



PREFEITURA MUNICIPAL DE ITAPISSUMA

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Declaro para devidos fins, que o paciente
Damian Rodrigues da Silva recebe acom-
panhamento fisioterapêutico devido a
fratura do 5º metacarpo direito após
sofrer acidente automobilístico há cerca
de dois meses, apresentando diminuição
de força muscular e dor. CID 10: S62.3

Dra. Daniely K. S. Bernardino
CREFITO: 244839-F


Itapissuma, 17/09/19

Médico

HOSPITAL METROP. NORTE MIGUEL ARRAES

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

PROTOCOLO CLASSIFICACAO REDE IMIP

Data e hora retirada da senha: 25/07/2019 15:35



Nome Paciente: DAMIÃO RODRIGUES DA SILVA
Cód. Paciente:
Data de Nascimento: 13/02/1983
Sexo: Masculino
Idade: 36
Senha: 0028
Convênio:
Atendimento:
SAME:

Período: 25/07/2019 15:58 - 25/07/2019 16:01

MARCELO ROBSON OLIVEIRA PEREIRA MATOS - COREN: 454133 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - Classificação

Prioridade:

NAO URGENTE - VERDE

Cor:

VERDE

Queixa Principal:

ENCAMINHADO DA UPB DE OLINDA SENHA : 5733372
RELATA QUEDA DE MOTO APOS DESVIO DE CARRO, FRATURA METACARPIO DIREITO

Observação:

NEGA ALERGIAS, NEGA HAS/DM

Fluxograma sintoma:

TRAUMA

Eliminador(es):

- CONTUSÕES E ESCORIAÇÕES
- DOR LEVE (1-3/10)
- EVENTO (TRAUMA) HÁ MAIS DE 6 HORAS

Especialidade:

ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Sinais Vitais Lidos:

- FREQUENCIA CARDIACA: 72.00 BPM
- GLICOSE: 88.00 MG/DL
- P.A. SISTOLICA: 120.00 MMHG
- P.A. DISTOLICA: 90.00 MMHG
- SATURAÇÃO DE OXIGÊNIO: 98.00 %

RECEBADO
NEPI-HMA

HMA - Hospital Miguel Arraes

Lesão de Pele

Sim () Não (X)

Local

Dr. Marcelo Robson Oliveira Pereira Matos
Enfermeiro
COREN: 454133

Enfermeiro

Acolhido(a) por: MARCELO ROBSON OLIVEIRA PEREIRA MATOS - COREN: 454133 - FUNÇÃO:
ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 25/07/2019 16:01



HOSPITAL
MIGUEL ARRAES

HOSPITAL MIGUEL ARRAES

GESTÃO
IMIP
HOSPITALAR

Atendimento: 487871

Senha da Classificação:

0028

Data e Hora: 25/07/2019 16:10

Paciente: 127836 DAMIAO RODRIGUES DA SILVA

Sexo: MASCULINO

Nome Social:

Data do Nascimento: 13/02/1983 Idade: 36 anos Convenio: 2 SUS - EXTERNO / URGENCIA

Nome da Mãe: MARIA LUCIA DA SILVA

Nome do Pai: MOISES RODRIGUES DA SILVA

Estado Civil: SOLTEIRO

Nome do Médico: PLANTONISTA ORTOPEDIA

CRM: 12346

Endereço: RUA L

356

Bairro: CENTRO

Cidade/UF: ITAPISSUMA

PE

Usuário Atendimento: HANNESSAKCCA

Informações Associadas a Pacientes Estrangeiros / Visitantes

Data Entrada Brasil:

Nacionalidade: BRASILEIRA

Nr Documento Estrangeiro:

Observação:

RESUMO DE TRATAMENTO

Peso:

Altura:

Temperatura:

Hora:

Queixa Principal

Paciente encaminhado da UPA de Olinda, com relato de queda de moto há 16 dias, sendo inicialmente tratado conservador, porém em remissão após 16 dias foi avaliada a fratura como desviada. Nega comorbidades ou alergias. Trauma em mão dominante.

Exame Físico

ECG, WTE, supnicio e afibril. Mão A com edema e desvio rotacional à flexão de 5° ADD. (flexão parcial, limitada pela dor).
RX: Fr de 5° MTC E, dedo, D

Hipótese Diagnóstico

Fr de 5° MTC (E), dedo, (D)

Prescrição Médica

- 1 Intenamento hospitalar para tratamento cirúrgico.
- 2 Soluto RX + LAB pré-op.
- 3 VPN.

Dr. Luiz Rogério Macedo Gomes
Médico

CRM-PE 27988 CRM-BA 33039

+ Dr. Juliano Machado

Assinatura e Carimbo/Médico

Destino: () Encaminhado ao Ambulatorio () Residência

() Transferido: Para

Senha:

() Encaminhado ao setor de internação



Laudo para solicitação de autorização de internação

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

1 - ESTABELECIMENTO SOLICITANTE	2 - CNES
HOSPITAL MIGUEL ARRAES	6431569
3 - ESTABELECIMENTO EXECUTANTE	4 - CNES
HOSPITAL MIGUEL ARRAES	6431569

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5 - Nome do Paciente	6 - Nº Prontuário
DAMIAO RODRIGUES DA SILVA	127836
7 - Cartão Nacional do SUS	8 - Data de Nascimento
409204278194794	13/02/1983
9 - Sexo	10 - Raça/Cor
Masculino ☒ 1 Feminino ☐ 3	03 - Parda
11 - Nome da Mãe	12 - Telefone de Contato
MARIA LUCIA DA SILVA	8199146193
13 - Nome Responsável	14 - Telefone de Contato
IGNORADO	
15 - Endereço (Rua, Nº, Bairro)	
RUA L, 356 - CENTRO	
16 - Município	17 - IBGE
ITAPISSUMA	260775
18 - UF	19 - CEP
PE	53700000

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - Principais Sinais e Sintomas Clínicos
PACIENTE ENCAMINHADO DA UPA DE OLINDA, COM RELATO DE QUEDA DE MOTOCICLETA HÁ 16 DIAS, APRESENTANDO FRATURA DE 5º MTC DIREITO SENDO MENTE TRATADA CONSERVADORAMENTE, PORÉM EM REVISÃO APÓS 14 DIAS FOI AVALIADA A FRATURA COMO DESVIADA, NECESSITANDO VIMENTO CIRÚRGICO. NEGA COMORBIDADES OU ALERGIAS. TRAUMA OCORRIDO EM MÃO DOMINANTE.

21 - Condições que justificam a internação
TRATAMENTO CIRÚRGICO

22 - Principais Resultados de Provas Diagnósticas
ANAMNESE + EXAME FÍSICO + RADIOGRAFIA

23 - Diagnóstico Inicial / Código	24 - CID 10 Principal	25 - CID 10 Secundário	26 - CID 10 Causas Associadas
FRATURA DO 5º METACARPO ESQUERDO	S623	V299	03.08.21.003-9

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - Descrição do Procedimento Solicitado	28 - Código do Procedimento		
TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA / LESÃO FISARIA DOS METACARPIANOS	0408020377		
29 - Especialidade	30 - Caracter de Atendimento	31 - Documento	32 - Nº do Documento (CNS/CPF) do Profissional Solicitante/Assistente
CIRÚRGICA	2	(X) CNS () CPF	980016277746192
33 - Nome do Profissional Solicitante/Assistente	34 - Data da Solicitação	35 - Assinatura e Carimbo (Nº de Registro no Conselho)	
JULIANO MACHADO ALVES DA SILVA	25/07/2019	Dr. Luiz Rogério Macedo Gomes Médico 15979	

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - () Acidente de Trânsito	39 - CNPJ Seguradora	40 - Nº Bilhete	41 - Série
37 - () Acid. Trabalho Típico	42 - CNPJ / Empresa	43 - CNAE / Empresa	44 - CBOR
38 - () Acid. 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 da Internação Hospitalar (AIH)
	E260000001	
48 - Documento	49 - Nº do Documento (CNS/CPF) do Profissional Autorizador	
() CNS () CPF		
50 - Data da Autorização	51 - Assinatura e Carimbo (Nº Registro do Conselho)	
	Dr. Francisco Couto Traumatologia Ortopedia Cirurgia de Joelho CRM 13246-1 E.O. 7447	

AIH
261910218908-8

Código do Laudo: 487871



RESUMO DE ALTA HOSPITALAR/ESCLARECIMENTO

NOME: DAMIÃO RODRIGUES DA SILVA REG: 127836

IDADE: 36 SEXO: M DATA DA ADMISSÃO 25/7/2019 DATA DA ALTA 30/07/19

DIAGNÓSTICO: FX 3ª MTC

TRATAMENTO REALIZADO:

CIRURGIAS: 470 6 MTC

ORIENTAÇÃO:

- TROCA DIÁRIA DE CURATIVOS CONFORME ORIENTADO - San. 02 dias.
- USAR MEDICAÇÃO PRESCRITA - Dr. Hugo Figueira - 02 SEMANAS.
- AGENDAR RETORNO AO AMBULATÓRIO DE
- PISAR COM MEMBRO OPERADO: SIM () NÃO () NÃO SE APLICA (X)

PROGRAMA APÓS ALTA:

AMBULATÓRIO DE EGRESSO SIM (X) NÃO ()

DATA DA CONSULTA AMBULATORIAL: / /

Dr. Ayron Ferraz
Ortopedia/Traumatologia
CRM-PE 23.860

ASSINATURA DO MÉDICO, CARIMBO E CRM

Dominio Riquelme Silva
Assinatura e RG do paciente ou pessoa responsável

Atendimento: 488043

Dt Atendimento: 26/07/2019 - 16:11

Dt Alta: 30/07/2019 - 10:03

Paciente: 127836 DAMIAO RODRIGUES DA SILVA

Serviço: 15 ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Convênio: 1 SUS - INTERNACAO

Leito: 84 ORTL-514-LEITO 004

Plano: 1 GERAL

Motivo Alta: 1 ALTA MELHORADA

Usuário: MAIARASS

CID:

Procedimento de Alta 0301060070 - DIAGNOSTICO E/OU ATENDIMENTO DE URGENCIA EM CLINICA CIRURGICA

Observação de Alta

MAIARA SEVERINA DA SILVA

Esta conta foi paga com recursos públicos provenientes de seus impostos e contribuições sociais

HOSPITAL METROPOLITANO NORTE MIGUEL ARRAES DE ALENCAR

EVOLUÇÃO CLÍNICA

NOME: DAMIÃO RODRIGUES DA SILVA

REG: 127836

CLÍNICA: _____

ENFERMAGEM: _____

LEITO: _____

DATA/HORA	
25/7/2019	# SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
	# ADMISSÃO
17:45	PACIENTE ENCAMINHADO DA UPA DE OLINDA, COM RELATO DE QUEDA DE MOTOCICLETA HÁ 16 DIAS, APRESENTANDO FRATURA DE 5º MTC DIREITO SENDO INICIALMENTE TRATADA CONSERVADORAMENTE, PORÉM EM REVISÃO APÓS 14 DIAS FOI AVALIADA A FRATURA COMO DESVIADA, NECESSITANDO TRATAMENTO CRÚRGICO. NEGA COMORBIDADES OU ALERGIAS. TRAUMA OCORRIDO EM MÃO DOMINANTE.
AO EXAME:	EGB, LOTE, EUPNEICO E AFEBRIL. MÃO DIREITA COM EDEMA E DESVIO ROTACIONAL À FLEXÃO DE 5º QDD (LIMITADA PELA DOR LOCAL).
	RX: FX DE 5º METACARPO DIREITO
HD:	FX DE 5º METACARPO DIREITO
CD:	INTERNAMENTO HOSPITALAR PARA TTO CIRÚRGICO
	SOLICITO RX + LAB PRÉ-OP
26/07/19	# 305
07:20h	fx 5º MTC (D).
	Rtx estéril, s/ gesso
	EGB, consciente, orientado
	1750: Tala boa
	Q. Ag. Cirúrgica
	Lab (28/07): Hb=15,4 / Ht=46,5 / Pg=240000 / INR=1,07

Dr. Luiz Rogério Macedo Gomes
Médico
CRM-PE 2586 CRM-BA 33003
+ Dr. Juliano Machado

Manoel Oliveira Ferraz
Ortopedista/Traumatologista
CRM-PE 24585

UPA 24 HORAS - OLINDA

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

PROTOCOLO CLASSIFICAÇÃO REDE IMIP

Data e hora retirada da senha: 16/07/2019 08:27

Nome Paciente: DAMIAO RODRIGUES DA SILVA
Cód. Paciente:
Data de Nascimento:
Sexo: Masculino
Idade: 36
Senha: 0070
Convênio:
Atendimento:
SAME:

Período: 16/07/2019 09:12 - 16/07/2019 09:13

MARIA ROSECLEIDE MOREIRA - COREN: 176868 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - Classificação

Prioridade: NÃO URGENTE - VERDE

Cor: VERDE

Queixa Principal: RETORNO DE ORTOPEDIA

Observação: ALERGIA -

Fluxograma sintoma: REVISÃO DE ORTOPEDIA

Discriminador(es): - REVISÃO DE ORTOPEDIA

Especialidade: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Acolhido(a) por: MARIA ROSECLEIDE MOREIRA - COREN: 176868 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 16/07/2019 09:13

Atendimento: 1495151

Senha da Classificação:

0070

Data e Hora: 16/07/2019 09:17

Paciente: 515788 DAMIAO RODRIGUES DA SILVA

Sexo: MASCULINO

Nome Social:

Data do Nascimento: 13/02/1983 Idade: 36 anos Convenio: 2 SUS - PRONTO ATENDIMENTO

Nome da Mãe: MARIA LUCIA DA SILVA

Nome do Pai: SEM DOC

Estado Civil: SOLTEIRO

Nome do Médico: ORTOPEDISTA - PLANTONISTA

CRM: 1234567

Endereço: RUA L

356

Bairro: CENTRO

Cidade/UF: ITAPISSUMA

PE

Cep: 53700000

Usuário Atendimento: LUANNAAMO

RG (Identidade):

Data de Emissão:

CPF (Cadastro de Pessoa Física):

Fone: 92876420

CRN (Certidão de Registro de Nasc):

Data de Emissão CRN:

RESUMO DE TRATAMENTO

Peso: _____ Altura: _____ Temperatura: _____ Hora: _____

Queixa Principal

fratura de mão

Exame Físico

art. h. 1 me

Hipótese Diagnóstico

Fratura de mão? - teleconsulta D. (0303090227)

Conduta Terapêutica

na mão D. (sem tele)

Prescrição Médica

*tele consulta
luciano englehardt
2:3:4:2:5:0:1*

*Dr. Edgar B. Lobo Jr.
Ortopedia / Traumatologia
CRM-PE 4673*

Destino: () Encaminhado ao Ambulatório () Residência

Transferido:

Para:

Senha: _____

Carimbo/Médico



1495151

IMOBILIZAÇÃO

UPA 24 HORAS - OLINDA

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

PROTOCOLO CLASSIFICAÇÃO REDE IMIP

Data e hora retirada da senha: 23/07/2019 07:08

Nome Paciente: DAMIAO RODRIGUES DA SILVA
Cód. Paciente:
Data de Nascimento:
Sexo: Masculino
Idade: 36
Senha: 0039
Convênio:
Atendimento:
SAME:

Período: 23/07/2019 08:04 - 23/07/2019 08:05

HEVERTON CESAR - COREN: 425244 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - Classificação

Prioridade:

NÃO URGENTE - VERDE

Cor:

VERDE

Queixa Principal:

RETORNO DE ORTOPEDIA

Observação:

ALERGIA-

Protocolo

Fluxograma sintoma:

REVISÃO DE ORTOPEDIA

Discriminador(es):

- REVISÃO DE ORTOPEDIA RODR

Especialidade:

ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Acolhido(a) por: HEVERTON CESAR - COREN: 425244 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 23/07/2019 08:05

maise 04

Atendimento: **1498059**

Senha da Classificação:

0039

Data e Hora: **23/07/2019 08:21**

Paciente: **515788 DAMIAO RODRIGUES DA SILVA**

Sexo: **MASCULINO**

Nome Social :

Data do Nascimento: **13/02/1983** Idade: **36 anos** Convenio: **2** SUS - PRONTO ATENDIMENTO

Nome da Mãe: **MARIA LUCIA DA SILVA**

Nome do Pai: **SEM DOC**

Estado Civil: **SOLTEIRO**

Nome do Médico: **ORTOPEDISTA - PLANTONISTA**

CRM: **1234567**

Endereço: **RUA L**

356

Bairro: **CENTRO**

Cidade/UF: **ITAPISSUMA**

PE

Cep: **53700000**

Usuário Atendimento: **ALESSANDRACS**

RG (Identidade):

Data de Emissão:

CPF (Cadastro de Pessoa Física):

Fone: **92876420**

CRN(Certidão de Registro de Nasc):

Data de Emissão CRN:

RESUMO DE TRATAMENTO

Peso: _____

Altura: _____

Temperatura: _____

Hora: _____

Queixa Principal

Notas confidenciais

FATURADO

Exame Físico

DIGITADO

Exame físico normal

Hipótese Diagnostico

Fra. de T. metacarpiana 5. (030309022)

Conduta Terapeutica

Ex. mãe D. (Sentado)

Prescrição Médica

*tele. gesso de humero
englobando 2, 3, 4, 5, 6, 7*

*Dr. Edgar B. Lobo Jr.
Ortopedia / Traumatologia
CRM-PE 4673*

IMOBILIZAÇÃO

Destino: () Encaminhado ao Ambulatorio () Residência

Transferido:

Para:

H. M. A. Senha:

SENA - 57333722

Carimbo/Médico

UPA OLINDA
Jéssika Assunção
Nutricionista
CRN6 10715

13:50h

-Mipinas 20m su. Gel

Daniel Cabral
Ortopedia / Traumatologia
CRM-PE 24.031

Dr. Edgar B. Lobo Jr.
Ortopedia / Traumatologia
CRM-PE 4673



UPA 24 HORAS - OLINDA

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

PROTOCOLO CLASSIFICAÇÃO REDE IMIP

Data e hora retirada da senha: 24/07/2019 09:08

Nome Paciente: DAMIAO RODRIGUES DA SILVA
Cód. Paciente: 515788
Data de Nascimento: 13/02/1983
Sexo: Masculino
Idade: 36
Senha: 0034
Convênio:
Atendimento: LUCIA DOURADO
SAME: ENFERMEIRO

Período: 24/07/2019 09:10 - 24/07/2019 09:10

GISELMA LEITE DA SILVA - COREN: 363889 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - Classificação

Prioridade:

URGÊNCIA - AMARELO

Cor:

AMARELO

Queixa Principal:

FRATURA EM MAO DIREITA

Observação:

RENOVAÇÃO DE PRONTUARIO

Fluxograma sintoma:

TRAUMA

Discriminador(es):

- DOR MODERADA (4 - 7/10)

Especialidade:

ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Acolhido(a) por: GISELMA LEITE DA SILVA - COREN: 363889 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 24/07/2019 09:10

Atendimento: **1498454**

Senha da Classificação:

0034

Data e Hora: **24/07/2019 09:11**

Paciente: **515788 DAMIAO RODRIGUES DA SILVA**

Sexo: **MASCULINO**

Nome Social :

Data do Nascimento: **13/02/1983**

Idade: **36 anos**

Convenio: **2**

SUS - PRONTO ATENDIMENTO

Nome da Mãe: **MARIA LUCIA DA SILVA**

Nome do Pai: **SEM DOC**

Estado Civil: **SOLTEIRO**

Nome do Médico: **ORTOPEDISTA - PLANTONISTA**

CRM: **1234567**

Endereço: **RUA L**

356

Bairro: **CENTRO**

Cidade/UF: **ITAPISSUMA**

RE-11500

Cep: **53700000**

Usuário Atendimento: **DAYANNELS**

RG (Identidade):

Data de Emissão:

CPF (Cadastro de Pessoa Física):

Fone: **92876420**

CRN(Certidão de Registro de Nasc):

Data de Emissão CRN:

RESUMO DE TRATAMENTC

Peso: _____ Altura: _____ Temperatura: _____ Hora: _____

Queixa Principal

Exame Fisico

Hipotese Diagnostico

Conduta Terapeutica

Prescrição Médica

Destino: () Encaminhado ao Ambulatório () Residência

Transferido:

Para:

Senha:

Carimbo/Médico



1498454

UPA 24 HORAS - OLINDA

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

PROTOCOLO CLASSIFICAÇÃO REDE IMIP

Data e hora retirada da senha: 25/07/2019 11:15

Nome Paciente: DAMIAO RODRIGUES DA SILVA
Cód. Paciente:
Data de Nascimento: 13/02/1983
Sexo: Masculino
Idade: 36
Senha: 0123
Convênio:
Atendimento:
SAME:

Período: 25/07/2019 11:15 - 25/07/2019 11:16

LUCIANA SILVA PEREIRA - COREN: 203547 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - Classificação

Prioridade: **URGÊNCIA - AMARELO**
Cor: **AMARELO**

Queixa Principal: FRATURA EM MÃO D
Observação: RENOVAÇÃO
Fluxograma sintoma: TRAUMA
Discriminador(es): - DOR MODERADA (4/7/10)
Especialidade: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Acolhido(a) por: LUCIANA SILVA PEREIRA - COREN: 203547 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 25/07/2019 11:16

Atendimento: **1498770**

Data e Hora: **25/07/2019 11:18**

Senha da Classificação:

0123

Paciente: **515788 DAMIAO RODRIGUES DA SILVA**

Sexo: **MASCULINO**

Nome Social:

Data do Nascimento: **13/02/1983**

Idade: **36 anos**

Convenio: **2**

SUS - PRONTO ATENDIMENTO

Nome da Mãe: **MARIA LUCIA DA SILVA**

Nome do Pai: **SEM DOC**

Estado Civil: **SOLTEIRO**

Nome do Médico: **ORTOPEDISTA - PLANTONISTA**

CRM: **1234567**

Endereço: **RUA L**

356

Bairro: **CENTRO**

Cidade/UF: **ITAPISSUMA**

PE

Cep: **53700000**

Usuário Atendimento: **ALESSANDRACS**

RG (Identidade):

Data de Emissão:

CPF (Cadastro de Pessoa Física):

Fone: **92876420**

CRN (Certidão de Registro de Nasc):

Data de Emissão CRN:

RESUMO DE TRATAMENTO

Peso: _____

Altura: _____

Temperatura: _____

Hora: _____

Queixa Principal

Exame Físico

Hipótese Diagnóstico

Conduta Terapêutica

Prescrição Médica

Destino: () Encaminhado ao Ambulatório () Residência

Transferido:

Para: _____

Senha: _____

Carimbo/Médico



1498770

25/07/19 15:00 transferido para HMA M^{te} Rosângela de Morais
COREN-PE 176368-ENF

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
SECRETARIA NACIONAL DE DEFESA SOCIAL
SECRETARIA NACIONAL DE DEFESA SOCIAL

DAMIAO RODRIGUES DA SILVA

IDENTIFICAD: CNH EM SEU NOME
6409923-85 PE

DATA DE NASCIMENTO: 02/02/1983

NOME: RODRIGUES DA SILVA
LVA
MARIA LUCIA DA SILVA

SEXO: M
AL: 1,70

REGISTRO: 03842082430
VALIDADE: 21/05/2023
Emissão: 16/05/2006

VALIDADE EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
1676381998

PROIBIDO PLASIFICAR
1676381998

DESTINATÁRIO: CNH

Assinatura: *Damiao Rodrigues da Silva*

LOCAL: GOLANA, PE

DATA EMISSÃO: 21/05/2016

Assinatura: *Juliana Andreia Silva*
Diretor de Registro

4065948251
88085974020

PERNAMBUCO

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL MINISTÉRIO DAS CIDADES DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSPORTES CADERNÃO NACIONAL DE HABILITAÇÃO	
ROMANA LIGIA FERNANDES DANTAS	
	C.M.E. (ENTENDIMENTO) (MSE) (OUTRO) 7743996-88F PE
	CPF 894.647.884-00
	DATA DO NASCIMENTO 07/04/1973
	FLUÍDO SEBASTIÃO NADIR DANTAS
INACIA FERNANDES DANTAS	
PERMISSÃO AB	
Nº REGISTRO 02399567347	DATA 23/03/2021
DATA DE VALIDADE 28/06/2022	
OBSERVAÇÕES SEM OBSERVAÇÕES	
ASSINATURA DO DETENTOR	
COC PAULISTA PE	DATA DE EMISSÃO 28/03/2016
ASSINATURA DO DETENTOR	
50091646186 25071727680	
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSPORTES	

VALIDA EM TODOS
O TERRITÓRIO NACIONAL
1222242405

PROIBIDO PLASTIFICAR
1222242405

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0376076/19

Vítima: DAMIAO RODRIGUES DA SILVA

CPF: 049.619.544-11

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

Data do acidente: 09/07/2019

Titular do CPF: DAMIAO RODRIGUES DA SILVA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

ROSSANA LIGIA FERNANDES DANTAS : 884.647.684-00

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

DAMIAO RODRIGUES DA SILVA : 049.619.544-11

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 28/10/2019
Nome: ROSSANA LIGIA FERNANDES DANTAS
CPF: 884.647.684-00

ROSSANA LIGIA FERNANDES DANTAS

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 28/10/2019
Nome: JULIANA BEZERRA DE LUNA
CPF: 114.202.964-69

JULIANA BEZERRA DE LUNA

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190607760 **Cidade:** Olinda **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: DAMIAO RODRIGUES DA SILVA **Data do acidente:** 09/07/2019 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 01/11/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO 5º METACARPO DA MÃO DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Documento/Motivo: Recusa – Sem Sequelas (Evolução Sem Sequela Permanente)

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: PÁG.5, DATA:30/07/2019, DR.AYRON FERRAZ CRM:PE23960, HOSPITAL MIGUEL ARRAES.

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
		Total	0 %	R\$ 0,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190607760 **Cidade:** Olinda **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: DAMIAO RODRIGUES DA SILVA **Data do acidente:** 09/07/2019 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 01/11/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO 5º METACARPO DA MÃO DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Documento/Motivo: Recusa – Sem Sequelas (Evolução Sem Sequela Permanente)

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: PÁG.5, DATA:30/07/2019, DR.AYRON FERRAZ CRM:PE23960, HOSPITAL MIGUEL ARRAES.

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
		Total	0 %	R\$ 0,00

Rio de Janeiro, 30 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190607760

Vítima: DAMIAO RODRIGUES DA SILVA

Data do Acidente: 09/07/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ROSSANA LIGIA FERNANDES DANTAS

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), DAMIAO RODRIGUES DA SILVA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 06 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190607760

Vítima: DAMIAO RODRIGUES DA SILVA

Data do Acidente: 09/07/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), DAMIAO RODRIGUES DA SILVA

Após a análise dos documentos apresentados do pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

Os documentos médicos apresentados não evidenciam a presença de sequelas permanentes, que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica, não sendo caracterizada invalidez permanente coberta pelo Seguro DPVAT.

Realizado tratamento conservador, conforme documento médico, datado de 30/07/2019, emitido pelo Dr. AYRON FERRAZ CRM nº 23960 - PE, da Instituição HOSPITAL MIGUEL ARRAES., que informa evolução sem sequela permanente e não sendo comprovada a existência de invalidez permanente.

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

Nº do sinistro ou ASL: _____ CPF da vítima: **049.619.544-11** Nome completo da vítima: **DAMIÃO RODRIGUES DA SILVA**

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

Nome completo: **DAMIÃO RODRIGUES DA SILVA** CPF: **049.619.544-11**

Profissão: **SERRALHEIRO** Endereço: **RUA L** Número: **356** Complemento: **CASA**

Bairro: **BOIAFÓFO** Cidade: **ITAPISSUMA** Estado: **PE** CEP: **53.700-000**

E-mail: **balbrinospe@hotmail.com** Tel. (DDD): **(81) 999441109** Tel. (DDD): **(81) 3538-0069**

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

RENDA MENSAL:

☐ RECUSO INFORMAR ☒ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ **CONTA CORRENTE** (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: **2191** CONTA: **00054626** **4**

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

- ☐ Não há IML que 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

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____

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

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 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.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data: **Itapissuma 09/10/2019**

Nome: _____

CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

DAMIÃO RODRIGUES DA SILVA

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.





552838

0353582/19



POLÍCIA CIVIL

DELEGACIA DE

24ª CIRCUNSCRIÇÃO

GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 024ª CIRCUNSCRIÇÃO - VARADOURO - DP24ªCIRC
DIM/7ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **19E0114007638**

0376076/19

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **04/09/2019** às **12:49**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia **9/7/2019** às **07:20**

Fato ocorrido no endereço: **BAIRRO DE TABAJARA (BAIRRO), 01, PE 15** - Bairro: **CENTRO - OLINDA/PERNAMBUCO/BRASIL** - Ponto de Referência: **UPA**
Local do Fato: **RODOVIA ESTADUAL**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

CONDUTOR DESCONHECIDO DO VEICULO CAUSADOR DO ACIDENTE (AUTOR \ AGENTE)
COSMA MARIA DO CARMO (OUTRO)
PROPRIETARIO DESCONHECIDO DO VEICULO CAUSADOR DO ACIDENTE (OUTRO)
DAMIÃO RODRIGUES DA SILVA (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): CONDUTOR DESCONHECIDO DO VEICULO CAUSADOR DO ACIDENTE
VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): DAMIÃO RODRIGUES DA SILVA

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

DAMIÃO RODRIGUES DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **MARIA LUCIA DA SILVA** Pai: **MOISES RODRIGUS DA SILVA** Data de Nascimento: **13/2/1983** Naturalidade: **ITAPISSUMA / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **6409923/SSP/PE (RG), 04961954411 (CPF)** Escolaridade: **2º. GRAU COMPLETO** Profissão: **SERRALHEIRO** Telefones Celulares: **- 81991461937**

Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE ITAPISSUMA, 356, RUA L - BOTAFOGO - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - ITAPISSUMA/PERNAMBUCO/BRASIL**

COSMA MARIA DO CARMO (presente ao plantão) - Sexo: **Feminino** Mãe: **LAURINETE MAIA DA CONCEIÇÃO** Pai: **NILTON JOSE DO CARMO** Data de Nascimento: **8/7/1994** Naturalidade: **GOIANA / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **9451478/SDS/PE (RG), 11643743465 (CPF)** Escolaridade: **2º. GRAU COMPLETO** Profissão: **DO LAR** Telefones Celulares: **- 81992143362**

Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE ITAPISSUMA, 356, RUA L - BOTAFOGO - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - ITAPISSUMA/PERNAMBUCO/BRASIL**

CONDUTOR DESCONHECIDO DO VEICULO CAUSADOR DO ACIDENTE (não presente ao plantão) - Sexo: **Desconhecido** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

PROPRIETARIO DESCONHECIDO DO VEICULO CAUSADOR DO ACIDENTE (não presente ao plantão) - Sexo: **Desconhecido** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

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

MOTOCICLETA HONDA CG 150 FAN ESDI, ANO 2013/2014, COR VERMELHA, PLACA PGQ 5002.

(VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **COSMA MARIA DO CARMO**, que estava em posse do(a) Sr(a): **DAMIÃO RODRIGUES DA SILVA**

Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 125** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **VERDE** - Quantidade: **(UNIDADE)** Unitário: **(REAL)**

Placa: **PGQ5002** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO)

Ano Fabricação/Modelo: **2013/2014** Combustível: **ALCO/GASOL**

Descrição: **MOTOCICLETA HONDA CG 150 FAN ESDI, ANO 2013/2014, COR VERMELHA, PLACA PGQ 5002.**

VEICULO CAUSADOR DO ACIDENTE DESCONHECIDO (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a):

PROPRIETARIO DESCONHECIDO DO VEICULO CAUSADOR DO ACIDENTE, que estava em posse do(a) Sr(a): **CONDUTOR DESCONHECIDO DO VEICULO CAUSADOR DO ACIDENTE**

Categoria/Marca/Modelo: **AUTOMOVEL/NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**
Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Descrição: **VEICULO CAUSADOR DO ACIDENTE DESCONHECIDO**

Complemento / Observação

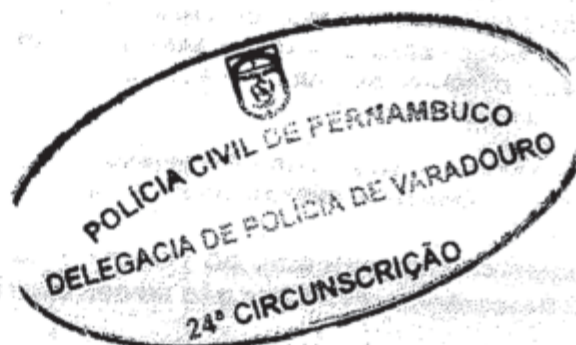
COMPARECEU A ESTA DP O SENHOR DAMIÃO RODRIGUES DA SILVA, QUEIXANDO QUE SOFREU UM ACIDENTE DE TRANSITO. ALEGA O QUEIXOSO QUE TRANSITAVA PELA PE 15, COM A MOTOCICLETA HONDA CG 150 FAN ESDI, ANO 2013/2014, COR VERMELHA, PLACA PGQ 5002, QUANDO DE REPENTE UM VEICULO DESCONHECIDO, FREIO BRUSCAMENTE, FAZENDO COM QUE O QUEIXOSO, AO DESVIAR DO VEICULO, PERDESSE O CONTROLE DA REFERIDA MOTOCICLETA, VINDO A CAIR AO CHÃO, SE LESIONANDO, SOFRENDO UMA FRATURA NA MÃO DIREITA, E ESCORIAÇÕES PELO CORPO. QUE FOI SOCORRIDO PARA A UPA DE OLINDA, ATENDIMENTO 1495151, PACIENTE 515788, E LOGO EM SEGUIDA PARA O MIGUEL ARRAES, ATENDIMENTO 488043

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

Damião Rodrigues da Silva
DAMIÃO RODRIGUES DA SILVA
(VITIMA)

COSMA MARIA DO CARMO
(OUTRO)

B.O. registrado por: *Julio Cesar Machado* - **JULIO CESAR MACHADO - MAT. 208.463-5**



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:

☐

DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

☒

INVALIDEZ PERMANENTE

☐

MORTE

Nº do sinistro ou ASL:

CPF da vítima:

049.619.544-11

Nome completo da vítima:

DAMIÃO RODRIGUES DA SILVA

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

Nome completo:

DAMIÃO RODRIGUES DA SILVA

CPF:

049.619.544-11

Profissão:

SERRALHEIRO

Endereço:

RUA L

Número:

356

Complemento:

CASA

Bairro:

BOATACÓ

Cidade:

ITAPISSUMA

Estado:

PE

CEP:

53.700-000

E-mail:

balbrinospe@hotmail.com (81) 999441109

Tel. (DDD):

(81) 3538-0069

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

RENDA MENSAL:

☐ RECUSO INFORMAR

☒ ATÉ R\$1.000,00

☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00

☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00

☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

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

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: 2191

(Informar o dígito se existir)

CONTA:

00054626 4

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

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

☐ Não há IML que 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

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

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

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 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.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data:

Nome:

CPF:

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome:

CPF:

Assinatura

2ª | Nome:

CPF:

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

IPA 24 HORAS - OLINDA

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

PROTOCOLO CLASSIFICAÇÃO REDE IMIP

Data e hora retirada da senha: 09/07/2019 07:11

Nome Paciente: DAMIAO RODRIGUES DA SILVA
Cód. Paciente:
Data de Nascimento:
Sexo: Masculino
Idade: 26
Senha: 0052
Convênio:
Atendimento:
SAME:

Período: 09/07/2019 07:24 - 09/07/2019 07:41

ROBERTA LUCIA DOURADO DE PAULA FERREIRA - COREN: 5698 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) -

Prioridade: NÃO URGENTE VERDE

Cor: VERDE

Queixa Principal: DOR EM MAO D APOS QUEDA DE MOTO

Observação: NEGA ALERGIA

Fluxograma sintoma: TRAUMA

Discriminador(es):
- CONTUSÕES E ESCORIAÇÕES.
- DOR LEVE (1-3/10)
- EVENTO (TRAUMA) HÁ MAIS DE 6H.

Especialidade: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Período: 09/07/2019 07:24 - 09/07/2019 07:34

ROBERTA LUCIA DOURADO DE PAULA FERREIRA - COREN: 5698 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - Classificação

Prioridade: NÃO URGENTE VERDE

Cor: VERDE

Queixa Principal: DOR EM MAO D APOS QUEDA DE MOTO

Observação: NEGA ALERGIA

Fluxograma sintoma: TRAUMA

Discriminador(es): - DOR LEVE (1-3/10)

Especialidade: CLINICA GERAL

Acolhido(a) por: ROBERTA LUCIA DOURADO DE PAULA FERREIRA - COREN: 5698 - FUNÇÃO:
ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 09/07/2019 07:41

Atendimento: 1491940

Senha da Classificação:

0052

Data e Hora: 09/07/2019 07:43

Paciente: 515788 DAMIAO RODRIGUES DA SILVA

Sexo: MASCULINO

Nome Social:

Data do Nascimento: 13/02/1983 Idade: 36 anos Convenio: 2 SUS - PRONTO ATENDIMENTO

Nome da Mãe: MARIA LUCIA DA SILVA

Nome do Pai: SEM DOC

Estado Civil: SOLTEIRO

Nome do Médico: ORTOPEDISTA - PLANTONISTA

CRM: 123456

Endereço: RUA L

356

Bairro: CENTRO

Cidade/UF: ITAPISSUMA

PE

Cep: 53700000

Usuário Atendimento: WARRLASS

RG (Identidade):

Data de Emissão:

CPF (Cadastro de Pessoa Física):

Fone: 92876420

CRN (Certidão de Registro de Nasc):

Data de Emissão CRN:

RESUMO DE TRATAMENTO

Peso: _____ Altura: _____ Temperatura: _____ Hora: _____

Queixa Principal

Queixa de dor no joelho

Exame Físico

em exame físico normal

Hipótese Diagnóstica

Fratura J: metacarpiano D. (0303090227)
Artrose joelho

Conduta Terapêutica

rx joelho D. + rx mão D.

Prescrição Médica

talco gessado
luna enfiada
2, 3, 4, 5, 6 D.

IMOBILIZAÇÃO

Dr. Edgar R. Lobo Jr.
Ortopedia Traumatologia
CRM-PE 4675

Destino: () Encaminhado ao Ambulatorio () Residência

Transferido:

Para: _____ Senha: _____

Carimbo/Médico



1491940

ATENDIMENTO: AVENIDA BRASIL - NUM. - 00931 - LOJA-5 - CENTRO
ABREU E LIMA PE 53525-790

DADOS DO CLIENTE
ROSSANA LIGIA FERNANDES DANTAS MATRÍCULA: 103668667 Ago/2019
R JOAQUIM NABUCO, N. 00200 - - TIMBO ABREU E LIMA PE 53520-17
INSCRIÇÃO: 165.135.120.0443.000 GRUPO: 7 DEB. AUTOMÁTICO: 103668667

SITUAÇÃO ÁGUA LIGADO	SITUAÇÃO ESGOTO POTENCIAL	RESIDENCIAL	QUANTIDADE DE ECONOMIAS COMERCIAL INDUSTRIAL PÚBLICA
1	1	1	1
HIDRÔMETRO A17S224252	DATA LEIT. ANTERIOR 30/07/2019	DATA LEIT. ATUAL 29/08/2019	TIPO DE CONSUMO (A/E) MÉDIA HD

ÁGUA:
LEIT ANT: 3 CONSUMO: 1
LEIT ATU: 3
LEIT FAT: 3 HD PARADO

HISTÓRICO DE CONSUMO REFERÊNCIA CONSUMO

07/2019 01
06/2019 01
05/2019 01
04/2019 01
03/2019 01
02/2019 01

PARAMETROS	NÚMERO DE AMOSTRAS		
	EXIG. PORT. MS 2.914/11	ANÁLISES REALIZ.	ATENDEM A LEGIS
TURBIDEZ	83	83	82
COR APARENTE	83	83	80
CLORO RESIDUAL	83	83	81
COLIF. TOTAIS	83	83	82
E. COLI	83	83	83

MÉDIA: 01

Qualidade de Água: www.compesa.com.br

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

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS	CONSUMO	TOTAL (R\$)
ÁGUA		
RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)		
CONSUMO DE ÁGUA	1 M3	44,08
COMERCIAL 1 UNIDADE(S)		
CONSUMO DE ÁGUA	0 M3	64,84
MULTA P/IMPONTUALIDADE 07/2019		2,10
JUROS DE MORA 05/2019 06/2019		1,99

TRIBUTOS	BASE DE CÁLCULO	PERCENTUAL (%)	VALOR DO IMPOSTO
PS	108,92	1,65	1,80
COPINS	108,92	7,60	8,28

VENCIMENTO: 15/09/2019

TOTAL A PAGAR: 113,01

MESSAGEM:

IMPRESSO EM: 29/08/2019 12:08:12

PARO CLIENTE

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

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

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

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

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

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu **ROSSANA LÍGIA FERNANDES DANTAS** inscrito (a) no **CPF/CNPJ 884.647.684-00**,

na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário DANIEL RODRIGUES DA SILVA

inscrito (a) no CPF sob o nº 049.619.544-11 do sinistro de DPVAT cobertura **INVALIDEZ** da Vítima

DANIEL RODRIGUES DA SILVA inscrito (a) no CPF sob o nº 049.619.544-11

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 AVENIDA JOAQUIM NABUCO		Número 200	Complemento CASA
Bairro TIMBÓ	Cidade ABREU E LIMA	Estado PE	CEP 53520170
Email: balbinospe@hotmail.com		Telefone Comercial (DDD) (81) 3538.0069	Telefone celular (DDD) (81) 98721.5834

Abreu e Lima 09 de Outubro de 2018

Rossana Lígia Fernandes Dantas
Assinatura do Declarante

DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

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

Eu, Cosma Maria do Carmo

RG nº 0451478, data de expedição 23/04/2012

Órgão SSP-PE, portador do CPF nº 116437434-65

com domicílio na cidade de Itapissuma, no Estado de

Pernambuco, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)

Rua L Botafogo, nº 356

complemento Casa, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo

mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima

Damião Rodrigues da Silva, cujo o condutor era

Damião Rodrigues da Silva

Veículo: motocicleta Modelo: Honda/CG 150 Fan 650 Ano: 2013/2014

Placa: PEQ 5002 Chassi: 9C2K61680ER433714

Data do Acidente: 09/07/19

Local e Data: Abreu e Lima, 09 de Outubro 2019

Cosma Maria do Carmo

Assinatura do Declarante

Assinatura do Condutor
(caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)

