
Rio de Janeiro, 19 de Junho de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200218901

Vítima: MARIA DO CARMO DA SILVA

Data do Acidente: 06/12/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ANDERSON LUCENA DE OLIVEIRA JUNIOR

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), MARIA DO CARMO DA SILVA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 (trinta) dias, contatos a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 01 de Julho de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200218901

Vítima: MARIA DO CARMO DA SILVA

Data do Acidente: 06/12/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ANDERSON LUCENA DE OLIVEIRA JUNIOR

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), MARIA DO CARMO 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\$ 675,00

Dano Pessoal: Dedos da pé-Perda funcional completa de qualquer um dos dedos do pé 10%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 10%) 5,00%

Valor a indenizar: 5,00% x 13.500,00 = R\$ 675,00

Recebedor: MARIA DO CARMO DA SILVA

Valor: R\$ 675,00

Banco: 104

Agência: 000000648

Conta: 00000187545-6

Tipo: CONTA POUPANÇA

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

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

Quer 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



Rio de Janeiro, 03 de Março de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200091588

Vítima: MARIA DO CARMO DA SILVA

Data do Acidente: 06/12/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ANDERSON LUCENA DE OLIVEIRA JUNIOR

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), MARIA DO CARMO DA SILVA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 (trinta) dias, contatos a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

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: 25/06/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 675,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: MARIA DO CARMO DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00648

CONTA: 000000187545-6

Nr. da Autenticação 21A2E1A2369677B2

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200218901 **Cidade:** Recife **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARIA DO CARMO DA SILVA **Data do acidente:** 06/12/2019 **Seguradora:** COMPANHIA DE SEGUROS ALIANÇA DA BAHIA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 19/06/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA 1º DEDO DO PÉ DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO. ALTA MÉDICA. P15,17.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DE 1º DEDO DO PÉ 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 DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DE PÉ 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
Dedos da pé-Perda funcional completa de qualquer um dos dedos do pé	10 %	Em grau médio - 50 %	5%	R\$ 675,00
Total			5 %	R\$ 675,00

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

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)
Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=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 Anderson Lucena de Oliveira Júnior

inscrito (a) no CPF/CNPJ 704.252.874-32, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Maria do Carmo da Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 765.681.564 / 34

do sinistro de DPVAT cobertura universaliz da Vítima Maria do Carmo da Silva

inscrito (a) no CPF sob o Nº 765.681.564 / 34, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

☒ Recuso informar

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

Endereço: <u>Rua Doutor Volpeliño Filho</u>		Número: <u>408</u>	Complemento: <u>laxa</u>
Bairro: <u>Estância</u>	Cidade: <u>Recife</u>	Estado: <u>PE</u>	CEP: <u>50781-025</u>
E-mail: _____		Tel.(DDD): <u>(81) 98529-6651</u>	

Local e Data: Recife, 23 de janeiro de 2020.

Anderson Lucena de Oliveira Júnior
Assinatura do Declarante

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

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)
Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | **SAC** (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | **Central Ouvidoria**: 0800 021 91 35

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=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 Anderson Lucena de Oliveira Júnior

inscrito (a) no CPF/CNPJ 704.252.874-32, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Maria do Carmo da Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 165.681.564 / 34

do sinistro de DPVAT cobertura invalidadez da Vítima Maria do Carmo da Silva

inscrito (a) no CPF sob o Nº 165.681.564 / 34, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

☒ Recuso informar

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

Endereço: <u>Rua Doutor Policarpo Filho</u>	Número: <u>408</u>	Complemento: <u>coxa</u>
Bairro: <u>Estância</u>	Cidade: <u>Recife</u>	Estado: <u>PE</u>
E-mail: _____	CEP: <u>50781-025</u>	Tel.(DDD): <u>(81) 98529-6651</u>

Local e Data: Recife, 23 de janeiro de 2020.

Anderson Lucena de Oliveira Júnior
Assinatura do Declarante

RG. 4.083.706

SDS

04/05/38

GOVERNO DE
Pernambuco



UPA24h

UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO

CASA AMARELA



Hospital Infantil

Maria Lucinda

Fundação Manoel de Silva Almeida

EMERGÊNCIA PEDIÁTRICA

Data do Atendimento: 06/12/19

Hora: 22/ Hs

Registro: _____

Nome: Maria da Conceição da Silva

Pais ou responsáveis: Maria da Conceição da Silva

Data do Nascimento: 16/09/53

Endereço: Rua da Amarela

Nº: _____

Bairro: _____

Município: _____

UF: _____

Hora do Atendimento: 22/40 Hs

Peso: _____ Kg

Temperatura: _____ °

QPD / HDA: Paciente queixou-se de tontura + náusea + vômito e se internou para observação de 24h.

EXAME FÍSICO: ECG em ritmo sinusal, sem alterações significativas.

CONDUTA NA EMERGÊNCIA / PRESCRIÇÃO: 1) A Sala de Observação (Observação de 24h).

2) Rx PE (D)

EVOLUÇÃO NA EMERGÊNCIA: 3) Repetir ECG 01/12/19

Dr. Frutuoso em 1º passo de diagnóstico (D)

*Destino do Paciente: () Alta para casa () Encaminhamento ao ambulatório () Internamento () Transferência para outra unidade () Óbito () Outro: Dr. Frutuoso

*Condição de Saúde do Paciente: () Melhorado () Inalterado () Piorado

*Médico que prestou atendimento (Assinatura / Carimbo c/CRM e CPF).



UPA24h

UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO
CASA AMARELA



Classificação de Risco
EMERGÊNCIA ADULTO

NOME: Maria do Carmo da Silva

IDADE: 67 anos

DATA: 06/12/2008

HORA: 22:00

MUNICÍPIO: Recife-PE

P.A. _____

T. _____

F.C. _____

I - Sinais de emergência atendimento imediato - CLASSIFICAR COMO VERMELHO

- 1 - Apnéia ☐ Cianose ☐ Tiragem Subcostal ☐ Estridor ☐ Gemência ☐
2 - Extremidades Frias ☐ Enchimento Capilar Lentificado ☐ Pulso Fraco ☐ Pulso Ausente ☐
3 - Sudorese ☐ PAS < 80 mmHg ☐
4 - Convulsionando no Momento ☐ Irresponsivo ou só Resposta a Dor ☐ Letargia ☐
5 - Queimaduras em mais de 25% da SC ou incompetência de vias aéreas ☐
6 - Intoxicação Exógena ☐
7 - Sangramento Intenso ☐ Lesão Grave ☐

II - Sinais de Urgência - Atendimento preferencial sobre os pacientes classificados como VERDE, no consultório ou leito da sala de observação - CLASSIFICAR COMO AMARELO

- 1 - Politraumatizado com Glasgow entre 13 e 15 ☐
2 - FC < 50 ou > 140 ☐ PAS < 90 ou > 240 ☐ PAD > 130 sem Sintomas ☐
3 - Febre > 39° ☐ Febre com Imunodepressão ☐
4 - História de Convulsão nas Últimas 24 horas ☐ Impossibilidade de Deambulação Aguda ☐
5 - Tumor Pastoso ☐ Mucosas Ressecadas ☐
6 - Queimaduras de 2° e 3°, áreas não críticas, SCQ < 10% ☐
7 - Víctima de Abuso Sexual Ocorrido até 72 Horas ☐
8 - Fraturas Anguladas e Luxações com comp. Neuro - Vascular ou Dor Intensa ☐
9 - Dor abdominal Intensa ☐ Dor Torácica Intensa ☐
10 - História até 72 horas de:
Melena ☐ Hematêmese ☐ Enterorragia ☐ Epistaxe ☐
11 - Acidente Perfuro-Cortante com material Biológico ☐

III - Sem risco de morte - Somente será atendido após todos os pacientes classificados como VERMELHO e AMARELO - CLASSIFICAR COMO VERDE

- 1 - Idoso ☐ TCE sem perda de consciência ☐
- 2 - Febre sem outros sinais clínicos ☐
- 4 - Retorno com período < 24 horas por ausência de melhora ☐
- 5 - Lombalgia Intensa ☐
- 6 - Entorse, suspeita de fraturas, luxações ☐
- 7 - Dor abdominal sem alterações de sinais vitais ☐

IV - Quadro crônico sem agudização ou caso social (deverá ser encaminhado para atendimento em unidade básica de saúde ou atendido pelo serviço social) - CLASSIFICAR COMO AZUL

- 1 - Queixas crônicas sem alterações agudas ☐
- 2 - Coriza, dor de garganta ☐
- 3 - Coriza crônica ou recorrente ☐
- 4 - Queimaduras de 1º grau em áreas não críticas e a mais de 6 horas ☐
- 5 - Troca de curativos ou retirada dos pontos ☐
- 6 - Vômitos, diarreia sem desidratação ☐

ATENDIMENTO: Vermelho ☐
Amarelo ☒
Verde ☐
Azul ☐

*Relatar dor com MID após
Trauma à ± 1 hora.
Alim. med. ☐
HAS ☐ DM ☐
→ PA = 120/32 MM.
FC = 123
Sat O₂ = 97%
Temp = 36,9°C*

ENCAMINHADO:

Clínico

ORIENTOU:

Gleidy Araújo

Enfermeira

CCREN nº 169417

ASSINATURA E CARIMBO DO ENFERMEIRO

ASSINATURA E CARIMBO DA ASSISTENTE SOCIAL

UPA24H - UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO UPA NOVA DESCOBERTA

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO - PROTOCOLO NEWS

DATA: 06/12/2019
HORA: 22:13:14
PACIENTE: MARIA DO CARMO DA SILVA
D.NASC: 16/09/1953

		VALOR	SCORE	
	FR	18	0	
	SpO2, escala 1(%)	97	0	
	SpO2, escala 2(%) Utilizar em retentor CO2	89	0	
	Ar ambiente (AA ou O2)	AA	0	
	PAS	203	0	
	FC (Pulso)	123	2	
	Consciência	ALERTA	0	
	Temperatura	34,1	3	
	HAS	SIM		
	DM	NÃO		
	PRESSÃO	203X114		
	HGT	-		
	ALERGIA	NÃO		
	SCORE	0,0		
HH			2	

BAIXO RISCO

Secretaria de Saúde de Pernambuco
Fundação Mancel da Silva Almeida
Unidade de pronto atendimento Solano Trindade - Upa Nova Descoberta

Sistematização da Assistência de Enfermagem - SAE

TÉCNICO DE ENFERMAGEM

Cliente: Maria do Carmo Idade: 54
Enfermaria: 54 Leito: 114 Data: 7/12/19

SINAIS VITAIS - PLANTÃO

HORA	TEMP	FR	FC	PA	HGT	SAT O ₂	PESO
12							
18							

ENTREVISTA

Nível de Consciência: ☒ Consciente () Inconsciente () Orientado () Desorientado () Comatoso () Sedado

Atividade: ☒ Ativo () Hipotivo () Resoluto-manuseio () Ghorando () Dormindo () Gemente

Acesso Venoso: ☒ Sem acesso () Periférico () Central () Jugular

Data da troca de acesso: / /

Oxigenação: ☒ Ar ambiente () Cateter Nasal () Venturi % () CPAP () VM

Respiratório: ☒ Eupneico () Dispneico () Bradipneico () Taquipneico () Apneia () Tiragem () Subcostal () Fômites Intercoastal () BAN

Tosse: ☒ Presente () Ausente Aspecto: ☒ Seca () Produtiva () Expectoração

Digest: ☒ Boa aceitação () Inapetência () Zero () VO () LME () SNG () SNE () GTT () Paraternal Resíduo Gástrico: ml

Diurese: ☒ Presente () Ausente () Oligúria () Anúria () Espontânea () Incontinência () SVD () SVA () Frieza Aspecto: ☒ Clara () Concentrada () Colúrica () Hematúria Volume total: ml

Evacuações: ☒ Presente () Ausente Aspecto: ☒ Diarreia () Pastosa () Ressecada () Constipação () Melena Frequência:

Vômitos: ☒ Ausente () Presente vezes () Esverdeados () Borra de café () Hematêmese

Dor: ☒ Ausente () Presente Local:

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

Prof
Gov
Nunes
ASSINATURA (CARIMBO)

Secretaria de Saúde de Pernambuco
Fundação Manoel da Silva Almeida
Unidade de pronto atendimento Solano Trindade - UPA Nova Descoberta

Sistematização da Assistência de Enfermagem - SAE

TÉCNICO DE ENFERMAGEM

Cliente: M^{re} do Carmo Da Silva Idade: _____
Enfermaria: 5.ª Leito: 101 Data: 06/11/19

SINAIS VITAIS - PLANTÃO N

HORA	TEMP	FR	FC	PA	HGT	SAT O ₂	PESO
08			102	178 x 102	170		
16							

ENTREVISTA

Nível de Consciência: () Consciente () Inconsciente () Orientado () Desorientado () Comatoso () Sedado
Atividade: () Ativo () Hipotivo () Relativo ao manuseio () Chorando () Dormindo () Gemente
Acesso Venoso: () Sem acesso () Periférico () Central () Jugular
Data da troca de acesso: ____/____/____
Oxigenação: () Ar ambiente () Cateter Nasal () Venturi ____ % () CPAP () VM
Respiratório: () Espúrico () Dispneico () Bradipneico () Taquipneico () Apnéia () Tiragem () Subcostal () Fômites () Intercostal () BAN
Tosse: () Presente () Ausente Aspecto: () Seca () Produtiva () Expectoração
Dieta: () Boa aceitação () Inapetência () Zero () VO () LME () SNG () SNE () GTT () Parenteral
Resíduo Gástrico: ____ ml
Diurese: () Presente () Ausente () Oligúria () Anúria () Espontânea () Incontinência () SVD () SVA () Fria () Clara () Concentrada () Colúria () Hematúria Volume total: ____ ml
Evacuações: () Presente () Ausente Aspecto: () Diarreia () Pastosa () Ressecada () Constipação () Melena
Frequência: ____
Vômitos: () Ausente () Presente ____ vezes () Esverdeados () Borra de café () Hematêmese
Dor: () Ausente () Presente Local: _____

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

Pact 150 3.ª A do uapom de
transf. hemor. 19/11/19

Fabiana Ferreira da Silva
Colen-P 1.286.583-TE

ASSINATURA (CARIMBO)

Protocolo de Encaminhamento

HOF

TIPO DE OCORRÊNCIA

Causa Externa: Acidente/Violência () Causa Clínica () Obstétrico () Psiquiátrico ()
Em caso de violência/acidente: Via Pública () Domicílio () Local de Trabalho ()

SENHA 582222

IDENTIFICAÇÃO

Nome do Paciente: Maria do Carmo da Silva Idade: 65
Sexo: M () F () Profissão: _____ Fone: _____
Endereço Residencial: _____ Bairro: _____
Cidade: Recife

CAUSA EXTERNA (ACIDENTE/VIOLENCIA)

Acidente de Trânsito: Ônibus () Caminhão () Carro de Passeio () Motocicleta ()
Atropelamento: Pedestre () Ciclista ()
Automóvel (Colisão): Passageiro () Motorista () Banco de Trás () Banco da Frente () Uso de cinto: S () N ()
Motocicleta: Motociclista () Passageiro () Uso de Capacete: S () N ()
Semi-Afogamento/Submersão () Soterramento ()
Intoxicação Exógena () Animais Peçonhentos () Agente Causador: _____
Exposição ao: Fogo/Fumaça/Choque Elétrico ()
Queimaduras: 1º Grau () 2º Grau () 3º Grau ()
Queda: () Altura Aproximada _____ Metros () Queda da Própria Altura
Agressões: () Por Arma de Fogo/Tipo _____ () Arma Branca/Tipo: _____
Agressão Sexual () Maus Tratos () Outros () Citar: _____
Mecanismo do Trauma: () Impacto Frontal () Impacto Lateral () Impacto Traseiro () Ejeção () Capotamento

CAUSAS CLÍNICAS

História Clínica Atual: Paciente apresenta fratura exposta, com
hemorragia, dor e edema no membro superior direito.
Após atendimento em UPA.
Hipótese Diagnóstica: Fratura exposta.

AValiação Clínica

Glicemia Capilar (HGT): _____ Temperatura: _____ F.C.: _____ P.A.: 200 x 100
Vias Aéreas: FR _____ Dispneia S () N () Tiragem Intercostais S () N () Obstrução Vias Aéreas: S () N ()
Sibilos Expiratórios: S () N () BAN*: S () N () Deformidade do Tórax: S () N () Gemido/ Estridor: S () N ()
Distúrbio Fala/Choro: S () N ()
Agitação Psicomotora: S () N () Lesões de face: S () N () Retração Xifóide: S () N ()
Perfusão Periférica: Boa () Lentificada () Bulhas Cardíacas: Normofonéticas () Hipofonéticas ()
Pulso: Rítmico () Arritmico () Filiforme () Fino ()
Coloração da Pele: Normocorada () Palidez () Cianose ()
Sudorese: S () N () Desidratado: S () N () Ictérico: S () N ()

FR: RN 35-50
< 1 ano 30-50
Crianças 20-30
Adulto 12-30

FC: RN 120-160
< 1 ano 90-140
Criança 80-110
Adulto 60-100

Secretaria de Saúde de Pernambuco
 Fundação Manoel da Silva Almeida
 Unidade de pronto atendimento Solano Trindade – Upa Nova Descoberta

Sistematização da Assistência de Enfermagem - SAE

TÉCNICO DE ENFERMAGEM

Cliente: _____ Idade: _____
 Enfermaria: _____ Leito: _____ Data: _____

SINAIS VITAIS – PLANTÃO

HORA	TEMP	FR	FC	PA	HGT	SAT O ₂	PEBC

ENTREVISTA

Consciência: () Consciente () Inconsciente () Orientado () Desorientado () Comatoso () Sedado
 Atividade: () Ativa () Hipotativa () Reativo ao estímulo () Celerando () Dominando () Gemente
 Acesso Venoso: () Sem acesso () Periférico () Central () Jugular
 Data da troca de acesso: ____/____/____
 Oxigenação: () Ar ambiente () Cateter Nasal () Venturi ____% () CPAP () VM
 Respiratório: () Eupneico () Dispneico () Bradipneico () Taquipneico () Apneia () Targem () Subcostal () Percussão
 Intercostal () BAN
 Tosse: () Presente () Ausente Aspecto: () Seca () Produtiva () Expectoração
 Diarreia: () Boa aceitação () Inapetência () Zero () VO () LME () SNG () SNE () GTT () Parenteral
 Resíduo Gástrico: ____ml
 Diurese: () Presente () Ausente () Oligúria () Anúria () Espontânea () Incontinência () SVD () SVA () Fria
 () Clara () Concentrada () Colúria () Hematuria Volumétrica ____ml Aspecto:
 Evacuação: () Presente () Ausente Aspecto: () Diarreia () Pastosa () Ressecada () Constipação () Meia
 Frequência: ____
 Vômitos: () Ausente () Presente ____ vezes () Esverdeados () Bordo de café () Hematemese
 Dor: () Ausente () Presente Local: _____

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

ASSINATURA (CARIMBO)

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

Escola de Coma de Glasgow (ECG)

ABERTURA OCULAR

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

RESPOSTA VERBAL

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

RESPOSTA MOTORA

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

TOTAL DE PONTOS ECG: 15

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

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

Classificação TCE pela ECG
ECG 3-8: TCE Grave
ECG 9-13: TCE Moderado
ECG 14-15: TCE Leve

NATUREZA DA LESÃO

Presença de sangramento externo: S () N ()

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

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

USO DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS

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

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

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

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

CONDUTA CLÍNICA/EVOLUÇÃO

Imobilização da Coluna Cervical: S () N ()

Imobilização Tala Gessada: S () N ()

Antibioticoterapia: S () N () Especificar: _____

Oxigenioterapia: Cateter () Venturi () CPAP ()

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

Entubação Orotraqueal: S () N ()

Ventilação Mecânica: Modalidade _____

FIO2: _____

Reanimação Cardiopulmonar: S () N ()

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

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

Volume de Fluidos infundido: _____

Outras Condutas: Eutetapil 25mg, 100

Intercorrências: _____

MOTIVO DA TRANSFERÊNCIA

Avaliação da Traumatologia-ortopedica.

CONCLUSÃO DO ATENDIMENTO

Hospital para onde foi encaminhado: _____

Médico Regulador: _____

Transferência com acompanhamento Médico: S () N ()

Hora: 23:30

06/12/19

Local e data

[Assinatura]
Médico Assistente

Secretaria de Saúde de Pernambuco
 Fundação Manoel da Silva Almeida
 Unidade de pronto atendimento Solano Trindade – Upa Nova Descoberta

Sistematização da Assistência de Enfermagem - SAE

TÉCNICO DE ENFERMAGEM

Cliente: _____ Idade: _____
 Enfermaria: _____ Leito: _____ Data: ____/____/____

SINAIS VITAIS - PLANTÃO

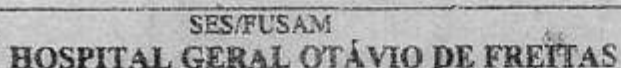
HORA	TEMP	FR	FC	PA	HGT	SAT O ₂	PEBO

ENTREVISTA

Nível de Consciência: () Consciente () Inconsciente () Orientado () Desorientado () Comatoso () Sedado
 Atividade: () Ativo () Hipotivo () Reactivo ao estímulo () Chorando () Dormindo () Gemendo
 Acesso Venoso: () Sem acesso () Periférico: _____ () Central: _____ () Jugular: _____
 Data da troca de acesso: ____/____/____
 Oxigenação: () Ar ambiente () Cateter Nasal () Venturi ____% () CPAP () Vm ____
 Respiratório: () Eupneico () Dispneico () Bradipneico () Taquipneico () Apneia () Tiragem () Subcostal () Pícora () Intercoastal () BAN
 Tosse: () Presente () Ausente Aspecto: () Seca () Produtiva () Expectoração _____
 Diarreia: () Boa aceitação () Inapetência () Zero () YO () LME () SNG () SNE () GTT () Parenteral
 Resíduo Gástrico: _____ ml
 Diurese: () Presente () Ausente () Oligúria () Anúria () Espontânea () Incontinência () SVD () SVA () Fralda Aspecto: () Clara () Concentrada () colérica () Hematúria Volumetotal: _____ ml
 Evacuação: () Presente () Ausente Aspecto: () Diarreia () Pastosa () Ressecada () Constipação () Meia Frequência: _____
 Vômitos: () Ausente () Presente _____ vezes () Esverdeados () Borra de café () Hematêmese
 Dor: () Ausente () Presente Local: _____

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

ASSINATURA (CARIMBO)



EVOLUÇÃO CLÍNICA

LEITO: *DA*

Dr. Giovanni A. Sili
CORRE-DE: 76.556 Lit
(CCM)

ALTA HOSPITALITY

Julia Franas
COTTON, 10/10/11



HOSPITAL OTÁVIO DE FREITAS SES/PE



RELATÓRIO DA OPERAÇÃO

NOME DO PACIENTE: MARIA DO CARMO DA SILVA		REG: 1101768
CLINICO: ORTOPEDISTA		Nº DO LEITO:
OPERADOR: DRA MARINA		
1º ASSISTENTE: DR. ULYSSES MACEDO		2º ASSISTENTE:
INSTRUMENTADOR:		ANESTESISTA: LOCAL
ANESTESISTA: LOCAL		DURAÇÃO:
DATA DA OPERAÇÃO: 08/12/2019	INÍCIO:	FIM:
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: LUXAÇÃO EXPOSTA DE HÁLUX D		
DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO: O MESMO		
OPERAÇÃO PROPOSTA: TTO CIRURGICO DE LUXAÇÃO EXPOSTA DE HALUX D		
OPERAÇÃO REALIZADA: O MESMO		

DESCRIÇÃO DO ATO OPERATÓRIO

1. PACIENTE EM DDH SOB RAQUIANESTESIA
2. APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTEREIS
3. BSEVADO FERIMENTO EM REGIAO DORSAL E LATERAL DE HALUX COM LESAO DE ARTERIA
4. REALIZADA LAVAGEM ABUNDANTE COM SF 0,9%
5. DESBRIDAMENTO DE TECIDOS NECROTICOS
6. REDUÇÃO + FIXAÇÃO DE F3/F2
7. APROXIMAÇÃO DE BORDAS
8. CURATIVO
9. BOA PERFUSÃO
10. SR

[Handwritten signature]
Ulysses Macedo
Ortopedista
CRM 26.49647-7/PE

HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

MANCHESTER_V2

Data e hora retirada da senha: 08/12/2019 15:47

Nome Paciente: MARIA DO CARMO DA SILVA
Cód. Paciente: 1101768
Data de Nascimento: 16/09/1953
Sexo: Feminino
Idade: 66
Senha: EA0016
Convênio: 2 - SUS - AMBULATORIO
Atendimento: 3410177
SAME: 1101768



Período: 08/12/2019 15:49 - 08/12/2019 15:52

EDNA BARBOSA SILVA - COREN: 41924 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - CLASSIFICAÇÃO

Prioridade: AMARELO - URGENTE

Cor: AMARELO

Queixa Principal: REFERE QUE CARRO PASSOU POR CIMA DO PÉ D. HÁ 2 DIAS. HAS.

Observação: NEGA ALERGIAS OU DM. VEIO DA UPA DO IBURA. P.A.=179X116MMHG. P=118.

Fluxograma sintoma: PROBLEMAS EM EXTREMIDADES

Discriminador(es): - DOR MODERADA?

Especialidade: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

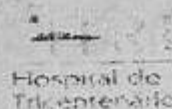
Sinais Vitais Lidos: - RÊGUA DE DOR: 5

Acolhido(a) por: EDNA BARBOSA SILVA - COREN: 41924 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 08/12/2019 15:52

Convidado

Leito 08



Nome: MARIA DO CARMO DA SILVA
Dt. Nasc.: 16/09/53 - 66 ano(s)
Mãe: MARIA DE LOURDES DE LIMA
Endereço: R ALTO DO ABACAXI, nº 5, COHAB, RECIFE - PE
Data/hora: 07/12/2019 - 14:14

Nº registro: 259413
Sexo: Feminino
Fone: 81984626002
Nº pág.: 1/1

GUIA DE ENCAMINHAMENTO E TRANSFERÊNCIA

HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL:

REFERE QUE CARRO PASSOU POR CIMA DO PÉ D HA 01 DIA
FOI ATENDIDA NA UPA DO BREJO E AGUARDAVA TRANSFERÊNCIA PORÉM EVADIU A NOITE

EXAME FÍSICO:

PA: x mmHg | Temperatura: °
HGT: mg/dL | Sat O2: % | FC: Bpm | Peso: | Altura:

FERIMENTO + DEFORMIDADE EM HALUX D

CONDUTA:

LIMPEZA + REDUÇÃO + CURATIVO

EXAMES COMPLEMENTARES/RESULTADOS:

EM ANEXO

FRATURA LUXAÇÃO EXPOSTA DO HALUX

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA: S924 FRATURA DO HÁLUXI

DADOS DA TRANSFERÊNCIA:

Transferência encaminhado para: Hospital Otávio de Freitas
Motivo: Tratamento Cirúrgico
Senha: 5832564

ESPECIALIDADE: TRAUMATOLOGIA

Transporte: Ambulância Unidade

Transferência Cancelada? NÃO

RECIFE - PE
07/12/2019 14:18:58
Dr. PEDRO PAULO PITT DE LIMA

Dr. PEDRO PAULO PITT DE LIMA
CRM:24609

Este documento foi assinado digitalmente, conforme Medida Provisória Nº 2.200-2 de 24/08/2001.
Nome do profissional: PEDRO PAULO PITT DE LIMA. CRM: 24609. Data e Hora: 07/12/2019 14:18:58.

Rua Vale do Itajaí, s/n, Ihara CEP: 51320-190 - Recife/PE
Contato: (81) 3184-4616



Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco
Hospital Otávio de Freitas

Nome:
MARIA DO CARMO DA SILVA

Sexo:
FEMININO

Mãe:

MARIA DE LOURDES DE LIMA

Endereço:

RUA ALTO DO ABACAXI, N.º 5 - : BAIRRO: COHAB - CIDADE: RECIFE - UF: PE

Idade:
66 Anos 2 Meses 22 Dias

Contatos:

81. 84626002 | Celular: 81.

Nasc:
16/09/1953

Dados do Atendimento:

Data/Hora Atend.: 08/12/2019 15:47

Prontuário: 1101768

Nº. Atendimento: 3410177

Serviço: CIRURGIA

Enfermaria/Leito:

Médico:

EDUARDO KRUG CARVALHO

Admissão

Queixa Principal

DOR EM 1 PDD

História Clínica

PACIENTE SOFREU ATROPELAMENTO COM TRAUMA EM HÁLUX DIREITO HÁ 2 DIAS

Exame Físico

FERIMENTO EM 1 PDD

Observações

FRATURA LUXAÇÃO EXPOSTA DO 1 PDD

Conduta

CIRURGICO

EDUARDO KRUG CARVALHO - CRM: Nº.15075

Data/Hora: 08/12/2019 - 16:14

REVISADO

10/12/19
Wallin

Dr. Eduardo Krug
Ortopedista
CRM: 15.075

30/12/19
CADASTRADO
SECRETARIA DE SAÚDE

Nome: MARIA DO CARMO DA SILVA**Dt. Nasc.:** 16/09/53 - 66 ano (s)**Mãe:** MARIA DE LOURDES DE LIMA**Endereço:** R. ALTO DO ABACAXI, nº 5, COHAB. RECIFE - PE**Data/hora:** 07/12/2019 - 12:47**Nº registro:** 259413**Sexo:** Feminino**Fone:** 81984626002**Nº pág.:** 1/1

CONSULTA ORTOPÉDICA

Anamnese Médica / Evolução Clínica:

REFERE QUE CARRO PASSOU POR CIMA DO SEU PÉ D HA 01 DIA

FOI ATENDIDA NA UPA DO BREJO E AGUARDAVA TRANSFERENCIA POREM EVADIU A NOITE

Exame Físico:

DEFORMIDADE COM FERIMENTO EM HALUX D

Resultados de Exames:

FRATURA LUXAÇÃO DO HALUX

Conduta:

SOLICITO SENHA PARA TTO CIRURGICO

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:

FRATURA LUXAÇÃO EXPOSTA DO HALUX D

Óbito: Não**Dr. PEDRO PAULO PITT DE LIMA**

CRM: 24609

Nome: MARIA DO CARMO DA SILVA

Nº registro: 259413

Dt. Nasc.: 16/09/53 - 66 ano (s)

Sexo: Feminino

Mãe: MARIA DE LOURDES DE LIMA

Fone: 81984626002

Endereço: R ALTO DO ABACAXI, nº 5, COHAB. RECIFE - PE

Data/hora: 07/12/2019 - 12:43

Nº pág.: 1/1

CONSULTA MÉDICA

Anamnese Médica / Evolução Clínica:

PACIENTE RELATA LESÃO E DOR NO DEDO DO PE DIREITO APOS CARRO PASSAR POR CIMA ONTEM A NOITE, REFERE TER SIDO ATENDIDA ONTEM EM OUTRO SERVIÇO POS TRAUMA. HIPERTENSÃO NO MOMENTO

Exame Físico:

EGB, LOTE, AAA, HIDRATADO, EUPNEICO
AR E ACV, ABD: NDN

Resultados de Exames:

Conduta:

- 1) ANTIHIPERTENSIVO
- 2) SOLICITO AVALIAÇÃO DO ORTOPEDISTA

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:

PICO HIPERTENSIVO

Óbito: Não

Dr.ª MANOELA FERNANDES FERREIRA
CRM: 28620

Nome: MARIA DO CARMO DA SILVA
Dt. Nasc.: 16/09/53 - 66 ano (s)
Mãe:
Endereço: , nº , -
Data/hora: 07/12/2019 - 12:38

Nº registro: 259413
Sexo: Feminino
Fone:
Nº pág.: 1/1

RESUMO DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO
07/12/2019 - DAYANE DE MOURA

SENHA: P065

Classificação de Risco: URGÊNCIA - AMARELO
Especialidade: CLÍNICA MÉDICA
Encaminhado Para: CONSULTÓRIO - CLÍNICA MÉDICA

ANAMNESE ENFERMAGEM

ALERGIA: NEGA

QUEIXA PRINCIPAL:

Hipertensão

- Ferimento

PACIENTE RELATA CORTE E DOR NO DEDO DO PE DIREITO APOS CARRO PASSAR POR CIMA ONTEM A NOITE

EXAME FÍSICO:

PA: 190 x 120 mmHg | temperatura:
HGT: | Sat O2: | FC: | Peso: | Altura:

OBSERVAÇÕES:

NEGA

Dr.ª DAYANE DE MOURA SANTANA
COREN : 7822

Este documento foi assinado digitalmente, conforme Medida Provisória Nº 2.200-2 de 24/08/2001.
Nome do profissional: DAYANE DE MOURA SANTANA. Data e Hora: 07/12/2019 12:40:01.

Rua Valé do Itajai, s/n, Ibura CEP: 51320-180 - Recife/PE
Contato: (81) 3184-4616

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

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

EC-2

100.000.000.000

ANDERSON LUCENA DE OLIVEIRA JÚNIOR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 8.171.555 DATA DE EMISSÃO 16/01/2013

NOME << ANDERSON LUCENA DE OLIVEIRA JÚNIOR >>

FILIAÇÃO << ANDERSON LUCENA DE OLIVEIRA >>
<< MARCELA CRISTINA LEITE DOS SANTOS >>

NATURALIDADE RECIFE - PE DATA DE NASCIMENTO 07/04/1999

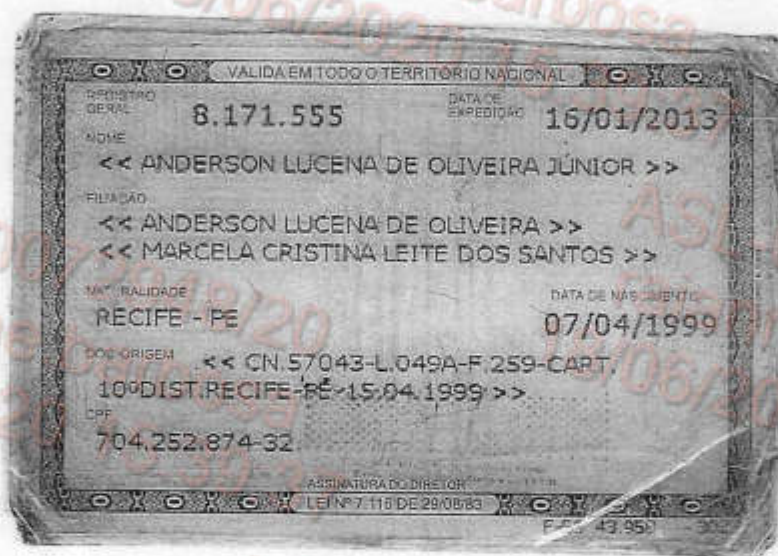
DOC. ORIGEM << CN 57043-L 049A-F 259-CART. 10º DIST. RECIFE - PE - 15.04.1999 >>

CPF 704.252.874-32

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.118 DE 29/06/83

43.95



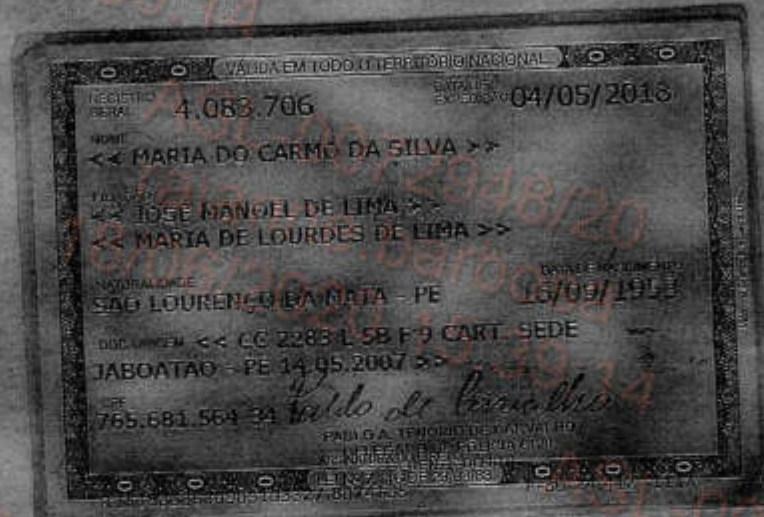
ASL-0072948/20
raianne.barbosa
18/06/2020 15:39:37

ASL-0072948/20
raianne.barbosa
18/06/2020 15:39:37

ASL-0072948/20
raianne.barbosa
18/06/2020 15:39:37

ASL-0072948/20
raianne.barbosa
18/06/2020 15:39:14

ASL-0072948/20
raianne.barbosa
18/06/2020 15:39:14



ASL-0072948/20
raianne.barbosa
18/06/2020 15:39:14

ASL-0072948/20
raianne.barbosa
18/06/2020 15:39:14



ASL-0072948/20
raianne.barbosa
18/06/2020 15:39:14

ASL-0072948/20
raianne.barbosa
18/06/2020 15:39:14

IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA Maria do Carmo da Silva

DATA DO ACIDENTE _____ CPF DA VÍTIMA _____

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO _____

QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR () VÍTIMA () REPRESENTANTE LEGAL, CUIO PARANTESCO COM A VÍTIMA É _____

ENDEREÇO DO PORTADOR _____

Nº _____ COMPLEMENTO _____ BAIRRO _____

CIDADE _____ UF _____ CEP _____

E-MAIL _____ TELEFONE (____) _____

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- () REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- () CARTeira DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTeira DE TRABALHO OU CARTeira NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- () NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML: DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML (ORIGINAL), ASSINADA PELA VÍTIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA
- () BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- () AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

- () CARTeira DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTeira DE TRABALHO OU CARTeira NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

- () REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- () CARTeira DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTeira DE TRABALHO OU CARTeira NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SOFRIDAS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () COMPROVANTES (ORIGINALS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS
- () NOTAS FISCAIS (ORIGINALS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITUÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- () AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

- () CARTeira DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTeira DE TRABALHO OU CARTeira NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

VALORES DE INDENIZAÇÃO

- MORTE = R\$ 13.500,00
- INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R\$ 13.500,00, ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/74.
- DESPESAS MÉDICAS (DAMS) = REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO), ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.

- O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA
- COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO

- PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSSE WWW.DPVATSEGURODOTRANSISTO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA _____

IDENTIDADE _____

ASSINATURA Shirleyson Lucena de Oliveira Junior

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA 22/02/20NOME JaASSINATURA Reniane

FORMULÁRIO PARA PEDIDO DE REANÁLISE - DPVAT

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:
Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios): Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04 / Das 8h às 20h
SAC (para dúvidas e reclamações): 0800 022 8189 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06
Canal de Denúncia: 0800 591 2563 | Ouvidoria: 0800 021 91 35

Número do pedido DPVAT: **3200091588**

Nome do beneficiário: **Maria do Carmo da Silva**

Nome do solicitante: **Maria do Carmo da Silva**

Data da solicitação: **17/06/2020**
DD/MM/AA

CPF do beneficiário: **765.683.564-34**

CPF do solicitante: **765.683.564-34**

DADOS PARA CONTATO

Tel. Celular: (**81**) **98803-5050**
DDD

Tel. Comercial: ()
DDD

Tel. Residencial: ()
DDD

E-mail: _____

INFORME A COBERTURA DO SEU PEDIDO

☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

☒ INVALIDEZ PERMANENTE

☐ MORTE

MOTIVO DA SOLICITAÇÃO

☒ DISCORDO DA NEGATIVA

☐ DISCORDO DO VALOR RECEBIDO

☐ DISCORDO DA EXIGÊNCIA DE DOCUMENTOS

ESTÁ APRESENTANDO UM NOVO DOCUMENTO PARA COMPLEMENTAR O PEDIDO DE REANÁLISE?

☐ NÃO

☒ SIM, informe qual(is) documentos estão sendo entregues:

☐ Novos documentos médicos

☐ Laudo do IML

☐ Boletim de Ocorrência

☐ Notas fiscais complementares

☒ Outros: **laudo médico atualizado**
(DESCREVER)

NO CAMPO ABAIXO, SE DESEJAR, DESCREVA A JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

Venho por meio desta solicitar pedido de reanálise, uma vez que por acidente de trânsito (atropelamento) no dia 06/12/2019 onde fui ferido + luxação exposta do primeiro pododáctilo direito, passei também por cirurgia e fui me encontro de alta médica definitiva como sequelado. Fico também a disposição de uma possível perícia médica.

Recife, 17 de Junho de 2020
Local e Data
Maria do Carmo da Silva
Assinatura do solicitante ou de quem assina a pedido (a rogo)

IMPORTANTE:

Depois de preencher todos os dados, imprima o formulário, assine e entregue no mesmo ponto de atendimento em que deu entrada inicialmente no seu pedido do Seguro DPVAT.

Observação sobre beneficiário/vítima não alfabetizado:

O não alfabetizado deverá escolher pessoa de sua confiança, alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o formulário, a seu pedido (a seu rogo).

IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA Maria do Carmo da Silva

DATA DO ACIDENTE _____ CPF DA VÍTIMA _____

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO _____

QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR () VÍTIMA () REPRESENTANTE LEGAL, CUIO PARANTESCO COM

A VÍTIMA É _____

ENDEREÇO DO PORTADOR _____

Nº _____ COMPLEMENTO _____

BAIRRO _____

CIDADE _____

UF _____

CEP _____

E-MAIL _____

TELEFONE (____) _____

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- () REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- () CARTeira DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTeira DE TRABALHO OU CARTeira NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- () NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML, DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML (ORIGINAL), ASSINADA PELA VÍTIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA
- () BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- () AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

- () CARTeira DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTeira DE TRABALHO OU CARTeira NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

- () REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- () CARTeira DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTeira DE TRABALHO OU CARTeira NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SOFRIDAS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () COMPROVANTES (ORIGINALS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS
- () NOTAS FISCAIS (ORIGINALS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITUÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- () AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

- () CARTeira DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTeira DE TRABALHO OU CARTeira NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

VALORES DE INDENIZAÇÃO

- MORTE = R\$ 13.500,00
- INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R\$ 13.500,00, ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/74.
- DESPESAS MÉDICAS (DAMS) = REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO), ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.

- O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA
- COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO

- PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSSE WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA _____

IDENTIDADE _____

ASSINATURA Shirleyson Lucena de Oliveira Junior

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA 22/02/20

NOME _____

ASSINATURA Rosiane

PROCURAÇÃO PARTICULAR

BENEFICIARIO/VITIMA:	
Nome: MARIA DO CARMO DA SILVA	
Nacionalidade: BRASILEIRA	Est. Civil: VIÚVA
Profissão: DO LAR	
Identidade: 4.083.706	CPF: 765.681.564-34
Endereço: RUA ALTO DO ABACAXI Nº05 COHAB RECIFE/ PE	
Cobertura: INVALIDEZ	Data do Acidente: 06/12/2019

PROCURADOR:	
Nome: ANDERSON LUCENA DE OLIVEIRA JUNIOR	
Nacionalidade: BRASILEIRA	Est. Civil: SOLTEIRO
Profissão: AUX. ADMINISTRATIVO	
Identidade: 8.171.555 SDS/PE	CPF: 704.252.874-32
Endereço: RUA DR ADELINO FILHO 408 ESTÂNCIA RECIFE/PE	

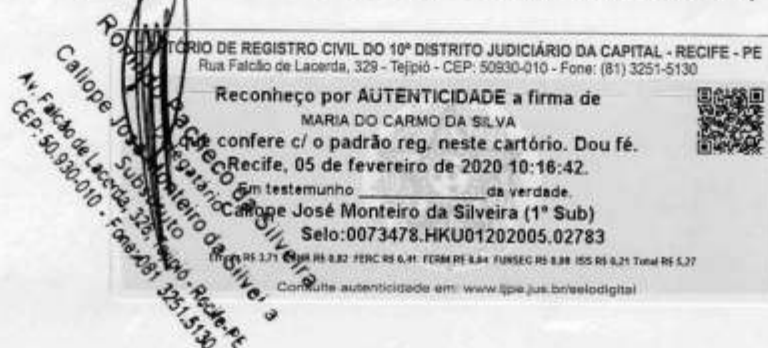
Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador acima qualificado, podendo o mesmo representar-me perante a Seguradora Líder dos Consórcios DPVAT, bem como perante qualquer seguradora que faz parte do Consórcio DPVAT, também perante aos pontos de atendimento da Seguradora Líder (Correios, Sincors e Corretores), para fim específico de dar entrada no meu seguro DPVAT, podendo para tanto, assinar aviso de sinistro, prestar declarações, solicitar e retirar documentos médicos em hospitais e outros documentos para fins de Dpvat.

Recife/PE, 05/02/2020
Local e data



Maria do Carmo da Silva

Assinatura do Beneficiário/Vítima
(reconhecer firma por autenticidade)



PROCURAÇÃO PARTICULAR

BENEFICIÁRIO/VÍTIMA:

Nome: MARIA DO CARMO DA SILVA

Nacionalidade: BRASILEIRA Est. Civil: VIÚVA

Profissão: DO LAR

Identidade: 4.083.706 CPF: 765.681.564-34

Endereço: RUA ALTO DO ABACAXI Nº05 COHAB RECIFE/ PE

Cobertura: INVALIDEZ Data do Acidente: 06/12/2019

PROCURADOR:

Nome: ANDERSON LUCENA DE OLIVEIRA JUNIOR

Nacionalidade: BRASILEIRA Est. Civil: SOLTEIRO

Profissão: AUX. ADMINISTRATIVO

Identidade: 8.171.555 SDS/PE CPF: 704.252.874-32

Endereço: RUA DR ADELINO FILHO 408 ESTÂNCIA RECIFE/PE

Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador acima qualificado, podendo o mesmo representar-me perante a Seguradora Líder dos Consórcios DPVAT, bem como perante qualquer seguradora que faz parte do Consórcio DPVAT, também perante aos pontos de atendimento da Seguradora Líder (Correios, Sincors e Corretores), para fim específico de dar entrada no meu seguro DPVAT, podendo para tanto, assinar aviso de sinistro, prestar declarações, solicitar e retirar documentos médicos em hospitais e outros documentos para fins de Dpvat.

Recife/PE, 05/02/2020
Local e data



Maria do Carmo da Silva

Assinatura do Beneficiário/Vítima
(reconhecer firma por autenticidade)

Cartório de Registro Civil do 10º Distrito Judiciário da Capital - RECIFE - PE
Rua Fação de Lacerda, 329 - Tejupó - CEP: 50930-010 - Fone: (81) 3251-5130

Reconheço por AUTENTICIDADE a firma de
MARIA DO CARMO DA SILVA
que confere c/ o padrão reg. neste cartório. Dou fé.
Recife, 05 de fevereiro de 2020 10:16:42.

em testemunho da verdade,
Calope José Monteiro da Silveira (1º Sub)
Selo: 0073478.HKU01202005.02783

CPF: 8.171.555 SDS/PE PERC: 8.41 FERM: 8.4 FUMSEC: 8.88 ISS: 8.21 Total: 8.37

Consulte autenticidade em: www.tpe.jus.br/seledigital

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0072948/20

Vítima: MARIA DO CARMO DA SILVA

CPF: 765.681.564-34

CPF de: Próprio

Data do acidente: 06/12/2019

Titular do CPF: MARIA DO CARMO DA SILVA

Seguradora: COMPANHIA DE SEGUROS ALIANÇA DA BAHIA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

ANDERSON LUCENA DE OLIVEIRA JUNIOR : 704.252.874-32

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

MARIA DO CARMO DA SILVA : 765.681.564-34

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: 28/02/2020
Nome: ANDERSON LUCENA DE OLIVEIRA JUNIOR
CPF: 704.252.874-32

ANDERSON LUCENA DE OLIVEIRA JUNIOR

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 28/02/2020
Nome: RAPHAELLA CRISTINA CAVALCANTI DA SILVA
CPF: 703.646.014-85

RAPHAELLA CRISTINA CAVALCANTI DA SILVA

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:

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

5 - Nome completo: 6 - CPF: 7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento: 11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP: 15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD):

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: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

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

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

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

☒ Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:
• Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
• O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
• O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.
Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.
Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo. 24 - Data do óbito da vítima: 25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: 28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (val nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

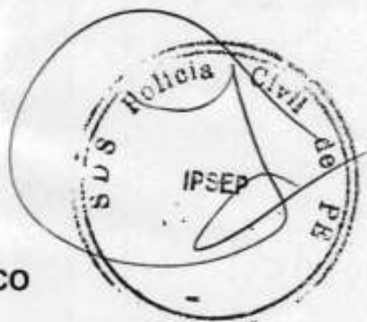
34 - Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado 35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo) 36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo) 37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1ª | Nome: CPF: Assinatura da testemunha 39 - 2ª | Nome: CPF: Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, 41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 009ª CIRCUNSCRIÇÃO - IPSEP - DP9ª CIRC DIM/3ª DESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **19E0099003353**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **18/12/2019** às **10:43**

ATROPELAMENTO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia **6/12/2019** no período da **Noite**

Fato ocorrido no endereço: **ESTRADA DO MORRO DA CONCEICAO, 1** - Bairro: **MORRO DA CONCEICAO - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR \ AGENTE)
MARIA DO CARMO DA SILVA (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Outros motivos) , que estava em posse do(a) Sr(a): DESCONHECIDO

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

MARIA DO CARMO DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: **Feminino** Mãe: **MARIA DE LOURDES DE LIMA**
Pai: **JOSE MANOEL DE LIMA** Data de Nascimento: **16/9/1953** Naturalidade: **SAO LOURENCO DA MATA / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **4083706/SDS/PE (RG)** Estado Civil: **VIUVO(A)** Escolaridade: **1º. GRAU INCOMPLETO** Profissão:
OUTRAS PROFISSOES Telefones Celulares:
- **984626072**

Endereço Residencial: **RUA ALTO DO ABACAXI, 5 - CEP: 55000-000 - Bairro: COHAB - RECIFE/PERNAMBUCO /BRASIL**

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

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

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

Descrição: **VEÍCULO DE PLACA NÃO ANOTADA.**

Complemento / Observação

MARIA DO CARMO DA SILVA, RELATA QUE, POR VOLTA DAS 21:30 DO DIA 06 DO CORRENTE MÊS, FORA VÍTIMA DE ATROPELAMENTO. O FATO ACONTECEU QUANDO ESTAVA SENTADA NA CALÇADA NO ENDEREÇO ACIMA CITADO E O REFERIDO VEÍCULO, PLACA NÃO ANOTADA, PASSOU POR CIMA DE SEU PÉ DIREITO. INFORMA AINDA QUE NO DIA SEGUINTE SE DIRIGIU A UPB DA LAGOA ENCANTADA, ONDE LÁ FOI SUBMETIDA À CIRURGIA, CONFORME REGISTRO 259413. PELO EXPOSTO SOLICITA AS DEVIDAS PROVIDÊNCIAS.

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

MARIA DO CARMO DA SILVA
(VÍTIMA)

Maria do Carmo da Silva

B.O. registrado por: IRAN FRANCISCO DE ALBUQUERQUE - Matrícula: 381051-8



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 765.681.564-34 4 - Nome completo da vítima: Maria do Carmo 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: Maria do Carmo da Silva 6 - CPF: 765.681.564-34
7 - Profissão: 8 - Endereço: Rua alto do abacaxi 9 - Número: 5 10 - Complemento: casa
11 - Bairro: Cohab 12 - Cidade: Recife 13 - Estado: PE 14 - CEP: 51335-190
15 - E-mail: 16 - Tel (DDD): (81) 98801-5010

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:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

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

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

AGÊNCIA: 0648 CONTA: 00187545 6
(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) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

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

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (val nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

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

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

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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data,

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 765.681.564-34 4 - Nome completo da vítima: Maria do Carmo 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: Maria do Carmo da Silva 6 - CPF: 765.681.564-34
7 - Profissão: 8 - Endereço: Rua alto do abacaxi 9 - Número: 5 10 - Complemento: casa
11 - Bairro: Cohab 12 - Cidade: Recife 13 - Estado: PE 14 - CEP: 51335-190
15 - E-mail: 16 - Tel (DDD): 181 98801-5010

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: ☒ RECLUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: _____
AGÊNCIA: 0648 CONTA: 00187545 6 AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: _____
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vairascor)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34 - Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado
35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)
36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)
37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1ª | Nome: _____ CPF: _____
Assinatura da testemunha
39 - 2ª | Nome: _____ CPF: _____
Assinatura da testemunha

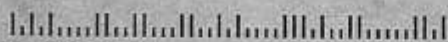
40 - Local e Data, _____

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

ESPOSENDE



GTC RECIFE PE PL1

ALCIDES MANOEL DA SILVA JUNIOR
RUA ALTO DO ABACAXI 5
COHAB
51335-190 RECIFE PE



7210123172727530000001732330021219

Postagem: 02/12/2019
DIG-017323



MARIO

CHEGOU SUA FATURA DA Oi.
Acesse www.oi.com.br/MinhaOi

FATURA DE
JUL/2019
CÓDIGO MINHA Oi
401737543654

VENCIMENTO
02/08/2019
Emissão em 15/07/2019
Período de 13/06/2019 a 13/07/2019

PAGAR (R\$)
184,18



CTC RECIFE PE PL1
MARIO PEDRO DOS SANTOS
RUA DR ADELINO FILHO 408
ESTANCIA
50781-025 - RECIFE - PE



7200039896 00000 00000000000 10 150719

**PRECISA DE AJUDA?
FALE COM A JOICE
PELO WHATSAPP.**

A Joice é a inteligência artificial da Oi. Ela está 24h por dia disponível pra ajudar você. Precisa da sua conta ou de um suporte técnico? Peça pra ela.



Fale pelo WhatsApp 31 3131-3131.

SERVIÇOS UTILIZADOS

OI MAIS

119,85



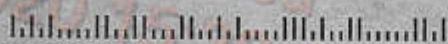
OI MÓVEL

+ Serviços Adicionais

59,70

MARIO PEDRO DOS SANTOS
CPF: 089.767.854-01
NÚMERO DO CLIENTE: 2210754413
NÚMERO DA FATURA: 219159434
Nº PARA DÉBITO AUTOMÁTICO: 401737543654

ESPOSENDE



GTC RECIFE PE PL1

ALCIDES MANOEL DA SILVA JUNIOR
RUA ALTO DO ABACAXI 5
COHAB
51335-190 RECIFE PE



721012317272530000001732330021219

Postagem: 02/12/2019
D/G-017323



MARIO

CHEGOU SUA FATURA DA OI
Acesse www.oi.com.br/MinhaOI

FATURA DE
JUL/2019
CÓDIGO MINHA OI
401737543654

VENCIMENTO
02/08/2019
Emissão em 15/07/2019
Período de 13/06/2019 a 13/07/2019

PAGAR (R\$)
184,18



CTC RECIFE PE PL1
MARIO PEDRO DOS SANTOS
RUA DR ADELINO FILHO 408
ESTANCIA
50781-025 - RECIFE - PE



7200039896 00000 00000000000 10 150719

PRECISA DE AJUDA?
FALE COM A JOICE
PELO WHATSAPP.

A Joice é a inteligência artificial da Oi. Ela está 24h por dia disponível pra ajudar você. Precisa da sua conta ou de um suporte técnico? Peça pra ela.

Fale pelo WhatsApp 31 3131-3131.

SERVIÇOS UTILIZADOS

OI MAIS

119,85

OI MÓVEL

+ Serviços Adicionais

59,70

MARIO PEDRO DOS SANTOS
CPF: 089.767.854-01
NÚMERO DO CLIENTE: 2210754413
NÚMERO DA FATURA: 219159434
Nº PARA DÉBITO AUTOMÁTICO: 401737543654