

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180166568 **Cidade:** Recife **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARINALDO PEREIRA DA SILVA **Data do acidente:** 09/06/2017 **Seguradora:** UNIÃO SEGURADORA S/A - VIDA E PREVIDÊNCIA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 14/06/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO PLATÔ TIBIAL DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA E PARAFUSOS). P.7 - ANEXO ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO JOELHO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida: Sim

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Documentos complementares:

Observações: APÓS REVISÃO DA PERÍCIA MÉDICA REALIZADA EM 27/04/2018, EVIDENCIAMOS QUE A SEQUELA JÁ FOI INDENIZADA CONFORME TABELA PREVISTA EM LEI VIGENTE.

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: 3180166568 **Cidade:** Recife **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARINALDO PEREIRA DA SILVA **Data do acidente:** 09/06/2017 **Seguradora:** UNIÃO SEGURADORA S/A - VIDA E PREVIDÊNCIA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 14/06/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO PLATÔ TIBIAL DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA E PARAFUSOS). P.7 - ANEXO ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO JOELHO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida: Sim

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Documentos complementares:

Observações: APÓS REVISÃO DA PERÍCIA MÉDICA REALIZADA EM 27/04/2018, EVIDENCIAMOS QUE A SEQUELA JÁ FOI INDENIZADA CONFORME TABELA PREVISTA EM LEI VIGENTE.

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: 3180166568 **Cidade:** Recife **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARINALDO PEREIRA DA SILVA **Data do acidente:** 09/06/2017 **Seguradora:** UNIÃO SEGURADORA S/A - VIDA E PREVIDÊNCIA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 25/04/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: TRAUMA NO JOELHO DIREITO

Resultados terapêuticos: DEPENDE DE PERICIA MEDICA

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: AS INFORMAÇÕES CONTIDAS NO PROCESSO NÃO FORAM PERTINENTES PARA QUE O EXAMINADOR VALORASSE COM SEGURANÇA POSSÍVEIS SEQUELAS ADQUIRIDAS

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

PRESTADOR

AMORIM E MATTOS SERVIÇOS MÉDICOS ESPECIALIZADOS LT

Nome do médico: PAULO ARTUR DE ARAUJO AMORIM

CRM do médico: 52.86271-1

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

Rio de Janeiro, 16 de Abril de 2018

Aos Cuidados de: **MARINALDO PEREIRA DA SILVA**

Nº Sinistro: **3180166568**

Vitima: **MARINALDO PEREIRA DA SILVA**

Data do Acidente: **09/06/2017**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **CARYLOU SILVA DE FREITAS**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180166568**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

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

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 12661580



Rio de Janeiro, 25 de Abril de 2018

Aos Cuidados de: **MARINALDO PEREIRA DA SILVA**

Sinistro: **3180166568**
Vítima: **MARINALDO PEREIRA DA SILVA**
Data do Acidente: **09/06/2017**
Cobertura: **INVALIDEZ**
Procurador: **CARYLOU SILVA DE FREITAS**

Assunto: INTERRUÇÃO DE PRAZO

Senhor(a),

Comunicamos que o prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido de indenização do sinistro cadastrado sob o **número 3180166568** foi **interrompido**, em razão da necessidade de apuração de dados e informações por parte desta seguradora.

Solicitamos aguardar novo contato sobre o seu pedido de indenização, o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as análises cabíveis.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Rio de Janeiro, 08 de Maio de 2018

Carta nº: 12769750

A/C: MARINALDO PEREIRA DA SILVA

Nº Sinistro: 3180166568
Vítima: MARINALDO PEREIRA DA SILVA
Data do Acidente: 09/06/2017
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: CARYLOU SILVA DE FREITAS

Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO, COM MEMÓRIA DE CÁLCULO DE INVALIDEZ

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que estamos disponibilizando o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT cujo o valor e os dados disponibilizamos a seguir:

Creditado: **MARINALDO PEREIRA DA SILVA**

Valor: **R\$ 4.725,00**

Banco: **104**

Agência: **000000049**

Conta: **000000238225-2**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	4.725,00

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros inferiores 70%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 70%) 35,00%

Valor a indenizar: 35,00% x 13.500,00 =	R\$	4.725,00
---	-----	----------

NOTA: O percentual indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, sendo este aplicável sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 17 de Junho de 2019

Aos Cuidados de: **MARINALDO PEREIRA DA SILVA**

Nº Sinistro: **3180166568**
MARINALDO PEREIRA DA SILVA

Data do Acidente: **09/06/2017**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **CARYLOU SILVA DE FREITAS**

Assunto: **REANÁLISE DE PROCESSO - CONDUTA MANTIDA**

Senhor(a),

Em atendimento à sua solicitação, foi feita a reanálise médica do seu pedido de indenização por invalidez permanente, cadastrado sob o **número de sinistro 3180166568**.

Como a documentação apresentada não indica a existência de novas lesões permanentes ou de agravamento daquelas já indenizadas em decorrência do acidente sofrido, o seu pedido de reanálise foi encerrado e o valor indenizado mantido, conforme legislação vigente.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 14459165



**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e
Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas do Seguro DPVAT**

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Sinistro: **3180166568**
Nome do(a) Examinado(a): **MARINALDO PEREIRA DA SILVA**
Endereço do(a) Examinado(a): **RUA 02 DE FEVEREIRO nº 526 - CASA AMARELA - RECIFE/PE**
Identificação - Órgão Emissor/UF/Número: **RG 3255593 - SSP**
Data e local do acidente: **09/06/2017 RECIFE/PE**
Data e local do exame: **27/04/2018 RECIFE/PE**

Resultado da Avaliação Médica

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

FRATURA EXPOSTA DE PLATÔ TIBIAL DIREITO

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

NO DIA DO ACIDENTE, FOI REALIZADO REDUÇÃO DE DANOS COM LAVAGEM E FIXAÇÃO EXTERNA. EM 30/06/2017, FOI RETIRADO FIXADOR E REALIZADO OSTEOSÍNTESE DEFINITIVA COM PLACA E PARAFUSOS. REALIZOU FISIOTERAPIA MOTORA. ALTA ORTOPÉDICA

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

APRESENTA DEFORMIDADE DE JOELHO, DESVIO EM VARO COM HIPOTROFIA IMPORTANTE DE PANTURRILHA, DIFICULDADE DE MARCHA COM CLAUDICAÇÃO E BLOQUEIO ARTICULAR DE JOELHO.

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

☒ SIM ☐ NÃO

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

☒ SIM ☐ NÃO

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

DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DE MEMBRO INFERIOR DIREITO

Caso a resposta do item V seja "Não", concluir utilizando apenas as opções no item VII "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item VII "b".

VII. Segundo previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações(*)

☐ Vítima em tratamento

☐ Sem sequela permanente

Esta avaliação médica deve ser repetida em _____ dias

Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica

b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal(Sequela): **MEMBRO INFERIOR DIREITO**

☐ 10% ☐ 25% ☒ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela):

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela):

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

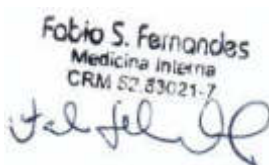
Região Corporal(Sequela):

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

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

REVISOR MANTEVE ENQUADRAMENTO E VALORAÇÃO DO MÉDICO EXAMINADOR. -

Médico Perito: FABIO SELERI FERNANDES CRM:52.63021-7/RJ


Fabio S. Fernandes
Medicina Interna
CRM 52.63021-7

Assinatura do(a) Médico(a) Examinador(a)
Carimbo com nome e CRM

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

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL**, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL** e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2- "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL	CPF da Vítima	Nome completo da vítima
	469.329.314-00	Marivaldo Pereira da Silva

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo		CPF titular da conta	Profissão
Marivaldo Pereira da Silva		469.329.314-00	Recusou
Endereço		Número	Complemento
Rua 02 de Fevereiro		526	Casa
Bairro	Cidade	Estado	CEP
Casa Amarela	Recife	Pe	52280-220
Email			Telefone (DDD)

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR <input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00		<input type="checkbox"/> SEM RENDA <input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00		<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00 <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00		<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00	
<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) <input type="checkbox"/> BRADESCO (237) <input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001) <input type="checkbox"/> ITAÚ (341) <input checked="" type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)							
<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (todos os bancos) BANCO Nome _____ NRO _____ AGÊNCIA NRO _____ D/V _____ (Informar dígito se existir)				CONTA NRO _____ D/V _____ (Informar dígito se existir)			
AGÊNCIA NRO 0049 (Informar dígito se existir)		D/V 002382252 (Informar dígito se existir)		AGÊNCIA NRO _____ D/V _____ (Informar dígito se existir)		CONTA NRO _____ D/V _____ (Informar dígito se existir)	

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

Recife, 16 de Março de 2018
Local e Data

X MARIVALDO PEREIRA DA SILVA
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



CAIXA Loterias CAI

CAIXA Loterias CAI

CAIXA Loterias CAI

CAIXA Loterias CAI

CAIXA ECONOMICA FEDERAL

SAC 0800 726 0101
OUVIDORIA 0800 725 7474
OUVIDORIA 0800 725 7474

072-627424080-6

13/MAR/2018

HORA DE 15:25:05

LOT: 15.13283-2
LOCALIDADE: RECIFE
AG. VINCULADA: 0049

TERM: 018084
CONTROLE: 698112281

DEPÓSITO EM DINHEIRO

0049 013 00238225-2

MARINALDO P SILVA

VALOR : 5,00

ESTE RECIBO É VÁLIDO COMO
COMPROVANTE DE DEPÓSITO

072-627424080-6

1ª VIA

EXCELSIOR SEGUROS

11 ABR 2018

SEGURO DE VIDA



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 017ª CIRCUNSCRIÇÃO - VASCO DA GAMA - DP17ªCIRC
DIM/5ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **18E0107000389**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **16/03/2018** às **12:14**

ATROPELAMENTO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado) que aconteceu no dia **9/6/2017** às **07:00**

Fato ocorrido no endereço: **RUA VASCO DA GAMA, 1** - Bairro: **VASCO DA GAMA - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL** - Ponto de Referência: **PROXIMO A ESCOLA REUNIDA SÃO SEBASTIÃO**

Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

ELEMENTO DESCONHECIDO (AUTOR / AGENTE)
MARINALDO PEREIRA DA SILVA (VÍTIMA)

EXCELSIOR SEGUROS

11 ABR 2018

SEGURO DPVAT

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Produto de crime contra o patrimônio), que estava em posse do(a) Sr(a): **ELEMENTO DESCONHECIDO**

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

MARINALDO PEREIRA DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **ENILDA CÂNDIDA DA SILVA** Pai: **JOSÉ PEREIRA DA SILVA** Data de Nascimento: **1/5/1969** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **3255593/SSP/PE (RG), 76932931400 (CPF)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **1º. GRAU INCOMPLETO** Telefones Celulares: **- 984125006**

Endereço Residencial: **RUA DOIS DE FEVEREIRO, 526 - CEP: 55000-000 - Bairro: VASCO DA GAMA - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL, PROXIMA A ANTIGA PADARIA PAN JÓ**

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

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

VEICULO (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **ELEMENTO DESCONHECIDO**, que estava em posse do(a) Sr(a): **ELEMENTO DESCONHECIDO**
Categoria/Marca/Modelo: **AUTOMOVEL/DESCONHECIDO/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**
Quantidade: **0 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Complemento / Observação

O DECLARANTE ESCLARECE QUE NO DIA 09/06/2017, POR VOLTA DAS 07H00, ENCONTRAVA-SE NA AV. VASCO DA GAMA, RECIFE-PE, PROXIMO A ESCOLA REUNIDA SÃO SEBASTIÃO, AFIRMA QUE ATRAVESSOR A AVENIDA COM DESTINO A PARADA DE ÔNIBUS NO SENTIDO SUBURBIO /CIDADE, AO OBSERVAR QUE TINHA PARADO UM ÔNIBUS, O DECLARANTE TENTOU APANHA-LO E ATRAVESSOU A AVENIDADA COM RAPIDEZ, MAS, O MESMO FOI EMBORA, DE IMEDIATO O DECLARANTE DISSE QUE AO VOLTAR E ATRAVESSAR A AVENIDA VASCO DA GAMA, FOI ATROPELADO POR UM CARRO, TENDO O MESMO CAIDO AO SOLO E DESMAIO, AFIRMA O DECLARANTE QUE SE ACORDO NO HOSPITAL GETULIO VARGAS E VEIO A SABER QUE TINHA SOFRIDO UMA FRATURA EXPOSTA NA PERNA DIREITA. DE IMEDIATO FOI CIRURGIADO E APÓS A CIRURGIA RECEBEU ALTA NO DIA 04/07/2017. PELO EXPOSTO PEDE PROVIDÊNCIAS POLICIAIS.

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

Marinaldo pereira da Silva
MARINALDO PEREIRA DA SILVA
(VITIMA)

B.O. registrado por: **JOSE CARLOS DA SILVA** - Matrícula: **150.555-6**



Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:

Casos com vítima entre 0 a 15 anos - O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

Casos com vítima entre 16 e 17 anos - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima interditada com curador - Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima

Marcos Vinícius Pereira da Silva

CPF da Vítima

769.329.334-00

Data do Acidente

09/06/2017

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante legal

Email

Telefone (DDD)

(81) 98436-3272

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

Assinalar uma das opções abaixo:

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

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

EXCELSIOR SEGUROS

11 ABR 2018

SEGURO DPVAT

Recife, 16 de março de 2018

Local e Data

x Marcos Vinícius Pereira da Silva

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DE PERNAMBUCO

CERTIDÃO

Certidão nº 2018APH000055 Div. Op.

Com fulcro no art. 5º XXXIV, letra "b" da Constituição Federal Brasileira, venho por meio de solicitação feita pelo(a) Sr(ª). MARINALDO PEREIRA DA SILVA, 48 anos, BRASILEIRA(a), SOLTEIRO(a), RG nº 3255593 SDS/PE, inscrito(a) na Receita Federal sob o CPF nº 769.329.314-00, residente à RUA 02 DE FEVEREIRO, nº 506, , VASCO DA GAMA, RECIFE-PE, certificar que este Grupamento de Bombeiros de Atendimento Pré-Hospitalar atendeu a uma ocorrência no dia 09/06/2017, por volta das 06:14 hs, no endereço: RUA VASCO DA GAMA, S/N, VASCO DA GAMA RECIFE-PE, referente a um(a) QUEDA ENTRE NIVEIS, envolvendo XXX, no(a) qual fora vitimado(a) o(a) Sr(ª) MARINALDO PEREIRA DA SILVA, inscrito sob o CPF nº 769.329.314-00 e Registro Geral nº 3255593, atendido(a) pela Unidade Tática de Resgate do Grupamento de Bombeiros de Atendimento Pré-Hospitalar, comandada pelo(a) SGT 798249-6 PAULO FERREIRA. Foi transportado(a) para o HOSPITAL GETULIO VARGAS. Registrado(a) com o prontuário nº 1053921. Ficou aos cuidados do médico XX, registro XX. Os registros desta Certidão foram extraídos dos arquivos da Divisão de Operações / GBAPH.

Posição em 05/03/2018

A autenticidade desta certidão deve ser confirmada através do portal do Corpo de Bombeiros, no site <http://www.cbm.pe.gov.br/>, consultar protocolo nº 2018APH000055

Av. João de Barros, 399 - Boa Vista - Recife/PE - CEP 50050-180

Fone: (81) 3182-9126 / CNPJ: 00.358.773/0001-44



BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 02/05/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 4.725,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: MARINALDO PEREIRA DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00049

CONTA: 000000238225-2

Nr. da Autenticação 7285AEEE6B36234A

NOTA FISCAL | FATURA | CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA 2a VIA

COMPANHIA ENERGÉTICA
DE PERNAMBUCO
AV. JOÃO DE BARROS, 111, BOA VISTA,
RECIFE, PERNAMBUCO
CEP 50050-902
CNPJ 10.835.932/0001-08
INSCRIÇÃO ESTADUAL 0005943-93



www.celpe.com.br

Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de 26/04/02
COMERCIAL 116 | PRONTIDÃO 116
Atendimento ao deficiente auditivo ou de fala: 0800 281 0142
Ouvidoria 0800 282 5599
Agência de Regulação dos Serviços Públicos Delegados do Estado
de Pernambuco-ARPE: 0800-727-0167-Ligação Gratuita de Telefones Fixos
Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL
167-Ligação Gratuita de telefones fixos e móveis

DADOS DO CLIENTE

ELZA MARIA DA CONCEIÇÃO SILVA
PROX A ANTIGA ASSEMBLEIA DE DEUS
CPF: 265.884.474-34

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

RUA 02 DE FEVEREIRO 525

CASA AMARELA/RECIFE
52280-220 RECIFE PE

As condições gerais de fornecimento (Resolução ANEEL 414/2010),
tarifas, produtos, serviços prestados e tributos se encontram à
disposição, para consulta em nossas unidades de atendimento e no
site www.celpe.com.br

DATA DE VENCIMENTO

23/02/2018

TOTAL A PAGAR (R\$)

0,00

DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL

17/02/2018

DATA DA APRESENTAÇÃO

17/02/2018

NÚMERO DA NOTA FISCAL

005823823

CONTA CONTRATO

000033023022

Nº DO CLIENTE

2000036452

Nº DA INSTALAÇÃO

0002839193

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL - RESIDENCIAL
Monofásico

RESERVADO AO FISCO

D772.5C78.76EA.EA79.318B.5018.9EFF.3AD6

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)
Consumo Ativo(kWh)	95,00	0,68574564	63,53
Contribuição Iluminação Pública			10,13
ICMS Subvenção-COE-NF 002159519-20/12/17			0,56
Multa por atraso-NF 002222690 - 18/01/18			1,29
Juros por atraso-NF 002222690 - 18/01/18			0,02
Atualização IGPM-NF 002222690 - 18/01/18			0,02
Compensação DIC Trimestral 04/17			0,98
Compensação DIC Anual 2017			3,28
Compensação DMIC 12/17			0,39
TOTAL DA FATURA			70,90

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS

ICMS			PIS			COFINS		
BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
63,53	25,00	15,88	63,53	0,57	0,36	63,53	2,60	1,65

Tarifas Aplicadas

Consumo Ativo(kWh)

0,48036900

HISTÓRICO DO CONSUMO

			kWh
FEV 18			95
JAN 18			93
DEZ 17			94
NOV 17			95
OUT 17			88
SET 17			87
AGO 17			82
JUL 17			76
JUN 17			83
MAI 17			83
ABR 17			83
MAR 17			90
FEV 17			84

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

	R\$	%
Geração de Energia	17,78	27,89
Transmissão	1,88	2,96
Distribuição (Celpe)	15,49	24,38
Encargos Setoriais	5,84	9,10
Tributos	17,88	26,14
TOTAL	63,53	100

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

NÚMERO DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR	ATUAL	Nº DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO kWh
000000003154159478	CAT	18/01/2018 1.523,00	17/02/2018 1.518,00	30	1,00000	0,00	95,00

DATA PREVISTA PARA A PRÓXIMA LEITURA: 18/03/2018

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES

DESCRIÇÃO	CONJUNTO	VALOR APURADO	META MENSAL	META TRIM.	META ANUAL
dez/2017					
DIC-No.de horas sem Energia	MACAXEIRA	3,58	4,95	9,91	18,82
FIC-No.de vezes sem Energia		1,00	3,17	6,35	12,70
DMIC-Duração máxima de interrupção contínua		3,58	2,77	0,00	0,00
DICRI-Duração de interrupção em dia crítico					
Limite DICRI: 12,22					
EUSD-Valor do Encargo de Uso = R\$ 23,53					
Todo Consumidor pode solicitar a apuração dos indicadores DIC, FIC, DMIC e DICRI a qualquer tempo.					

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Na data da leitura a bandeira em vigor é a Verde. Mais informações em www.aneel.gov.br.
O cliente é compensado quando há violação na continuidade individual ou do nível de tensão de fornecimento.
Pagto. em atraso gera multa 2% (Res414/ANEEL), Juros 1%a.m (Lei 10.438/02) e atualização monetária no próx. mês.
O Cliente é compensado quando há descumprimento do prazo definido para os padrões de atendimento comercial.
Combata o mosquito da dengue, zika e chikungunya, Ministério da Saúde, Governo Federal.

NÍVEIS DE TENSÃO

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

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

DESTAQUE AQUI

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO	TOTAL A PAGAR(R\$)	VENCIMENTO	TALÃO DE PAGAMENTO
000033023022	02/2018	0,00	23/02/2018	Evite dobrar, perfurar ou rasurar. Este cartão só pode ser usado em leitora ótica.

FATURA PAGA

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

11 ABR 2018

SEGURO DPVAT

EXCELSIOR SEGUROS
11 ABR 2018
SEGURO DE...



033-7

03399.32766 55400.009183 60262.901014 9 74100000004000

Local de pagamento

PAGAR PREFERENCIALMENTE NAS AGÊNCIAS DO BANCO SANTANDER

Cedente

Gerenciante Pagamentos - LOCALIZANET SOLUCOES

Vencimento 20/01/2018
Agência Código cedente 3222-0/3276554

Data do documento	Nº do documento	Espécie doc	Aceite	Data de processamento	Nosso número
04/01/2018	91860262	26		04/01/2018	000091860262-9
Uso do boleto	Carteira	Especie	Quantidade	Valor do documento	% Valor documento
	101	R\$			40,00

Instruções (leia de responsabilidade do sacador)

5x, Caixa, cobrar juros de 0,033% ao dia após vencimento.
5x, Caixa, cobrar multa de 2% após vencimento.
Para gerar 2ª via do boleto, acessar: <https://gerencianet.com.br/segunda-via>

2-) Desconto/descontos

3-) Outros descontos

4-) Bônus multa

5-) Outros acréscimos

6-) Valor cobrado

Sacado

CARLAOU SILVA DE FREITAS - CPF: 049.212.454-01

RUA PASTOR EVANGELICO BENOBY CARVALHO DE SOUZA, 418, BOMBA DO HEMETIRIO, Recife - PE CEP: 52211-020

Sacador Avalista LOCALIZANET SERVICOS DE INTERNET LTDA - ME - CNPJ: 13.571.672/0001-07

Autenticação mecânica - Ficha de compensação



DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO

CIRCULAR SUSEP 445/12

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

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

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

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

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

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

Pelo exposto, eu Carlyou Silva de Freitas inscrito (a) no CPF sob o Nº 049.212.454/01 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Marinaldo Pereira da Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 469.329.314/00 do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Marinaldo Pereira da Silva, inscrito (a) no CPF sob o Nº 469.329.314/00, 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		Número	Complemento
Rua Pastor Evangelico Benoby Parvalho de Souza		418	casa
Bairro	Cidade	Estado	CEP
Bomba do Memetico	Recife	Pe	52.211-020
Email	Telefone comercial(DDD)		Telefone celular (DDD)
			(85) 98436-1272

Recife 16 de Março de 2018

Local e Data



Assinatura do Declarante





HOSPITAL GETÚLIO VARGAS
SERVIÇO DE DOCUMENTAÇÃO CIENTÍFICA



BOLETIM DE ESCLARECIMENTO

NOME: MARINALDO PEREIRA DA SILVA

1. Ocorrência da Emergência: 445248

1.1 - Atendimentos em: 09/06/17

1.2 - Às 07 horas e 16 minutos.

1.3 - Internado: SIM

1.4 - Retirou-se às hr. e min.

2. Internamento Eletivo – Reg. Geral No. 1053921

2.1 – Internado em: 09/06/17

2.2 - Alta em: 04/07/17

3. Hipótese Diagnóstica: FRATURA DO PLATÔ TIBIAL DIREITO.

**4. Tratamento: 1º CIRURGIA EM 09/06/17 = REDUÇÃO INCRUENTA + FIXADOR EXTERNO.
2º CIRURGIA EM 30/06/17 = TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DO PLATÔ TIBIAL DIREITO.**

5. Observação: ATROPELAMENTO POR AUTOMÓVEL.

DATA: 26.12.2017

HORA: 08:40:52

PASTA: 01.12.2017

TB

RS

Dr. Tadeu Buril
SOC - CREMEPE-3019
MAT. 0580583

Dr. Tadeu Buril.



HOSPITAL GETULIO VARGAS EMERGÊNCIA

1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

ATENDIMENTO: 445248

Prontuário: 1053921

Nome: MARINALDO PEREIRA DA SILVA

Data Nasc.: 01/05/1969

Idade: 48

Sexo: MASCULINO

Cor:

CPF:

RG:

CNS: 898004972471087

Endereço: VILA DOIS DE FEVEREIRO

Bairro: VASCO DA GAMA

CEP: 52280218

Fone: 31845600

Cidade: RECIFE - PE

Nº: 526

Estado: PE

Nome da Mãe: ELZA MARIA DA CONCEICAO SILVA

Acompanhante:

Nome do Conjugue:

Local de Procedência: VIA URBANA

Clinica: CIRURGIA GERAL

Ocorrência:

- NO CARTÃO SUS CONSTA MÃE, ENILDA CANDIDA DA SILVA, SEGUNDO O PACIENTE, SUA MÃE

Idente de Trabalho: Sim ☐ Não ☐

ATENDIMENTO DATA: 09/03/2017 HORA: 07:19

Queixa Principal / HDA: Paciente vítima de atropelamento por carro há cerca de 16 horas com trauma em MSD. Nega TCE, náuseas, vômitos e perda da consciência. Paciente visivelmente alcoolizado.

História do Trauma

Perda da Consciência: Sim ☐ Não ☒ Episódio Emético: Sim ☐ Não ☒ Acidente de Trabalho: Sim ☐ Não ☐
Acidente de Trânsito: Sim ☒ Não ☐ Tipo: _____ Motorista: ☐ Passageiro: ☐
Colisão: Sim ☒ Não ☐ Tipo: _____ Sofreu Queda: Sim ☐ Não ☐ Altura: _____ m
Atropelamento: Sim ☒ Não ☐ Local de Impacto: _____
Vítima de Ferimento: Sim ☒ Não ☐ Tipo: _____ Transporte Realizado por: _____
Queimadura: Sim ☐ Não ☒ Por: _____ Por que: _____
Condições de imobilização adequadas: Sim ☐ Não ☒

Observações:

MSD, dor + deformidade + limitação funcional em joelho. Neurovascular preservado.

Exame Físico:

Geral

Via aérea esta pérvia: Sim ☒ Não ☐ O paciente fala: Sim ☐ Não ☐ Temp.: _____ C°

EG 0, consientes, orientado, eupneico, AAA.

B: Respiratório

Eupneico

C: Circulatório

PA: _____ x _____ mmHg Pulso: _____ bpm

Hemodinamicamente estável

D: Exames Neurológico

Deficiência motora: MSD ☐ MSE ☐ MID ☐ MIE ☐

Pupilas: Isocóricas ☐ Anisocóricas ☐

Glasgow: Abertura Ocular

Glasgow: Resposta Verbal

Glasgow: Resposta Motora

Score: _____

Score: _____

Score: _____

Hora: _____

Hora: _____

Hora: _____

Glasgow 15



261710183532-8

Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
HOSPITAL
Getúlio Vargas

10.572.048/0005-81
(03 vlns)

LAUDO PARA EMISSÃO DE AIH

ASSINHA:

CARTÃO BUS:

NOME DO PACIENTE:

Manfredo Pereira da Silva

DATA DE NASCIMENTO:

SEXO:

Nº DO REGISTRO:

1053921

NOME DA MÃE:

ENDEREÇO:

Nº:

BLOCO:

APT:

BARRIO:

UF:

CEP:

MUNICÍPIO:

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

HISTÓRIA CLÍNICA:

Paciente admitido para tratamento cirúrgico de fratura exposta de tíbia proximal direita

EXAME FÍSICO:

Don. edema e deformidade em região da perna direita

PRINCIPAIS RESULTADOS DOS EXAMES COMPLEMENTARES:

Exame Físico (+) Rx

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL

Fratura exposta de tíbia proximal direita

PROCEDIMENTO SOLICITADO

LMC (+) Redução Incruenta (+)
Fixação externa transcutânea de Joelho direito

DESCRIÇÃO DA CLÍNICA/SPECIALIDADE

S.O.T

CODIGO

CARATER DA INTERNAÇÃO

DATA:

DATA:

09, 06, 17

Bruno Monteiro
Ortopedia/Traumatologia
CRM-PE 24221

CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO SOLICITANTE DA INTERNAÇÃO

CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO AUTORIZADOR

PARA USO DAS UNIDADES PÚBLICAS

AUTORIZAÇÃO PARA INTERNAÇÃO EM UNIDADE COMPLEMENTAR

NOME DA UNIDADE:

DATA DO REEXAME

CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO RESPONSÁVEL PELA CLÍNICA HOSPITALAR

Avenida General Ruy Maranhão - Cardero
Recife/PE - CEP 50.050-090
Fone: (081) 31948900

HQV-1004 V.1.2018

[Handwritten signature]



MARINALDO PEREIRA DA SILVA		01053921	898004972471
445349	MASCULINO	48a 2m 3d	CLINICA ORTOPEDIA, CLORT 105-07



Relatório de Alta Hospitalar

ORTOPEDIA/TRAUMATO

Diagnóstico:

FRATURA EXPOSTA DE PLATÔ TIBIAL EM 09/06/2017

Tratamento:

09/06 - Redução incruenta + aposição de fixador externo transarticular em joelho direito

30/06 - Retirada de fixador externo + osteossíntese de platô tibial direito com placas medial (terço de cano bloqueada) e lateral (placa 4,5 em L) (Dr. Danilo)

OBS:

Agendar retorno ambulatorial em 7 dias com o Grupo do Trauma.
Prescrevo cefalexina + uso de muletas.

Condições Clínicas (no momento da Alta)

Melhorado. FO de bom aspecto.

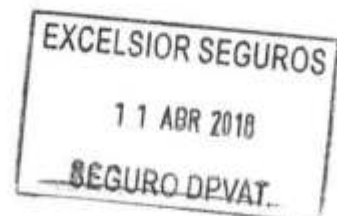
DATA DA INTERNAÇÃO	DATA DA ALTA
09/06/2017	04/07/2017

Recife, 04 DE JULHO DE 2017

Ana Áurea R. Torres
Médica

UARE CRM/PE 25656

ANA AUREA REVOREDO TORRES - CRM: Nº.25656





SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO

HOSPITAL
GETÚLIO VARGAS

Secretaria Estadual de Saúde



RELATÓRIO DA OPERAÇÃO

Nome do paciente: **MARINALDO PEREIRA DA SILVA** REG: 1053921

Data da operação: 09/06/17

Operador: **DR. ALVARO** 1º auxiliar: **DR BRUNO MONTEIRO**

2º auxiliar: **DR. TERCIO**

Anestesista: **DR. DIOGO**

Diagnóstico pré-operatório: **FRATURA DE PLATÔ TIBIAL D**

Tipo de operação: **REDUÇÃO INCRUENTA + APOSIÇÃO DE FIXADOR EXTERNO TRANSARTICULAR EM JOELHO D**

Descrição operatória:

- 1) Paciente em decúbito dorsal sob raquianestesia;
- 2) Antissepsia e assepsia com PVPI degermante
- 3) Aposição de campos estéreis
- 4) Observado fratura exposta de tíbia proximal direita
- 5) Redução incruenta de fratura
- 6) Aposição de fixador externo tubo a tubo transarticular em joelho direito
- 7) Curativo local
- 8) Observado boa perfusão distal após procedimento



Bruno Monteiro
Ortopedia / Traumatologia
CRM-PE 24221



HOSPITAL GETULIO VARGAS EMERGÊNCIA



E: Abdômen	
Flácido, indolor	
Diagnóstico Inicial:	Trauma exposto em MED
Exames Solicitados:	1 - Patologia Clínica
Exames Solicitados:	1 - Especializados
Resultado de Exames:	Solicitado não - X de olho, bacia, coxa, punho, cervical Ao bloco cirúrgico Cephalotrim 2g EV agona o gX40.
Tratamento / Procedimentos:	SAR 5000 VC EM profundo agona N.H.F
Indicação Cirúrgica:	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Motivo:
Evolução de Enfermagem:	
Diag. Definitivo:	
Definição do Caso:	Definição de Alta:
<input type="checkbox"/> Internamento <input type="checkbox"/> Cirurgia <input type="checkbox"/> Óbito <input type="checkbox"/> Termo de Alta a Pedido <input type="checkbox"/> Evadiu-se	<input type="checkbox"/> Curado <input type="checkbox"/> Melhorado <input type="checkbox"/> Inalterado <input type="checkbox"/> Piorado <input type="checkbox"/> Óbito
Informação do Serviço Social	
Confirmação do Nome:	Assist. Social:
Confirmação do Endereço:	
Providências: Alta <input type="checkbox"/> Transferência <input type="checkbox"/> Estudo de Caso <input type="checkbox"/> Exames Externo: <input type="checkbox"/>	Assist. Social
Observações:	
Autorização para Alta / internamento / Transferência	
Médico:	CRM/CRO: Data: Hora:
Termo de Responsabilidade Para Internamento	
- Estou ciente das normas existente neste Hospital, as quais integralmente e autorizo a realização de tratamentos, clínicos e/ou cirúrgicos, inclusive transfusões e sem os exames complementares e transporte se forem necessários.	
Data:	Nome completo legível:
Nº da Identidade:	Assinatura:
Termo de Responsabilidade de Alta a Pedido	
- Responsabilizo-me pela imediata retirada do paciente deste nosocômio, bem como tenho absoluto conhecimento sobre as consequências que deste ato possam advir.	
Data:	Nome completo legível:
Nº da Identidade:	Assinatura:
Cadastramento: 09/06/2017 08:25 h MARILENESM	Impressão: 09/06/2017 08:25 h MARILENESM



Médico



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO

HOSPITAL
GETÚLIO VARGAS



Secretaria Estadual de Saúde

RELATÓRIO DA OPERAÇÃO

PACIENTE: MARINALDO PEREIRA DA SILVA

Registro: 1053921

Data da operação: 30/06/17

Operador: DR. DANILO AZEVEDO 1º auxiliar: DR. LUIZ (R2)

2º AUXILIAR: LEVI (MR1) 3º AUX: DRA ANA (R1)

Anestesista: DRA AMANDA

Diagnóstico pré-operatório: FRATURA PLATO TIBIAL DIREITO

Tipo de operação: RETIRADA DE FIXADOR EXTERNO + TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DE PLATO TIBIAL DIREITO + FLUOROSCOPIA

- 1) Paciente em decúbito dorsal, sob anestesia
- 2) Assepsia, antissepsia e aposição de campos estéreis
- 3) Aposição de garrote em MID
- 4) Visualizado deformidade em tibia proximal direita
- 5) Incisão em face lateral de tibia proximal direita
- 6) Redução cruenta e aposição de placa 4,5 em L + 02 parafusos esponjosos + 03 parafusos corticais
- 7) Incisão em face medial de tibia proximal direita
- 8) Realizado redução cruenta e aposição de placa terço de cano bloqueada de 07 furos + 06 parafusos bloqueados
- 9) Confirmada boa redução sob fluoroscopia
- 10) Limpeza copiosa com SF0,9%
- 11) Sutura por planos
- 12) Curativo
- 13) Retirada de garrote de MID
- 14) Observado boa perfusão distal após procedimento



Dr. Luiz Hírta Filho
Ortopedia e Traumatologia
CRM: 12.434



HOSPITAL GETÚLIO VARGAS
SERVIÇO DE DOCUMENTAÇÃO CIENTÍFICA



BOLETIM DE ESCLARECIMENTO

NOME: MARINALDO PEREIRA DA SILVA

1. Ocorrência da Emergência: 354673

1.1 - Atendimento em: 20/11/18

1.2 - Às horas e minutos.

1.3 - Internado: SIM

1.4 - Retirou-se às hr. e min.

2. Internamento Eletivo - Reg. Geral No. 1103814

2.1 - Internado em: 20/11/18

2.2 - Alta em: 25/01/19

3. Hipótese Diagnóstica: OSTEOMIELITE DE TÍBIA DIREITA.

4. Tratamento: 1. EM 20/12/18 - RETIRADA DE MATERIAL DE SÍNTESE + DESBRIDAMENTO E LIMPEZA MECÂNICO CIRÚRGICA. 2. ANTIBIOTICOTERAPIA.

5. Observação: AS INFORMAÇÕES CONTIDAS NESTE DOCUMENTO FORAM TRANSCRITAS NA ÍNTEGRA DA FICHA E/OU PRONTUÁRIO DO PACIENTE.

DATA: 26.4.2019

HORA: 11:16:20

PASTA: 01.04.2019

GSL

RS



Gustavo Souza Leão
CRM - 11075

Dr. Gustavo Souza Leão.



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco

HOSPITAL

Getúlio Vargas

Av. General San Martín, S/N, Cordeiro, Recife/PE

ATESTADO MÉDICO

Atesto para os devidos fins que **Marinaldo Pereira da Silva, 49 anos**, esteve internado (a) no setor de Traumatismo-Ortopedia deste serviço do dia 20/11/2018 ao dia 25/01/2019 para tratamento médico-hospitalar. Necessita de 30 (TRINTA) dias de afastamento das atividades habituais para prosseguir tratamento clínico, a partir da data de hoje..

CID 10: M 86.6

Dra. Hanna Emile

Médica
CREMEC 17904 / CRM-PE 20333

Recife, 25/01/2019



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco

HOSPITAL

Getúlio Vargas

Av. General San Martín, S/N, Cordeiro, Recife/PE

LAUDO MÉDICO

Declaro para os devidos fins que que que **Marinaldo Pereira da Silva, 49 anos**, esteve internado (a) no setor de Traumatismo-Ortopedia deste serviço do dia 20/11/2018 ao dia 25/01/2019 para tratamento médico-hospitalar.

CID 10: M 86.6

Deixo a cargo do **MÉDICO PERITO** avaliar questões trabalhistas e afins.

Dra. Hanna Emile

Médica
CREMEC 17904 / CRM-PE 20333

Recife, 25/01/2019

HOSPITAL GETULIO VARGAS ADMISSÃO DE PACIENTE



Atendimento: 654673

Data e Hora: 20/11/2018 11:22

Especialidade:

Paciente: 1103814 MARINALDO PEREIRA DA SILVA

Sexo: MASCULINO

Data do Nascimento: 01/05/1969 Idade: 49 anos

Convenio: 1

SUS - INTERNACAO

Nome da Mãe: ENILDA CANDIDA DA SILVA

Nome do Pai:

Nº Conselho: 11711

Estado Civil: SOLTEIRO

Nome do Profissional: ALEXANDRE SAVIO AVELINO DE SOUZA

Endereço: VILA DOIS DE FEVEREIRO

526

Bairro: VASCO DA GAMA

Cidade/UF: RECIFE

PE

Usuário Atendimento: JULIETADH

RG (Identidade):

Data de Emissão:

CPF: 76932931400

Fone: 32673537

CRN(Certidão de Registro de Nasc):

Data de Emissão CRN:

Clínica: CLINICA ORTOPEDIA

Enfermaria: CORT 107

Leito: CLORT 107-05

CID:

Temperatura: (

Pressão Arterial: (

Respiração: (

Pulso: (

EVOLUÇÃO

paciente em estado deambulando com auxílio de muletas, encaminhado a enfermagem.



NOME:

Marinaldo Pereira da Silva

02 (DUAS) VIAS

NOME DA MÃE: ENILDA CANDIDA DA SILVA

CARTÃO SUS: 704008894809665

CLÍNICA:

ORTOPEDIA

ENFERMARIA:

107

LEITO:

05

Nº DO REGISTRO:

1103814

DATA DE NASCIMENTO:

01/05/1969

IDADE:

49

PESO:

ALTURA:

SEXO:

MASCULINO

EXATIVO DA ADMISSÃO/DIAGNÓSTICO INICIAL (CONSTANTE NO LAUDO MÉDICO):

1)Osteomielite de tíbia direita + DRC não-dialítica

PROCEDIMENTO SOLICITADO / EXAMES REALIZADOS:

20/12/18: Submetido a retirada de material de síntese + coleta e envio de material para cultura – Dr Hygino

DATA DA INTERNAÇÃO:

20/11/2018

DATA DA ALTA:

25/01/2019

DIAS DE INTERNAÇÃO:

67

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO REALIZADO

CID

CARIMBO/REVISOR/FATURAMENTO

COD	EQUIPE	NOME DO PROFISSIONAL	MATRÍCULA
1	CIRURGIÃO	DR HYGINO	
2	1º AUXÍLIO CIRURGICO	DR TERÇIO	
3	2º AUXÍLIO CIRURGICO	DR SILVIO	
4	ANESTESISTA	DRA JAMILLE	
5	CLÍNICO		

RESUMO DO CASO
(ACHADOS CLÍNICOS, PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS REALIZADOS)

Paciente com história de osteossíntese em tíbia proximal direita em junho/2018 (Dr Danilo), evoluindo há cerca de 3 meses com fistula ativa em perna direita. Apresentando alteração de ureia e creatinina em acompanhamento com Nefrologia.

MEDICAÇÕES UTILIZADAS E DE ALTA

Levofloxacino (D0= 28/12/18) em dias alternados sob orientação de Nefrologia e CCIH/ Sintomáticos

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL

O MESMO ACIMA

CONDIÇÕES CLÍNICAS NA ALTA

Paciente nega queixas no momento. MID: FO sem saída de secreção purulenta, sem sinais flogísticos, granulada, em remissão de tamnho e em cicatrização

MOTIVO DA ALTA

CURADO _____ MELHORADO ☒ TRANSFERÊNCIA _____

DATA

INCL _____ SVO _____ SO _____

ORIENTAÇÃO QUANTO ACOMPANHAMENTO:

Retorno ao ambulatório de Dr Hygino em 2 semanas a partir de hoje
Forneco laudo + atestado + receita de Levofloxacino 500mg 48/48h por 2 semanas e de sintomáticos + solicitação de fisioterapia motora e de radiografia para o retorno + oriento manter cuidados diários com o curativo e em caso de piora retornar imediatamente a emergência

DATA: **25/01/19**

Médico Responsável

Dra. Hanna Emile
Médica
CREMEC 11984 / CRM-PE 26633



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco

HOSPITAL
Getúlio Vargas



FICHA PARA AVALIAÇÃO DE
RISCO DE QUEDA

NOME:

Nº DO REGISTRO:

SETOR:

DATA DE ADMISSÃO: 20/11/18

ASSINALAR COM X TODOS OS ITENS DE RISCO IDENTIFICADOS.
CONSIDERAR A EXISTÊNCIA DO RISCO QUANDO ASSINALAR UM OU MAIS ITENS.

- ☐ IDADE > OU IGUAL 65 ANOS
- ☐ CRIANÇAS < OU IGUAL 5 ANOS
- ☐ COMPROMETIMENTO NEUROLÓGICO
- ☐ DEPRESSÃO E/OU ANSIEDADE
- ☐ PREJUÍZO DO EQUILÍBRIO DA MARCHA
- ☐ DÉFICIT SENSITIVO, ACUIDADE AUDITIVA, TATO E VISUAL DIMINUIDA
- ☐ HISTÓRIA PRÉVIA DE QUEDA
- ☐ ALTERAÇÃO METABÓLICA (EX-HIPOGLICEMIA)
- ☐ OBESIDADE MÓRBIDA OU BAIXO ÍNDICE DE MASSA CORPÓREA
- ☒ SEDAÇÃO/ANESTESIA
- ☐ MEDICAMENTO QUE ALTERAM O SISTEMA NERVOSO CENTRAL
- ☐ URGÊNCIA URINÁRIA/INTESTINAL
- ☐ HIPOTENSÃO ORTOSTÁTICA
- ☒ PACIENTE CIRÚRGICO

CASO O PACIENTE APRESENTE UM OU MAIS FATORES DE RISCO, COLOCAR PULSEIRA ROXA NO MSD.

☒ COLOCADO PULSEIRA ROXA

☐ NÃO SE APLICA

ENTREGA DO FOLDER DE ORIENTAÇÃO AO PACIENTE/ACOMPANHANTE:

☒ SIM
☐ NÃO

ASSINATURA (ORIENTADO):

RECOMENDAÇÕES:

1. Orientar paciente e acompanhante quanto ao risco de queda e necessidade de solicitação da enfermagem para sua locomoção e mobilização;
2. Manter a cama na posição baixa, com rodas travadas e grades de proteção elevadas;
3. Orientar a não trancar portas;
4. Orientar a não andar nem circular na enfermagem ou corredor no momento da limpeza;
5. Manter a área de circulação, livre de móveis e utensílios;
6. Auxiliar na deambulação dos pacientes que apresentarem dificuldade de marcha ou déficit sensitivo ou motor;
7. Estimular o uso de acessórios de apoio;
8. Conscientizar a família sobre a importância da presença de um acompanhante e comunicar a enfermagem quando houver necessidade de ausentar-se;
9. Manter iluminação adequada durante a noite;
10. Orientar a evitar apoiar-se na cama, móveis e parapeitos de janelas;
11. Manter o acompanhamento da enfermagem no momento do transporte;
12. Orientar o acompanhante para ficar atento às brincadeiras das crianças e a utilização de brinquedos;
13. Não deixar o paciente sozinho no banheiro ou durante o banho;
14. Intensificar a atenção a pacientes que estão em uso de sedativo e hipnótico, tranquilizante, diurético, anti-hipertensivo, anti-parkinsonianos.

ENFERMEIRA/COREN:

Av. da Getúlio, San Martin 4m - Corduro
Recife/PE - CEP 50.630-060
Fone: (81) 31845000

EXCELSIOR SEGUROS
10 JUN. 2019
SEGURO DPVAT

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

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

EC-2

POLEGAR DIREITO

ASSINATURA DO TITULAR

MARINALDO PEREIRA DA SILVA

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 3.255.593 DATA DE EXPEDIÇÃO 09/08/2017

NOME << MARINALDO PEREIRA DA SILVA >>

FILIAÇÃO << JOSÉ PEREIRA DA SILVA >>
<< ENILDA CANDIDA DA SILVA >>

NATURALIDADE RECIFE - PE DATA DE NASCIMENTO 01/05/1969

DOC. ORDEM << 073890 01 55 1969 1 00136 115
0161507 27 RECIFE-PE >>

CPF 769.329.314-00

PATRICIA TENORIO DE CARVALHO
DELEGADA DE POLÍCIA CIVIL
ASSINADOR DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 29/06/83

R217127042308111356.7606114 F-76 333.386 3022

EXCELSIOR SEGUROS
11 ABR 2018
SEGURO DPVAT.



Ministério da Fazenda
Secretaria da Receita Federal do Brasil

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: **769.329.314-00**

Nome: **MARINALDO PEREIRA DA SILVA**

Data de Nascimento: **01/05/1969**

Situação Cadastral: **REGULAR**

Data da Inscrição: **anterior a 10/11/1990**

Digito Verificador: **00**

Comprovante emitido às: **16:34:20** do dia **08/03/2018** (hora e data de Brasília).
Código de controle do comprovante: **2238.F35C.AFE0.A2A0**



Este documento não substitui o "Comprovante de Inscrição no CPF".

(Modelo aprovado pela IN/RFB nº 1.548, de 13/02/2015.)



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL			
MINISTÉRIO DAS CIDADES			
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO			
CARTeira NACIONAL DE HABILITAÇÃO			
VÁLIDA EM TODOS OS TERRITÓRIOS NACIONAIS 1104696240	NOME CARYLOU SILVA DE FREITAS		
		DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR / UF 6300624 SDB PE	
		CPF 049.212.454-01	DATA NASCIMENTO 30/06/1983
		PELAÇÃO JOSE VITOR DE FREITAS RINALDA MARIA SILVA DE FREITAS	
		PERMISSÃO B	CAT. HAB. B
	Nº REGISTRO 05087089331	VALIDADE 17/08/2020	1ª HABILITAÇÃO 27/11/2010
PROIBIDO PLASTIFICAR 1104696240	OBSERVAÇÕES sem observações		
	ASSINATURA DO PORTADOR 		
	LOCAL RECIFE - PE	DATA EMISSÃO 18/08/2015	
	ASSINATURA DO EMISSOR 		
	20069857840 PE063986728		
DETRAN - PE (PERNAMBUCO) DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO			

EXCELSIOR SEGUROS
 11 ABR 2018
 SEGURO DPVAT

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180166568 **Cidade:** Recife **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARINALDO PEREIRA DA SILVA **Data do acidente:** 09/06/2017 **Seguradora:** UNIÃO SEGURADORA S/A - VIDA E PREVIDÊNCIA

PARECER

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DE PLATÔ TIBIAL DIREITO

Descrição do exame médico pericial: DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DE MEMBRO INFERIOR DIREITO

Resultados terapêuticos: NO DIA DO ACIDENTE, FOI REALIZADO REDUÇÃO DE DANOS COM LAVAGEM E FIXAÇÃO EXTERNA. EM 30/06/2017, FOI RETIRADO FIXADOR E REALIZADO OSTEOSÍNTESE DEFINITIVA COM PLACA E PARAFUSOS. REALIZOU FISIOTERAPIA MOTORA. ALTA ORTOPÉDICA
APRESENTA DEFORMIDADE DE JOELHO, DESVIO EM VARO COM HIPOTROFIA IMPORTANTE DE PANTURRILHA, DIFICULDADE DE MARCHA COM CLAUDICAÇÃO E BLOQUEIO ARTICULAR DE JOELHO

Sequelae permanentes: APRESENTA LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Sequelae: Com sequela

Data da perícia: 27/04/2018

Conduta mantida:

Observações: REVISOR MANTEVE ENQUADRAMENTO E VALORAÇÃO DO MÉDICO EXAMINADOR. -

Médico examinador: FABIO SELERI FERNANDES

CRM do médico: 52.63021-7

UF do CRM do médico: RJ

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 - 50 %	35%	R\$ 4.725,00
Total			35 %	R\$ 4.725,00

PRESTADOR

CNIS - Cadastro Nacional Informações e Serviços

Médico revisor: JANICE DE ALMEIDA PINTO MIGUEZ

CRM do médico: 52.63583-9

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA Maíralda Coutinho da SilvaDATA DO ACIDENTE _____ CPF DA VÍTIMA 369.329.314-00

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO _____

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

A VÍTIMA É _____

ENDEREÇO DO PORTADOR _____

Nº _____ COMPLEMENTO _____ BAIRRO _____

CIDADE _____ UF _____ CEP _____

E-MAIL _____ TELEFONE (____) _____

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

(X) REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)

(X) CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

(X) CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

(X) LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)

(X) NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML: DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

(ORIGINAL) ASSINADA PELA VÍTIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA

(X) BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

(X) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

(X) AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

(X) CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO

DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

(X) CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

(X) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

(X) REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)

(X) CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

(X) CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

(X) RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SOFRIDAS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

(X) COMPROVANTES (ORIGINALS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS

(X) NOTAS FISCAIS (ORIGINALS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITUÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

(X) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

(X) AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

(X) CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

(X) CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

(X) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

VALORES DE INDENIZAÇÃO

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

- O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA

- COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO

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

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA _____

IDENTIDADE _____

ASSINATURA _____

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA 19/03/2018NOME Raphele Lavalenti

ASSINATURA _____

EXCELSOR SEGUROS

SEGURO DPVAT

19/03/2018