

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

1 - Escolha o(s) tipo(s) da cobertura: ☐ DAMS (DESpesas de Assistência Médica e Suplementares) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL: _____ 3 - CPF da vítima: 115.385.564-05 4 - Nome completo da vítima: Daise Alves dos Santos

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

5 - Nome completo: Daise Alves dos Santos 6 - CPF: 115.385.564-05
7 - Profissão: Recuso 8 - Endereço: Americano Freixo 9 - Número: 113 10 - Complemento: Carra
11 - Bairro: Salgado 12 - Cidade: Barueri 13 - Estado: PE 14 - CEP: 55048-580
15 - E-mail: Roxi.Silva.Begues@hotmail.com 16 - Tel. (DDD): (81) 99285-3008

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: 3016 CONTA: 17127 8

(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 não há possibilidade de apresentação de Laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinale uma das opções):

☐ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

☒ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, § 1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou 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(s) (nascidos)? ☐ 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 rogo/a pedido

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

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

38 - 1ª Nome: _____ CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome: _____ CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Barueri - 12 - 07 - 2021

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante) Daise Alves dos Santos

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver) Roxi
Margarida da Silva



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 090ª CIRCUNSCRIÇÃO - CARUARU - DP90ªCIRC
DINTER/14ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **21E0180001518**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **19/05/2021** às **16:17**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia **15/12/2020** às **20:15**

Fato ocorrido no endereço: **RUA JUSTINO FRANCISCO DA SILVA, 1** - Bairro: **CEDRO** - **CARUARU/PERNAMBUCO/BRASIL** - CEP: **55027-480** - Ponto de Referência: **PROX. AO ANTIGO CURTUME**

Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR / AGENTE)
RUBENS DE SOUZA FREITAS (OUTRO)
JOSE BELO DA SILVA (OUTRO)
DAISE ALVES DOS SANTOS (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): JOSE BELO DA SILVA



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

DAISE ALVES DOS SANTOS (presente ao plantão) - Sexo: **Feminino** Mãe: **JOSENILDA DOS SANTOS** Pai: **DORGIVAL BENEDITO ALVES** Data de Nascimento: **23/6/1991** Naturalidade: **MACEIO / ALAGOAS / BRASIL** Documentos: **9081768/SDS/PE (RG), 11538556405 (CPF)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Profissão: **DO LAR**
Residencial: **RUA AMERICANO FREIRE, 113-A, PROX. AO COLEGIO LAURA FLORENCIO - CARUARU/PERNAMBUCO/BRASIL** Próximo a: **MUNICIPIO DE CARUARU, 1 - CEP: 0 - Bairro: SALGADO - CARUARU/PERNAMBUCO/BRASIL, PROX. AO COLEGIO LAURA FLORENCIO**

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

RUBENS DE SOUZA FREITAS (não presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

JOSE BELO DA SILVA (não presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

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

MOTO (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **RUBENS DE SOUZA FREITAS**, que estava em posse do(a) Sr(a):

JOSE BELO DA SILVACategoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 150 FAN MIX ESI** Objeto apreendido: **Não**Cor: **PRETA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**Placa: **PFC4556** (PERNAMBUCO/CARUARU) Renavam: **329857177** Chassi: **9C2KC1670BR548344**Ano Fabricação/Modelo: **2011/2011** Combustível: **ALCO/GASOL****Complemento / Observação**

INFORMA A VÍTIMA QUE ENCONTRAVA-SE COMO PASSAGEIRA DO VEÍCULO ACIMA DESCRIMINADO O QUAL ERA CONDUZIDO POR JOSÉ BELO DA SILVA, PELA VIA ACIMA INFORMADA, QUANDO EM DADO MOMENTO OUTRO VEÍCULO TIPO MOTO VEIO A COLIDIR NA TRASEIRA DA MOTO EM QUE A VÍTIMA ENCONTRAVA-SE, VINDO A MESMA SE DESIQUILIBRAR DO REFERIDO VEÍCULO TOMBANDO JUNTAMENTE COM O CONDUTOR E O VEÍCULO, ONDE VEIO A SOFRER FRATURA DE TORNOZELO ESQUERDO E TIBIA ESQUERDA. QUE FOI SOCORRIDA POR POPULARES E CONDUZIDA DA PARA A UPD DAS RENDEIRAS, E APÓS TRANSFERIDA PARA O HRA-CARUARU E DIAS APÓS FOI REMOVIDA PARA O HOSPITAL JESUS PEQUENINO EM BEZERROS ONDE FOI SUBMETIDA A INTERVENÇÃO CIRURGICA. CONFORME DOCUMENTAÇÃO APRESENTADA.

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

*X Daíse Alves dos Santos***DAISE ALVES DOS SANTOS**
(VITIMA)B.O. registrado por: **DAVID LOPES DOS SANTOS JÚNIOR** - Matrícula: **381086-0**
(Liberado em **19/05/2021** às **16:33**)

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

1 - Escolha o(s) tipo(s) da cobertura: ☐ DAMS (DESpesas de Assistência Médica e Suplementares) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL: _____ 3 - CPF da vítima: 115.385.564-05 4 - Nome completo da vítima: Daise Alves dos Santos

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

5 - Nome completo: Daise Alves dos Santos 6 - CPF: 115.385.564-05
7 - Profissão: Recuso 8 - Endereço: Americano Freixo 9 - Número: 113 10 - Complemento: Carra
11 - Bairro: Salgado 12 - Cidade: Barueri 13 - Estado: PE 14 - CEP: 55048-580
15 - E-mail: Roxi.Silva.Neguros@hotmail.com 16 - Tel. (DDD): (81) 99285-3008

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 ☐ SEM RENDA ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ 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: 3016 ☐ CONTA: 17127 ☐ 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 não há possibilidade de apresentação de Laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinale uma das opções):

☐ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

☒ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, § 1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou 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(s) (nascidos)? ☐ 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 rogo/a pedido

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

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

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

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

40 - Local e Data, Barueri - 12 - 07 - 2021

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante) Daise Alves dos Santos

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver) _____ 43 - Assinatura do Procurador (se houver) Roxilme

44 - Assinatura do Procurador (se houver) Margarida da Silva



FICHA DE ATENDIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO
ESTABELECIMENTO:UPA RENDEIRAS - CNES:9070419

DATA/HORA: 15-12-2020 20:15:00

CARUARU

SINAIS VITAIS		CLASSIFICAÇÃO DE RISCO	
PA:130X80mmHg	Temp:Cº	AMARELO	
FR: rpm	FC:		
PESO:0 kg	HGT: mg/dl		
SPO²:	HORA:20:14:58	ESPECIALIDADE	Médico clínico
ALERGIA.:PLASIL			

DADOS PESSOAIS

PRONTUÁRIO 320163/

1968

NASCIMENTO: 23/06/1991

IDADE:29 anos, 5 mes(es) e 22 dia(s)

NOME CIVIL:DAISE ALVES DOS SANTOS

NOME SOCIAL: SEXO:FEMININO

GÊNERO ORIENTAÇÃO AFETIVA/SEXUAL

MÃE:JOSENILDA DOS SANTOS

PAI:DOGIVAL BENEDITO ALVES ENDEREÇO:RUA R 50 N 09

BAIRRO:CIDADE JARDIM CIDADE:260410-CARUARU FONE:997493962

Nº CARTÃO SUS:001608074098528 Nº DO DOC/CPF: RG:

CLASSIFICAÇÃO - QUEIXA DO PACIENTE:

PACIENTE COM HISTÓRIA DE ACIDENTE DE MOTO COM POSSÍVEL FRATURA EM MIE
/ CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:AMARELO Atendente.: aryadne.gecyca

ASSISTENTE SOCIAL - OBSERVAÇÕES:

/ CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:AMARELO

HISTÓRICO DO PACIENTE:

fratura de fêmur

EXAME FÍSICO:

Articulação passiva limitada de movimento
sem dor

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:

fratura de fêmur

CONDUTA:

TIPO DE ALTA:

[] DOMICÍLIO ☒ TRANSFERÊNCIA [] AMBULATÓRIO HORA DA LIBERAÇÃO:

Dr. Lucas Siqueira

CREMEPE: 18671

ATENDENTE:MARIA LUCICLEIDE

RECEPCIONISTA(ASSINATURA/CARIMBO) ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO

HRA ortopedia - 609 0790.



HOSPITAL DE
CARUARU

FICHA DE ATENDIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO
ESTABELECIMENTO: UPA RENDEIRAS - CNES: 9070419

DATA/HORA: 15-12-2020 20:15:00

MEDICAÇÃO PRESCRITA

ADMINISTRAÇÃO DAM MEDICAÇÃO-
CARIMBO/ASSINATURA/HORA

1 - 1x 500mg 12h e 18h

2 - 1x 500mg 12h e 18h - 1x 500mg 21h

3 - 1x 500mg 12h e 18h - 1x 500mg 21h

4 - 1x 500mg 12h e 18h - 1x 500mg 21h

Trilatil + DOCEY
Dose on + DOCEY

Dr. Lucas Siqueira
CREMEPE: 18671

ENFERMAGEM

SINAIS VITAIS

ASSINATURA E
CARIMBO

HORA

P.A

TEMP

F.C

F.R

HGT

SPO2

EVOLUÇÃO ENFERMAGEM

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:	21/07/2021
NUMERO DO DOCUMENTO:	321018610901
VALOR TOTAL:	2.362,50

TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: DAISE ALVES DOS SANTOS

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03016

CONTA: 000000017127

Número da Autenticação

C4E561399C0237C5



CELPE

Companhia Eneigética de Pernambuco

Av. João de Barros, 111. Boa Vista. Recife - PE. CEP 50050-902

CNPJ 10.835.932/0001-08 | Insc. Est. 0005943-93 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE

ESTER DE OLIVEIRA SILVA

CPF: 026.665.774-57

CLASSIFICAÇÃO
B1 RESIDENCIAL
RESIDENCIAL

Conv. Monômia - Monofásico

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
RUA AMERICANO FREIRE 113 A

SALGADO/CARUARU
CARUARU PE
55018-590

NOTA FISCAL - FATURA - CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

CONTA CONTRATO	MES/ANO
2828369019	04/2021
DATA DE VENCIMENTO	DATA PRESTAÇÃO DE SERVIÇO
27/04/2021	18/05/2021
TOTAL A PAGAR (R\$)	

NOTA FISCAL	DATA DE EMISSÃO
152281017	19/04/2021
UNICA	
APRESENTAÇÃO EM DOIS VOLUMES	



CELPE

DADOS DO CLIENTE

ROSEMERE FORMOSINA DA SILVA

CPF: 628.462.994-04 NIS: 12419398493

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL
BAIXA RENDA COM NIS
Monofásico

131449025

ÚNICA

10/11/2020

Companhia Energética de Pernambuco

INDICAÇÃO FISCAL - FATURA - CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

Companhia Energética de Pernambuco

Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife - PE, CEP 50050-902
CNPJ 10.835.932/0001-08 | Insc. Est. 0005943-93 | www.celpe.com.br

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

RUA RICARDO PILAR 332

SÃO FRANCISCO/CARUARU
CARUARU PE
55000-000

CONTA CONTRATADA

0820850017

MES/ANO

11/2020

DATA DE VENCIMENTO

17/11/2020

10/12/2020

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/BIBLIOTECASWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29536>

A Circular SUSEP 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 COAF¹.

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 Nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu, Rosilene Margarida da Silva, DE DINHEIRO

Inscrito (a) no CPF/CNPJ 029 170 884 / 60, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Daise Alves dos Santos, Inscrito (a) no CPF sob o Nº 115 385 564 / 05

do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Daise Alves dos Santos

Inscrito (a) no CPF sob o Nº 115 385 564 / 05, 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: Ricardo Pilon</u>	Número: <u>332</u>	Complemento: <u>Casa</u>
Bairro: <u>São Francisco</u>	Cidade: <u>Barueri</u>	Estado: <u>PE</u>
E-mail: <u>Rose Silva, negros@hotmail.com</u>	CEP: <u>55008-490</u>	Tel.(DDD): <u>(81) 99285-308</u>

Local e Data: Barueri, 12-07-2021

Rosilene Margarida da Silva
 Assinatura do Declarante

RELATÓRIO MÉDICO PARA AVALIAÇÃO DE INVALIDEZ PERMANENTE (TOTAL OU PARCIAL)

DECLARAÇÕES DO MÉDICO (DE PRÓPRIO PUNHO)

DATA DO ACIDENTE:

13/12/2020

DATA DO INÍCIO DO TRATAMENTO MÉDICO:

13/12/2020

NOME COMPLETO DA VÍTIMA:

DAISE ALVES DOS SANTOS

LESÕES RESULTANTES DO ACIDENTE:

A Fratura do 1/3 distal dos ossos
Perna esquerda (tibia e fêmur)
fechada

DADOS RESUMIDOS DOS TRATAMENTOS REALIZADOS (DATAS):

A Atorquico. Redução cirúrgica +
osteossíntese de fraturas de tibia e
fêmur de perna e punho.

ALTA MÉDICA? ☒ SIM () NÃO

EXISTE ALGUM DEFEITO OU DOENÇA PRÉ-EXISTENTE? () SIM ☒ NÃO

CASOS DADOS POSITIVOS DESCREVER:

João Ricardo P. Peruci
Ortopedia / Traumatologia
CRM-PE 1142

COM RELAÇÃO A INVALIDEZ PODE-SE CONCLUIR QUE:

() A INVALIDEZ É TEMPORÁRIA, PORTANTO PASSÍVEL DE RECUPERAÇÃO SIGNIFICATIVA OU DE CURA ATRAVÉS DE TRATAMENTO.

☒ A INVALIDEZ É PERMANENTE, OU SEJA, NÃO HÁ POSSIBILIDADE DE RECUPERAÇÃO SIGNIFICATIVA OU DE CURA.

GRAU DE INCAPACIDADE FUNCIONAL IRREVERSÍVEL (Especificar o segmento ou órgão atingido)

SEGMENTO ANATÔMICO OU ÓRGÃO AFETADO

1º Membro Inferior Esquerdo ± 60%
2º Membro Inferior Esquerdo MIE
3º Membro Inferior Direito Esquerdo
4º Membro Inferior Direito MIE

AFIRMO QUE ASSITI E/OU AVALIEI A VÍTIMA DO PERÍODO DE
AS RESPOSTAS ACIMA SÃO COMPLETAMENTE VERDADEIRAS.

12/02/2021 a 12/02/2021 E QUE

LOCAL:

Amazônia

DATA:

12/02/2021

ASSINATURA E CARIMBO:

João Ricardo P. Peruci
Ortopedia / Traumatologia
CRM-PE 1142

CARUARU

SINAIS VITAIS		CLASSIFICAÇÃO DE RISCO	
PA:130X80mmHg	Temp:Cº	AMARELO	
FR: rpm	FC:		
PESO:0 kg	HGT: mg/dl		
SPO²:	HORA:20:14:58	ESPECIALIDADE	Médico clínico
ALERGIA.:PLAS:IL			

DADOS PESSOAIS

PRONTUARIO 320163/

NASCIMENTO: 23/06/1991 IDADE 29 anos, 5 mes(es) e 22 dia(s)

NOME CIVIL: DAISE ALVES DOS SANTOS

NOME SOCIAL: SEXO: FEMININO

GÊNERO ORIENTAÇÃO AFETIVA/SEXUAL

MÃE:JOSENILDA DOS SANTOS

PAI: DOGIVAL BENEDITO ALVES **ENDERECO:** RUA R 50 N 09

BAIRRO:CIDADE JARDIM **CIDADE:**260410-CARUARU **FONE:**997493962

Nº CARTÃO SUS:001608074098528 Nº DO DOC/CPF: RG:

CLASSIFICAÇÃO - QUEIXA DO PACIENTE:

PACIENTE COM HISTÓRIA DE ACIDENTE DE MOTO COM POSSÍVEL FRATURA EM MIE / CLASSIFICAÇÃO DE RISCO: AMARELO Atendente.: aryadne.gecyca

ASSISTENTE SOCIAL - OBSERVAÇÕES:

/ CLASSIFICAÇÃO DE RISCO.:AMARELO

HISTÓRICO DO PACIENTE:

from the same side

EXAME FISICO:

Arctostaphylos uva-ursi L. fr. at the base of the tree.

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:

firmas a l. e.

CONDUTA:

TIPO DE ALTA:

[] DOMICILIO [X] TRANSFERÊNCIA [] AMBULATÓRIO HORA DA LIBERAÇÃO: _____

Dr. Lucas Siqueira
CREMEPE: 18671

ATENDENTE: MARIA LUCICLEIDE

RECEPCIONISTA(ASSINATURA/CARIMBO) ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO

HRA Orthopedic - 6090790.



HOSPITAL DE
CARUARU

FICHA DE ATENDIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO
ESTABELECIMENTO:UPA RENDEIRAS - CNES:9070419

DATA/HORA: 15-12-2020 20:15:00

MEDICAÇÃO PRESCRITA

ADMINISTRAÇÃO DAM MEDICAÇÃO-
CARIMBO/ASSINATURA/HORA

1 - 2x 1 comprimido de 100mg

2 - 1 comprimido de 100mg + 1 comprimido de 100mg

27/12/20
C. Silva

Gramal - 01 FA + 100 ml SFO, 97.20 @ 08/40

3 - 01 comprimido de 100mg

Trileptil + 100mg
Dose 04 + 100mg

Dr. Lucas Siqueira
CREMEPE: 18671

27/12/20
27/12/20

ENFERMAGEM

SINAIS VITAIS

ASSINATURA E
CARIMBO

HORA

P.A

TEMP

F.C

F.R

HGT

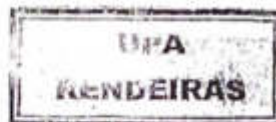
SPO2

EVOLUÇÃO ENFERMAGEM



CARUARU

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO - UPA RENDEIRAS



GUIA DE TRANSFERÊNCIA

NOME: Daise Azeiteiro de Jesus IDADE: 29
REGISTRO: _____ HORA: 17:30 DATA DE NASCIMENTO: 23/06/1991

HISTÓRIA ATUAL:

Paciente vítima de acidente com motorista
Apresenta dor no membro superior direito

EXAME FÍSICO:

Alto, magro, cor da pele amarelada
Alcance de 1m, 10:10:15
Sinal de Laseque positivo

EXAMES COMPLEMENTARES:

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:

Fratura fechada do MLE

CONDUTA:

Analise da tomografia

TRANSFERIDO PARA: HNA SENHA: 6090790

COM ACOMPANHAMENTO MÉDICO: SIM _____

ASSINATURA E CARIMBO

NÃO _____

ASSINATURA E CARIMBO

Dr. Lucas Siqueira
CREMEPE: 18671

DATA: 18/12/20



HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE
EMERGÊNCIA



1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Atendimento: 639823

Prontuário: 296210

Nome: DAISE ALVES DOS SANTOS

Data Nasc.: 23/06/1991

Idade: 29

Sexo: FEMININO

Cor: PARDA

Religião:

CPF: 11538556405

RG: 9081768

CNS:160900544620005

Nº: 09

Endereço: ~~SITIO CAMPOS~~

Bairro: ZONA RURAL

Cidade: CARUARU

Estado: PE

CEP: 55024321

Fone: 999621640

Profissão: DO LAR

Nome da Mãe: JOSENILDA DOS SANTOS

Acompanhante:

Motivo do Atendimento: QUEDA DE MOTO

Clinica: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

VIGILANCE/EPIDEMIOLOGIC 463

2 - ATENDIMENTO

Data: 16/12/2020 16:13

Médico: MEDICO PLANTONISTA

Queixa Principal / HDA:

Queda de moto hs $\pm$ 24h. Com Reservas
no. ME

Exame Físico:

Pacientes com Balim + 1/4" PA: —
do pericardio da MIE

PA

EC:

FR:

Diag. Provisório:

Prüfung des Tiers & fähigkeits durch E

Prescrição:

Dieta: _____

Horário

Data

① $\text{m} \neq 0$ & no change electric

~~Dr. João Luiz da Rocha~~
~~Ortopedia e Traumatologia~~
~~CRM - 42035~~



HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE
EMERGÊNCIA



3 - Evolução / Exames

Termo de Responsabilidade de Alta a Pedido

() Paciente () Familiar

Responsabilizo-me pela imediata retirada do paciente desse nosocômio, bem como tenho absoluto conhecimento sobre todas as consequências que esse ato possa acarretar.

Nome: _____ RG: _____

Endereço: _____ Tel.: _____

Data: ____ / ____ / ____

Assinatura

Autorização de Procedimento

() Paciente () Familiar

Nome: _____ RG: _____

Endereço: _____ Tel.: _____

Procedimento: _____

Assinatura

Diag. Definitivo: _____

Destino do Paciente

() Alta () Cirurgia () Óbito () Evadiu-se () Termo de Alta a Pedido
() Transferência: _____ () Internamento _____

Condição de Alta

() Curado () Melhorado () Inalterado () Óbito

Data: ____ / ____ / ____ Hora: ____ Médico: _____ CRM: _____

HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE

Data e hora retirada da senha: 16/12/2020 15:54

	Nome Paciente:	DAISE ALVES DOS SANTOS
	Cód. Paciente:	
	Data de Nascimento:	23/06/1991
	Sexo:	Feminino
	Idade:	29
	Senha:	U0023
	Convênio:	-
	Atendimento:	SAME:

Período: 16/12/2020 16:01 - 16/12/2020 16:02

CLEDSON FERNANDES DE HORLANDO - COREN: N/SE - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - CLASSIFICAÇÃO

Prioridade: **URGENTE**

Cor: AMARELO

Queixa Principal: PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO, COM FRATURA FECHADO DE MIE

Observação: NEGA HAS E DM
ALERGIA A PLASIL

Fluxograma sintoma: QUEDAS

Discriminador(es): - DOR MODERADA?

Especialidade: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

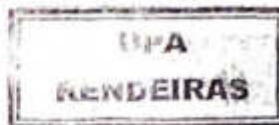
Acolhido(a) por: CLEDSON FERNANDES DE HORLANDO - COREN: N/SE - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 16/12/2020 16:02



CARUARU

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO - UPA RENDEIRAS



GUIA DE TRANSFERÊNCIA

NOME: DANIELA ALVES DA SILVA IDADE: 23
REGISTRO: _____ HORA: 5:30 DATA DE NASCIMENTO: 23/06/1991

HISTÓRIA ATUAL:

Paciente vítima de acidente com utilização
de Fimbril em MGF

EXAME FÍSICO:

Atividade física 1-12 22 33
Atividade física 1-12 22 33
Suporte físico e saúde física 15

EXAMES COMPLEMENTARES:

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:

Furto Faltas em MGF

CONDUTA:

Atividade física 1-12 22 33

TRANSFERIDO PARA: HUG SENHA: 6095710

COM ACOMPANHAMENTO MÉDICO: SIM _____

NÃO _____

ASSINATURA E CARIMBO

ASSINATURA E CARIMBO

Dr. Lucas Siqueira
CREMEPE: 18671

DATA: 15/12/2019



SUS

Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE WALDEMIRO FERREIRA

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

7 - CNES

2 4 2 7 4 1 9

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

Maíse Alves dos Santos

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

296210

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

1610901013441612106015230691

8 - DATA DE NASCIMENTO

9 - SEXO

Masc ☒ Fem ☐

10 - RAÇA/COR

11 - ETNIA

11 - NOME DA MÃE

Joaniceia dos Santos

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

-/-

15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

Setio Campos

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Camamu

17 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO

18 - UF

19 - CEP

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINTOMAS E SÍNTOMAS CLÍNICOS

Torção no ME há 24 horas.

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Fratura cingílica

22 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

Fix + Exat físico

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL

Fratura dos ossos femur 587.7

24 - CID 10 PRINCIPAL

25 - CID 10 SECUNDÁRIO

26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Cirurgia

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

29 - CLÍNICA

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

31 - DOCUMENTO

32 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE)

33 - DATA DE SOLICITAÇÃO

34 - ASSINATURA E CARIMBO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

35 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

João Luiz de Faria

36 - DATA DE SOLICITAÇÃO

37 - ASSINATURA E CARIMBO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

38 - DATA DE SOLICITAÇÃO

39 - ASSINATURA E CARIMBO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

37 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

38 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

39 - CNPJ DA SEGURADORA

40 - Nº DO BILHETE

41 - SÉRIE

42 - CNPJ EMPRESA

43 - CNPJ EMPRESA

44 - CNPJ EMPRESA

45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - CÓD. ÓRGÃO EMISSOR

52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

48 - DOCUMENTO

49 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

() CNS

() CPF

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

51 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)



LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

Nome do Estabelecimento Solicitante HOSPITAL JESUS PEQUENINO	2 - CNES 2344254
3 - Nome do Estabelecimento Executante HOSPITAL JESUS PEQUENINO	4 - CNES 2344254

Identificação do Paciente

5 - Nome do Paciente DAISE ALVES DOS SANTOS	6 - Número do Prontuário 134362			
7 - Cartão Nacional de Saúde (CNS) 160900544620005	8 - Data Nascimento 23/06/1991	9 - Sexo FEMININO	10 - Raça/Cor 3	10.1 - Etnia
11 - Nome da Mãe JOSENILDA DOS SANTOS	12 - Telefone de Contato 81.92272737			
13 - Nome Responsável	14 - Telefone de Contato			
15 - Endereço (Logradouro, nº, complemento, bairro) RUA R 50, 9 () - CIDADE JARDIM	16 - Município de residência CARUARU	17 - Cod. IBGE município 2604106	18 - UF PE	19 - CEP

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

Principais sinais e sintomas clínicos

Dor em perna esquerda

Condições que justificam a internação

Necessidade de cirurgia

Principais resultados de provas diagnósticas (Resultados de exames realizados)

Exame clínico

23 - Diagnóstico inicial Fratura de tíbia Esquerda	24 - CID 10 Principais S82.9	25 - CID 10 Sec.	26 - CID 10 Causas associadas 0408050144
---	---------------------------------	------------------	---

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - Descrição do Procedimento Solicitado Internamento	28 - Código do procedimento 0408050144		
29 - Clínica Ortopedia	30 - Caráter de Internação Eletivo	31 - Documento () CNS () CPF	32 - Nr. Doc. (CNS/CPF) do Profissional solicitante 093.034.344-28
33 - Nome do Profissional Solicitante Natalia Sexual	34 - Data da solicitação 18/12/2020	35 - Assinatura e Carimbo (nr. do registro do conselho) Dr. Sidney Souza Araújo Ribeiro CRM 24649	

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - () Acidente de Trânsito	39 - CNPJ da Seguradora	40 - Nr. do Bônus	41 - Série
37 - () Acidente de Trabalho típico	42 - CNPJ da Empresa	43 - CNA da Empresa	
38 - () Acidente de Trabalho trajeto			
45 - Vínculo com a Previdência () Empregado () Empregador () Autônomo () Desempregado () Aposentado			

AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizador	47 - Cód. Órgão Emissor	52 - Nr. Autorização de internação hospitalar
48 - Documento () CNS () CPF	49 - N. Documento (CNS/CNPJ) Profissional Autorizador	PREFEITURA DE BEZERROS Secretaria Municipal de Saúde NUMERAÇÃO DE AIH NORMAL 262010535318-4
50 - Data da Autorização	51 - Assinatura e Carimbo (N. do Registro do Conselho)	

Conferido Com Documento
Original Bezerros PE ____/____/____
Hospital Jesus Pequeno

José Lourenço dos Santos
Assistente Social
GRESS 10150

**SUS****Sistema
Único de
Saúde**
**Ministério
da
Saúde****LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR****Identificação do Estabelecimento de Saúde**

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE WALDEMIRO FERREIRA

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

7 - CNES

2 4 2 7 4 1 9

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

Jose Alves dos Santos

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

9 - SEXO

Masc ☐ 1 Fem ☒ 3

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

296210

10 - RAÇA/COR

10.1 - ETNIA

11 - NOME DA MÃE

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

17 - Cód. IBGE MUNICÍPIO

18 - UF

19 - CEP

12 - TELEFONE DE CONTATO

Nº DO TELEFONE

DDD

14 - TELEFONE DE CONTATO

Nº DO TELEFONE

DDD

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - PRINCIPAIS QUEIXAS E SINTOMAS DESCRITOS

Transtorno no ME há 24 horas.

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Fratura ciliária

22 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

Rx + Exame físico

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL

24 - CID 10 PRINCIPAL

25 - CID 10 SECUNDÁRIO

26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

Fratura dos ossos parietal S82.7**PROCEDIMENTO SOLICITADO**

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Cirurgia

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

29 - CLÍNICA

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

31 - DOCUMENTO

32 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

Dr. João Luiz da Rocha

34 - DATA DE SOLICITAÇÃO

16/12/2006

35 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

Dr. João Luiz da Rocha**CRM - 12035****PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)**

36 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

39 - CNPJ DA SEGURADORA

40 - Nº DO BILHETE

41 - SÉRIE

37 - () ACIDENTE TRABALHADO TÍPICO

42 - CNPJ EMPRESA

43 - CNIE DA EMPRESA

44 - CBOA

38 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR

52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

48 - DOCUMENTO

49 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

() CNS () CPF

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

51 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

HOSPITAL JESUS PEQUENINO
FICHA DE ATENDIMENTO DE INTERNAÇÃO

Acomodação: ENF - 04 - LEITO_3

Enfermaria: ORTOPEDIA

Atendimento: 607434 Data: 18/12/2020 Hora: 17:23
Convênio: SES - ORTOPEDIA
Responsável:
Zico: DRA. NATALIA SOBRAL DA SILVA

Recepç.: CAROLINE FERREIRA TORRES
Matrícula: 160900544620005
Identidade:
Cartão SUS:

Paciente: 134362 DAISE ALVES DOS SANTOS
Nascimento: 23/06/1991 - 29 Anos e 5 Meses
Endereço: RUA R 50, 9
Bairro: CIDADE JARDIM
IBGE/Cidade: 2604106 CARUARU
Pai: DORGIVAL BENEDITO ALVES
Mãe: JOSENILDA DOS SANTOS
Nacionalidade: BRASIL

CEP:
UF: PE

Sexo: FEMININO Cor:
Est. Civil:
C.P.F.: 11538556405
Identidade: 9081768 SDS PE
Telefone: 81.92272737
G. Instrução:
Ocupação:
Naturalidade:

Obs.: SENHA ORTOPEDIA: 813417

Queixa do Paciente: Paciente sofreu ddt em punha E.

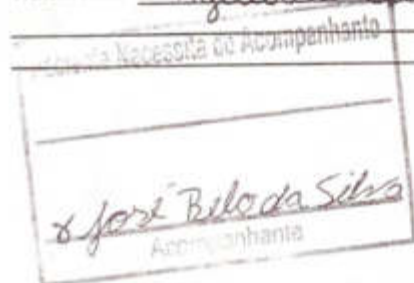
Recebo paciente vindo de HRA, com fratura de tíbia
e fíbula esquerda. Refere ddt na movimentação.

H.D.A.: Nega comorbidades. Refere cirurgia na plást.

Exame Físico: EGB

H.D.: Fratura de tíbia E

Tratamento: Aguarda cirurgia.



Bezerros, 18 de dezembro de 2020

Natália Sobral
CRM-PE 00359

Assinatura e Carimbo do Médico

HOSPITAL JESUS PEQUENINO**FICHA DE ATENDIMENTO DE INTERNAÇÃO (Complemento)**

Acomodação: ENF - 04 - LEITO_3

Enfermaria: ORTOPEDIA

Atendimento: 607434 Data: 18/12/2020 Hora: 17:23
Convênio: SES - ORTOPEDIA
Responsável:
Médico: DRA. NATALIA SOBRAL DA SILVA

Recepção: CAROLINE FERREIRA TORRES
Matrícula: 160900544620005
Identidade:
Cartão SUS:

Paciente: 134362 DAISE ALVES DOS SANTOS
Nascimento: 23/06/1991 - 29 Anos e 5 Meses
Endereço: RUA R 50, 9
Bairro: CIDADE JARDIM
IBGE/Cidade: 2604106 CARUARU
Pai: DORGIVAL BENEDITO ALVES
Mãe: JOSENILDA DOS SANTOS
Nacionalidade: BRASIL

CEP:
UF: PE

Sexo: FEMININO Cor:
Est. Civil:
C.P.F.: 11538556405
Identidade: 9081768 SDS PE
Telefone: 81.92272737
G. Instrução:
Ocupação:
Naturalidade:

Recepcionista: _____

Motivo Alta: () Curado () Melhorado () A Pedido () Transferido () Evasão Morte: () Antes de 48 horas () Após 48 horas
() Assinou o termo

Alta HospitalarData: 22/12/2020

Médico: _____

Assinatura / CRM

Observação21/12/2020

Fratura simples fechada do fêmur
do lado direito - 1/3 proximal
Fratura simples fechada do fêmur
do lado esquerdo - 1/3 proximal
Fratura simples fechada do fêmur
do lado direito - 1/3 proximal

Transferência HospitalarData: / /

Médico: _____

Assinatura / CRM

DiagnósticosDiagnóstico Provisório: Fratura simples fechada do fêmur

+ Fratura simples fechada do fêmur
do lado esquerdo - 1/3 proximal
Fratura simples fechada do fêmur
do lado direito - 1/3 proximal

Diagnóstico Definitivo: 0**Óbito**Data: / /

Médico: _____

Assinatura / CRM

Diagnóstico Secundário: _____

RELATÓRIO CIRÚRGICO	
NOME DO PACIENTE DAISE ALVES DOS SANTOS	NÚMERO DO REGISTRO 134362
CLÍNICA ORTOPÉDICA	
CIRURGIÃO JOÃO MARILTON VIEIRA COSTA	
ANESTESIA RAQUI	DR. CAIO SOPRANO
DATA DA OPERAÇÃO 21/12/2020	
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO FRATURA DOS OSSOS DA PERNA ESQUERDO	
DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO O MESMO	
OPERAÇÃO PROPOSTA TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA TIBIA ESQUERDA COM FIXAÇÃO + FRATURA DE TORNOZELO UNIMALEOLAR + DESBRIDAMENTO + OSTEOTOMIA + RECONSTRUÇÃO LIGAMENTAR	
OPERAÇÃO REALIZADA A MESMA	
DESCRIÇÃO DO ATO OPERATÓRIO	
CAMPO CIRURGICO COM POLVIDINE REALIZAMOS MANIPULAÇÃO NA FRATURA DE TIBIA COM REDUÇÃO CRUENTA DA MESMA COM POSTERIOR FIXAÇÃO COM: 01 PLACA BLOQUEADA DE TIBIA COM 10 ORIFÍCIOS 01 PARAFUSO CORTICAL Nº 26 01 PARAFUSO CORTICAL Nº28 01 PARAFUSO CORTICAL Nº34 01 PARAFUSO CORTICAL ROSQUEAVEL Nº 16 01 PARAFUSO CORTICAL ROSQUEAVEL Nº 20 01 PARAFUSO CORTICAL ROSQUEAVEL Nº 22 01 PARAFUSO CORTICAL ROSQUEAVEL Nº 28 01 PARAFUSO CORTICAL ROSQUEAVEL Nº 36 01 PARAFUSO CORTICAL ROSQUEAVEL Nº 38 01 PARAFUSO CORTICAL ROSQUEAVEL Nº 40 REALIZAMOS MANIPULAÇÃO DA FRATURA DE MALEOLO LATERAL COM REDUÇÃO CRUENTA DA MESMA E RECONSTRUÇÃO LIGAMENTAR E POSTERIOR FIXAÇÃO COM: 01 PLACA 1/3 DE CANO DE 07 ORIFÍCIOS 03 PARAFUSOS CORTICAIS Nº14 01 PARAFUSOS CORTICAIS Nº16 01 PARAFUSOS CORTICAIS Nº20 01 PARAFUSOS CORTICAIS Nº26 REALIZAMOS DESBRIDAMENTO REALIZAMOS OSTEOTOMIA LAVAGEM DE FERIDA OPERATÓRIA CURATIVO E APARELHO GESSADO AXILOPALMAR	

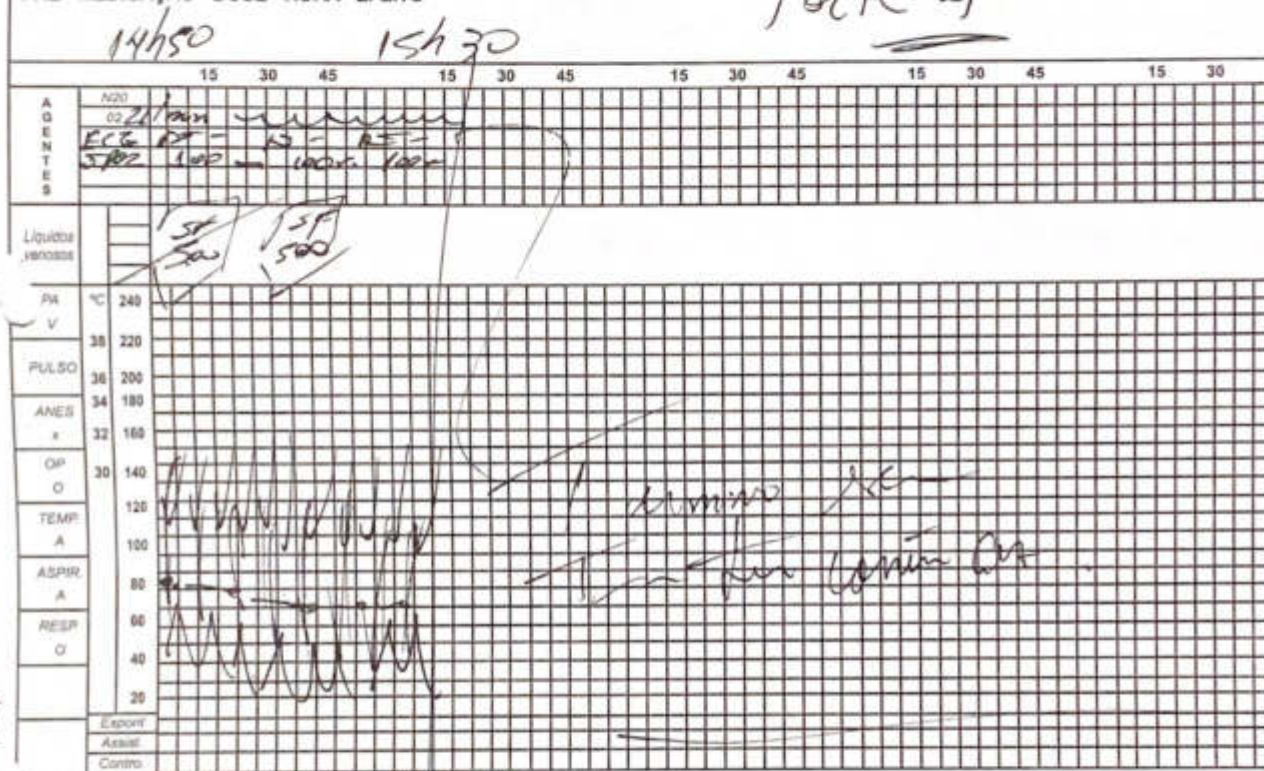
João Marilton V. Costa
Traumatologia Ortopédica
CRM-PE 5980

FICHA DE ANESTESIA

Nº _____
Data: 22/11/12

Anestesiado: Requeno Vaqueiro / CMA + Sedação NB
Nome: DAISE ALVES DOS SANTOS Nº do Registro: 134362 Nº na Clínica: 505
Unidade: HJP Quarto: _____ Leito: _____ Idade: 29 Sexo: F
Operador: Dr. João Marilton Assist.: _____ Anestesista: Dr. Carlos E. V. Soprano
Diag. Preop: Fratura Tibial B Diag. Posop: 0 mesmo
Op. Proposta: TTO Fratura Tibial B Op. Realizada: TTO Cúmulos Fratura Tibial B
Premeditação: _____ Hora: _____ Resultado: (MO 1-2-3) Risco 1-2-3-4
(AO 1-2-3)

PRÉ - MEDICAÇÃO - DOSE - HORA - EFEITO



SÍMBOLOS

AGENTES	DOSES	TÉCNICA	ANOTAÇÕES:
A. Propofol (P)	135	Requeno Vaqueiro	Check list ASA I Nem Vaguet 4
B. Morfina	20mg	Tubo nasolaringeal	
C. Propofol	40mg	União 1 BF 100	
D. Desflurano	8g	Cloro ALF. Bloq	
E. Diprônio	2g	T6.	
F. Anticidário	4g		CÂNULA - NASOOROFARÍNGEA NASOOROTRAQUEAL - CEGA BAL - TAMP - CALIBRE DO TUBO SOB - MÁSCARA DIFICULDADE TÉCNICA Tempo de Anestesia
G. Anticidário	4g		
LÍQUIDOS			
Cefepime	1g		
Amoxicilina	500mg		
TOTAL			Laringo - Espasmo - Excesso Secre Depressão Respiratória - Hipoxia "BUCKING" - Vômito Hemorragia Antebra Bradi - Taquicardia - Choque
OPERAÇÃO:			

ANESTESISTA: Dr. Carlos E. V. Soprano Nº 100 CRM 22222
CIRURGIÃO: Dr. Carlos E. V. Soprano Nº 100 CRM 22222
PERDA SANGÜÍNEA: _____



HOSPITAL JESUS PEQUENININO

COMANDA 697120

MEDICAMENTOS - MATERIAIS E TAXAS USADAS

Paciente: Jaqueline Alves das Santos Registro Nº: 134362
Apt.: _____ Enfermaria.: _____ Data: 21/12/202
Cirurgia: Ext. Vena da Perna Cirurgião: Dr. João
Anestesia: Raquel Anestesista: Dr. João
Início: _____ Término: _____

Especificação	Quant.	Especificação	Quant.
MEDICAMENTOS		Metronidazol 500mg	
Adrenalina		Nauseadron	x 02
Água Destilada		Narcan	
Atropina		Neomicina Pomada	
Bicarbonato de Sódio		Nipride	
Cedilanide		Omeprazol	
Cisatracúrio		Plasil	
Cloreto de Sódio		Propofol	
Cloreto de Potássio		Prostigmine	
Clindamicina		Quelicin	
Dramin		Rapifen	
Dexametazona Pomada		Ranitidina	
Decadron	x 01	Revivan	
Diazepam	x 03	Ringer c/ Lactato	
Dipirona	x 01	Rocefin 1g	
Dimorf 0,1		Sevoflurano	
Dolantina		Syntocinon	
Dormonid	1ml	Soro Fisiológico	500 01 x
Eufatil		Soro Glicosado	
Enoxaparina 40mg		Styptanon	
Fenergan		Sulfato de Magnésio	
Fentanil Espinhal		Transamin	
Fentanil 5ml	1ml	Tenoxicam	x 02
Flumazenil		Thionembatal	
Glicose		Tramal	
Gluconato Cálcio		Vitamina K	
Hidrocortisona 100mg		Voluven	
Hidrocortisona 500mg		Xylocaina 2% s/a	
Ipsilon		Xylocaina 1% s/a	
Keflin		Xylocaina Geléia	
Ketalar		Xylocaina Spray	
Lasix		Xylocaina Pesada	
Manitol		MATERIAIS	
Marcaína c/a	x 01	Agulha desc. 25x7/40x12/0,45x13	x 04 x1
Marcaína s/a		Agulha de Plexo	
Marcaína Pesada	x 01	Agulha Raqui	25 x 01
Methergin		Algodão Hidrófilo	

Especificação	Quant.	Especificação	Quant.
Algodão Ortopédico	01	CatGut Crom c/a	01 + 01
Atadura Crepe x 15	03	Fio de Algodão	
Atadura Gesso		Fio de Aço	
Azul de Metileno		Fio Kirschner	
Bolsa p/ Colostomia		Fio Maleável	
Cateter Nasal		Monocryl	
Clamp Umbilical		Mononylon x 2.0	03
Coletor Sistema Aberto		Polycot	
Coletor Sistema Fechado		Propelene	
Comp. Cirúrgica x 02		PDS	
Dreno de Sucção		Seda	
Dreno Penrose		Vicryl	
Dreno Tórax		LÍQUIDOS	
Eletrodos x 05		Água Oxigenada	10
Equipo Macrogotas		Álcool 70%	20
Escova de Degermação	04	Glutaraldeído	
Espadrado		Éter	10
Espadrado Micropore		Formol	
Gaze 7x5x7,5 x 04		Clorexidina Degermante	50
Neocaina Pesada		TAXAS	
Neocaina Isobárica		Oxímetro de Pulso	1x
Infusor soluções Parenterit 2 vias		Aspirador	
Intracath		Bisturi Elétrico	1
Jelco		Desfibrilador	1x
Liga Clip		Monitor	
Lâmina Bisturi 21 x 01		OXIGÊNIO	
Látex 204 1 3		Das ____ às ____	
Luva Estéril 8.0 7.5 x 04			
Luva Descartável m 05			
Máscaras 04			
Polifix 04			
Pró-Pés 04			
Scalp			
Seringa de 01 cc			
Seringa 03 cc			
Seringa 05 cc x 01			
Seringa 10 cc x 01			
Seringa 20 cc			
Sonda Nasogástrica n°			
Sonda Foley n°			
Sonda Uretral n°			
Sonda '3v n°			
Transfix			
Pulseiras de RN			
Toucas 04			
FIOS			
CatGut Simpa s/a			
CatGut Simp c/a			
CatGut Crom s/a			

Juliana d. S. Pereira
 Tec. de enfermagem
 COREN-PE 031 112.801

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÁFICO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO



NOME
ROSILENE MARGARIDA DA SILVA

DOC. IDENTIDADE / ÓRG. EMISSOR / UF
9000356 SDS PE

CPF
029.170.884-60

DATA NASCIMENTO
30/01/1976

FILIAÇÃO
**SEVERINO FIRMINO DA SI
LVA
MARGARIDA FORMOSINA DA
SILVA**

PERMISSÃO

ACC

CAT. HAB.

AB

Nº REGISTRO

06279302663

VALIDADE

06/02/2023

1ª HABILITAÇÃO

13/01/2015

OBSERVAÇÕES

A

Rosilene Margarida da Silva

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL

CARUARU, PE

DATA EMISSÃO

07/02/2018



Charles Andrews Sousa Ribeiro
Diretor Presidente

ASSINATURA DO EMISSOR

85662886341

PE083881115

PERNAMBUCO

VÁLIDA EM TODO
O TERRITÓRIO NACIONAL
1564015797

PROIBIDO PLASTIFICAR
1564015797

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL



ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO TAVARES BURIL

NOME **Daíse Alves dos Santos**

FILIAÇÃO
Dorgival Benedito Alves
Josenilda dos Santos

NATURALIDADE Maceló - AL

DATA NASCIMENTO 23/06/1991

ORGÃO EXPEDIDOR SDS/PE

TIPO SANG./FATOR RH

OBSERVAÇÃO



Daíse Alves dos Santos
Assinatura do Identificado

CARTEIRA DE IDENTIDADE

Indústria Gráfica Brasileira Ltda

PROTRITO PLÁSTICO

LEI Nº 7.116 DE 19 DE AGOSTO DE 1983

REGISTRO GERAL **9.081.768**

DATA DE EXPEDIÇÃO **02/06/2020**

REGISTRO CIVIL

Matr.: 002949.01.55.1991.1.00063.298.0067677.22 Maceló - AL 27/05/2020

CPF 115.385.564-05

DNI

T. ELEITOR

CTPS

SÉRIE

UF

NIS/PIS/PASEP

IDENTIDADE PROFISSIONAL

CERT. MILITAR

CNH

CNS

Polegar Direito



Paulo de Carvalho
Paulo Augusto Távares de Carvalho
Gestor do IITB/PE

ECM-03

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PE
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

Nº 9305659085
RUBENS DE SOUZA FREITAS
CARUARU-PE
356.276.384-00
PLACA PFC4556
CHASSI 9C2KC1670BR548344
COMBUSTÍVEL ALCO/GASOL
ANO FAB 2011 ANO MOD 2011
COR PREDOMINANTE PRETA
CATEGORIA PARTIC
VENC / COTAS 1ª ***** 2ª ***** 3ª *****
FAIXA I.P.V.A. 1 *****
PREMIO TARIFÁRIO (R\$) IOF (R\$) DATA DE PAGAMENTO
SEGURO PAGO

VIA 1 329857177
ODD RENAVAM *****
EXERCÍCIO 2012

AL. FID. ADM CON3 NAC HONDA LTDA

CARUARU

LOCAL *Caruaru* DATA 27/03/12

Maria de Fátima Denerre R. Costa
Diretora Presidente DETRAN/PE

CONTRAN

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS
TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

PE Nº 9305659085 BILHETE DE SEGURO DPVAT

356.276.384-00
RUBENS DE SOUZA FREITAS
CARUARU-PE

PE Nº 9305659085
356.276.384-00
HONDA/CG 150 FAN ESI
9C2KC1670BR548344
PRÊMIO TARIFÁRIO
CUSTO DO BILHETE (R\$) IOF (R\$)
SEGURO PAGO
COTA ÚNICA PARCELADO
DATA DE QUITAÇÃO

Seguradora Líder dos Consórcios
do Seguro DPVAT S/A

CNPJ: 09.248.608/0001-04
DESTAQUE E GUARDE O BILHETE DPVAT.
ELE NÃO É DE POSTO OBRIGATORIO.

1102 / NY

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3210186109 **Cidade:** Caruaru **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: DAISE ALVES DOS SANTOS **Data do acidente:** 15/12/2020 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 15/07/2021

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE TÍBIA E FÍBULA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE). ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DE MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DE MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

**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

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3210186109 **Cidade:** Caruaru **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: DAISE ALVES DOS SANTOS **Data do acidente:** 15/12/2020 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 15/07/2021

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DE TÍBIA E FÍBULA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE). ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

Observações: @1. SOLICITO PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNOSTICO, TRATAMENTO, E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VIGÊNCIA DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E/OU ANATÔMICAS E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

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 médio - 60 %	42%	R\$ 5.670,00
Total			42 %	R\$ 5.670,00

PROCURAÇÃO

Pelo presente instrumento particular de procuração, o outorgante abaixo qualificado confere ao outorgado, também qualificado, os poderes abaixo transcritos:

OUTORGANTE:

Nome: Daine Alves dos Santos
brasileiro (a), estado civil: solteira, profissão: Recebe
RG nº 9081768, CPF/MF nº 115.385.564-05, com
endereço residencial na Rua: Americana Faria, 113
Salgado
Baruanu - PE

OUTORGADO:

Nome: Rosilene Margarida da Silva
brasileiro (a), estado civil: solteira, RG nº 9000-356,
CPF/MF nº 029.170.884-60, com endereço residencial na
Rua: Ricardo Pilar, 332
São Francisco
Baruanu - PE

PODERES:

Amplos poderes para praticar os atos administrativos do Seguro Obrigatório -
DPVAT, por natureza Invalidação da Vítima
Daine Alves dos Santos CPF 115.385.564-05 e
cujo Sinistro ocorreu no dia _____.

Baruanu, 12 de Julho de 2021.

Daine Alves dos Santos

Outorgante

(Reconhecer firma por autenticidade)

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0146004/21

Vítima: DAISE ALVES DOS SANTOS

CPF: 115.385.564-05

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

Data do acidente: 15/12/2020

Titular do CPF: DAISE ALVES DOS SANTOS

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

ROSILENE MARGARIDA DA SILVA : 029.170.884-60

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

DAISE ALVES DOS SANTOS : 115.385.564-05

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: 13/07/2021
Nome: ROSILENE MARGARIDA DA SILVA
CPF: 029.170.884-60

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 13/07/2021
Nome: Steffany Carolyn Lins Veloso
CPF: 115.938.994-24

ROSILENE MARGARIDA DA SILVA

Steffany Carolyn Lins Veloso