

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, 18 de Fevereiro de 2021

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3210041676

Vítima: MARTA MARIA DA SILVA

Data do Acidente: 07/07/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JEIMISON JOSE NERI DE LYRA

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), MARTA MARIA DA SILVA

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

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

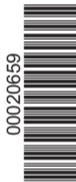
O não comparecimento à avaliação médica agendada poderá gerar o cancelamento do pedido do Seguro DPVAT.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.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, 07 de Março de 2021

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3210041676 Vítima: MARTA MARIA DA SILVA

Data do Acidente: 07/07/2020 Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JEIMISON JOSE NERI DE LYRA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), MARTA MARIA DA SILVA

Informamos que o pagamento da indenização do Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa: R\$ 0,00
Juros: R\$ 0,00
Total creditado: R\$ 843,75

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

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 25%) 6,25%

Valor a indenizar: 6,25% x 13.500,00 = R\$ 843,75

Recebedor: **MARTA MARIA DA SILVA**

Valor: R\$ 843,75

Banco: 104

Agência: 000002124

Conta: 0000062921-0

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

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

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

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

2 - Nº do sinistro ou ASI: **029 825 134-55** 3 - CPF da vítima: **029 825 134-55** 4 - Nome completo da vítima: **Marta Maria da Silva**

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

5 - Nome completo:	Marta Maria da Silva	6 - CPF:	029 825 134-55
7 - Profissão:	No Trab	8 - Endereço:	Na. Fazenda São Francisco
9 - Número:	90	10 - Complemento:	casa
11 - Bairro:	PEGO Km 65	12 - Cidade:	Bonfim
13 - Estado:	PE	14 - CEP:	55560-000
15 - E-mail:	administrativa@phyraadv.com.br		
16 - Tel.(DDD):	(81) 93110-9531		

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

<input checked="" type="checkbox"/> RECUZO INFORMAR	<input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00

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

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

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

AGÊNCIA: **2124**

CONTA: **62921**

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

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.

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

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

- Não há IML que atende a região do acidente ou da minha residência; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias 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 às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:	<input type="checkbox"/> Solteiro	<input type="checkbox"/> Casado (no Civil)	<input type="checkbox"/> Divorciado	<input type="checkbox"/> Separado Judicialmente	<input type="checkbox"/> Viúvo	24 - Data do óbito da vítima:
------------------------------	-----------------------------------	--	-------------------------------------	---	--------------------------------	-------------------------------

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): Sim Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:	30 - Vítima deixou nascituro (varascer)? <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	31 - Vítima teve irmãos? <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:	33 - Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não
---	--	---	---	--	--

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

34
Impressão
digital da
vítima ou
beneficiário
não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

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

38 - 1º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: **Bonfim, 01 de Setembro de 2020**

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante) **Marta Maria da Silva**

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

COD. 001 1000177010

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



**GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 082ª CIRCUNSCRIÇÃO - SÃO JOSÉ DA COROA GRANDE - DP82ªCIRC DINTER1/13ºDESEC**

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N°. 20E0172000480

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 19/08/2020 às 10:46

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Cuidoso (Consumado) que aconteceu no dia 7/7/2020 às 08:40

Fato ocorrido no endereço: MUNICIPIO DE BARREIROS, 1, R. ATRES BELO, CENTRO - Bairro: CENTRO - BARREIROS/PERNAMBUCO/BRASIL Local do Fato: VIA PÚBLICA

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDOS (AUTOR / AGENTE)
LUIZ FERREIRA DE LIMA FILHO (OUTRO)
PEDRO OLIVEIRA DA SILVA (OUTRO)
MARTA MARIA DA SILVA (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): PEDRO OLIVEIRA DA SILVA

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

MARTA MARIA DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: Feminino Nasc. MARIA JOSE DA SILVA Pai: JOSE VITALINO DA SILVA Data de Nascimento: 7/1/1976 Naturalidade: BARREIROS / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 8466483/SSP/PE (RG) Estado Civil: AMASIADO(A) Escolaridade: 2º GRAU COMPLETO Profissão: DO LAR Telefones Celulares: - 986016420

Endereço Residencial: MUNICIPIO DE BARREIROS, 30, FAZENDA SAO FRANCISCO, PLATOR 06, CASA 96 - CEP: 59000-000 - Bairro: CENTRO - BARREIROS/PERNAMBUCO /BRASIL

LUIZ FERREIRA DE LIMA FILHO (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL Estado Civil: DESCONHECIDO Escolaridade: DESCONHECIDO

PEDRO OLIVEIRA DA SILVA (não presente ao plantão) - Sexo: Desconhecido Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL Estado Civil: DESCONHECIDO Escolaridade: DESCONHECIDO

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASI: **029 825 134-55** 3 - CPF da vítima: **029 825 134-55** 4 - Nome completo da vítima: **Marta Maria da Silva**

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

5 - Nome completo:	Marta Maria da Silva	6 - CPF:	029 825 134-55
7 - Profissão:	No Trab	8 - Endereço:	Na. Fazenda São Francisco
9 - Número:	90	10 - Complemento:	casa
11 - Bairro:	PEGO Km 65	12 - Cidade:	Bonfim
13 - Estado:	PE	14 - CEP:	55560-000
15 - E-mail:	administrativa@phyraadv.com.br		
16 - Tel.(DDD) (81) 93110-9531			

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

<input checked="" type="checkbox"/> RECUZO INFORMAR	<input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00

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

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

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

AGÊNCIA: **2124**

CONTA: **62921**

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

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.

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

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

- Não há IML que atende a região do acidente ou da minha residência; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias 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 às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): Sim Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima Sim Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou Sim Não 31 - Vítima Sim Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou Sim Não pais/avós vivos? Não

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

34
Impressão
digital da
vítima ou
beneficiário
não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

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

38 - 1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: **Bonfim, 01 de Setembro de 2020**

Marta Maria da Silva

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

COD. 001 100017/2010

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

BANCO DO BRASIL S.A.

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: DOC / TED

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

BANCO: 001

AGÊNCIA: 1769-8

CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA:

24/03/2021

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL:

577,75

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: MARTA MARIA DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 02124

CONTA: 00000062921-0

Nr. da Autenticação 62065CC9C05420B0

ATENDIMENTO: RUA STA TEREZINHA - NUM. - SN - CENTRO BARREIRO
CEP 55560-000

DADOS DO CLIENTE
 MARTA MARIA DA SILVA MATRÍCULA: 103855734 Jul/2020
 LOT FAZENDA SAO FRANCISCO, N. 00090 - PE60 KM6,5 BARREIROS PE 5
 5560-000
 INSCRIÇÃO: 014.125.212.0000.900 GRUPO:9 DEB.AUTOMATICO: 103855734

SITUAÇÃO ÁGUA LIGADO	SITUAÇÃO ESGOTO FACTIVEL	RESIDENCIAL 1	QUANTIDADE DE ECONOMIAS COMERCIAL INDUSTRIAL	PÚBLICA
HIDRÔMETRO A10B018654	DATA LEIT. ANTERIOR 02/07/2020	DATA LEIT. ATUAL 01/08/2020		TIPO DE CONSUMO (A/E) MEDIA HD

ÁGUA:
 LEIT ANT: 479 CONSUMO:9
 LEIT ATU: RECOR ANORM HD RET
 LEIT FAT: 488

HISTÓRICO DE CONSUMO
 REFERÊNCIA CONSUMO

06/2020 09
 05/2020 09
 04/2020 09
 03/2020 09
 02/2020 09
 01/2020 09
 MÉDIA 09

PARAMETROS	NÚMERO DE AMOSTRAS		
	EXIG. PORT. MS 2.914/11	ANALISES REALIZ.	ATENDIMENTO
TURBIDEZ	34	34	25
COR APARENTE	34	34	25
CLORO RESIDUAL	34	34	34
COLIF. TOTAIS	34	34	34
COLI	34	34	34

Qualidade de Água: www.cnah.gov.br/controle

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

EFETUADO DOS SERVIÇOS
 ÁGUA

RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)
 1 DE ÁGUA

CONSUMO TOTAL (m³)

9 m³ 44,03
 0,83
 0,41

MULTA P/IMPONTUALIDADE 06/2020
 DIAS DE MORA 04/2020

TRIBUTOS	BASE DE CALCULO	PERCENTUAL (%)	VALOR DO IMPOSTO
PIS	44,03	1,65	0,73
COFINS	44,03	7,60	3,35

VENCIMENTO: 15/08/2020

TOTAL A PAGAR: 45,37

Pedido de serviço para Via para Pagamento Grupo B nº 1420811434

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 116 | PRONTIDÃO 116

Atendimento ao deficiente auditivo ou de fala: 0800 281.0142

Ouvidoria 0800 282 5599

Agência de Regulação dos Serviços Públicos Delegados
do Estado de Pernambuco-ARPE: 0800 727 0167-

Ligação Gratuita de Telefones Fixos

Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL 167-

Ligação Gratuita de telefones fixos e tarifada
na origem para telefones celulares

DADOS DO CLIENTE!
JEIMISON JOSE NERY DE LYRA

DATA DE VENCIMENTO
26/02/2020

**DATA EMISSÃO DA NOTA
FISCAL**
04/02/2020

CONTA CONTRATO
7003590261

ENDEREÇO
 RUA JOAO B VASCONCELOS 111 --A -
 CENTRO/BARREIROS -55560-000
 BARREIROS PE -

TOTAL A PAGAR
R\$ 0,62

DATA DA APRESENTAÇÃO
11/02/2020

NÚMERO DA NOTA FISCAL
095264522

CLASSIFICAÇÃO
COMERCIAL
Trifásico
B3

PERÍODO CONSUMO
 06/01/2020 a 03/02/2020

CONSUMO
0

ICMS - BASE DE CÁLCULO R\$ 0,00 Alíquota 25,00 valor do imposto R\$ 0,00

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA**VIA PARA PAGAMENTO**

Destaque aqui

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO	TOTAL A PAGAR	VENCIMENTO	TALÃO DE PAGAMENTO
7003590261	02/2020	R\$ 0,62	26/02/2020	Evite dobrar e perfurar ou rasurar. Este canhoto será usado em leitora ótica.

838200000002 006200110070 003590261104 149093220536

**AUTENTICAÇÃO MECÂNICA**

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

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o **SAC DPVAT** 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

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

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

¹ Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Jeronim José Nei de Almeida inscrito (a) no CPF 049.520.594 / 05 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Marta Maria da Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 029.825.134/ 55 do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Marta Maria da Silva, inscrito (a) no CPF sob o Nº 029.825.134/ 55 conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

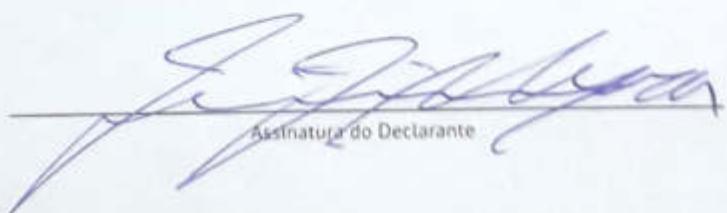
Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço	Rua João Batista de Vasconcelos	Número	111	Complemento	A
Bairro	Centro	Cidade	Bonfim	Estado	PE
Email	administrativo@jdynacab.com.br	Telefone comercial(DDD)	(81) 3675-1858	Telefone celular (DDD)	(31) 98110-9581

Bonfim, 03 de Fevereiro de 2020
Local e Data


Assinatura do Declarante



**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
BOLETIM
DE
EMERGÊNCIA**

POSTO DE SAÚDE OSMÁRIO OMENA

92073
Data: 07/07/2020

Paciente	Nome: Mario Maria da Silva			Nº Ocorrência	
Residência	Residência: Azamora São Francisco plotor 06. Nº 90			Telefone:	
Responsável	Nome: Mario José da Silva			Telefone:	
Residência	Residência: Scorp. Espolo				
Condição	Profissão	Sexo	Nascimento	Nacionalidade	Documento de Identidade
<input type="checkbox"/> Segurado <input type="checkbox"/> Esposa <input type="checkbox"/> Filhos <input type="checkbox"/> Outros		<input type="checkbox"/> Masc. <input checked="" type="checkbox"/> Fem.	07/01/76 Idade: 44	<input type="checkbox"/> Bras. <input type="checkbox"/> Estrang. <input type="checkbox"/> UF	Número Órgão Emissor
<input type="checkbox"/> Paciente Chegou <input type="checkbox"/> Andando <input type="checkbox"/> Ambulância	<input type="checkbox"/> De Auto <input type="checkbox"/> Outros	Ambulância / Hora Saída Chegada	Acidente / Hora Saída Chegada	Atendimento 10h 06 Min	<input type="checkbox"/> Acidente de Trabalho <input type="checkbox"/> Caso Policial
Pressão Arterial	P脉	Temperatura		Exames Complementares	
Max:	Min.	Axilar	Rectal	10300 98/10	
190	80	90	36.1		

Causa provável da lesão - queixa principal
Exame Físico - Sinais - Sintomas

Paciente relata dor no joelho
E após queda de cama.

Urgo alergia m.

Dm(-) HAS(-)

Sem lesões aparentes
no joelho e

Oriento RX.

R Roberta Chaves Boflor
CORES PE 915047
Enfermeira

Tratamento

- ① Cetoprofeno 0,1amp FM agore
- ② Dipirona 0,1amp FHC agore

Bojo
Ana Beatriz Fazio
Médica
CREMPE: 6109

Destino dado ao paciente

Residência Internado

Encaminhado _____

Removido _____

Obito às _____ H _____ Min.
do dia _____

Impressão Diagnóstica

C.I.D.:

Doença Concedida _____ Dias

Encaminhada ao I.M.L.

Assinatura - Carimbo - CRM/CRO



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL



ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO TAVARES BURIL

R-59



Marta Maria da Silva

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

LEIA OS DADOS INFORMAIS

**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: **3210041676**

Nome do(a) Examinado(a): **MARTA MARIA DA SILVA**

Endereço do(a) Examinado(a): **LOT FAZENDA SÃO FRANCISCO, 90, , Barreiros/PE**

Identificação – Órgão Emissor UF / Número: **Não Informado / Não Informado**

Data e local do acidente: **07/07/2020 - Barreiros/PE**

Data e local do exame: **25/02/2021 - Recife/PE**

Coordenadas Geográficas: **latitude: -8.05634 , longitude: -34.8981**

RESULTADO DA AVALIAÇÃO MÉDICA

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

contusão de joelho esquerdo

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

imobilização com tala, fez fisioterapia. Não comprova data da alta médica

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

Ao exame físico do joelho esquerdo apresenta joelho normal, flexão aos 120°, extensão aos 130°, ausência de derrames articulares, ausência de atrofias no segmento, sem amputação, marcha normal, agachamento alterado, sem encurtamento. Apresenta na região observada mobilização passiva normal, cicatriz operatória inexistente, sensibilidade normal, coloração normal, temperatura normal, sinais inflamatórios inexistentes, inexistência de alterações musculares, presença de alteração motora do segmento. Cumpre frisar que, conforme o exame físico, o periciado possui um déficit funcional de grau leve no joelho esquerdo.

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

Sim

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

Sim

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

limitação de grau leve do joelho esquerdo, com bloqueio articular.

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"

() "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.

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3210041676
Vítima: MARTA MARIA DA SILVA

Cidade: Barreiros
Data do acidente: 07/07/2020

Natureza: Invalidez Permanente
Seguradora: USEBENS SEGUROS S/A

PARECER

Diagnóstico: Contusão de joelho esquerdo

Descrição do exame físico: Ao exame físico do joelho esquerdo apresenta joelho normal, flexão aos 120°, extensão aos 130°, ausência de derrames articulares, ausência de atrofias no segmento, sem amputação, marcha normal, agachamento alterado, sem encurtamento. Apresenta na região observada mobilização passiva normal, cicatriz operatória inexistente, sensibilidade normal, coloração normal, temperatura normal, sinais inflamatórios inexistentes, inexistência de alterações musculares, presença de alteração motora do segmento. Cumpre frisar que, conforme o exame físico, o periciado possui um déficit funcional de grau leve no joelho esquerdo.

Resultados terapêuticos: Tratamento conservador, imobilização com tala, fez fisioterapia.
Sequela estabelecida

Sequelas permanentes: Déficit funcional de grau leve no joelho esquerdo

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 25/02/2021

Conduta mantida:

Observações: O exame físico descrito demonstrou que após a consolidação das lesões ocorridas no trauma e o término do tratamento, há um quadro sequelar caracterizado por restrição dos movimentos habituais no joelho esquerdo, portanto mantemos a conduta do médico examinador.

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 joelho	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
		Total	6,25 %	R\$ 843,75

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE Marta Maria da Silva

Brasileiro (a), estado civil Solteira, profissão Do Pão

Residente e domiciliado à Rua Dot. Izzyndia Soá Brumelisca

Nº 90, Bairro PE 60 KM 65 Município de Barreiros

Estado de Pernambuco CEP 55560-000 Portador (a) do
RG Nº 5404463 SSP/ PE e CPF Nº 029 825 134-55

OUTORGADO: Jeimison José Neri de Lyra, brasileiro, casado , advogado, residente domiciliado à Rua JOÃO BATISTA DE VASCONCELOS, 111 A – CENTRO – BARREIROS - PE, estado de Pernambuco , CEP 55560-000, portador do RG Nº 6312850 SSP/PE e CPF Nº 049.520.594-05.

Por este instrumento particular de procuração, o (a) autorgante nomeia e constitui o (a) seu bastante procurador (a), para o fim especial de requerer junto à qualquer seguradora do Consórcio Seguro DPVAT, o pagamento do sinistro, que vitimou em acidente o (a) Sr(a) Marta Maria da Silva

ocorrido em 07 / 07 / 2020 conforme registrado pelo BO anexo ao processo.

Podendo dito(a) procurador(a), representar o(a) outorgante como se o(a) próprio(a) fosse, podendo requerer, assinar recibos, assinar declarações de endereço, assinar autorização de pagamento /credito de indenização de Sinistro DPVAT, enfim requerer e assinar todos os papais e documentos que farem precisos e praticar todos os demais atos necessários para o mais amplo e fiel cumprimento do presente mandato.

Barreiros , 03 , Setembro de 20 21.

Marta Maria da Silva

OUTORGANTE

CPF Nº 029 825 134-55

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0037412/21

Vítima: MARTA MARIA DA SILVA

CPF: 029.825.134-55

Data do acidente: 07/07/2020

CPF de: Próprio

Titular do CPF: MARTA MARIA DA SILVA

Seguradora: USEBENS SEGUROS S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

JEIMISON JOSE NERI DE LYRA : 049.520.594-05

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

MARTA MARIA DA SILVA : 029.825.134-55

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: 03/02/2021
Nome: JEIMISON JOSE NERI DE LYRA
CPF: 049.520.594-05

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 03/02/2021
Nome: SABRINA MAIRA HONORATO
CPF: 100.073.989-99

JEIMISON JOSE NERI DE LYRA

SABRINA MAIRA HONORATO

DESCONHECIDOS (não presente ao plantão) - Sexo: Desconhecido/Naturais
NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

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

VEICULO (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): PEDRO OLIVEIRA DA SILVA, que
estava em posse do(a) Sr(a): PEDRO OLIVEIRA DA SILVA
Categoria/Marca/Modelo: MOTOCICLETA/HONDA/CB 125 PAN E8 Objeto correspondente: N/A
Cor PRETA - Quantidade: 1 (UNIDADE NÃO INFORMADA)

Placa: KKS6161 (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Cabs: 8G2JC30708R073186
Ano Fabricação/Modelo: 2007/2008 Combustível: GASOLINA

Complemento / Observação

AFIRMOU A SR^a MARTA MARIA DA SILVA, QUE VINHA NA GARUPA DA
MOTOCICLETA DE SEU ESPOSO, QUANDO DE REPENTE O VEICULO DERRAPOU EM
UMA PARTE DA ESTRADA MOLHADA DE ÓLEO, VENDO OS DOIS CAIREM NO CHAO,
AMBOS SE MACHUCARAM, SENDO QUE A SR^a MARTA DEU ENTRADA NO HOSPITAL
OSMARIO OMENA DE OLIVEIRA, NA CIDADE DE SÃO JOSE DA CORDA GRANDE/PE,
TENDO PRONTUÁRIO N°81873, QUE A MESMA PRECISOU DE AVALIAÇÃO
ORTOPEDICA.

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

MARTA MARIA DA SILVA
(VITIMA)

Marta maria da Silva

S.O. registrado por: MARCONE JOSE ALVES DA SILVA - Matrícula: 3854264

[Assinatura]



PREFEITURA DE
MARAGOGI
nasce um novo tempo

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

RECEITUÁRIO

NOME:

Maria Flores da Silva

ENDERECO:

Desconhecido
Dr Alor Tavares em Jardim
Está Amendoa nº 102. B
entre Rua + Rua Mariana.
Residência Padrão com varanda
de 00m² evar com estru-
tura de madeira.

11255-1065

DATA:

31/10/12

ASS. PROFISSIONAL

[Handwritten signature]
Horácio Lúcio Góis
Médico - Odontólogo
CRM-BA 14322

PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO

NOME: _____

MEDIC. _____ QTDE. _____

MEDIC. _____ QTDE. _____

MEDIC. _____ QTDE. _____

MEDIC. _____ QTDE. _____

DATA 11 ASS. PROFISSIONAL

REGISTRO
GERAL

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

5404453

DATA DE
EXPEDIÇÃO

29.05.1995

NOME

MARTA MARIA DA SILVA

FILIAÇÃO

José Vitalino da Silva

Maria José da Silva

NATURALIDADE

Barreiros.PE;

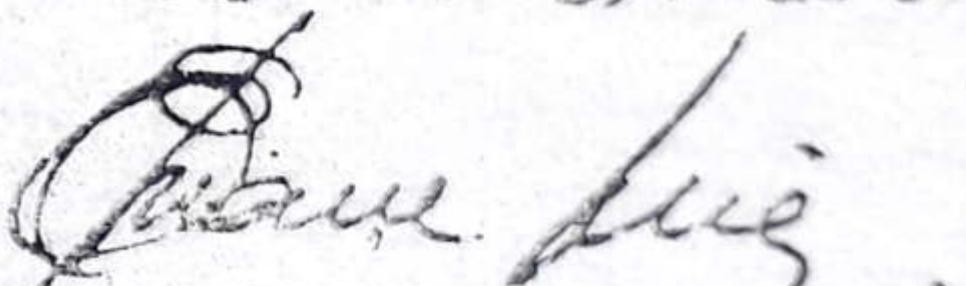
DATA DE NASCIMENTO

07.01.1976

DOC ORIGEM

C.N.1893.L.A/3.Fls.-35.Cart.de
Barreiros.PE.

CPF



Eliane Caldas Lira
ASSINATURA DO DIRETOR

LEI N°7.116 DE 29/08/83

Joelho Esquerdo - Leve - 25%

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



Leonardo Neves
Médico
CRM 17 742



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 082^a CIRCUNSCRIÇÃO - SÃO JOSÉ DA COROA GRANDE - DP82^aCIRC DINTER1/13^aDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N°. 20E0172000519

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 02/09/2020 às 10:45

Completa o BO Número: 20E0172000480

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado)
que aconteceu no dia 7/7/2020 às 08:40

Fato ocorrido no endereço: MUNICIPIO DE BARREIROS, 1, R. AYRES BELO,
CENTRO - Bairro: **CENTRO - BARREIROS/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PÚBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDOS (AUTOR / AGENTE)
PEDRO OLIVEIRA DA SILVA (OUTRO)
MARTA MARIA DA SILVA (VITIMA)
LUIZ FERREIRA DE LIMA FILHO (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO. (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a)
Sr(a): LUIZ FERREIRA DE LIMA FILHO

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

MARTA MARIA DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: Feminino Idade: MARIA JOSE DA SILVA Par: JOSE VITALINO DA SILVA Data de Nascimento: 7/1/1978 Naturalidade: BARREIROS / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 8464463/SSP/PE (RG) Estado Civil: AMASCIADO(A) Escolaridade: 2º GRAU COMPLETO Profissão: DO LAR Telefones Celulares: - 886818428

Endereço Residencial: MUNICIPIO DE BARREIROS, 80, FAZENDA SAO FRANCISCO, PLATOR 06, CASA 99 - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - BARREIROS/PERNAMBUCO /BRASIL

LUIZ FERREIRA DE LIMA FILHO (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL Estado Civil: DESCONHECIDO Escolaridade: DESCONHECIDO

PEDRO OLIVEIRA DA SILVA (não presente ao plantão) - Sexo: Desconhecido Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL Estado Civil:



IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (SOLICITANTE)

NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE

CNES

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME DO PACIENTE

Mário Mário B. Júnior

NP DO PRONTUÁRIO

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

DATA DE NASCIMENTO

/ /

SEXO

Masculino

Feminino

RAÇA/COR

ETNIA

NOME DA MÃE

TELEFONE DE CONTATO

NP DO TELEFONE

NOME DO RESPONSÁVEL

TELEFONE DE CONTATO

NP DO TELEFONE

ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

CÓD. IBGE MUNICÍPIO

CEP

PROCEDIMENTO SOLICITADO

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

SERVIÇO

CLASS

NOME DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

QTDE

TC 25 1000 500

PROCEDIMENTO(S) SECUNDÁRIO(S)

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

QTDE

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

QTDE

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

QTDE

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

QTDE

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

QTDE

JUSTIFICATIVA DO (S) PROCEDIMENTO(S) SOLICITADO(S)

Descrição do diagnóstico

Urticaria / constip.

CID 10 PRINCIPAL - CID 10 SECUNDÁRIO - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

OBSERVAÇÕES

SOLICITAÇÃO

NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

Hélio Barroso

DATA DA SOLICITAÇÃO

14/05/20

ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

DOCUMENTO

() CNS () CPF

NÚMERO DO DOCUMENTO (CNS/CPF)

043177813411

AUTORIZAÇÃO

NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

COD. ÓRGÃO EMISSOR

NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO (APAC)

DOCUMENTO

() CNS () CPF

NÚMERO DO DOCUMENTO (CNS/CPF)

DATA DA AUTORIZAÇÃO

ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

PERÍODO DE VALIDADE DA APAC

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (EXECUTANTE)

NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE

CNES



Ministério da Fazenda
Receita Federal

CPF

029.825.134-55

MARTA MARIA DA SILVA

Journal of Health Politics, Policy and Law

07/01/1976



DESCONHECIDO Escolaridade: **DESCONHECIDO**

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

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

VEICULO (VEICULO) da propriedade do(a) Sr(a): **PEDRO OLIVEIRA DA SILVA**, que
estava em posse do(a) Sr(a): **LUIZ FERREIRA DE LIMA FILHO**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 125 FAN ES** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **PRETA** - Quantidade: **1 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **KK59161** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Chassi: **BC2JC3879BR673166**
Ano Fabricação/Modelo: **2007/2008** Combustível: **GASOLINA**

Complemento / Observação

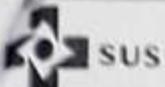
**AFIRMOU A SR^a MARTA MARIA DA SILVA, QUE VINHA NA GARUPA DA
MOTOCICLETA DE SEU ESPOSO, QUANDO DE REPENTE O VEICULO DERRAPOU EM
UMA PARTE DA ESTRADA MOLHADA DE ÓLEO, VENDO OS DOIS CAIREM NO CHAO,
AMBOS SE MAGUGARAM, SENDO QUE A SR^a MARTA DEU ENTRADA NO HOSPITAL
OSMARIO OMENA DE OLIVEIRA, NA CIDADE DE SAO JOSE DA COROA GRANDE/PE,
TENDO PRONTUARIO N°92873, QUE A MESMA PRECISOU DE AVALIACAO
ORTOPEDICA.**

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

**MARTA MARIA DA SILVA
(VITIMA)**

B.O. registrado por: **MARCONÉ JOSE ALVES DA SILVA** - Matrícula: **3854264**



SISTEMA
ÚNICO
DE SAÚDEMinistério
da
Saúde

APAC

Autorização de Procedimentos Ambulatoriais
Laudo de Solicitação / Autorização

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (SOLICITANTE)

NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE

CHES

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME DO PACIENTE

Marisa Moraes da Silva

NP DO PRONTUÁRIO

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

DATA DE NASCIMENTO

SEXO

Macho

Fêmea

RACA/COR

ETNIA

NOME DA MÃE

TELEFONE DE CONTATO
Nº DO TELEFONE

NOME DO RESPONSÁVEL

TELEFONE DE CONTATO
Nº DO TELEFONE

ENDERECO (RUA, Nº, BAIRRO)

MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

CÓD. IBGE MUNICÍPIO

CEP

PROCEDIMENTO SOLICITADO

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

SERVIÇO

CLASS

NOME DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

QTDE

An Socorr 63

PROCEDIMENTO(S) SECUNDÁRIO(S)

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

QTDE

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

QTDE

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

QTDE

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

QTDE

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

QTDE

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

QTDE

JUSTIFICATIVA DO(S) PROCEDIMENTO(S) SOLICITADO(S)

DESCRÍÇÃO DO DIAGNÓSTICO

Gota sensível à urina

CID 10 PRINCIPAL

CID 10 SECUNDÁRIO

CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

OBSERVAÇÕES

Tremor Hr 30 min

SOLICITAÇÃO

NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

Heleno Barros

DATA DA SOLICITAÇÃO

14/03/22

ASSINATURA E CARIMBO (REGISTRO DO CONSELHO)

DOCUMENTO

() CNS () CPF

NÚMERO DO DOCUMENTO (CNS/CPF)

09377313911

AUTORIZAÇÃO

NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

COD. ORGÃO EMISSOR

NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO (APAC)

DOCUMENTO

() CNS () CPF

NÚMERO DO DOCUMENTO (CNS/CPF)

DATA DA AUTORIZAÇÃO

ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

PERÍODO DE VALIDADE DA APAC

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (EXECUTANTE)

NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE

CNES



PREFEITURA DE
MARAGOGI
nasce um novo tempo
SISTEMA ÚNICO
DE SAÚDE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

RECEITUÁRIO

NOME:

Maria Nunes da Silva

ENDEREÇO:

Rua do Rio

Dar Álcool 70% em forma
de spray para rot. A
elétrica eletro + Receptor de humor.
Assim como punz com avivado
de uma sanguinosa com consti-
nuição inflamatória.

11255-1165.

DATA:

31/10/12

ASS. PROFISSIONAL

PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO

NOME: _____

MEDIC. _____ QTDE. _____

MEDIC. _____ QTDE. _____

MEDIC. _____ QTDE. _____

MEDIC. _____ QTDE. _____

DATA: / / ASS. PROFISSIONAL



PREFEITURA DE
MARAGOGI
nasce um novo tempo
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

RECEITUÁRIO

NOME:

Ana Lúcia

ENDEREÇO:

D1 Maricá 1º - 3Am.

DATA:

/ / ASS. PROFISSIONAL

PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO

NOME: _____

MEDIC. _____ QTDE. _____

MEDIC. _____ QTDE. _____

MEDIC. _____ QTDE. _____

MEDIC. _____ QTDE. _____

DATA */ /* ASS. PROFISSIONAL _____



SUS

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
HOSPITAL REGIONAL DE PALMARES DR. SÉRGIO FERNANDES BACELAR

HRP



RECEITUÁRIO

Unidade:

Nome:

Clínica:

Monte moro
de Sibé

Reg. N°

Enferm.

1 Profilm
____ OI Sc

Tomar 01 comp

de 12 / 12h

Dr. Daniel Sanches
Ortopedia e Traumatologia
Cirurgia da Mão
CRM-PB 19.149

Assinatura, Cachorro e CRM do Médico

Data: ____ / ____ / ____

Eng. Quilombo dos Palmares, BR 101, Km 185
Palmares - PE
www.hrpalmares.com
081 3661-8430



SISTEMA ÚNICO
DE SAÚDE

PREFEITURA DE

MARAGOGI

nasce um novo tempo

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

RECEITUÁRIO

NOME:

Maris Maris da Silva

ENDEREÇO:

Rua

DIRETAMENTE RETORNO/RETOUR

DOMS 52, 20 10100.

6 ANOS 25 A.D.U.

DATA:

28/08/16

ASS. PROFISSIONAL

PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO

NOME: _____

MEDIC. _____ QTDE. _____

MEDIC. _____ QTDE. _____

MEDIC. _____ QTDE. _____

MEDIC. _____ QTDE. _____

DATA / / ASS. PROFISSIONAL _____



PREFEITURA MUNICIPAL DE
SÃO JOSÉ DA COROA GRANDE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

SECRETARIA DE
SAÚDE
VOCÊ ENCONTRA AQUI

RECEITUÁRIO

Unidade de Saúde: Marta Maria da Silva

Nome do Paciente: _____ Idade: _____

Paciente em segundo ambulatório

Aqui consta de todos os exames.

Encontra-se apta para todo tipo

de atividade laboral.

13/09/20

DATA

CRM/CRO/COREN

Regulamento
de funcionamento
do ambulatório

L



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
HOSPITAL REGIONAL DE PALMARES DR. SÍLVIO FERREIRA MACEDO

RECEITUÁRIO



Unidade:

Nome:

Clinica:

Morte Nova
Reg. N°
do Sul

Enfer.:

Solicito



Fistulopexia
motoria
20 reprises

H.P = Antônio
de Melo

Assinatura, Carimbo e CRM do Médico

Data:

D/ Daniel Sanches
Ortopedia e Traumatologia
Cirurgia da Mão

Eng. Quilombo dos Palmares, BR 101, Km 185
Palmares - PE

www.hrpalmares.com
081 3661-8430

ID do Paciente: 943762

Data Nasc.: 07/01/1976

Nome: MARTA MARIA DA SILVA

Data do exame: 25/08/2020 13:27

Registro: 124249

Solicitante: DR. HORACIO LUIS BARROS

RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DO JOELHO ESQUERDO

TÉCNICA DE EXAME:

Foram obtidas imagens multiplanares do joelho esquerdo nas sequências pesadas em T1 e em densidade protônica com e sem supressão de gordura.

ANALISE:

Patele alta.

Focos e áreas com sinal hiperintenso em densidade protônica com supressão de gordura de permeio a medular óssea do cóndilo femoral lateral e platô tibial correspondente, sugerindo edema/contusão pós-traumática.

Pequeno foco com sinal hipointenso em T1 e hiperintenso em densidade protônica com supressão de gordura, justacortical no aspecto posterior do cóndilo femoral lateral, também sugerindo alteração pós-traumática.

Sinal irregular no corno posterior do menisco interno, o qual aparentemente se estende a superfície meniscal inferior, podendo corresponder a pequena lesão.

Menisco externo sem alterações apreciáveis.

Ligamento cruzado anterior espessado, com sinal isointenso em T1, sugerindo estiramento/sinovite.

Ligamento colateral medial irregular, notadamente em sua porção proximal, com edema nas partes moles circunjacentes, sugerindo lesão.

Ligamentos cruzado posterior e colateral lateral integros.

Tendões do quadriceps e patelar com intensidade de sinal normal.

Cartilagem patelar levemente afilada, com foco de edema em sua faceta medial, sugerindo

NOVA RESSONÂNCIA MAGNÉTICA, 1.5 TESLA

- ALTA TECNOLOGIA
- PRECISÃO EM DIAGNÓSTICO
- RAPIDEZ NA EXECUÇÃO DE EXAMES



na configuração de
EQUIPE DA WEBLAWA

clinicsanta@hotmail.com

Unidade I - ☎ (81) 3662-1577

Unidade II - ☎ (81) 3661-0320

Palmares - PE

ID do Paciente: 943762

Data Nasc.: 07/01/1976

Nome: MARTA MARIA DA SILVA

Registro: 124249

Data do exame: 25/08/2020 13:27

Solicitante: DR. HORACIO LUIS BARROS

Pequeno derrame articular, sugerindo sinovite.

Pequeno cisto de Baker.

Edema no tecido celular subcutâneo do joelho, notadamente nas faces anterior e medial.

Correlacionar com dados clínicos.

LDc

Patrícia N Zanardi
Dra. Patrícia N Zanardi
CRM 28054 - PE

NOVA RESSONÂNCIA MAGNÉTICA, 1.5 TESLA

- ALTA TECNOLOGIA
- PRECISÃO EM DIAGNÓSTICO
- RAPIDEZ NA EXECUÇÃO DE EXAMES



ma correlação com os
EQUIPE DA WEBLAUD

clinicsanta@hotmail.com

Unidade I - ☎ (81) 3662-1577

Unidade II - ☎ (81) 3661-0320

Palmares - PE