISTRATIVO	
Nacionalidade:	BRASIL	Naturalidade:	RECIFE	

ORTOPEDIA / TRAUMATOLOGIA

Em: 25/03/2020 - 08:34

AVALIAÇÃO (Dr. RENATA HIRSCHLE GALINDO CRM 19748)

RESUMO DE ALTA

HOSPITAL DE ORIGEM: HDH
DATA DA ADMISSÃO: 21/03/2020
DATA DA ALTA: 25/03/2020

HD: FRATURA BIMALEOLAR DE TORNOZELO

Paciente evoluindo bem no pos-operatório, sem queixas álgicas.

Ao exame:
EGB, consciente, orientada, eupneica, BPP, edema (+/+4);
FO sem sinais flogísticos.

CD:1) Alta Hospitalar + Orientações.

Em: 24/03/2020 - 17:53

DESCRÍÇÃO CIRÚRGICA (Dr. ISAIAS CAVALCANTE FERNANDES CRM 19952)

DESCRÍÇÃO CIRÚRGICA

Equipe:

Setor: Memória - 2000
SAMÉ
Serviço de Arquivo Médico e Estatística
Fone: (81) 3535-2013
Av. Cleto Campelo, S/N-Moreno-PE

Página 1 de 2

Médico: ISAIAS CAVALCANTE FERNANDES - CRM : 19952

Aux 1: HERMES WAGNER

Anestesista: ELIVELTON

Instrumentador: EDER / ALDAIR

Diagnóstico Pré-Operatório

FRATURA BIMALEOLAR DE TORNOZELO

Cirurgia Realizada

1. OSTEOSINTSE DE FRATURA BIMALEOLAR DE TORNOZELO
2. REPARO LIGAMENTAR AGUDO DO TORNOZELO

Diagnóstico Pós-Operatório

O mesmo

Acidentes

Não houve

Descrição

PACIENTE EM DECÚBITO DORSAL SOB RAQUIANESTESIA

ESVAZIAMENTO E GARROTEAMENTO DE MEMBRO INFERIOR

ASSEPSIA E ANTI-SEPSIA

APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTÉREIS

INCISÃO LONGITUDINAL EM REGIÃO LATERAL DE TORNOZELO COM ABERTURA POR PLANOS E HESMOSTASIA

IDENTIFICAÇÃO DE FOCO FRATURÁRIO COM LIMPESA E RETIRA DE TECIDO DE INTERPOSIÇÃO

REDUÇÃO DE FRATURA, O MAIS ANATÔMICO POSSÍVEL, MEDIANTE 01 (UMA) PLACA TERÇO TUBULAR 05 FUROS, DE NEUTRALIZAÇÃO, 04 PARAFUSOS CORTICais

INCISÃO LONGITUDINAL EM REGIÃO MEDIAL DE TORNOZELO COM ABERTURA POR PLANOS E HESMOSTASIA

REDUÇÃO DE FRATURA, O MAIS ANATÔMICO POSSÍVEL, COM 02 PARAFUSOS ESPONJOSOS

LAVAGEM COM SF 0,9%

SÍNTESE POR PLANOS COM NYLON

USADA FLUOROSCOPIA

CURATIVO OCLUSIVO TIPO JONES

SOLTURA DO GARROTE

Materiais Prosmed

PLACA TERÇO TUBULAR - 01 UNIDADE

PARAFUSO CORTICAL - 04 UNIDADES

PARAFUSO ESPONJOSO - 02 UNIDADES

Hospital Memorial Armindo Moura
SAME
Serviço de Arquivo Médico e Estatística
Fone: (81) 3535-2013
Av. Cícero Campelo, S/N - Moreno - PE

Página 2 de 2

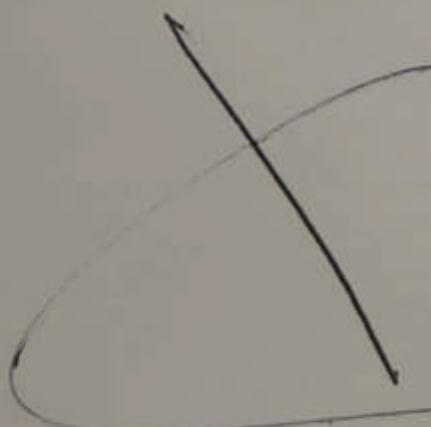


IPACEAPE M^a Silva de Amorim Bonfim

fol

AO Cervix de festejo

Hp. Segundo dia trat. auxílio frust
de ferro



03/04/2020

Dr. Pedro Marques
Traumatologia-Ortopedia
CRM 8594



FICHA DE AVALIAÇÃO FISIOTERAPÉUTICA

NOME: Traciene Maria de Amorim Bernardo

IDADE: _____ DATA DE NASCIMENTO: 14/07/79 SEXO: F

PROFISSÃO: Autônoma ESTADO CIVIL: _____

ENDEREÇO: Pca Pedro Serafim de Souza 34

BAIRRO: Europolis TELEFONE: 989239821

CIDADE: Carneiros UF: PE

NOME DO MÉDICO: Pedro Marques

DIAGNOSTICO MÉDICO: Pós op. F perna (D) - distal

HISTÓRIA CLÍNICA: Paciente relata ter sofrido acidente dia 21/03/20

QP: Door, edema, b MDM, alteração da sensibilidade

TRATAMENTO FISIOTERAPEUTICO:

- alongamentos

- mobilizações

- crioterapia

- Enxague hansen

- pressagem linfática

Declaro para os devidos fins que as respostas prestadas por mim nesta ficha são expressamente verdadeiras e estou ciente de todo procedimento a ser realizado.

Local: Recife Data: 06/04/20

Traciene Maria Silva de Amorim Bernardo
Assinatura do Cliente

Geisy Gadelha
Fisioterapeuta
CREFI 00-234938-F

Geisy Gadelha
Fisioterapeuta Crefito 234938-F

FICHA DE FREQUÊNCIA FISIOTERAPÉUTICA

Paciente: Graciene Maria de Amorim Bernardo

DATA	ASSINATURA
06/04/20	<u>Graciene</u>
07/04/20	<u>Graciene</u>
08/04/20	<u>Graciene</u>
09/04/20	<u>Graciene</u>
13/04/20	<u>Graciene</u>
14/04/20	<u>Graciene</u>
15/04/20	<u>Graciene</u>
16/04/20	<u>Graciene</u>
17/04/20	<u>Graciene</u>
20/04/20	<u>Graciene</u>
22/04/20	<u>Graciene</u>
23/04/20	<u>Graciene</u>
24/04/20	<u>Graciene</u>
27/04/20	<u>Graciene</u>
28/04/20	<u>Graciene</u>
29/04/20	<u>Graciene</u>
30/04/20	<u>Graciene</u>
04/05/20	<u>Graciene</u>
05/05/20	<u>Graciene</u>
06/05/20	<u>Graciene</u>
07/05/20	<u>Graciene</u>
08/05/20	<u>Graciene</u>
11/05/20	<u>Graciene</u>
12/05/20	<u>Graciene</u>
13/05/20	<u>Graciene</u>
14/05/20	<u>Graciene</u>
15/05/20	<u>Graciene</u>
18/05/20	<u>Graciene</u>
19/05/20	<u>Graciene</u>
20/05/20	<u>Graciene</u>
21/05/20	<u>Graciene</u>
22/05/20	<u>Graciene</u>
25/05/20	<u>Graciene</u>
26/05/20	<u>Graciene</u>
27/05/20	<u>Graciene</u>
28/05/20	<u>Graciene</u>
29/05/20	<u>Graciene</u>
01/06/20	<u>Graciene</u>
02/06/20	<u>Graciene</u>
03/06/20	<u>Graciene</u>

Geisy Gadelha
Fisioterapeuta
CREFITO 234938-F

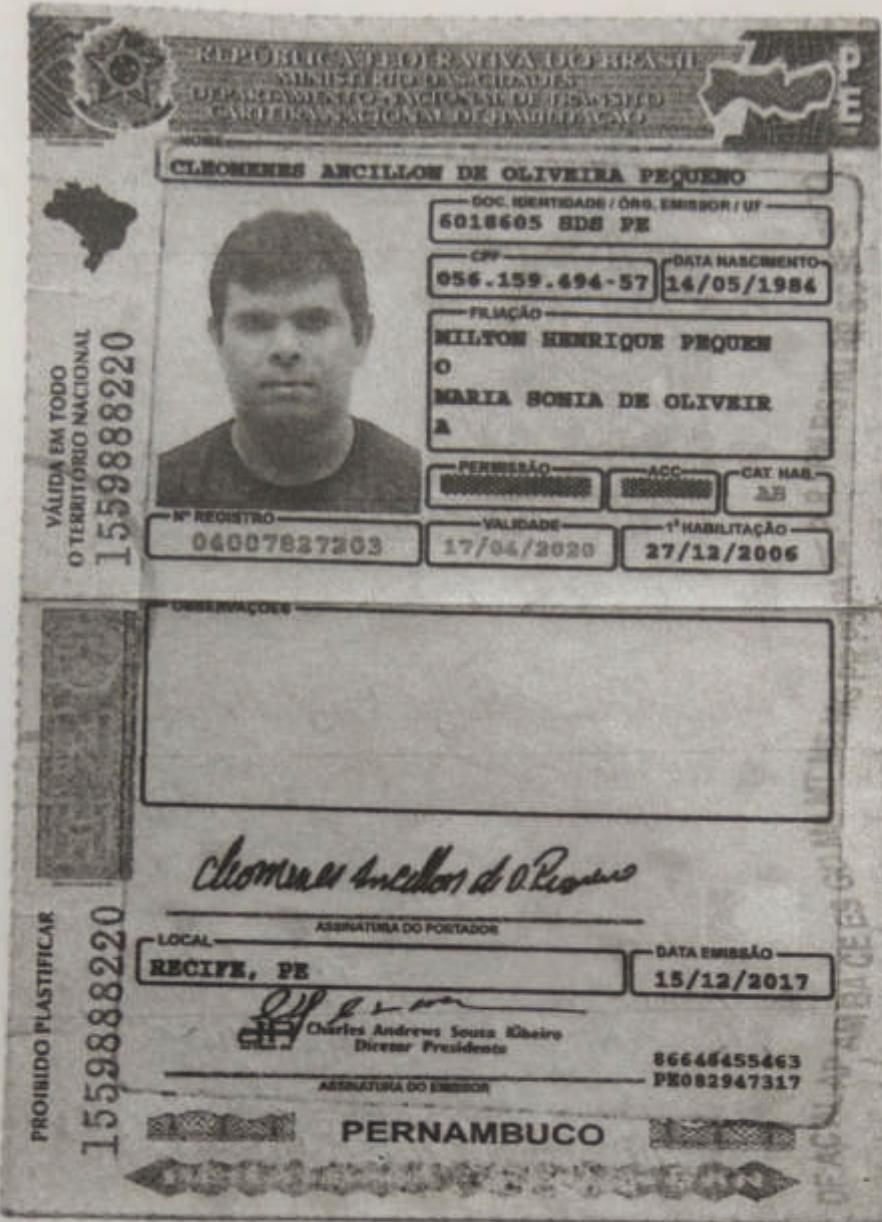
Geisy Gadelha
Fisioterapeuta Crefito 234938-F

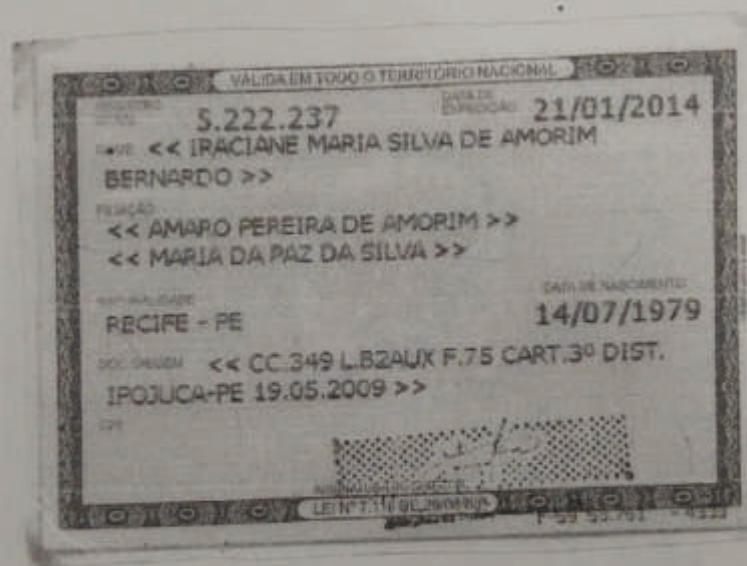
IBF
marcas
marcas
outono 2017

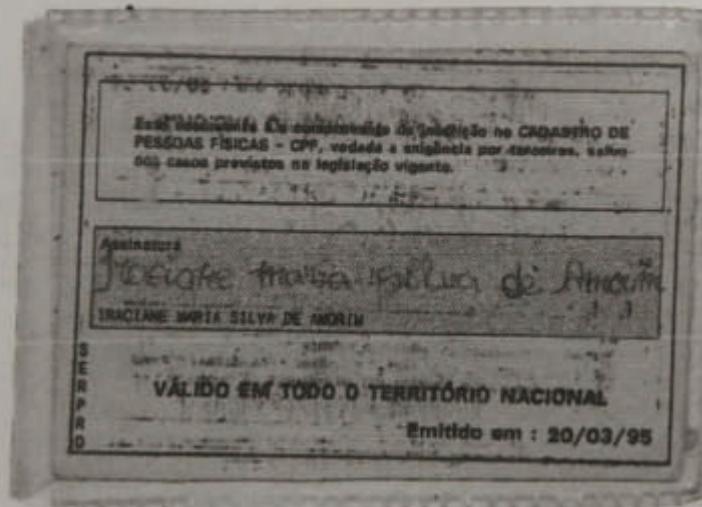
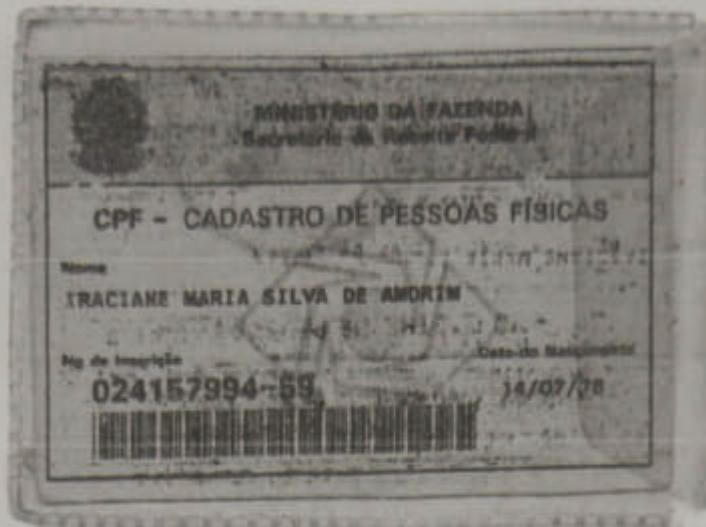


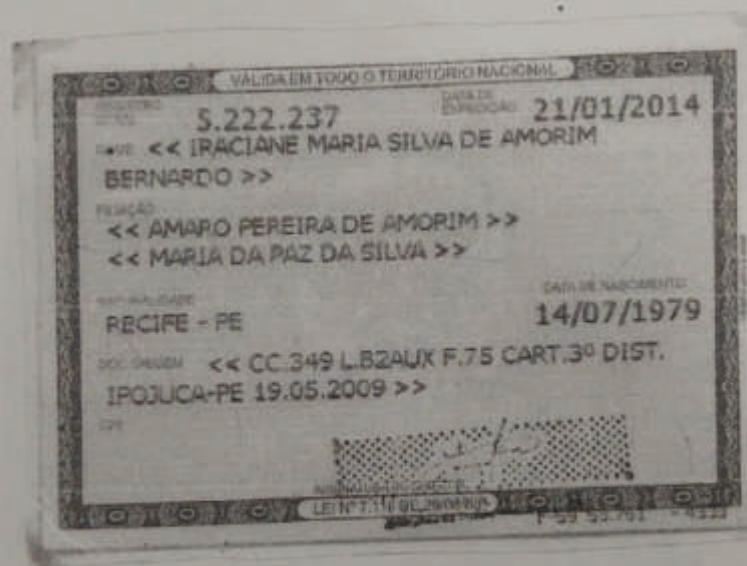


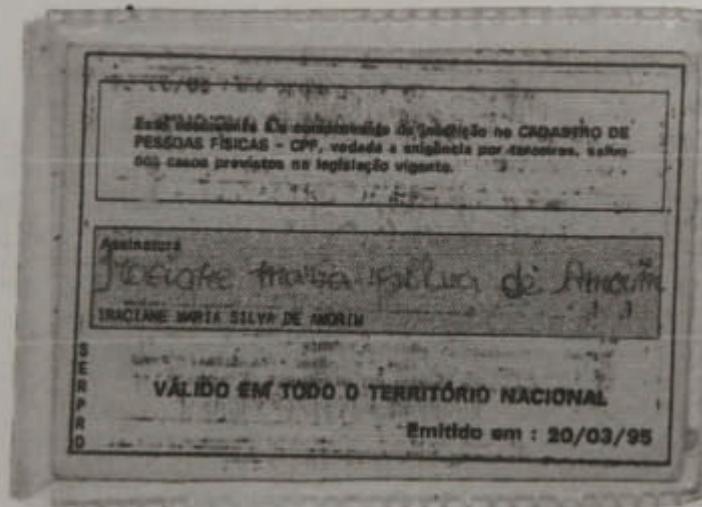
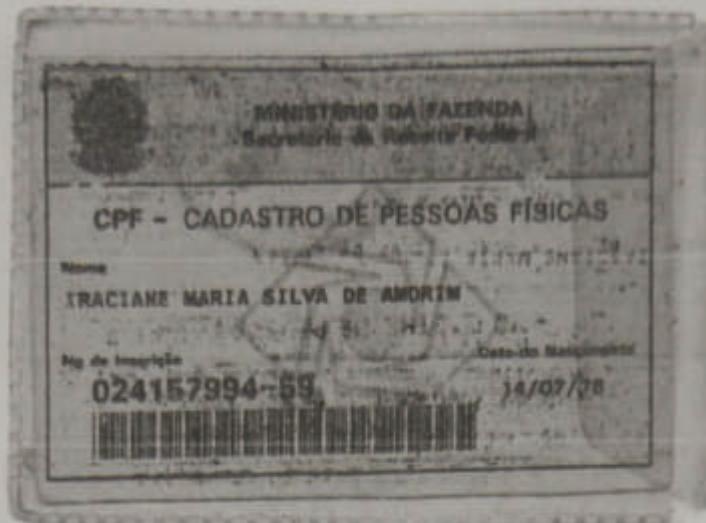












PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200264368 **Cidade:** Ipojuca **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: IRACIANE MARIA SILVA DE AMORIM **Data do acidente:** 19/03/2020 **Seguradora:** MG SEGUROS, VIDA E PREVIDENCIA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 28/07/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DISTAL DE TIBIA E FÍBULA DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA+PARAFUSOS) E ALTA MÉDICA.

(P2,5,7,11,12)

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO TORNOZELO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO TORNOZELO DIREITO.

Documentos complementares:

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 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-0207884/20

Vítima: IRACIANE MARIA SILVA DE AMORIM

CPF: 024.157.994-59

CPF de: Próprio

Data do acidente: 19/03/2020

Titular do CPF: IRACIANE MARIA SILVA DE AMORIM

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

CLEOMENES ANCILLON DE OLIVEIRA PEQUENO : 056.159.494-57

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

IRACIANE MARIA SILVA DE AMORIM : 024.157.994-59

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: 24/07/2020
Nome: CLEOMENES ANCILLON DE OLIVEIRA PEQUENO
CPF: 056.159.494-57

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 24/07/2020
Nome: Marta Marinho dos Santos
CPF: 492.294.514-87

CLEOMENES ANCILLON DE OLIVEIRA PEQUENO

Marta Marinho dos Santos

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200264368 **Cidade:** Ipojuca **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: IRACIANE MARIA SILVA DE AMORIM **Data do acidente:** 19/03/2020 **Seguradora:** MG SEGUROS, VIDA E PREVIDENCIA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 28/07/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DISTAL DE TIBIA E FÍBULA DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA+PARAFUSOS) E ALTA MÉDICA.

(P2,5,7,11,12)

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO TORNOZELO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO TORNOZELO DIREITO.

Documentos complementares:

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 completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

Instrumento Procuratório

Através deste instrumento procuratório se faz Outorgante Sr(a):

Isacane maria Silva de Amorim, cujo RG: 5.222.237, expedido pelo órgão emissor: SSS/PE, em 21/01/2014, cujo CPF: 024.157.994-59 e residente no endereço: Praca Pedro Serafim de Sáza,

Nº 34, Bairro: Camela, cidade: Ipojuca, UF: PE, CEP: 55590-000

Atribuindo poderes ao outorgado Srº Cleomenes Ancillon de Oliveira Pequeno, cujo RG: 6018605, expedido pelo órgão emissor: SDS-PE, em 09/07/2004, cujo CPF: 056.159.494-57, e residente no endereço: Rua Engenho Água Doce, Nº 168 A, Bairro: Imbiribeira, Cidade: Recife – UF: PE, CEP: 51150-030.

Dos poderes: O presente documento outorga poderes para o fim especial de representar o outorgante em sua presença ou mesmo em sua ausência nas questões pertinentes a informações, atos administrativos e/ou judiciais que se fizerem necessários na movimentação e conclusão de processos novos e complementares do Seguro Obrigatório – DPVAT, bem como substabelecer a presente com ou sem reserva de poderes, se assim lhe convier, dando tudo por bom, firme e valioso.

Data do acidente: 19-03-2020

Tipo de cobertura: invalido/paral

Ipojuca, 12 de junho de 2020

RECONHECIDA

Isacane maria Silva de Amorim

Assinatura reconhecida em cartório por autenticidade

