

**PEDIDO DO SEGURO DPVAT**

3190390028

Escolha a(s) opção(s) de cobertura:

 DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) INVALIDEZ PERMANENTE MORTE

3 - NPF ou identidade do ASI:

3 - CPF da vítima:

247.506.974-00

4 - Nome completo da vítima:

Valdomiro Manoel dos Santos

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

5 - Nome completo:

Valdomiro Manoel dos Santos

5 - CPF:  
347.506.974-00

6 - Profissão:

Reitor

7 - Endereço:

Fazenda Campo Autêng

8 - Número:  
116

9 - Bairro:

Zona Rural

10 - Cidade:

Glória do Goiás

11 - Estado:  
PR12 - CEP:  
55620-000

13 - E-mail:

motoz

14 - Tel. (DD) 99304-6299

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

15 - Nome completo do Representante Legal:

16 - CPF do Representante Legal:

17 - Profissão do Representante Legal:

Declaro, que todos os fatos de fato, ressalvo no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR COPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:



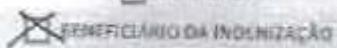
RECLUSO INFORMADO

 R\$1,00 A R\$1.000,00 R\$1.501,00 ATÉ R\$5.000,00

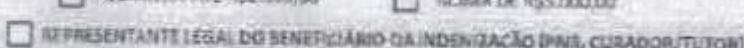
SEM RENDA

 R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:



BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO



REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

X CONTA POLIPANCA (Somente para contas na internet ou em cartões de crédito)

□ CONTA CORRENTE (informar nome)

 Bradesco (37) Itaú (343)

Nome do BANCO: \_\_\_\_\_

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

AGÊNCIA: 3536

CONTA: 20847

AGÊNCIA: \_\_\_\_\_

CONTA: \_\_\_\_\_

(Inserir o digito de verific.)

Autorizo a Seguradora a fazer o crédito no conta bancária informada, de minha sua conta, o valor da indenização conforme o valor da cobertura de invalidez permanente do Seguro DPVAT e que o valor direto, permanente e direto, desse valor será aplicado ao credito, a título total do valor recebido.

## 22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DE IMPLANTES - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que não impossibilito de apresentar o laudo de instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, não havendo assim uma das opções:

X 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 possui previsão para fins do Seguro DPVAT; ou O IML que atende a região da estreita ou da minha residência realiza perícia com prazo superior a 30 (trinta) dias do pedido.

Para meu uso autorizado, solicito a prorrogação da validade do laudo de instituto de medicina do Seguro DPVAT por mais de 30 dias, com a documentação apresentada, comprovando que o beneficiário permanece com a mesma condição de saúde. A Seguradora Lider para verificação da condição médica das lesões:

## DECLARAÇÃO DE ÚNICO BENEFICIÁRIO - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Endereço:

Bairro:

Cidade (no CEP):

UF:

24 - Outra da  
cida da  
vila:

25 - Gênero de Poderes com a vítima:

26 - União de fato (compromissário):

 Sim Não

27 - Se a vítima deixou outrem herdeiro, informar o nome completo:

28 - Vítima:

 Sim Não29 - Se tinha filhos, informar  
Vivos: \_\_\_\_\_ Falecidos: \_\_\_\_\_ Sim Não30 - Vítima  
Vivos: \_\_\_\_\_ Sim Não31 - Vítima  
Vivos: \_\_\_\_\_ Sim Não32 - Se tinha irmãos, informar  
Vivos: \_\_\_\_\_ Falecidos: \_\_\_\_\_ Sim Não33 - Vítima  
Vivos: \_\_\_\_\_ Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora não paga, não paga, e indemniza ao Seguro DPVAT por morte todos beneficiários que se apresentam em e provarem esta condição, sendo ciente, ainda, de que qualquer pessoa ou declaração não verídica poderá gerar a obrigatoriedade de resarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 261 do Código Penal.

34

35 - Nome legal de quem assina o rogo/a pedido

36 - 1º Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

37 - 2º Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

Glória do Goiás (PR), 36/05/2019.

Valdomiro Manoel dos Santos

Assinatura da testemunha

41 - Assinatura da testemunha

42 - Assinatura da testemunha



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
 SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
 POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO  
 DELEGACIA DE POLÍCIA DA 064<sup>ª</sup> CIRCUÍTIO - GLORIADO GOITÁ - DP6/PCIRC  
 DINTER/12<sup>ª</sup> DESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N<sup>º</sup> 19E0154000528

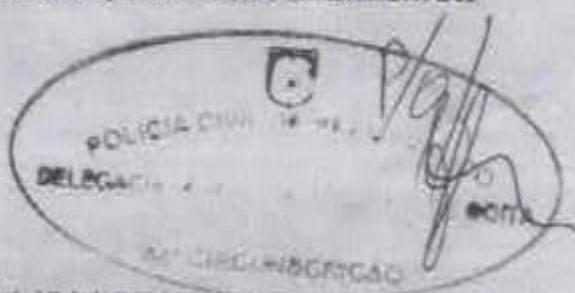
Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 31/05/2019 às 11:45

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado) que aconteceu no dia 4/4/2019 às 14:00

Fato ocorrido no endereço: MUNICÍPIO DE GLORIADO GOITÁ, 1, CAMPO ALEGRE, ESTRADA VICINAL PRÓXIMA A PE 50  
 - Bairro: ZONA RURAL - GLORIADO GOITÁ/PERNAMBUCO/BRASIL  
 Local do Fato: VIA PÚBLICA

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR) / AVENTE  
 VALDOMIRO MANOEL DOS SANTOS (VÍTIMA)



Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): DESCONHECIDO  
 BICICLETA: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): VALDOMIRO MANOEL DOS SANTOS

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

VALDOMIRO MANOEL DOS SANTOS (presente ao plantão) - Sexo: Masculino / Nasc: REGINA MARIA DA PAZ Data de Nascimento: 01/12/1949 Naturalidade: GLORIADO GOITÁ / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 809903/SDS/PE (RG), 24750697480 (CPF) Estado Civil: SOLTEIRO(A) Escolaridade: 1º. GRAU INCOMPLETO Profissão: AGRICULTOR(A) Telefones/Celulares: - 081995338996

Endereço Residencial: MUNICÍPIO DE GLORIADO GOITÁ, 118, CAMPO ALEGRE 2 - CEP: 0 - Bairro: ZONA RURAL - GLORIADO GOITÁ/PERNAMBUCO/BRASIL

DESCONHECIDO (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino / Nasc: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

Qualificação da(s) objeto(s) envolvido(s):

MOTOCICLETA (VEÍCULO) de propriedade do(a) Sr(a): DESCONHECIDO, que estava em posse do(a) Sr(a): DESCONHECIDO  
 Categoria/Marca/Modelo: MOTOCICLETA/DESCONHECIDO/NÃO INFORMADO Objeto apreendido: Não  
 Quantidade: 1 (UNIDADE)

BICICLETA (BICICLETA) de propriedade do(a) Sr(a): VALDOMIRO MANOEL DOS SANTOS, que estava em posse do(a) Sr(a): 194/0001-41  
 VALDOMIRO MANOEL DOS SANTOS

Categoria/Marca/Modelo: OUTRA/MONARK/NÃO INFORMADO Objeto apreendido: Não  
 Cor: VINHO - Quantidade: 1 (UNIDADE)

TRACÃO CORRETORA  
 DE SEGUROS LTDA

Complainente / Observações:

20 JUN 2019

Secretaria de Defesa Social - INFOPOL

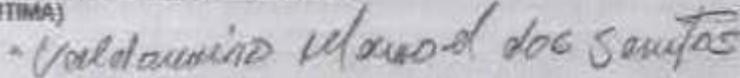
<https://security.sis.pe.gov.br/pemambuco/VitimaLikeBO.do?idUser=1>

A VITIMA INFORMA QUE NO DIA 01/04/2019 VINHA SAINDO, DE BICICLETA, PELA ESTRADA DE TERRA QUE CHEGA ATÉ A RODOVIA PE 55, QUANDO UMA MOTOCICLETA PILOTA DA PORUM DESCONHECIDO, DE PLACA NÃO IDENTIFICADA, QUEVINHA EM SENTIDO CONTRARIO, BATEU E JOGOU A BICICLETA COM A VITIMA PARA A VALETA. A VITIMA FICOU CAIDA NO LOCAL, COM O PEITO ESQUERDO FRATURADO. QUANDO POPULARES O ENCONTRARAM E LEVARAM PARA O HOSPITAL DE GLÓRIA DO GOITA, A UNIDADE MISTA MARIA GAIÃO GUERRA. DE LÁ, FOI ENCAMINHADA PARA O HOSPITAL GETULIO VARGAS EM REICPE. O CONDUTOR DA MOTOCICLETA FUGIU SEM PRESTAR SOCORRO.

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

VALDOMIRO MANOEL DOS SANTOS

(VITIMA)



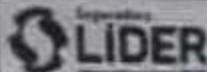
S.O. registrado por: JOBSON DOS SANTOS SILVA - Matrícula: 301.171-8



05.802.494/0001-41  
TRAÇÃO CORRETORA  
DE SEGUROS LTDA

20 JUN 2019

Rua da Aurora, 99775, 51907-800  
Ribeirão Preto - CEP: 14060-000  
SIC/EP-PE



# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Excluído o(s) beneficiário(s) da cobertura:

 DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARIA INVALIDEZ PERMANENTE MORTE

Nº do documento no RG:

07 de outubro  
247.506.974-00

Nome completo da vítima:

Valdomino Manoel dos Santos

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VITIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP N° 46/2013

Nome completo:

Valdomino Manoel dos Santos

CNPJ 347.506.974-00

Profissão:

Fazendeiro Comprador Atividade

Número:

136

Complemento:

Salário:

Zona Rural

Cidade: Glória do Goiás

Estado:

PE

CNPJ 55620-000

Endereço:

Av. 24

CEP (81) 99604-7965

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovação anexo (ANEXO COPIA).

RENDIMENTO MENSAL:

 UNICO INFORMADO ATÉ R\$ 1.000,00 R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00 R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00 SEM RENDA R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00 R\$ 10.001,00 ATÉ R\$ 20.000,00 ACIMA DE R\$ 20.000,00

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

CONTA POUPO-CAIXA (informe para o beneficiário, inclusive o número da conta):  
 Banco do Brasil (231)  Bradesco (341)  
 Banco do Brasil (301)  Caixa Econômica Federal (304)

CONTA CORRENTE (informe o número):  
 Nome do BANCO: BRASIL

AGÊNCIA:  CONTA:   
 Informar o dígito de verificaçãoAGÊNCIA:  CONTA:  64720   
 Informar o dígito de verificação

Autentico a Seguradora LIDER a creditar na conta bancária informada, de minha propriedade, o valor da indenização/renovação do Seguro DPVAT e que no valor constado, ressalvando o Brasil, não se deve acrescer a este valor o documento, identidade total do valor recebido.

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

Declaro, sob as penas da lei, que nesse formulário de apresentação de laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins da requisição da indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, informo que sou beneficiário unica das opções:

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

Para maior assertividade, informo o preenchimento do laudo do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, considerando, desde já, em que submetter à avaliação médica os resultados das fotografias e/ou prova de existência e/ou identificação dos indícios permanentes de efeitos de ferimento, conforme o art. 8.º, § 1º, II, da Lei 8.219/91, art. 19, § 1º, determinando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura perícia médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso desacordo com seu conteúdo.

## DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima:  Solteiro  Casado (há Civil)  Divorciado  Separado judicialmente  Viúvo Data do falecimento da vítima:Gênero de Parentesco com a vítima: Última óbito (informar parentesco)  Sim  Não Se a vítima deixou testamento, informar o nome completo:Vítima faleceu:  Sim  Não Se houve óbito, informar quanto tempo:  Vinte  Trinta  Vinte e cinco  Vinte e seis  Vinte e sete  Vinte e oito  Vinte e nove  Vinte e dez  Vinte e um  Vinte e dois  Vinte e três  Vinte e quatro  Vinte e cinco  Vinte e seis  Vinte e sete  Vinte e oito  Vinte e nove  Vinte e dez  Vinte e um  Vinte e dois  Vinte e três  Vinte e quatro  Vinte e cinco  Vinte e seis  Vinte e sete  Vinte e oito  Vinte e nove  Vinte e dez  Vinte e um  Vinte e dois  Vinte e três  Vinte e quatro  Vinte e cinco  Vinte e seis  Vinte e sete  Vinte e oito  Vinte e nove  Vinte e dez  Vinte e um  Vinte e dois  Vinte e três  Vinte e quatro  Vinte e cinco  Vinte e seis  Vinte e sete  Vinte e oito  Vinte e nove  Vinte e dez  Vinte e um  Vinte e dois  Vinte e três  Vinte e quatro  Vinte e cinco  Vinte e seis  Vinte e sete  Vinte e oito  Vinte e nove  Vinte e dez  Vinte e um  Vinte e dois  Vinte e três  Vinte e quatro  Vinte e cinco  Vinte e seis  Vinte e sete  Vinte e oito  Vinte e nove  Vinte e dez  Vinte e um  Vinte e dois  Vinte e três  Vinte e quatro  Vinte e cinco  Vinte e seis  Vinte e sete  Vinte e oito  Vinte e nove  Vinte e dez  Vinte e um  Vinte e dois  Vinte e três  Vinte e quatro  Vinte e cinco  Vinte e seis  Vinte e sete  Vinte e oito  Vinte e nove  Vinte e dez  Vinte e um  Vinte e dois  Vinte e três  Vinte e quatro  Vinte e cinco  Vinte e seis  Vinte e sete  Vinte e oito  Vinte e nove  Vinte e dez  Vinte e um  Vinte e dois  Vinte e três  Vinte e quatro  Vinte e cinco  Vinte e seis  Vinte e sete  Vinte e oito  Vinte e nove  Vinte e dez  Vinte e um  Vinte e dois  Vinte e três  Vinte e quatro  Vinte e cinco  Vinte e seis  Vinte e sete  Vinte e oito  Vinte e nove  Vinte e dez  Vinte e um  Vinte e dois  Vinte e três  Vinte e quatro  Vinte e cinco  Vinte e seis  Vinte e sete  Vinte e oito  Vinte e nove  Vinte e dez  Vinte e um  Vinte e dois  Vinte e três  Vinte e quatro  Vinte e cinco  Vinte e seis  Vinte e sete  Vinte e oito  Vinte e nove  Vinte e dez  Vinte e um  Vinte e dois  Vinte e três  Vinte e quatro  Vinte e cinco  Vinte e seis  Vinte e sete  Vinte e oito  Vinte e nove  Vinte e dez  Vinte e um  Vinte e dois  Vinte e três  Vinte e quatro  Vinte e cinco  Vinte e seis  Vinte e sete  Vinte e oito  Vinte e nove  Vinte e dez  Vinte e um  Vinte e dois  Vinte e três  Vinte e quatro  Vinte e cinco  Vinte e seis  Vinte e sete  Vinte e oito  Vinte e nove  Vinte e dez  Vinte e um  Vinte e dois  Vinte e três  Vinte e quatro  Vinte e cinco  Vinte e seis  Vinte e sete  Vinte e oito  Vinte e nove  Vinte e dez  Vinte e um  Vinte e dois  Vinte e três  Vinte e quatro  Vinte e cinco  Vinte e seis  Vinte e sete  Vinte e oito  Vinte e nove  Vinte e dez  Vinte e um  Vinte e dois  Vinte e três  Vinte e quatro  Vinte e cinco  Vinte e seis  Vinte e sete  Vinte e oito  Vinte e nove  Vinte e dez  Vinte e um  Vinte e dois  Vinte e três  Vinte e quatro  Vinte e cinco  Vinte e seis  Vinte e sete  Vinte e oito  Vinte e nove  Vinte e dez  Vinte e um  Vinte e dois  Vinte e três  Vinte e quatro  Vinte e cinco  Vinte e seis  Vinte e sete  Vinte e oito  Vinte e nove  Vinte e dez  Vinte e um  Vinte e dois  Vinte e três  Vinte e quatro  Vinte e cinco  Vinte e seis  Vinte e sete  Vinte e oito  Vinte e nove  Vinte e dez  Vinte e um  Vinte e dois  Vinte e três  Vinte e quatro  Vinte e cinco  Vinte e seis  Vinte e sete  Vinte e oito  Vinte e nove  Vinte e dez  Vinte e um  Vinte e dois  Vinte e três  Vinte e quatro  Vinte e cinco  Vinte e seis  Vinte e sete  Vinte e oito  Vinte e nove  Vinte e dez  Vinte e um  Vinte e dois  Vinte e três  Vinte e quatro  Vinte e cinco  Vinte e seis  Vinte e sete  Vinte e oito  Vinte e nove  Vinte e dez  Vinte e um  Vinte e dois  Vinte e três  Vinte e quatro  Vinte e cinco  Vinte e seis  Vinte e sete  Vinte e oito  Vinte e nove  Vinte e dez  Vinte e um  Vinte e dois  Vinte e três  Vinte e quatro  Vinte e cinco  Vinte e seis  Vinte e sete  Vinte e oito  Vinte e nove  Vinte e dez  Vinte e um  Vinte e dois  Vinte e três  Vinte e quatro  Vinte e cinco  Vinte e seis  Vinte e sete  Vinte e oito  Vinte e nove  Vinte e dez  Vinte e um  Vinte e dois  Vinte e três  Vinte e quatro  Vinte e cinco  Vinte e seis  Vinte e sete  Vinte e oito  Vinte e nove  Vinte e dez  Vinte e um  Vinte e dois  Vinte e três  Vinte e quatro  Vinte e cinco  Vinte e seis  Vinte e sete  Vinte e oito  Vinte e nove  Vinte e dez  Vinte e um  Vinte e dois  Vinte e três  Vinte e quatro  Vinte e cinco  Vinte e seis  Vinte e sete  Vinte e oito  Vinte e nove  Vinte e dez  Vinte e um  Vinte e dois  Vinte e três  Vinte e quatro  Vinte e cinco  Vinte e seis  Vinte e sete  Vinte e oito  Vinte e nove  Vinte e dez  Vinte e um  Vinte e dois  Vinte e três  Vinte e quatro  Vinte e cinco  Vinte e seis  Vinte e sete  Vinte e oito  Vinte e nove  Vinte e dez  Vinte e um  Vinte e dois  Vinte e três  Vinte e quatro  Vinte e cinco  Vinte e seis  Vinte e sete  Vinte e oito  Vinte e nove  Vinte e dez  Vinte e um  Vinte e dois  Vinte e três  Vinte e quatro  Vinte e cinco  Vinte e seis  Vinte e sete  Vinte e oito  Vinte e nove  Vinte e dez  Vinte e um  Vinte e dois  Vinte e três  Vinte e quatro  Vinte e cinco  Vinte e seis  Vinte e sete  Vinte e oito  Vinte e nove  Vinte e dez  Vinte e um  Vinte e dois  Vinte e três  Vinte e quatro  Vinte e cinco  Vinte e seis  Vinte e sete  Vinte e oito  Vinte e nove  Vinte e dez  Vinte e um  Vinte e dois  Vinte e três  Vinte e quatro  Vinte e cinco  Vinte e seis  Vinte e sete  Vinte e oito  Vinte e nove  Vinte e dez  Vinte e um  Vinte e dois  Vinte e três  Vinte e quatro  Vinte e cinco  Vinte e seis  Vinte e sete  Vinte e oito  Vinte e nove  Vinte e dez  Vinte e um  Vinte e dois  Vinte e três  Vinte e quatro  Vinte e cinco  Vinte e seis  Vinte e sete  Vinte e oito  Vinte e nove  Vinte e dez  Vinte e um  Vinte e dois  Vinte e três  Vinte e quatro  Vinte e cinco  Vinte e seis  Vinte e sete  Vinte e oito  Vinte e nove  Vinte e dez  Vinte e um  Vinte e dois  Vinte e três  Vinte e quatro  Vinte e cinco  Vinte e seis  Vinte e sete  Vinte e oito  Vinte e nove  Vinte e dez  Vinte e um  Vinte e dois  Vinte e três  Vinte e quatro  Vinte e cinco  Vinte e seis  Vinte e sete  Vinte e oito  Vinte e nove  Vinte e dez  Vinte e um  Vinte e dois  Vinte e três  Vinte e quatro  Vinte e cinco  Vinte e seis  Vinte e sete  Vinte e oito  Vinte e nove  Vinte e dez  Vinte e um  Vinte e dois  Vinte e três  Vinte e quatro  Vinte e cinco  Vinte e seis  Vinte e sete  Vinte e oito  Vinte e nove  Vinte e dez  Vinte e um  Vinte e dois  Vinte e três  Vinte e quatro  Vinte e cinco  Vinte e seis  Vinte e sete  Vinte e oito  Vinte e nove  Vinte e dez  Vinte e um  Vinte e dois  Vinte e três  Vinte e quatro  Vinte e cinco  Vinte e seis  Vinte e sete  Vinte e oito  Vinte e nove  Vinte e dez  Vinte e um  Vinte e dois  Vinte e três  Vinte e quatro  Vinte e cinco  Vinte e seis  Vinte e sete  Vinte e oito  Vinte e nove  Vinte e dez  Vinte e um  Vinte e dois  Vinte e três  Vinte e quatro  Vinte e cinco  Vinte e seis  Vinte e sete  Vinte e oito  Vinte e nove  Vinte e dez  Vinte e um  Vinte e dois  Vinte e três  Vinte e quatro  Vinte e cinco  Vinte e seis  Vinte e sete  Vinte e oito  Vinte e nove  Vinte e dez  Vinte e um  Vinte e dois  Vinte e três  Vinte e quatro  Vinte e cinco  Vinte e seis  Vinte e sete  Vinte e oito  Vinte e nove  Vinte e dez  Vinte e um  Vinte e dois  Vinte e três  Vinte e quatro  Vinte e cinco  Vinte e seis  Vinte e sete  Vinte e oito  Vinte e nove  Vinte e dez  Vinte e um  Vinte e dois  Vinte e três  Vinte e quatro  Vinte e cinco  Vinte e seis  Vinte e sete  Vinte e oito  Vinte e nove  Vinte e dez  Vinte e um  Vinte e dois  Vinte e três  Vinte e quatro  Vinte e cinco  Vinte e seis  Vinte e sete  Vinte e oito  Vinte e nove  Vinte e dez  Vinte e um  Vinte e dois  Vinte e três  Vinte e quatro  Vinte e cinco  Vinte e seis  Vinte e sete  Vinte e oito  Vinte e nove  Vinte e dez  Vinte e um  Vinte e dois  Vinte e três  Vinte e quatro  Vinte e cinco  Vinte e seis  Vinte e sete  Vinte e oito  Vinte e nove  Vinte e dez  Vinte e um  Vinte e dois  Vinte e três  Vinte e quatro  Vinte e cinco  Vinte e seis  Vinte e sete  Vinte e oito  Vinte e nove  Vinte e dez  Vinte e um  Vinte e dois  Vinte e três  Vinte e quatro  Vinte e cinco  Vinte e seis  Vinte e sete  Vinte e oito  Vinte e nove  Vinte e dez  Vinte e um  Vinte e dois  Vinte e três  Vinte e quatro  Vinte e cinco  Vinte e seis  Vinte e sete  Vinte e oito  Vinte e nove  Vinte e dez  Vinte e um  Vinte e dois  Vinte e três  Vinte e quatro  Vinte e cinco  Vinte e seis  Vinte e sete  Vinte e oito  Vinte e nove  Vinte e dez  Vinte e um  Vinte e dois  Vinte e três  Vinte e quatro  Vinte e cinco  Vinte e seis  Vinte e sete  Vinte e oito  Vinte e nove  Vinte e dez  Vinte e um  Vinte e dois  Vinte e três  Vinte e quatro  Vinte e cinco  Vinte e seis  Vinte e sete  Vinte e oito  Vinte e nove  Vinte e dez  Vinte e um  Vinte e dois  Vinte e três  Vinte e quatro  Vinte e cinco  Vinte e seis  Vinte e sete  Vinte e oito  Vinte e nove  Vinte e dez  Vinte e um  Vinte e dois  Vinte e três  Vinte e quatro  Vinte e cinco  Vinte e seis  Vinte e sete  Vinte e oito  Vinte e nove  Vinte e dez  Vinte e um  Vinte e dois  Vinte e três  Vinte e quatro  Vinte e cinco  Vinte e seis  Vinte e sete  Vinte e oito  Vinte e nove  Vinte e dez  Vinte e um  Vinte e dois  Vinte e três  Vinte e quatro  Vinte e cinco  Vinte e seis  Vinte e sete  Vinte e oito  Vinte e nove  Vinte e dez  Vinte e um  Vinte e dois  Vinte e três  Vinte e quatro  Vinte e cinco  Vinte e seis  Vinte e sete  Vinte e oito  Vinte e nove  Vinte e dez  Vinte e um  Vinte e dois  Vinte e três  Vinte e quatro  Vinte e cinco  Vinte e seis  Vinte e sete  Vinte e oito  Vinte e nove  Vinte e dez  Vinte e um  Vinte e dois  Vinte e três  Vinte e quatro  Vinte e cinco  Vinte e seis  Vinte e sete  Vinte e oito  Vinte e nove  Vinte e dez  Vinte e um  Vinte e dois  Vinte e três  Vinte e quatro  Vinte e cinco  Vinte e seis  Vinte e sete  Vinte e oito  Vinte e nove  Vinte e dez  Vinte e um  Vinte e dois  Vinte e três  Vinte e quatro  Vinte e cinco  Vinte e seis  Vinte e sete  Vinte e oito  Vinte e nove  Vinte e dez  Vinte e um  Vinte e dois  Vinte e três  Vinte e quatro  Vinte e cinco  Vinte e seis  Vinte e sete  Vinte e oito  Vinte e nove  Vinte e dez  Vinte e um  Vinte e dois  Vinte e três  Vinte e quatro  Vinte e cinco  Vinte e seis  Vinte e sete  Vinte e oito  Vinte e nove  Vinte e dez  Vinte e um  Vinte e dois  Vinte e três  Vinte e quatro  Vinte e cinco  Vinte e seis  Vinte e sete  Vinte e oito  Vinte e nove  Vinte e dez  Vinte e um  Vinte e dois  Vinte e três  Vinte e quatro  Vinte e cinco  Vinte e seis  Vinte e sete  Vinte e oito  Vinte e nove  Vinte e dez  Vinte e um  Vinte e dois  Vinte e três  Vinte e quatro  Vinte e cinco  Vinte e seis  Vinte e sete  Vinte e oito  Vinte e nove  Vinte e dez  Vinte e um  Vinte e dois  Vinte e três  Vinte e quatro  Vinte e cinco  Vinte e seis  Vinte e sete  Vinte e oito  Vinte e nove  Vinte e dez  Vinte e um  Vinte e dois  Vinte e três  Vinte e quatro  Vinte e cinco  Vinte e seis  Vinte e sete  Vinte e oito  Vinte e nove  Vinte e dez  Vinte e um  Vinte e dois  Vinte e três  Vinte e quatro  Vinte e cinco  Vinte e seis  Vinte e sete  Vinte e oito  Vinte e nove  Vinte e dez  Vinte e um  Vinte e dois  Vinte e três  Vinte e quatro  Vinte e cinco  Vinte e seis  Vinte e sete  Vinte e oito  Vinte e nove  Vinte e dez  Vinte e um  Vinte e dois  Vinte e três  Vinte e quatro  Vinte e cinco  Vinte e seis <input type="

## HOSPITAL GETULIO VARGAS

Resumo da Classificação da Risco - Resumo

Data e hora retirada da sonda: 01/04/2018 15:00

### MANCHESTER-V2

Nome Paciente: VALDOMIRO MANOEL DOS SANTOS  
Cód. Paciente:  
Data de Nascimento:  
Sexo: Masculino  
Idade: 69  
Senha: PED010  
Convênio:  
Atendimento:  
SAME: 56354398

Periodo: 04/04/2019 15:31 - 04/04/2019 15:31

ALESSANDRO AGOSTINHO PEREIRA DE LUCENA - COREN: 66281 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) -

### Prioritization

20

AMARELO - URGENTE

ALLARELO

## RELATO DE DOR E DEFORMIDADE EM MIE APOS COLISÃO BICICLETA X MOTOS

133

八三

THE MONEY LINE 69

### Observación

#### Electron Microscopy

## GLORIA DO GONÇALO

Programmatic  
PI

- FRATURA EXPOSTA?  
ORTOPEDIA/TRAUMATICO/DOA

Simplifying Variance

- REGULAMENTO -

Acolhido(a) por: ALESSANDRO AGOSTINHO PEREIRA DE LUCENA - COREN: 86261 - FUNÇÃO  
ENFERMEIRO(A)

Data impressão: 04/04/2019 16:33

# 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: 23/09/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: VALDOMIRO MANOEL DOS SANTOS

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03536

CONTA: 000000020547-2

---

Nr. da Autenticação 6190AF2A9BEA4671

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



NOTA FISCAL

FATURA

CONTAS DE ENERGIA ELÉTRICA

Companhia Energética de Pernambuco  
Av. João de Barros, 111, Boa Vista. Recife, Pernambuco - CEP 50050-902  
CNPJ 10.835.932/0001-08 | Inscrição Est. 0005943-93 | www.cepe.com.br

DADOS DO CLIENTE

VALDOMIRO MANOEL DOS SANTOS

05.802.494/0001-41  
TRACÃO CORRETORA  
DE SEGUROS LTDA

20 JUN 2014

Rua da Aurora, nº 175, 5º andar  
Boa Vista - CEP: 50.060-010  
RECIFE-PE

ENDERECO DA UNIDADE CONSUMIDORA

FZ CAMPO ALEGRE 116

GLÓRIA DO GOITÁ GLÓRIA DO GOITÁ  
GLÓRIA DO GOITÁ PE  
55620-000

CONTAS CONTRATO	MES/ANO	DATA PRÉVIA LEITURA	TOTAL A PAGAR (R\$)
7029928830	12/2018	23/01/2019	28,17
DATA DE VENCIMENTO			
03/01/2019			

Nº DA NOTA FISCAL	SÉRIE	EMISSÃO	Nº DA ISSSTA-FACAO
044232543	UNICA	24/12/2018	6219270
APRESENTAÇÃO	Nº DO CLIENTE		
24/12/2018	2001819205		

# HOSPITAL GETULIO VARGAS

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

MANCHESTER\_V2

Data e hora retirada da senha: 04/04/2019 16:30

Nome Paciente:	VÁLDOMIRO MANOEL DOS SANTOS
Cód. Paciente:	
Data de Nascimento:	
Sexo:	Masculino
Idade:	69
Senha:	PED010
Convênio:	
Atendimento:	
SAME:	

56954388

Período: 04/04/2019 16:31 - 04/04/2019 16:32

ALESSANDRO AGOSTINHO PEREIRA DE LUCENA - COREN: 66261 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) -

Prioridade:

AMARELO - URGENTE

Cor:

AMARELO

Queixa Principal:

RELATO DE DOR E DEFORMIDADE EM MIE APOS COLISÃO BICICLETA X MOTO.

HAS:

DM:

ALERGIA NEGA

Observação:

GLORIA DO GOITA

Fluxograma sintoma:

PROBLEMAS EM EXTREMIDADES

Discriminador(es):

- FRATURA EXPOSTA?

Especialidade:

ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Sinais Vitais Lícos

- REGUA DE DOR: 6

05.802.494/2001-43  
TRATACAO CORRETORA  
DE SEGUROS UOL  
73.991.746  
AUS DE RODA, 07/07/2018  
NOVA YORK, 07/07/2018  
16/07/2018

Acolhido(a) por: ALESSANDRO AGOSTINHO PEREIRA DE LUCENA - COREN: 66261 - FUNÇÃO:  
ENFERMEIRO(A)

Data impressão: 04/04/2019 16:32



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
FUNDAÇÃO DE SAÚDE AMAURY DE MEDEIROS - FUSAM  
VARGAS

Unidade da Informação  
DESENSEL

Prontuário: 1116738

706572

Nome: VALDOMIRO MANOEL DOS SANTOS  
Cidade: SALA DE RECOVERACAO  
Data: 25/04/1998  
Nome: MARIA BEATRIZ ENRIQUE  
Data: 25/04/1998  
Endereço: HOSPITAL FUSAM, RUA: PRINCIPAL DO FUSAM, PRÉDIO: HOSPITAL

DE ALTA

Nº ABH:

Prontuário: 1116738  
CNP: 70657411122912  
Cor: PARDAS  
Religião:

Nº: 6  
Estado: PE

1x1  
Nome  
Data  
CPI

Nome da Mãe: REGINA MARIA DA PAZ  
Nome do Conjugue:  
Nome:  
Parentesco:

RG:

Fone: 92696698

2- INTERNAR PARA

Clinica: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Unidade de Internação:

Prestador: 1

Leito: SR 25

Diagnóstico Inicial:

(Constante do Laudo Médico): Fratura de Mânculo Lateral (E)

Procedimento Solicitado: Tratamento

CID:

Procedimento Realizado:

COD.:

COD.:

COD.	EQUIPE	NOME DO PROFISSIONAL	MATRÍCULA
1.	Cirurgião	J. G. S. M.	
2.	1º Auxílio Cirúrgico		
3.	2º Auxílio Cirúrgico		
4.	3º Auxílio Cirúrgico		
5.	Demais Auxílio Cirúrgico		
6.	Anestesiista		
7.	Clinico		
8.	Neonatologista		

PROCEDIMENTOS ESPECIAIS

MUDANÇA DE PROCEDIMENTO

USO DE FATOES DE COAGULAÇÃO

05.802.494/0003-41

TRABALHOS CORRETORA  
DE LOUROS LTDA

DIÁRIA DE UTI

USO DE OXIGÊNIO

20/11/2013

DIÁRIA DE ACOMPANHANTE

NUTRIÇÃO PARENTERAL

05.802.494/0003-41

USO DE ORTESE E PROTESE

05.802.494/0003-41

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO REALIZADO:

CID:

CARIMBO/REVISOR/FATURAMENTO:

0498010573

582.6

RESUMO DO CASO (LETRA LEGÍVEL)

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL: Fratura de Mânculo Lateral  
DIAGNÓSTICO SECUNDARIO:

Alta

MOTIVO DA ALTA:

DATA DA INTERNACAO: 17/04/98 DATA DA ALTA: 24/04/98 DIAS DE INTERNACAO:

OBSERVAÇÃO: Enviar ao Faturamento com todos os dados devidamente preenchidos no prazo máximo de 48 horas após a alta do paciente.

## LAUDO PARA EMISSÃO DE AIH

CERTIFICADO:

PACIENTE:

Nome do paciente: VALDOMIRO MANOEL DOS SANTOS

1116539

Registro: 1115738

Data da operação: 17/04/2019

DATA DE NASCIMENTO:

ANO: MES:

NOME DA MÃE:

NACIONAL:

SEXO: MASCULINO FEMININO: FEMININO

SEXO: MASCULINO FEMININO

## JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE AUTOMOBILISTICO APRESENTANDO LESAO CORTO CONTUSA E DEFORMIDADE ARTICULAR EM Perna

ESQUERDA

EXAME FÍSICO: TIR, FRASSECO, CONSCIENTE, INTEGRADO, BEM-NASCIDO

ANAMNESE + EXAME FÍSICO + EXAME COMPLEMENTAR

PARCERIA INSTITUCIONAL DAS FRAMES COMPLEMENTARES

TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DE MALEOLO LATERAL ESQUERDO

CERTIFICADO PRÉ-OPERATÓRIO:

## FRATURA DE MALEOLO LATERAL ESQUERDO

PROBLEMA PRINCIPAL:

CID-10:

D5.802,494/0001-4

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL:

CAUSA DA DETERMINAÇÃO:

TRATACAO COMPLEMENTAR:

ELETIVA

DE SEGUROS LTDA

70 JUN 79

DATA:

DATA:

RUA DA ALMADA, Nº 175, C. 102, BL. C

Data: 17/04/19

Data: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_\_

Boa Vista - CEP: 50.060-010

REF ID: 49

Dr. Adolfo Cruz  
MÉDICO  
CRM/PE 27150

CARACTÉRIZAÇÃO DA UNIDADE DE INTERNACAO:

LAVRADO DE ASSINATURA DO MÉDICO AUTORIZADOR:

PARA USO DAS UNIDADES PÚBLICAS  
AUTORIZAÇÃO PARA INTERNACAO EM UNIDADE COMPLEMENTAR

UNIDADE DE INTERNACAO:



## Secretaria Estadual de Saúde

### RELATÓRIO DA OPERAÇÃO

Nome do paciente: VALDOMIRO MANOEL DOS SANTOS

Registro: 1115738

Data da operação: 17/04/2019

Operador: DR. JADER

P<sup>o</sup> auxiliar: DR. CESAR MR4 ABILIO CRUZ MRI

Anestesista: PLANTONISTA

Diagnóstico Pré-Operatório:

**FRATURA DE MALEOLO LATERAL ESQUERDO**

Tipo De Operação:

**TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DE MALEOLO LATERAL ESQUERDO**

Descrição operatória:

- 1) Paciente em decúbito dorsal sob raquitanestesia.
- 2) Antissepsia + assepsia;
- 3) Aposição de campos estéreis;
- 4) Placa LCP com 12 furos em ponte sobre maleolo lateral + fixação com 4 parafusos corticais e 3 parafusos bloqueados
- 5) observado redução e fixação sobre fluoroscopia
- 6) Sutura de subcutâneo muscular com vicryl 2-0
- 7) Sutura de pele com nylon 2-0
- 8) Curativo estéril
- 9) Boa perfusão distal após o procedimento

Dr. Abilio Cruz  
MÉDICO  
CRM-PE 27980

05.802-494/0001-41  
TRACÃO CORRETORA  
DE SEGUROS LTDA

20.11.2019

Rua da Aurora, 10.175.51.502 BL 1  
Bca Vida - CEP: 50.000-010

0800-0000000

Paciente: 1115738 - VALDOMIRO MANOEL DOS SANTOS

Idade: 69 Anos 4 Meses 19 Dias

Data de Nascimento: 06/12/1949

Prestador Assistente: HOSPITAL GETULIO VARGAS

Conselho / Número Cons.: CRM - null - 5555

Função: MEDICO(A)

## RELATÓRIO DE EVOLUÇÃO

Atendimento: 705572

Leito: GLORT 105-07

Admissão: 04/04/2019 17:57

Convênio: SUS - INTERNAGAO

Plano: PLANO UNICO

EVOLUÇÃO: 597988 (FECHADO)

Responsável: ABILIO AUGUSTO PIMENTEL CRUZ - CRM - 27950 / ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Data de Referência:

07/04/2019

Data/Hora do Documento:

07/04/2018 08:49

PÉ E TORNOZELO

SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA #

LEITO: 105-07

VALDOMIRO MANOEL DOS SANTOS

Plano: 1115738

Adm: 04/04/2019

ID: 69 ANOS

HDA: PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO APRESENTANDO LESÃO CORTO CONTUSA EM PERNAS ESQUERDA E DEFORMIDADE ARTICULAR  
 HO: FRATURA LUXAÇÃO EXPOSTA DE TORNOZELO ESQUERDO

PACIENTE SEM QUEIXAS

AO EXAME: BEG: EM ALERTA, CORADO, HIDRATADO, ANICTERICO, AFEBRIL, FO SEM SINAIS FLOGISTICOS

04/04/19: FIXAÇÃO EXTERNA TRANSARTICULAR DE TNZ E LMC + SUTURA

CD: SOLICITO PARECER CARDIOLOGICO

SOLICITO EXAMES LABORATORIAIS

SOLICITO NOVA RADIOGRAFIA

05-802-491/6001-A1  
 TRACAJ CORRETORA  
 DE SEGUROS LTDA  
 20 JUN 7 19  
 Rua da Aurora, 10135, 5º andar  
 Rio de Janeiro - RJ - 20060-000  
 CEP - 20060-000  
 RJ - BR

ABILIO AUGUSTO PIMENTEL CRUZ  
 CRM 27950

HOSPITAL GETULIO VARGAS  
EMERGÉNCIA



E: Abdômen

01 01 2010 Meio 01 10:00 01

NO 1 P F

Diagnóstico Inicial:

Exames Solicitados 1 - Patologia Clínica

Exames Solicitados 1 - Especializados

Resultado de Exames:

10:00 01 futura luxação de  
tornozelo 01.

Código Procedimento:

Treatment / Procedimentos:

Cd. ao bloco cirúrgico

Ass. Médico + Cariúba

Código Procedimento:

Indicação Cirúrgica: Sim  Não  Motivo:

Felipe França  
Médico  
CRM-PE 26180

Ass. Médico + Cariúba

Evolução da Enfermagem:

Ass. Enfermeira + Cariúba

Diag. Definitivo

Definição do Caso:

Internamento  Cirurgia  Óbito  Termo de Alta a Pedido  Evadu-se

Condição de Alta:

Curado  Melhorado  
 Inalterado  Piorado  
 Óbito

Informação do Serviço Social:

Confirmação do Nome:

Assist. Social:

Confirmação do Endereço:

Providências:

Ata  Transferência  Estudo de Caso  Exames Externos:

Assist. Social:

Observações:

Autorização para Alta / Internamento / Transferência

Médico:

CRM/CRO

Data:

Hora:

Termo de Responsabilidade Para Internamento:

- Estou ciente das normas existentes neste Hospital, as quais integralmente e autorizo a realização de tratamentos, clínicos e/ou cirúrgicos, inclusive transfusões e/ou 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 nosocomio, bem como tenho absoluto conhecimento sobre as consequências que deste ato possam advir.

Data: \_\_\_\_\_

Nome completo legível: \_\_\_\_\_

Nº da Identidade: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

Cadastramento: 04/04/2019 15:43 h RAULITACBS

impressão: 04/04/2019 15:43 h RAULITACBS

05.802.494/0001-42

TRABALHO CORRETOR

DE ATENDIMENTO

Médico

20 JUN 2019

Residência, nº 376, S/N, 50230-000

Setor: CEP 50230-000

PICTEL

50

ANIVERSÁRIO DA ESTADUAL DE SAÚDE

GETÚLIO VARGAS

Pernambuco

## Secretaria Estadual de Saúde

### RELATÓRIO DA OPERAÇÃO

Nome: VALDOMIRO MANOEL DOS SANTOS REG: 1115738

DATA: 04/04/2019

1º IRIGIÃO: DR TALES OLIM

1º auxiliar: DR ARISSON MIR

2º auxiliar: DR ABILIO CRUZ MIR

ANESTESISTA: DRA. ADELAIDE

Diagnóstico pré-operatório:

FRATURA LUXAÇÃO EXPOSTA DE TORNOZELO ESQUERDO

Tipo de operação:

LMC + REDUÇÃO CRUENTA + APOSIÇÃO DE FIXADOR EXTERNO TUBO  
A TUBO TRANSARTICULAR + SUTURA

Descrição operatória:

- 1) PACIENTE EM DECÚBITO DORSAL SOB RAQUIANESTESIA;
- 2) ASSEPSIA E ANTISSEPSIA;
- 3) APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTEREIS;
- 4) LIMPEZA COPIOSA COM SF 0,9%;
- 5) REDUÇÃO CRUENTA;
- 6) APOSIÇÃO DE FIXADOR EXTERNO TUBO A TABO TRANSARTICULAR;
- 7) SUTURA DE PELE COM NYLON;
- 8) CURATIVO ESTÉRIL;
- 9) OBSERVADO BOA PERFUSÃO DISTAL AO FINAL DO PROCEDIMENTO.

OBS:

FLUOSCOPIA NÃO DISPONÍVEL NA EMERGÊNCIA  
AO GRUPO DO PE E TORNOZELO

Dr. Adrio C.  
MÉDICO  
CREMEPE 2792

05.802.494/0001-41  
TRACÃO CORRETOA  
DE SEGUROS CTDA

20 100 x 9

Rua da Aurora, 1037 - 51.902-000  
Belo Horizonte - MG - CEP: 30.100-000  
MECIF-PE



VALDOMIRO MARCEL DOS SANTOS

00115718

000004411177

705672

MASCULINO

008.4M-186

CLINICA ORTOPEDICA, ELCOMY 105-07

**Relatório de Alta Hospitalar**

ORTOPEDIA/TRAUMATO

**Diagnóstico:**

HOMO. PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO APRESENTANDO LESAO CORTO-CONTUSA EM PERNAS ESQUERDA E DIREITA ARTICULAR.  
+/- FRATURA LUXACAO EXPOSTA DE TORNOCOLO ESQUERDO

**Tratamento:**

14/04/2015 - FIXACAO EXTERNA TRANSARTICULAR DE TNO E LMC+SUTURA  
15/04/2015 - REALIZADO OSTEOSSETISUSCULACIONEUS, DE MALLEOLO LATERAL ESQUERDO.

**OBS:**

APOS VISITA DO GRUPO DE REHABILITACAO DE TNO E LMC, DECRESEU POR ALTA HOSPITALAR  
RETORNO COM 15 DIAS AO AMBULATÓRIO DE DR. ZADAR  
USO DE MOLETAIS  
DEALEXINAS POR 7 DIAS

**Condições Clínicas (no momento da Alta):**

PACIENTE SEM QUEIXAS  
AO EXAME: BEM EM ALERTA, LORACAO: HIDRATADO, ANICTERICO, APESAR DE FICAR SEM SINAIS FLOGISTICOS

DATA DA INTERNACAO

24/04/2015

DATA DA ALTA

24/04/2015

Recife, 24 DE ABRIL DE 2015

ABILIO AUGUSTO FIMENTEL CRUZ - CRM: 000004411177

05.802.494/0001-47  
TRACAO CORRETORA  
DE SELETOS TORN

20.04.15

Rua da Aurora, 19.115 - 51.907-016  
Bair. Vista - CEP 50.050-010  
Recife - PE

HOSPITAL GETULIO VARGAS - HGV  
Av Gál. San Martin, 5/N - Cordeiro - Recife - PE - 50630-060  
CNPJ - 10.872.048/0001-51  
Fone - (81) 3184-5800

BCA



Secretaria de Saúde do Estado do Pernambuco  
HOSPITAL  
Getúlio Vargas



## SUMÁRIO DE ALTA

NOME:

NOME DA MÃE:

Valdomiro Manoel dos Santos

02 (DUAS) VIAS

CARTELA 605

CLÍNICA:

DATA DE FUSCIMENTO:

INFORMAÇÃO:

LATO:

Nº DO REGISTRO:

IDADE:

PERÍO:

HORA:

ANO:

MOTIVO DA ADMISSÃO: ADOECIMENTO INICIAL (CONSTANTE NO LAUDO MÉDICO):

Fratura / luxação com expora da articulação do joelho

PROCEDIMENTO SOLICITADO:

PROCEDIMENTO REALIZADO/NAMEIS REALIZADOS: MARCAR NO VERSO:

DATA DA ADMISSÃO: 04.04.19

DATA DA ALTA: 17.04.19

DIAS DE INSTITUCIONALIZAÇÃO:

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO REALIZADO:

04080504017

CÓD:

593.0

DIAGNÓSTICO:

Fratura do joelho

Nº:

EQUIPE:

NOME DO PROFISSIONAL:

1

CIRURGÃO

Dr. Fabio Olim  
Dr. Wilson

2

1º AUXILIAR CONDUTIVO

3

2º AUXILIAR CONDUTIVO

4

ANESTESESTÁ

5

SISTEMA

## PROCEDIMENTOS ESPECIAIS:

- DIÁRIA DE MONITORAMENTO  
 UNIÃO DE 1/71  
 MUDANÇA DE PROCEDIMENTO

- NUTRIÇÃO parenteral  
 CIRURGIA DE TECIDO DE COAGULAÇÃO  
 URO DE OXIGÉNIO

- URO DE SISTEMA DE FÁCIL  
 HEMODIALISE

## RESUMO DO CASO (LETRA LEGÍVEL)

ACHADOS CLÍNICOS, PROCEDIMENTOS, DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS REALIZADOS:

MEDICAÇÕES UTILIZADAS E DE ALTA:

ORIENTAÇÃO PRINCIPAL:

O paciente

DEIXARÁ CLÍNICA DE ALTA

Painel / 05.802.494/0001-41  
TRACÃO CORRETORA  
DE SEGUROS-100

20 JUN 77

MOTIVO DA ALTA:

 CURADO MELHORADO TRANSFERÊNCIA

DATA:

04

MA

AVO

05

BR

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00



## LAUDO PARA EMISSÃO DE AIH

Nome: VALDOMIRO MANOEL DOS SANTOS REG: 1115738

Data da operação: 04/04/2018

EXCO

## JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO APRESENTANDO LESÃO EORTO CONTUSA EM Perna ESQUERDA E DEFORMIDADE ASTICULAR

Diagnóstico pré-operatório:

FRATURA LUXAÇÃO EXPOSTA DE TORNOZELO ESQUERDO

Data da internação:

ENOU - REDUÇÃO CRUENTA + APOSIÇÃO DE FIXADOR EXTERNO TUBO A TUBO  
FRANSSSOTEL FLAR + SUTURA

DATA DA INTERNAÇÃO	CARÁTER DA INTERNAÇÃO
04/04/2018	EMERGÊNCIA
Dr. Abílio Cruz MÉDICO CREMSEPE 2795	05.802-494/0001-43 TRAÇÃO CORRETORA DE SEGUROS LTDA

CÓDIGO DA UNIDADE

PARA USO DAS UNIDADES PÚBLICAS  
AUTORIZAÇÃO PARA INTERNAÇÃO EM UNIDADE COMPLEMENTAR

10.000,00

data da Autorização: 04/04/2018

data da Vida: 04/04/2018

versão: 0.0



*Secretaria Municipal de Saúde  
Receituário*

Unidade de Saúde: Hospital Getúlio Vargas  
Nome: ORTOPÉDIA Registro nº: \_\_\_\_\_  
Clínica: ST 5655380 Enfermaria: \_\_\_\_\_

Encaminho o Sr. Valdemiro Manoel  
dos Santos, 69 anos, com história de  
fude de bicicleta com trauma no  
tronco e exposição de tendões e  
de formigão importante. PA = 120x80.

Data: 04, 04, 19

Barturia Br.  
M. 1900-1901  
Barturia Br.  
Barturia Br.  
Barturia Br.

## MÉDICO

Rua Senador Vigário de Carvalho, s/n - Centro CEP: 55620-000  
Fone: 81 3858.1156 | [www.sec.saudegloriadogoitac.com.br](http://www.sec.saudegloriadogoitac.com.br)  
CNPJ: 11.393.101/0001-96

LEONARDO MANDOLINI SANT... AU  
1105730  
20-Om-1940 M. 1000  
23-Apr-2002  
104 14 24  
100 1000 A  
1000 1000

HOV M  
SOMATOM SPECT 1  
ETIVC40 10

5.802.494/0001  
TRAÇÃO CORRETO  
DE SEGUROS LTD  
20 JUN 2019  
Av da Aurora, N° 175, SL 9C  
Boa Vista - CEP: 50.060-  
RECIFE-PE

MIRO MANOEL DOS SANTOS ALF  
736  
REC-1949 M, 69Y  
14-2019  
14-04  
MA-4  
VRT

HGV VA  
SOMATOM Scope 11  
CT VC40 "0

10  
15  
20  
M

05-2019-494/0001-41  
SÃO CORRETORA  
SEGUROS LTDA  
20 JUN 2019  
Aurora, nº 175, 5º andar  
Recife - CEP: 50.060-010  
RECIFE-PE

MIRO MANOEL DOS SANTOS ALF

HGV  
SOMATOM Scope

05.800-654/1995-13

TRAVAS-TE

05.800-654/1995-13

Rua da Aurora, N° 175, SL 902 BL. C

Boa Vista - CEP: 50.060-010

Scanned by CamScanner

E

05-801-494 0001-41  
REITORA  
OS LTDA  
11/2019  
9175, SL 902 BL  
CIP-50.050-010  
ECPFE-PE

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

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

FC.4



*Volívane Mendes dos Santos*

ASSISTENTE DO TITULAR

15.802 A/4/0001-41  
TRABALHO DE INVESTIGAÇÃO  
DE SESSÃO 100%  
73

CARTEIRA DE IDENTIDADE

REGISTRO  
GERAL

809.903

NOME

<< VALDOMIRO MANOEL DOS SANTOS >>

PRATICADO

<< >>

<< REGINA MARIA DA PAZ >>

INTITULADA

GLÓRIA DO GOITÁ - PE

DOC/001 << 0744680155 1968-100729-078

0011100 33 GLÓRIA DO GOITÁ-PE >>

001

247.506.974-00

Bel. Jandir de S. Carneiro Leão  
Delegado Gerenie do IITB

ASSINATURA DO OPERADOR

LEI N° 7.116 DE 29/06/83

F-57 27.151 - 4423

DATA DE  
EXPEDIÇÃO 21/09/2013

DATA DE NASCIMENTO

05/12/1949

05.802.494/0001-41  
TRACO CORRETORA  
DE SEGURO/CFC  
20111111111111111111  
Rua da Aurora, 10135-59020-000  
Belo Horizonte - MG  
03233-200

DATA DE NASCIMENTO

05/12/1949

Bel. Jandir de S. Carneiro Leão  
Delegado Gerenie do IITB

DATA DE NASCIMENTO

LEI N° 7.116 DE 29/06/83

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190390028      **Cidade:** Glória do Goitá      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** VALDOMIRO MANOEL DOS SANTOS      **Data do acidente:** 04/04/2019      **Seguradora:** Companhia de Seguros Previdência do Sul

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 01/07/2019

**Valorização do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DE MALÉOLO LATERAL ESQUERDO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE - PLACA E PARAFUSOS). ALTA MÉDICA.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE TORNOZELO ESQUERDO.

**Sequelas:** Com sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DE TORNOZELO ESQUERDO.

**Documentos complementares:**

**Observações:** PÁG 4/5/8\_CIRURGIA

**Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.**

## DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
<b>Total</b>			<b>12,5 %</b>	<b>R\$ 1.687,50</b>

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190390028      **Cidade:** Glória do Goitá      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** VALDOMIRO MANOEL DOS SANTOS      **Data do acidente:** 04/04/2019      **Seguradora:** Companhia de Seguros Previdência do Sul

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 01/07/2019

**Valorização do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DE MALÉOLO LATERAL ESQUERDO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE - PLACA E PARAFUSOS). ALTA MÉDICA.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE TORNOZELO ESQUERDO.

**Sequelas:** Com sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DE TORNOZELO ESQUERDO.

**Documentos complementares:**

**Observações:** PÁG 4/5/8\_CIRURGIA

**Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.**

## DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
<b>Total</b>			<b>12,5 %</b>	<b>R\$ 1.687,50</b>

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br). Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

---

Rio de Janeiro, 21 de Junho de 2019

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190390028**

**Vítima: VALDOMIRO MANOEL DOS SANTOS**

**Data do Acidente: 04/04/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT**

**Senhor(a), VALDOMIRO MANOEL DOS SANTOS**

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

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br). Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

---

**Rio de Janeiro, 08 de Julho de 2019**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190390028**

**Vítima: VALDOMIRO MANOEL DOS SANTOS**

**Data do Acidente: 04/04/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: NOVA TENTATIVA DE PAGAMENTO**

**Senhor(a), VALDOMIRO MANOEL DOS SANTOS**

Comunicamos que o banco indicado para recebimento do Seguro DPVAT rejeitou o depósito por problemas nos dados informados e, com isso, não foi possível concluir o seu pagamento.

Para nova tentativa de depósito, será necessário o envio de novo formulário de Autorização de Pagamento com os dados bancários atualizados e devidamente assinado.

O formulário está disponível no nosso site e deverá ser entregue na SEGURADORA LIDER DPVAT - REGULAÇÃO, ponto de atendimento onde o pedido do Seguro DPVAT foi feito.

O prazo de 30 (trinta) dias para pagamento do Seguro PVAT foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber o documento solicitado. Caso não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br). Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

---

Rio de Janeiro, 01 de Agosto de 2019

**Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190390028**

**Vítima: VALDOMIRO MANOEL DOS SANTOS**

**Data do Acidente: 04/04/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS**

**Senhor(a), VALDOMIRO MANOEL DOS SANTOS**

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Autorização de pagamento incorreto(a), necessário verificar as informações e apresentar o documento com os dados corretos.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br). Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

---

**Rio de Janeiro, 27 de Setembro de 2019**

**Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190390028**      **Vítima: VALDOMIRO MANOEL DOS SANTOS**

**Data do Acidente: 04/04/2019**      **Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a), VALDOMIRO MANOEL DOS SANTOS**

Informamos que o pagamento da indenização o Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um tornozelo 25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 =      R\$ 1.687,50

**Recebedor: VALDOMIRO MANOEL DOS SANTOS**

**Valor: R\$ 1.687,50**

**Banco: 104**

**Agência: 000003536**

**Conta: 0000020547-2**

**Tipo: CONTA POUPANÇA**

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

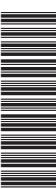
Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorno ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura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

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: [www.seguradoralider.com.br/recomeco](http://www.seguradoralider.com.br/recomeco).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



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

Nº doório ou ASL:	CPF da vítima:	047.506.974-00	Nome completo da vítima:		Valdomiro Manoel 201 Souto
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VITIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012					CPF:
Nome completo:				CPF:	247.506.974-00
Profissão:	RGWA	Endereço:	Fazenda Campo Albergue	Número:	116
Bairro:	Zona Rural	Cidade:	Glória 20 60174	Estado:	PG
E-mail:	R.GW@.br			CEP:	55620-000
				Tel.(DDD):	(61) 99304-6299

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

**RENDIMENTO:**

RECUSO INFORMAR  ATÉ R\$1.000,00  R\$1.001,00 ATÉ R\$5.000,00  R\$5.001,00 ATÉ R\$10.000,00  R\$10.001,00 ATÉ R\$10.000,00

SEM RENDA  R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00  R\$3.001,00 ATÉ R\$7.000,00  ACIMA DE R\$10.000,00

**DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPCIÃO DE CONTA**

<input type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)	<input checked="" type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
<input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (341)	Nome do BANCO: PagSeguro Internet S/A (290)
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)	
AGÊNCIA: <input type="text"/> CONTA: <input type="text"/>	AGÊNCIA: 0001 CONTA: 03106332 4
(Informar o dígito de endereço)	(Informar o dígito de endereço)

Autorizo a Seguradora Lider 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 à custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.394/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discordo do seu conteúdo.

**DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE**

Estado civil da vítima:	<input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (no Civil) <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado judicialmente <input type="checkbox"/> Viúvo	Data do óbito da vítima:
Grau de Parentesco com a vítima:	Vítima deixou companheiro(a): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
Vítima teve filhos?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Se tinha filhos, informar quantos: <input type="checkbox"/> Vivos <input type="checkbox"/> Falecidos

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

Local e Data: Glória 20 60174 (PG), 23/07/19.	TESTEMUNHAS
Nome: _____	1º   Nome: _____
CPF: _____	CPF: 05.802.494/0001-41
(*) Assinatura de quem assina A RODO	
* Valdomiro Manoel dos Souto	
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)	

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 RODO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe cópia do inteiro teor do contrato, antes do preenchimento e assinatura.	
NECESSÁRIO ANEXAR CóPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.	

FPS.001 V001/2018

Scanned by CamScanner

Scanned by CamScanner&lt;/





Bem-vindo ao  
**Banco do Brasil**

Agência: **233-X**  
Conta: **64720-9**



05.802.494/0001-41  
TRAÇÃO CORRETORA  
DE SEGUROS LTDA

20 JUN 2009

**Obrigado, !**

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL C  
Boa Vista - CEP: 50.060-010  
RECIFE-PE

Estamos analisando o seu cadastro

Scanned by CamScanner