

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3210098601 **Cidade:** Belo Jardim **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARIA DAS NEVES ALBUQUERQUE **Data do acidente:** 05/04/2020 **Seguradora:** COMPANHIA DE SEGUROS ALIANÇA DA BAHIA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 14/04/2021

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DIAFISÁRIA DE FÊMUR DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO COM PLACA E PARAFUSOS, ALTA MÉDICA.
P1 / P2 / P7

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DE MEMBRO INFERIOR 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 LEVE DE MEMBRO INFERIOR DIREITO.

**Documentos
complementares:**

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

PROCURAÇÃO

Outorgante MARIA DAS NEVES ALBUQUERQUE, brasileiro (a), **ESTADO CIVIL SOLTEIRA**, profissão **AGRICULTORA**, residente e domiciliado RUA ANTONIO TOME DE COUTO, nº 50, Município **BELO JARDIM Estado PE CEP: 55160-000**, portador(a) do RG nº 7.668.366, SDS-PE e CPF nº 072.798.464-08.

Outorgado: CARLA MARIA FIRMINO MELO, brasileiro (a), estado civil **SOLTEIRA**, profissão **RECUSOU**, residente e domiciliado(a) à Rua **NUMERIANO ALVES BEZERRA**, nº 37, bairro: **CENTRO**. Município de **BELO JARDIM**, Estado de (o) **PERNAMBUCO** CEP: **55150-020**, portador (a) do RG nº 9.179.608. **SDS/ .PE.** e CPF nº 076.723.044-29.

Por este instrumento particular de procuração, o (a) outorgante nomeia e constitui o(a) outorgado(a) seu bastante procurador(a), para o fim especial de requerer junto à qualquer seguradora integrante do Consórcio Seguro DPVAT para atuar no processo de natureza **INVALIDEZ**, o pagamento do sinistro, que vitimou em acidente de trânsito o(a) Sr.(a) **MARIA DAS NEVES ALBUQUERQUE**, CPF: 072.798.464-08 ocorrido em 05/04/2020, conforme registrado pelo B.O 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/Crédito de Indenização de Sinistro DPVAT, para o pagamento de quitação da Indenização de Sinistro DPVAT**, enfim requerer e assinar todos os papéis e documentos que forem precisos e praticar todos os demais atos necessários para o mais amplo e fiel cumprimento do presente mandato.

BELO JARDIM 07 de MARÇO 2021.

Maria das Neves Albuquerque

Outorgante

CPF Nº: 072.798.464-08.

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0083225/21

Vítima: MARIA DAS NEVES ALBUQUERQUE

CPF: 072.798.464-08

CPF de: Próprio

Data do acidente: 05/04/2020

Titular do CPF: MARIA DAS NEVES ALBUQUERQUE

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

CARLA MARIA FIRMINO MELO : 076.723.044-29

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

MARIA DAS NEVES ALBUQUERQUE : 072.798.464-08

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: 22/03/2021
Nome: CARLA MARIA FIRMINO MELO
CPF: 076.723.044-29

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 22/03/2021
Nome: RAPHAELLA CRISTINA CAVALCANTI DA SILVA
CPF: 703.646.014-85

CARLA MARIA FIRMINO MELO

RAPHAELLA CRISTINA CAVALCANTI DA SILVA

Rio de Janeiro, 28 de Abril de 2021

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3210098601

Vítima: MARIA DAS NEVES ALBUQUERQUE

Data do Acidente: 05/04/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), MARIA DAS NEVES ALBUQUERQUE

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\$ 2.362,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros

inferiores 70%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

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

Recebedor: **MARIA DAS NEVES ALBUQUERQUE**

Valor: **R\$ 2.362,50**

Banco: **260**

Agência: **000000001**

Conta: **000017491949-9**

Tipo: **CONTA CORRENTE**

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



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: 072.798.464-08 4 - Nome completo da vítima: MARIA DAS NEVES ALBUQUERQUE

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 DAS NEVES ALBUQUERQUE 6 - CPF: 072.798.464-08
7 - Profissão: AGRICULTORA 8 - Endereço: RUA ANTONIO TOME DE COUTO 9 - Número: 50 10 - Complemento:
11 - Bairro: SERRA DOS VENTOS 12 - Cidade: BELO JARDIM 13 - Estado: PE 14 - CEP: 55160-000
15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD): 81 991686771

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: CONTA:
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: NU PAGAMENTOS S.A.

AGÊNCIA: 0001 CONTA: 17491949 9
(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) ☐ 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 teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vive 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

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, Belo Jardim 17/03/21

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

COMPARECEU A ESTA DELEGACIA A SRA MARIA DAS NEVES PARA REGISTRAR QUE FOI VÍTIMA DE UM ATROPELAMENTO NO DIA 05/04/2020, QUE A MESMA APRESENTOU TODOS OS DOCUMENTOS DOS HOSPITAIS E DO RESGATE EFETUADO PELO SAMU. A VÍTIMA SOLICITA O BOLETIM PARA QUE POSSA DAR ENTRADA NO SEGURO DPVAT

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

Maria das Neves Albuquerque
MARIA DAS NEVES ALBUQUERQUE
(VITIMA)

B.O. registrado por: **THIAGO ANDRADE CHAVES** - Matrícula: **3998991**
(Liberado em **17/03/2021** às **09:49**)





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 104ª CIRCUNSCRIÇÃO - BELO JARDIM - DP104ªCIRC
DINTER1/15ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 21E0194000608

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **17/03/2021** às **09:36**

ACIDENTE DE TRÂNSITO SEM VÍTIMA - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia **5/4/2020** às **19:48**

Natureza Jurídica: **ACIDENTE DE MOTO**

Fato ocorrido no endereço: **RUA SAO JOAO,, 00, PROX. DO CEMITERIO** - Bairro: **CENTRO - BELO JARDIM/PERNAMBUCO/BRASIL** - CEP: **000**

Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR \ AGENTE)

MARIA DAS NEVES ALBUQUERQUE (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

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

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

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

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

MARIA DAS NEVES ALBUQUERQUE (presente ao plantão) - Nome Social: **MARIA** Sexo: **Masculino** Mãe: **MARIA DA PAZ ALBUQUERQUE** Pai: **DURVAL JOSE DE ALBUQUERQUE** Data de Nascimento: **17/3/2021** Naturalidade: **BELO JARDIM / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **7668366/SDS/PE (RG)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **ANALFABETO** Profissão: **AGRICULTOR(A)** Telefones Celulares: **- 81981448502**

Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE BELO JARDIM, 00, RUA ANTONIO TOMERIO PORTO, SERRA DOS VENTOS - CEP: 00000 - Bairro: - BELO JARDIM/PERNAMBUCO/BRASIL, RUA DO COMERCIO**

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

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

Categoria/Marca/Modelo: **DESCONHECIDO/DESCONHECIDO/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**

Quantidade: **1,000 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **0000000** (PERNAMBUCO/BELO JARDIM) Renavam: **000000000** Chassi: **00000000000000000000**

Ano Fabricação/Modelo: **2020/2020** Combustível: **ALCO/GASOL**

Complemento / Observação

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: 072.798.464-08 4 - Nome completo da vítima: MARIA DAS NEVES ALBUQUERQUE

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 DAS NEVES ALBUQUERQUE 6 - CPF: 072.798.464-08
7 - Profissão: AGRICULTORA 8 - Endereço: RUA ANTONIO TOME DE COUTO 9 - Número: 50 10 - Complemento:
11 - Bairro: SERRA DOS VENTOS 12 - Cidade: BELO JARDIM 13 - Estado: PE 14 - CEP: 55160-000
15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD): 81 991686771

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: CONTA:
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: NU PAGAMENTOS S.A.

AGÊNCIA: 0001 CONTA: 17491949 9
(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) ☐ 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 teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vive 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

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, Belo Jardim 17/03/21

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

BANCO DO BRASIL S.A.

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: Doc - Transferencia para conta em outro banco

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

BANCO: 001

AGÊNCIA: 1234

CONTA: 12345

DATA DA TRANSFERENCIA:

19/04/2021

NUMERO DO DOCUMENTO:

321009860101

VALOR TOTAL:

2.362,50

TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: MARIA DAS NEVES ALBUQUERQUE

BANCO: 260

AGÊNCIA: 00001

CONTA: 000017491949

Número da Autenticação

7A28B6DACF23436B



Lei de Energia Elétrica Criada pela Lei 10.438, de 26/04/02

NOTA FISCAL

Companhia Energ
Av. João da Barra, 100 - Boa Vista, 7ª edla - PE, CEP 55052-002
CNPJ 10.835.932/01-08 | Ins. Est. 0035943-03 | www.celpe.com.br

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

DADOS DO CLIENTE

JANETE BARROS SILVA

CPF 104.810.394-34

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL
RESIDENCIAL
Monofásico

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

RUA ANTONIO TOME DE COU TO 50

SERRA DOS VENTOS/SERRA DOS VENTOS
DELO - JARDIM PE
55160-000

Nº DA NOTA FISCAL	DATA	PERÍODO
134240833	18/01/2021	03/12/2020
APRESENTAÇÃO	TIPO DO CLIENTE	Nº DE INSTALAÇÃO
02/12/2020	2000387973	315696

CONTA CONTRATO	PERÍODO
7015501329	12/2020
DATA DE VENCIMENTO	DATA DE PAGAMENTO
10/12/2020	04/01/2021
TOTAL A PAGAR (R\$)	9,67

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo (kWh) - TUSD	30,0000000	0,34696158	10,40
Consumo Ativo (kWh) - TE	30,0000000	0,26880005	8,09
Acrescimo Bandeira VERMELHA			0,08
Multa por atraso - NF 126471767 - 02/10/20			0,35
Multa por atraso - NF 127505834 - 02/09/20			0,36
Multa por atraso - NF 114585182 - 02/07/20			0,33
Multa por atraso - NF 118364861 - 04/08/20			0,36
Juros por atraso - NF 127505834 - 02/09/20			0,36
Juros por atraso - NF 114585182 - 02/07/20			0,70
Juros por atraso - NF 126471767 - 02/10/20			0,18
Juros por atraso - NF 118364861 - 04/08/20			0,55
Atualização IGPM - NF 127505834 - 02/09/20			1,30
Atualização IGPM - NF 114585182 - 02/07/20			2,31
Atualização IGPM - NF 126471767 - 02/10/20			0,55
Atualização IGPM - NF 118364861 - 04/08/20			1,95
Devolução Pagamento em Duplicidade			-18,20
TOTAL DA FATURA			9,67

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL											
Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR		ATUAL		Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (KWH)		
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA						
147457	CAT	03/12/2020	17.000,00	03/12/2020	17.011,00	28	1,00000		11,00		

HISTÓRICO DE CONSUMO		TAXAS E CONTRIBUIÇÕES		TAXAS APLICADAS	
Mês/Ano	Consumo (kWh)	Base de Cálculo	%	Valor do Imposto	Valor do Imposto
DEZ 20	30	ICMS			
NOV 20	30	PIS	16,57	1,23	0,33
OUT 20	30	COFINS	16,57	5,63	1,54
SET 20	30				
AGO 20	30				
Jul 20	30				
JUN 20	30				
Mai 20	18				
ABR 20	40				
MAR 20	51				
FEV 20	57				
JAN 20	66				
DEZ 19	68				

INFORMAÇÕES IMPORTANTES
Pagamos pontualmente pelo valor informado no boleto bancário. A não entrega do boleto em tempo hábil gera multa de 10% sobre o valor devido. O cliente é responsável por manter o endereço cadastrado atualizado. O cliente é responsável por manter o endereço cadastrado atualizado. O cliente é responsável por manter o endereço cadastrado atualizado.

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERFERÊNCIAS					NÍVEL DE TENSÃO		
CONSUMO	VALOR APURADO	LIMITE MENSAL	LIMITE TRIMESTRAL	LIMITE ANUAL	TENSÃO NOMINAL (V)	LIMITE DE VARIAÇÃO (V)	
DELO	0,00	5,87	11,34	22,69	220	202	231
PELO	0,00	3,30	6,60	13,20			
OMIO	0,00	3,30	6,60	13,20			

NOTA FISCAL | FATURA | CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

2a VIA

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


www.celpe.com.br

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 móveis

DADOS DO CLIENTE
CARLA MARIA FIRMINO MELO
CPF: 076.723.044-29

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
RUA NUMERIANO A BEZERRA 37 . GARAGEM
BOA VISTA/BELO JARDIM
55150-020 BELO JARDIM PE
As condições gerais de fornecimento (Resolução ANEEL 414/2010), tarifas, produtos, serviços prestados e tributos se encontram à disposição, para consulta em nossas unidades de atendimento e no site www.celpe.com.br

DATA DE VENCIMENTO
18/12/2020
TOTAL A PAGAR (R\$)
43,15

DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL
11/12/2020
DATA DA APRESENTAÇÃO
11/12/2020
NÚMERO DA NOTA FISCAL
135505782

CONTA CONTRATO
007009352010
Nº DO CLIENTE
2010366692
Nº DA INSTALAÇÃO
0000294362

CLASSIFICAÇÃO
B3 COMERCIAL - COMERCIAL
Monofásico
RESERVADO AO FISCO
F590.8888.CC7C.F7B8.F16F.B7AC.BAD1.15F0

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)	
Consumo Ativo(kWh)-TUSD	30,00	0,47425887	14,22	
Consumo Ativo(kWh)-TE	30,00	0,36862342	11,05	
Acréscimo Bandeira VERMELHA			0,99	
Contrib. Ilum. Pública Municipal			3,53	
ICMS Subvenção-CDE-NF 127709202-13/10/20			0,16	
Multa por atraso-NF 127709202 - 13/10/20			0,48	
Juros por atraso-NF 127709202 - 13/10/20			0,17	
Atualização IGPM-NF 127709202 - 13/10/20			0,55	
Doação APAE - 0800 722 2723			7,00	
Doação LBV - 0800 055 5099			5,00	
TOTAL DA FATURA			43,15	

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS

ICMS			PIS			COFINS		
BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
26,26	25,00	6,56	26,26	1,23	0,32	26,26	5,63	1,47

APÓS 28/12/2020, DÉBITOS EXISTENTES CAUSARÃO CORTE.

Vencido	Dt Reav	Valor	
18/11/20	11/12/20	65,45	

Este comunicado NÃO substitui aviso de débitos anteriores e NÃO contempla débitos em discussão judicial. Caso a suspensão do fornecimento persista por dois ciclos de faturamento, poderá ocorrer o encerramento do contrato, podendo também existir cobrança conforme os critérios definidos no Art. 99 REN 414/Aneel. Podem ocorrer ações de cobrança, bem como inclusão nos registros de restrições de crédito SPC e SERASA.

Tarifas Aplicadas

Consumo Ativo(kWh)-TUSD 0,32316000
Consumo Ativo(kWh)-TE 0,25118000

HISTÓRICO DO CONSUMO

			kWh
DEZ	20		30
NOV	20		30
OUT	20		30
SET	20		30
AGO	20		30
JUL	20		30
JUN	20		30
MAI	20		30
ABR	20		30
MAR	20		30
FEV	20		30
JAN	20		30
DEZ	19		30

Faturado pelo mínimo da fase - Custo de Disponibilidade, Artigo 98, Resolução ANEEL 414/2010.

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

NÚMERO DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR		ATUAL		Nº DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO kWh
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA				
000000000081026939	CAT	11/11/2020	8.036,00	11/12/2020	8.036,00	30	1,00000	0,00	0,00

DATA PREVISTA PARA A PRÓXIMA LEITURA: 12/01/2021

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPTÕES

DESCRIÇÃO	CONJUNTO	VALOR APURADO	META MENSAL	META TRIM.	META ANUAL
out/2020					
DIC-No.de horas sem Energia	BELO JARDIM	0,00	5,67	11,34	22,69
FIC-No.de vezes sem Energia		0,00	3,30	6,60	13,20
DMIC-Duração máxima de interrupção contínua		0,00	3,29	0,00	0,00
DICRI-Duração de interrupção em dia crítico					Limite DICRI: 12,22
EUSD-Valor do Encargo de Uso = R\$ 9,69					
Todo Consumidor pode solicitar a apuração dos indicadores DIC, FIC, DMIC e DICRI a qualquer tempo.					

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Pague no ponto mais perto de você! ag correios bento fernandes: praca dom luiz sao pedro / farmacia caxias: rua pedro firmino sao pedroLista completa em www.celpe.com.br.
Na data da leitura a bandeira em vigor é a Vermelha. Mais informações em www.aneel.gov.br.
Cobrança ICMS sobre subvenção CDE, conforme Decreto Estadual 39.459/13.
O cliente é compensado quando há violação na continuidade individual ou do nível de tensão de fornecimento.
Pagto. em atraso gera multa 2%(Res414/ANEEL), Juros 1%a.m(Lei 10.438/02) e atualização monetária no próx. mês
O Cliente é compensado quando há descumprimento do prazo definido para os padrões de atendimento comercial.
Em caso de suspensão de fornecimento, o encerramento do contrato poderá ocorrer após 2 ciclos de faturamento, podendo também ser cobrado o custo de disponibilidade no ciclo em que ocorrer a suspensão.
O consumidor pode cancelar a cobrança de serviços de terceiros na fatura a qualquer tempo - Art 7º REN 581/13.
Acesse www.celpe.com.br e confira nosso Aviso de Privacidade.

NÍVEIS DE TENSÃO

TENSÃO NOMINAL(V)	LIMITE DE VARIAÇÃO(V)	
	MÍNIMO	MÁXIMO
220	202	231

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

DESTAQUE AQUI

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO	TOTAL A PAGAR(R\$)	VENCIMENTO	TALÃO DE PAGAMENTO
007009352010	12/2020	43,15	18/12/2020	

838900000005 431500110072 009352010103 172202711130



Evite dobrar, perfurar ou rasgar.
Este canhoto será usado em leitora ótica.

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
PESSOA FÍSICA - 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 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

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 COAF**².

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 CARLA MARIA FIRMINO MELO inscrito (a) no CPF/CNPJ 076.723.044-29 / _____
na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário MARIA DAS NEVES ALBUQUERQUE inscrito
(a) no CPF sob o Nº 072.798.464-08 / _____, do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima
MARIA DAS NEVES ALBUQUERQUE inscrito (a) no CPF sob o Nº 072.798.464-08 / _____, 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 NUMERIANO ALVES BEZERRA</u>		Número <u>37</u>	Complemento
Bairro <u>BOA VISTA</u>	Cidade <u>BELO JARDIM</u>	Estado <u>PE</u>	CEP <u>55150-020</u>
Email <u>carlafirminomelo@hotmail.com</u>		Telefone comercial(DDD) <u>(81) 9.9569-0261</u>	Telefone celular (DDD) <u>(81) 9.9168-6771</u>

BELO JARDIM, 18 de MARÇO de 2021
Local e Data

Carla Maria Firmino Melo
Assinatura do Declarante

AP
DIR

PERFIL

DIR

MARIA DAS NEVES ALBUQUERQUE,
DN: 01/11/1977 042Y

HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE
ID: 357225

Data: 07/10/2020 07:09
Téc: DANILO

**SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE
PERNAMBUCO****HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE – HRA****RESUMO DE ALTA****NOME: MARIA DAS NEVES ALBUQUERQUE****PRONTUÁRIO: 357225****DATA DE ENTRADA: 06/04/2020****DIAGNÓSTICO: FX DIAFISÁRIA FÊMUR D****AMBULATÓRIO DE EGRESSO – INFORMAÇÕES ADICIONAIS:**

PACIENTE DE ALTA DA ORTOPEDIA, SOB ORIENTAÇÕES DOS COORDENADORES DO SERVIÇO. RETORNAR AO AMBULATÓRIO DE DR. ANDERSON ARY EM 30 DIAS. ORIENTAÇÕES ADICIONAIS DADA AO PACIENTE E ACOMPANHANTES.

TRATAMENTO REALIZADO: RAFI**ORIENTAÇÕES:**

1. LAVAR A FERIDA OPERATÓRIA DIARIAMENTE COM ÁGUA E SABÃO NEUTRO;
2. CURATIVO DIÁRIO; APÓS 48H, SE NÃO HOUVER SECREÇÃO, DEIXAR SEM CURATIVO.
3. FAZER USO DAS MEDICAÇÕES PRESCRITAS NA ALTA (ATB:CEFADROXILA POR 10 DIAS)
4. RETIRAR PONTOS NA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA MAIS PRÓXIMA DE CASA EM 10 A 14 DIAS;
5. MOBILIZAR PACIENTE AO DECORRER DO DIA. OPTANDO SEMPRE POR MANTER SENTADO ASSIM EVITANDO ESCARAS DE DECÚBITO E OUTRAS COMORBIDADES.
6. ANALGESIA QUANDO NECESSÁRIO (VIDE RECEITUÁRIO).
7. NÃO COLOCAR "PESO DO CORPO" NO MEMBRO CIRURGIADO (QUANDO O PACIENTE TIVER SEGURANÇA PARA ANDAR, UTILIZAR MULETAS OU ANDADOR).
8. ALIMENTAÇÃO ADEQUADA E CONTROLE DE COMORBIDADES ASSOCIADAS

ALTA HOSPITALAR: 13/04/2020**TELEFONE P/ CONTATO: (81) 3719-9389**

Dr. Raphael Uchôa
Médico Residente
Ortopedia/Traumatologia
CRM-PE 29.118

ASS: DO MÉDICO RESIDENTE

12-05-20
6:00

Dr. MCTON

MARIA DAS NEVES ALBUQUERQUE

01/11/1977

ID: 357225

Female

42 Years

H

HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE

Fémur - 2 vistas

Ac. Nb: 338314

Acq.: 09/04/2020

Acq.: 20:57:58

20 cm

AP

D

R

Frame: [1] 1 / 1

Zoom: 22,03%

Window/Level: 4.096/2.048

Pixel:

CR (2048x2500)

Series Nb: 1

AP

MARIA DAS NEVES ALBUQUERQUE
01/11/1977
ID: 357225
Female
42 Years

H

HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE

Fémur - 2 vistas

Ac. Nb: 338314

Acq.: 09/04/2020

Acq.: 21:00:32

20 cm

PERFIL

D

P

Frame: [1] 1 / 1
Zoom: 22,03%
Window/Level: 4.096/2.048
Pixel:
CR (2048x2500)

Series Nb: 2
Lateral



MARIA DAS NEVES ALBUQUERQUE

01/11/1977

ID: 357225

Female

42 Years

H

HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE

Fémur - 2 vistas

Ac. Nb: 338314

Acq.: 09/04/2020

Acq.: 21:03:32

10 cm

R

AP

D

Frame: [1] 1 / 1

Zoom: 18,8%

Window/Level: 4.096/2.048

Pixel:

CR (2400x3020)

Series Nb: 3

AP



HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE
EMERGÊNCIA



1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome: MARIA DAS NEVES ALBUQUERQUE

Data Nasc.: 01/11/1977

Idade: 42

Sexo: FEMININO

Cor: PARDA

Religião:

CPF:

RG:

CNS: 898004042437267

Endereço: RUA ANTONIO TOME DE PORTO

Nº: 14

Bairro: SERRA DOS VENTOS

Cidade: BELO JARDIM

Estado: PE

CEP: 55153395

Fone: 82197983

Profissão:

Nome da Mãe: MARIA DA PAZ ALBUQUERQUE

Acompanhante:

Motivo do Atendimento: VITIMA DE ATROPELAMENTO

Clinica: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Atendimento: 599743

Prontuário: 357225

2 - ATENDIMENTO

Data: 05/04/2020 23:52

Médico: MEDICO PLANTONISTA

Queixa Principal / HDA:

Vitima de atropelamento
chega deprimida, confusa
e lenta

Exame Físico:

hematoma periorbital
direito + edema associado 2+4+
edema + deformidade na lateral D

PA: FC: FR:

Diag. Provisório:

TCE + fratura fechada de fêmur D

① Parar da 1ª gerat

② manter imobilização p/ tração q
posterior

Prescrição:

Data

③ band ^{Dieta:} ~~rodop~~ ~~100~~ ~~9~~ ~~10~~ ~~11~~ ~~12~~ ~~13~~ ~~14~~ ~~15~~ ~~16~~ ~~17~~ ~~18~~ ~~19~~ ~~20~~ ~~21~~ ~~22~~ ~~23~~ ~~24~~ ~~25~~ ~~26~~ ~~27~~ ~~28~~ ~~29~~ ~~30~~ ~~31~~ ~~32~~ ~~33~~ ~~34~~ ~~35~~ ~~36~~ ~~37~~ ~~38~~ ~~39~~ ~~40~~ ~~41~~ ~~42~~ ~~43~~ ~~44~~ ~~45~~ ~~46~~ ~~47~~ ~~48~~ ~~49~~ ~~50~~ ~~51~~ ~~52~~ ~~53~~ ~~54~~ ~~55~~ ~~56~~ ~~57~~ ~~58~~ ~~59~~ ~~60~~ ~~61~~ ~~62~~ ~~63~~ ~~64~~ ~~65~~ ~~66~~ ~~67~~ ~~68~~ ~~69~~ ~~70~~ ~~71~~ ~~72~~ ~~73~~ ~~74~~ ~~75~~ ~~76~~ ~~77~~ ~~78~~ ~~79~~ ~~80~~ ~~81~~ ~~82~~ ~~83~~ ~~84~~ ~~85~~ ~~86~~ ~~87~~ ~~88~~ ~~89~~ ~~90~~ ~~91~~ ~~92~~ ~~93~~ ~~94~~ ~~95~~ ~~96~~ ~~97~~ ~~98~~ ~~99~~ ~~100~~ ~~101~~ ~~102~~ ~~103~~ ~~104~~ ~~105~~ ~~106~~ ~~107~~ ~~108~~ ~~109~~ ~~110~~ ~~111~~ ~~112~~ ~~113~~ ~~114~~ ~~115~~ ~~116~~ ~~117~~ ~~118~~ ~~119~~ ~~120~~ ~~121~~ ~~122~~ ~~123~~ ~~124~~ ~~125~~ ~~126~~ ~~127~~ ~~128~~ ~~129~~ ~~130~~ ~~131~~ ~~132~~ ~~133~~ ~~134~~ ~~135~~ ~~136~~ ~~137~~ ~~138~~ ~~139~~ ~~140~~ ~~141~~ ~~142~~ ~~143~~ ~~144~~ ~~145~~ ~~146~~ ~~147~~ ~~148~~ ~~149~~ ~~150~~ ~~151~~ ~~152~~ ~~153~~ ~~154~~ ~~155~~ ~~156~~ ~~157~~ ~~158~~ ~~159~~ ~~160~~ ~~161~~ ~~162~~ ~~163~~ ~~164~~ ~~165~~ ~~166~~ ~~167~~ ~~168~~ ~~169~~ ~~170~~ ~~171~~ ~~172~~ ~~173~~ ~~174~~ ~~175~~ ~~176~~ ~~177~~ ~~178~~ ~~179~~ ~~180~~ ~~181~~ ~~182~~ ~~183~~ ~~184~~ ~~185~~ ~~186~~ ~~187~~ ~~188~~ ~~189~~ ~~190~~ ~~191~~ ~~192~~ ~~193~~ ~~194~~ ~~195~~ ~~196~~ ~~197~~ ~~198~~ ~~199~~ ~~200~~ ~~201~~ ~~202~~ ~~203~~ ~~204~~ ~~205~~ ~~206~~ ~~207~~ ~~208~~ ~~209~~ ~~210~~ ~~211~~ ~~212~~ ~~213~~ ~~214~~ ~~215~~ ~~216~~ ~~217~~ ~~218~~ ~~219~~ ~~220~~ ~~221~~ ~~222~~ ~~223~~ ~~224~~ ~~225~~ ~~226~~ ~~227~~ ~~228~~ ~~229~~ ~~230~~ ~~231~~ ~~232~~ ~~233~~ ~~234~~ ~~235~~ ~~236~~ ~~237~~ ~~238~~ ~~239~~ ~~240~~ ~~241~~ ~~242~~ ~~243~~ ~~244~~ ~~245~~ ~~246~~ ~~247~~ ~~248~~ ~~249~~ ~~250~~ ~~251~~ ~~252~~ ~~253~~ ~~254~~ ~~255~~ ~~256~~ ~~257~~ ~~258~~ ~~259~~ ~~260~~ ~~261~~ ~~262~~ ~~263~~ ~~264~~ ~~265~~ ~~266~~ ~~267~~ ~~268~~ ~~269~~ ~~270~~ ~~271~~ ~~272~~ ~~273~~ ~~274~~ ~~275~~ ~~276~~ ~~277~~ ~~278~~ ~~279~~ ~~280~~ ~~281~~ ~~282~~ ~~283~~ ~~284~~ ~~285~~ ~~286~~ ~~287~~ ~~288~~ ~~289~~ ~~290~~ ~~291~~ ~~292~~ ~~293~~ ~~294~~ ~~295~~ ~~296~~ ~~297~~ ~~298~~ ~~299~~ ~~300~~ ~~301~~ ~~302~~ ~~303~~ ~~304~~ ~~305~~ ~~306~~ ~~307~~ ~~308~~ ~~309~~ ~~310~~ ~~311~~ ~~312~~ ~~313~~ ~~314~~ ~~315~~ ~~316~~ ~~317~~ ~~318~~ ~~319~~ ~~320~~ ~~321~~ ~~322~~ ~~323~~ ~~324~~ ~~325~~ ~~326~~ ~~327~~ ~~328~~ ~~329~~ ~~330~~ ~~331~~ ~~332~~ ~~333~~ ~~334~~ ~~335~~ ~~336~~ ~~337~~ ~~338~~ ~~339~~ ~~340~~ ~~341~~ ~~342~~ ~~343~~ ~~344~~ ~~345~~ ~~346~~ ~~347~~ ~~348~~ ~~349~~ ~~350~~ ~~351~~ ~~352~~ ~~353~~ ~~354~~ ~~355~~ ~~356~~ ~~357~~ ~~358~~ ~~359~~ ~~360~~ ~~361~~ ~~362~~ ~~363~~ ~~364~~ ~~365~~ ~~366~~ ~~367~~ ~~368~~ ~~369~~ ~~370~~ ~~371~~ ~~372~~ ~~373~~ ~~374~~ ~~375~~ ~~376~~ ~~377~~ ~~378~~ ~~379~~ ~~380~~ ~~381~~ ~~382~~ ~~383~~ ~~384~~ ~~385~~ ~~386~~ ~~387~~ ~~388~~ ~~389~~ ~~390~~ ~~391~~ ~~392~~ ~~393~~ ~~394~~ ~~395~~ ~~396~~ ~~397~~ ~~398~~ ~~399~~ ~~400~~ ~~401~~ ~~402~~ ~~403~~ ~~404~~ ~~405~~ ~~406~~ ~~407~~ ~~408~~ ~~409~~ ~~410~~ ~~411~~ ~~412~~ ~~413~~ ~~414~~ ~~415~~ ~~416~~ ~~417~~ ~~418~~ ~~419~~ ~~420~~ ~~421~~ ~~422~~ ~~423~~ ~~424~~ ~~425~~ ~~426~~ ~~427~~ ~~428~~ ~~429~~ ~~430~~ ~~431~~ ~~432~~ ~~433~~ ~~434~~ ~~435~~ ~~436~~ ~~437~~ ~~438~~ ~~439~~ ~~440~~ ~~441~~ ~~442~~ ~~443~~ ~~444~~ ~~445~~ ~~446~~ ~~447~~ ~~448~~ ~~449~~ ~~450~~ ~~451~~ ~~452~~ ~~453~~ ~~454~~ ~~455~~ ~~456~~ ~~457~~ ~~458~~ ~~459~~ ~~460~~ ~~461~~ ~~462~~ ~~463~~ ~~464~~ ~~465~~ ~~466~~ ~~467~~ ~~468~~ ~~469~~ ~~470~~ ~~471~~ ~~472~~ ~~473~~ ~~474~~ ~~475~~ ~~476~~ ~~477~~ ~~478~~ ~~479~~ ~~480~~ ~~481~~ ~~482~~ ~~483~~ ~~484~~ ~~485~~ ~~486~~ ~~487~~ ~~488~~ ~~489~~ ~~490~~ ~~491~~ ~~492~~ ~~493~~ ~~494~~ ~~495~~ ~~496~~ ~~497~~ ~~498~~ ~~499~~ ~~500~~ ~~501~~ ~~502~~ ~~503~~ ~~504~~ ~~505~~ ~~506~~ ~~507~~ ~~508~~ ~~509~~ ~~510~~ ~~511~~ ~~512~~ ~~513~~ ~~514~~ ~~515~~ ~~516~~ ~~517~~ ~~518~~ ~~519~~ ~~520~~ ~~521~~ ~~522~~ ~~523~~ ~~524~~ ~~525~~ ~~526~~ ~~527~~ ~~528~~ ~~529~~ ~~530~~ ~~531~~ ~~532~~ ~~533~~ ~~534~~ ~~535~~ ~~536~~ ~~537~~ ~~538~~ ~~539~~ ~~540~~ ~~541~~ ~~542~~ ~~543~~ ~~544~~ ~~545~~ ~~546~~ ~~547~~ ~~548~~ ~~549~~ ~~550~~ ~~551~~ ~~552~~ ~~553~~ ~~554~~ ~~555~~ ~~556~~ ~~557~~ ~~558~~ ~~559~~ ~~560~~ ~~561~~ ~~562~~ ~~563~~ ~~564~~ ~~565~~ ~~566~~ ~~567~~ ~~568~~ ~~569~~ ~~570~~ ~~571~~ ~~572~~ ~~573~~ ~~574~~ ~~575~~ ~~576~~ ~~577~~ ~~578~~ ~~579~~ ~~580~~ ~~581~~ ~~582~~ ~~583~~ ~~584~~ ~~585~~ ~~586~~ ~~587~~ ~~588~~ ~~589~~ ~~590~~ ~~591~~ ~~592~~ ~~593~~ ~~594~~ ~~595~~ ~~596~~ ~~597~~ ~~598~~ ~~599~~ ~~600~~ ~~601~~ ~~602~~ ~~603~~ ~~604~~ ~~605~~ ~~606~~ ~~607~~ ~~608~~ ~~609~~ ~~610~~ ~~611~~ ~~612~~ ~~613~~ ~~614~~ ~~615~~ ~~616~~ ~~617~~ ~~618~~ ~~619~~ ~~620~~ ~~621~~ ~~622~~ ~~623~~ ~~624~~ ~~625~~ ~~626~~ ~~627~~ ~~628~~ ~~629~~ ~~630~~ ~~631~~ ~~632~~ ~~633~~ ~~634~~ ~~635~~ ~~636~~ ~~637~~ ~~638~~ ~~639~~ ~~640~~ ~~641~~ ~~642~~ ~~643~~ ~~644~~ ~~645~~ ~~646~~ ~~647~~ ~~648~~ ~~649~~ ~~650~~ ~~651~~ ~~652~~ ~~653~~ ~~654~~ ~~655~~ ~~656~~ ~~657~~ ~~658~~ ~~659~~ ~~660~~ ~~661~~ ~~662~~ ~~663~~ ~~664~~ ~~665~~ ~~666~~ ~~667~~ ~~668~~ ~~669~~ ~~670~~ ~~671~~ ~~672~~ ~~673~~ ~~674~~ ~~675~~ ~~676~~ ~~677~~ ~~678~~ ~~679~~ ~~680~~ ~~681~~ ~~682~~ ~~683~~ ~~684~~ ~~685~~ ~~686~~ ~~687~~ ~~688~~ ~~689~~ ~~690~~ ~~691~~ ~~692~~ ~~693~~ ~~694~~ ~~695~~ ~~696~~ ~~697~~ ~~698~~ ~~699~~ ~~700~~ ~~701~~ ~~702~~ ~~703~~ ~~704~~ ~~705~~ ~~706~~ ~~707~~ ~~708~~ ~~709~~ ~~710~~ ~~711~~ ~~712~~ ~~713~~ ~~714~~ ~~715~~ ~~716~~ ~~717~~ ~~718~~ ~~719~~ ~~720~~ ~~721~~ ~~722~~ ~~723~~ ~~724~~ ~~725~~ ~~726~~ ~~727~~ ~~728~~ ~~729~~ ~~730~~ ~~731~~ ~~732~~ ~~733~~ ~~734~~ ~~735~~ ~~736~~ ~~737~~ ~~738~~ ~~739~~ ~~740~~ ~~741~~ ~~742~~ ~~743~~ ~~744~~ ~~745~~ ~~746~~ ~~747~~ ~~748~~ ~~749~~ ~~750~~ ~~751~~ ~~752~~ ~~753~~ ~~754~~ ~~755~~ ~~756~~ ~~757~~ ~~758~~ ~~759~~ ~~760~~ ~~761~~ ~~762~~ ~~763~~ ~~764~~ ~~765~~ ~~766~~ ~~767~~ ~~768~~ ~~769~~ ~~770~~ ~~771~~ ~~772~~ ~~773~~ ~~774~~ ~~775~~ ~~776~~ ~~777~~ ~~778~~ ~~779~~ ~~780~~ ~~781~~ ~~782~~ ~~783~~ ~~784~~ ~~785~~ ~~786~~ ~~787~~ ~~788~~ ~~789~~ ~~790~~ ~~791~~ ~~792~~ ~~793~~ ~~794~~ ~~795~~ ~~796~~ ~~797~~ ~~798~~ ~~799~~ ~~800~~ ~~801~~ ~~802~~ ~~803~~ ~~804~~ ~~805~~ ~~806~~ ~~807~~ ~~808~~ ~~809~~ ~~810~~ ~~811~~ ~~812~~ ~~813~~ ~~814~~ ~~815~~ ~~816~~ ~~817~~ ~~818~~ ~~819~~ ~~820~~ ~~821~~ ~~822~~ ~~823~~ ~~824~~ ~~825~~ ~~826~~ ~~827~~ ~~828~~ ~~829~~ ~~830~~ ~~831~~ ~~832~~ ~~833~~ ~~834~~ ~~835~~ ~~836~~ ~~837~~ ~~838~~ ~~839~~ ~~840~~ ~~841~~ ~~842~~ ~~843~~ ~~844~~ ~~845~~ ~~846~~ ~~847~~ ~~848~~ ~~849~~ ~~850~~ ~~851~~ ~~852~~ ~~853~~ ~~854~~ ~~855~~ ~~856~~ ~~857~~ ~~858~~ ~~859~~ ~~860~~ ~~861~~ ~~862~~ ~~863~~ ~~864~~ ~~865~~ ~~866~~ ~~867~~ ~~868~~ ~~869~~ ~~870~~ ~~871~~ ~~872~~ ~~873~~ ~~874~~ ~~875~~ ~~876~~ ~~877~~ ~~878~~ ~~879~~ ~~880~~ ~~881~~ ~~882~~ ~~883~~ ~~884~~ ~~885~~ ~~886~~ ~~887~~ ~~888~~ ~~889~~ ~~890~~ ~~891~~ ~~892~~ ~~893~~ ~~894~~ ~~895~~ ~~896~~ ~~897~~ ~~898~~ ~~899~~ ~~900~~ ~~901~~ ~~902~~ ~~903~~ ~~904~~ ~~905~~ ~~906~~ ~~907~~ ~~908~~ ~~909~~ ~~910~~ ~~911~~ ~~912~~ ~~913~~ ~~914~~ ~~915~~ ~~916~~ ~~917~~ ~~918~~ ~~919~~ ~~920~~ ~~921~~ ~~922~~ ~~923~~ ~~924~~ ~~925~~ ~~926~~ ~~927~~ ~~928~~ ~~929~~ ~~930~~ ~~931~~ ~~932~~ ~~933~~ ~~934~~ ~~935~~ ~~936~~ ~~937~~ ~~938~~ ~~939~~ ~~940~~ ~~941~~ ~~942~~ ~~943~~ ~~944~~ ~~945~~ ~~946~~ ~~947~~ ~~948~~ ~~949~~ ~~950~~ ~~951~~ ~~952~~ ~~953~~ ~~954~~ ~~955~~ ~~956~~ ~~957~~ ~~958~~ ~~959~~ ~~960~~ ~~961~~ ~~962~~ ~~963~~ ~~964~~ ~~965~~ ~~966~~ ~~967~~ ~~968~~ ~~969~~ ~~970~~ ~~971~~ ~~972~~ ~~973~~ ~~974~~ ~~975~~ ~~976~~ ~~977~~ ~~978~~ ~~979~~ ~~980~~ ~~981~~ ~~982~~ ~~983~~ ~~984~~ ~~985~~ ~~986~~ ~~987~~ ~~988~~ ~~989~~ ~~990~~ ~~991~~ ~~992~~ ~~993~~ ~~994~~ ~~995~~ ~~996~~ ~~997~~ ~~998~~ ~~999~~ ~~1000~~ ~~1001~~ ~~1002~~ ~~1003~~ ~~1004~~ ~~1005~~ ~~1006~~ ~~1007~~ ~~1008~~ ~~1009~~ ~~1010~~ ~~1011~~ ~~1012~~ ~~1013~~ ~~1014~~ ~~1015~~ ~~1016~~ ~~1017~~ ~~1018~~ ~~1019~~ ~~1020~~ ~~1021~~ ~~1022~~ ~~1023~~ ~~1024~~ ~~1025~~ ~~1026~~ ~~1027~~ ~~1028~~ ~~1029~~ ~~1030~~ ~~1031~~ ~~1032~~ ~~1033~~ ~~1034~~ ~~1035~~ ~~1036~~ ~~1037~~ ~~1038~~ ~~1039~~ ~~1040~~ ~~1041~~ ~~1042~~ ~~1043~~ ~~1044~~ ~~1045~~ ~~1046~~ ~~1047~~ ~~1048~~ ~~1049~~ ~~1050~~ ~~1051~~ ~~1052~~ ~~1053~~ ~~1054~~ ~~1055~~ ~~1056~~ ~~1057~~ ~~1058~~ ~~1059~~ ~~1060~~ ~~1061~~ ~~1062~~ ~~1063~~ ~~1064~~ ~~1065~~ ~~1066~~ ~~1067~~ ~~1068~~ ~~1069~~ ~~1070~~ ~~1071~~ ~~1072~~ ~~1073~~ ~~1074~~ ~~1075~~ ~~1076~~ ~~1077~~ ~~1078~~ ~~1079~~ ~~1080~~ ~~1081~~ ~~1082~~ ~~1083~~ ~~1084~~ ~~1085~~ ~~1086~~ ~~1087~~ ~~1088~~ ~~1089~~ ~~1090~~ ~~1091~~ ~~1092~~ ~~1093~~ ~~1094~~ ~~1095~~ ~~1096~~ ~~1097~~ ~~1098~~ ~~1099~~ ~~1100~~ ~~1101~~ ~~1102~~ ~~1103~~ ~~1104~~ ~~1105~~ ~~1106~~ ~~1107~~ ~~1108~~ ~~1109~~ ~~1110~~ ~~1111~~ ~~1112~~ ~~1113~~ ~~1114~~ ~~1115~~ ~~1116~~ ~~1117~~ ~~1118~~ ~~1119~~ ~~1120~~ ~~1121~~ ~~1122~~ ~~1123~~ ~~1124~~ ~~1125~~ ~~1126~~ ~~1127~~ ~~1128~~ ~~1129~~ ~~1130~~ ~~1131~~ ~~1132~~ ~~1133~~ ~~1134~~ ~~1135~~ ~~1136~~ ~~1137~~ ~~1138~~ ~~1139~~ ~~1140~~ ~~1141~~ ~~1142~~ ~~1143~~ ~~1144~~ ~~1145~~ ~~1146~~ ~~1147~~ ~~1148~~ ~~1149~~ ~~1150~~ ~~1151~~ ~~1152~~ ~~1153~~ ~~1154~~ ~~1155~~ ~~1156~~ ~~1157~~ ~~1158~~ ~~1159~~ ~~1160~~ ~~1161~~ ~~1162~~ ~~1163~~ ~~1164~~ ~~1165~~ ~~1166~~ ~~1167~~ ~~1168~~ ~~1169~~ ~~1170~~ ~~1171~~ ~~1172~~ ~~1173~~ ~~1174~~ ~~1175~~ ~~1176~~ ~~1177~~ ~~1178~~ ~~1179~~

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO

RELATÓRIO OPERATÓRIO

Unidade de saúde: HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE

Paciente: MARIA DAS NEVES ALBUQUERQUE

Nº Registro: 357225

Clínica: ORTOPEDIA

Nº do leito:

Operador: DR. ANDERSON ARY DIAS

1º Assistente: DR. MARCOS IRAN R2

2º Assistente:

Instrumentador: JOSÉ

Anestesista:

Anestesia: RAQUIANESTESIA

Duração:

Data da Operação: 09/04/2020

Início:

Término:

Diagnóstico Pré-operatório: FRATURA DIAFISÁRIA DO FÊMUR DIREITO

Diagnóstico Pós-operatório: O MESMO

Operação Proposta: OSTEOSÍNTESE COM HÍM

Operação Realizada: OSTEOSÍNTESE COM PLACA E PARAFUSO

DESCRIÇÃO DO ATO OPERATÓRIO

1. PACIENTE EM DECÚBITO VENTRAL HORIZONTAL SOB ANESTESIA
2. ASSEPSIA + ANTISSEPSIA + APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTÉREIS
3. INCISÃO MEDIAL E JOELHO
4. PUNÇÃO INICIAL
5. REDUÇÃO E PASSAGEM DE FIO GUIA
6. FRESAGEM DO CANAL MEDULAR
7. FOI OBSERVADO CANAL MEDULAR MUITO ESTREITO, PELO QUAL OPTOU-SE POR FIXAÇÃO COM PLACA E PARAFUSO
8. INCISÃO LATERAL EM COXA
9. APOSIÇÃO DE PLACA DCP 4,5MM USANDO-SE MÉTODO EM PONTE
10. FIXAÇÃO POR PARAFUSOS CORTICAIS E ESPONJOSO
11. CONTROLE RADIOSCÓPICO
12. SUTURA E CURATIVO

Anderson Ary Dias
Ortopedista e Traumatologista
CRM 21731

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
REALTÓRIO DE OPERAÇÃO (DESCRIÇÃO CIRÚRGICA)

Unidade de saúde: HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE

Paciente: MARIA DAS NEVES ALBUQUERQUE

Nº Registro:

Clínica: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Nº do leito:

OPERADOR: DR ALEXANDRE RÊGO FILHO CRM-PE 20819 // TEOT 14909

PRIMEIRO ASSISTENTE:

SEGUNDO ASSISTENTE:

INSTRUMENTADOR:

ANESTESISTA:

ANESTESIA: SEDAÇÃO + LOCAL

DURAÇÃO:

DATA DA OPERAÇÃO: seg, 6 de abril de 2020

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: FRATURA DO FEMUR DIREITO

DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO: FRATURA DO FEMUR DIREITO

OPERAÇÃO PROPOSTA: INSTALAÇÃO DE TRAÇÃO ESQUELÉTICA TIBIAL PARA FRATURA DO FEMUR DIREITO

OPERAÇÃO REALIZADA: INSTALAÇÃO DE TRAÇÃO ESQUELÉTICA TIBIAL PARA FRATURA DO FEMUR DIREITO

DESCRIÇÃO DO ATO OPERATÓRIO:

PACIENTE EM DDH; ASSEPSIA E ANTISSEPISIA; APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTEREIS; INSTALAÇÃO DE TRAÇÃO ESQUELETICA TRANSTIBIAL

DATA seg, 6 de abril de 2020

ASSINATURA: DR ALEXANDRE RÊGO FILHO CRM-PE 20819 // TEOT 14909

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins que maria dos melles
Albuquerque residente Antônio T. de Góes
Serra do vento esteve internado
neste Hospital no período de 05-04-2020 à
_____ com diagnóstico de CID:
Doença pulmonar prontuário nº _____.

OBS: O original se encontra disponível ao INSS para averiguação neste arquivo.

OBS: Por motivo de danificação dos prontuários os mesmos estão sendo refeitos.

Belo Jardim 28/05/2020

Jeová A. Ferreira
Coordenador Executivo
HJAL / UPA

Responsável

Unidade de Saúde: **HOSPITAL JÚLIO ALVES DE LIRA**

PACIENTE	NÚMERO DO CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS): <u>8981004042437267</u>	DOCUMENTO IDENTIDADE / CPF: _____
	Nome: <u>Maria das Neves Albuquerque</u>	Idade: <u>42</u>
	Data de Nascimento: <u>01/11/77</u>	Sexo: <u>F</u> Cor: <u>P</u> Estado Civil: <u>solteira</u>
	Naturalidade: <u>Belo Jardim</u>	Profissão: <u>agricultor</u>
	Endereço: <u>R. Antônio T. Gomes Sene do Mend.</u>	
	Procedência: <u>Belo Jardim</u>	Telefone: _____

RESPONSÁVEL	Responsável: _____	Parentesco: _____
	Endereço: _____	Fone: _____
	Trazido por: <u>Sonu.</u>	
	Endereço: _____	Fone: _____

OCORRÊNCIA	Local do Acidente: _____	Data: ____/____/____	Hora: _____	
	NATUREZA DO ACIDENTE	☐ Casual	☒ Acid. do Trânsito	☐ Tentativa de Suicídio
		☐ Queda	☐ Intoxicação	☐ Outras Causas
		☐ Acid. do Trabalho	☐ Agressão	

ATENÇÃO MÉDICA	Atendimento: ☒ Clínico ☐ Cirúrgico
	História da Doença Atual: <u>Acidente, vítima de acidente de carro (abre- pelemente). Apresenta lesão em parte D</u>
	EXAME - FÍSICO
	Pressão Arterial: _____ Pulso: _____ Temperatura: _____ Peso: _____
	<u>MM II I lesão em parte D e B</u>
Diagnóstico Provisório: _____	

Roda Práxis
RECEPCIONISTA

Dr. Pedro Siqueira
Médico
CRM - PE: 26.802
MÉDICO CREMEPE

[illegible]

ENCAMINHAMENTO PARA ESPECIALISTA

PACIENTE: Marta dos Reis Albuquerque, 42a

REGISTRO:

DADOS CLÍNICOS: Paciente cirúrgica de deslocamento e fratura em fêmur direito.

EXAMES COMPLEMENTARES / RESULTADO: Rolo - 1

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA: Fratura fêmur D

CONDUTA ADOTADA: Análise e imobilização

JUSTIFICATIVA DO ENCAMINHAMENTO:

ENCAMINHADO PARA: HRA 5917581

05/04/2020
DATA

Dr. Pedro Siqueira
Médico
CRM - PE: 26.802
NOME

Dr. Pedro Siqueira
Médico
CRM - PE: 26.802
CRM

UNIDADE ESPECIALISTA:

EXAMES CLÍNICOS:

EXAMES COMPLEMENTARES:

PARECER DO ESPECIALISTA:

TRATAMENTO PROPOSTO:

LOCAL: NA UNIDADE DE ORIGEM ☐
NA UNIDADE DE REFERÊNCIA ☐
OUTRO SERVIÇO ☐

NOME

CRM

DATA



**SAMU
192**



PREFEITURA DE
Belo Jardim
A qualidade começa com Educação

DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins, em atenção ao pedido da (a) Sr. (a) BENEDITO MANOEL DE LIMA CPF 077.568.374-44. Que consta em nossos registros de ocorrência do SAMU REGIONAL DO AGRESTE, atendimento realizado por este serviço ao mesmo com ID-0476 no dia 05/04/2020 as 19:48, na Zona Rural na cidade Belo Jardim - PE. Paciente vítima de colisão moto com moto, apresentando escoriações e luxação de Patela. Conduta realizada conforme médico regulador, tendo sido enviado a USB que prestou atendimento a Vítima no local, sendo transportado ao HOSPITAL JÚLIO ALVES DE LIRA.

Belo Jardim, 26 de Maio de 2020

Angela S. Oliveira
Coord. Samu - BJ
FONE / PE 354.520

PROIBIDO PLASTIFICAR		VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL	
1487707000		1487707000	
			
NOME CARLA MARIA FINKINO MELO		DOC. IDENTIDADE / CNH, EMISSÃO / UF 3179608 RDD PE	
CPF 076.723.044-25		DATA NASCIMENTO 08/01/1988	
FILIAÇÃO NÃO DECLARADO		ESTADO CIVIL 3	
DATA DE EMISSÃO 24/11/2017		VALIDADE 23/11/2023	
LOCAL CARUARU, PE		OBSERVAÇÕES	
ASSINATURA DO PORTADOR <i>Carla Maria Finkino Melo</i>			
Assinatura do Diretor Presidente <i>[Assinatura]</i>			
PERNAMBUCO			
31657418898			
PERNAMBUCO			

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE OUTROS SETORES
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO TÁMARA DE RUI

EC-6




Maria das Neves Albuquerque

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 7.668.366 DATA DE EXPEDIÇÃO 19/11/2012

NOME << MARIA DAS NEVES ALBUQUERQUE >>

FILIAÇÃO << DURVAL JOSÉ DE ALBUQUERQUE >>
<< MARIA DA PAZ ALBUQUERQUE >>

NATURALIDADE BELO JARDIM - PE DATA DE NASCIMENTO 01/11/1977

DOC. ORIGEM << 073957 01 55 2012 1 00002 113
0001238 35 BELO JARDIM-PE. >>

CPF 072.798.454-08

ASSINATURA DO DETENTOR

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83



Seguradora Líder - DPVAT

SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS

ID

IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA **MARIA DAS NEVES ALBUQUERQUE**

DATA DO ACIDENTE **05/04/2020** CPF DA VÍTIMA **072.798.464-08**

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO **CARLA MARIA FIRMINO MELO**

QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR () VÍTIMA (X) REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COM A VÍTIMA É **PROCURADOR**

ENDEREÇO DO PORTADOR **RUA NUMERIANO ALVES BEZERRA**

Nº **37** COMPLEMENTO **GARAGEM** BAIRRO **BOA VISTA**

CIDADE **BELO JARDIM** UF **PE** CEP **55150-020**

E-MAIL **carlafrminomeio@hotmail.com** TELEFONE (81) **991686771**

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- (X) REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- (X) 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)
- (X) CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- (X) 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
- (X) BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- (X) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- (X) AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFERMEM 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 (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS
- () NOTAS FISCAIS (ORIGINAIS 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 CONFERMEM 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

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA

DATA

IDENTIDADE **9179608 SDS-PE**

NOME

ASSINATURA

ASSINATURA

Carla Maria Firmino Melo

Melo

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3210098601 **Cidade:** Belo Jardim **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARIA DAS NEVES ALBUQUERQUE **Data do acidente:** 05/04/2020 **Seguradora:** COMPANHIA DE SEGUROS ALIANÇA DA BAHIA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 14/04/2021

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DIAFISÁRIA DE FÊMUR DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO COM PLACA E PARAFUSOS, ALTA MÉDICA.
P1 / P2 / P7

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DE MEMBRO INFERIOR 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 LEVE DE MEMBRO INFERIOR DIREITO.

**Documentos
complementares:**

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50