

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)

Capital e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECABEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=3&CODIGO=29636>

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

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

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS - SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO, ² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS - COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Lucas Vinícius Maia Sepúlveda

Inscrito (a) no CPF/CNPJ 046.411.344 / 80, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

João Jefferson da Mata Inscrito (a) no CPF sob o Nº 173.064.424 / 49

do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima João Jefferson da Mata

Inscrito (a) no CPF sob o Nº 173.064.424 / 49 conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço: <u>R. Fernandes Vieira</u>	Número: <u>21</u>	Complemento: <u>B</u>
Bairro: <u>Atlântico</u>	Cidade: <u>Ubiratuba</u>	Estado: <u>PE</u>
CEP: <u>53140-300</u>		Tel. (DDD): <u>(81) 3011-3274</u>
E-mail: <u>FRASSASSORIALENDENCIA5@GMAIL.COM</u>		

Local e Data: Ubiratuba, 30.10.2019



Assinatura do Declarante

JOSE JEFFERSON DA MOTA

Nasc: 15/01/1957 - 61 anos
Reg: 1627093 - Pront: 000018512
COMPREV C. SAÚDE/
Entrada: 09/09/2018 - Hora: 22:39
Matrícula: 0035513900



Leito: URGEM

1627093

condição

Domicílio ☐ Outro Hospital ☐ Home Care ☐ Outros:

se procedente de outro hospital, home care ou clínica de hemodiálise, seguir protocolo de medidas de precaução de contato da COH.

PECIALIDADES

Clínica Médica ☐ Cardiologia ☐ Cir. Geral ☐ Ortopedia

Arário de início do atendimento SMART : h

D.A

Paciente com queixa de dor no abdômen. Sem sinais de infecção.
Paciente se nega a fazer o RT.

SVV: FR FC PA

ATURAÇÃO O2 TEMP DOR SCORE

ISCO DE QUEDA ☐ SIM ☐ NÃO

RECAUÇÃO: ☐ CONTATO ☐ AEROSOL ☐ RESPIRATÓRIO ☐ REVERSO

Atenção: qSOFA ≥ 2 (Ver protocolo de SEPSE)

☐ Pressão arterial sistólica < 100 mmHg

☐ Frequência respiratória ≥ 22 rpm

☐ Alteração mental (Escala de Coma Glasgow < 15)

ESCALA VISUAL ANALÓGICA

LEVE

MODERADA

INTENSA

EXAME FÍSICO

Adm. limpa
em membros

Antecedentes

HAS ☐ Sim ☐ Não Tabagismo ☐ Sim ☐ Não

DM ☐ Sim ☐ Não Etilismo ☐ Sim ☐ Não

Alergias ☐ Sim ☐ Não

Quais:

Asma/DPOC ☐ Sim ☐ Não Angina/IAM ☐ Sim ☐ Não

AVC ☐ Sim ☐ Não Dist. coag. ☐ Sim ☐ Não

Outros:

Internamento últimos 90d ☐ Sim ☐ Não

Motivo:

Uso de ATBs nos últimos 90d ☐ Sim ☐ Não

Quais:

Cirurgias Prévias ☐ Sim ☐ Não

Quais:

Convulsões ☐ Sim ☐ Não Neoplasia ☐ Sim ☐ Não

IRA/IRC ☐ Sim ☐ Não Uso de QT ☐ Sim ☐ Não

Medicamentos em uso

ESCORE DE RISCO - EMERGENCY SEVERITY INDEX

☐ ES1	Paciente requer intervenção imediata? - Irresponsivo, apnéia, entubado (ou que precisa ser entubado) sem pulso(PCR), anafilaxia, sofrimento respiratório, trauma grave/queda sem resposta, alfaico, dor no peito com sudorese/palidez, instabilidade, hemodinâmica.	
☐ ES2	Suspeita de SCA, SIRS, confusão letárgico, sinais de AVC (hemiparesia), dor intensa (7 a 10), prenhez ectópica estável, QT com febre, intoxicação exógena.	
☐ ES3	Queda da própria altura sem deformidades na cabeça ou corpo, cólica nefrítica, tosse produtiva, ITU, diarreia, dengue.	3 recursos ou mais.
☐ ES4	Cólica menstrual, síndrome viral, otite, picada de insetos.	1 recurso.
☐ ES5	Conjuntivite, varicela.	Nenhum recurso.

Hipóteses diagnósticas

1- *Escalas para* CID 10:
2- CID 10:

ATENDIMENTO EMERGENCIA

Form. 10

☐ Contútil ☐ Outro Hospital ☐ Home Care ☐ Outros

Caso procedente de outro hospital, home care ou clínica de emergência, assinalar a produção de medidas de prevenção de contatos da COH.

Reg. 1527147 - Pront. 000018612

COMPREV C. SAÚDE/
Entrada: 10/09/2018 - Hora: 07:03
Matrícula: 0035513900



Leito: URGEM

1627147

Atenção: qSOFA ≥ 2 (Ver protocolo de SE

- ☐ Pressão arterial sistólica < 100 mmHg
- ☐ Frequência respiratória ≥ 22 rpm
- ☐ Alteração mental (Escala de Coma Glasgow

☐ Clínica Médica ☐ Cardiologia ☐ Cir. Geral ☐ Ortopedia

SSV: FR _____ PA _____
SATURAÇÃO O2 _____ DOR SCORE _____

RISCO DE QUEDA ☐ SIM ☒ NÃO
PRECAUÇÃO: ☐ CONTATO ☐ AEROSOL ☐ RESPIRATÓRIO ☐ REVERSO

LEVE MODERADA INTENSA

Antecedentes

☐ Sim ☒ Não
☒ Sim ☐ Não
Alergia ☐ Sim ☒ Não

Internamento últimos 90d ☐ Sim ☐ Não
Motivo: _____
Uso de ATEs nos últimos 90d ☐ Sim ☐ Não
Quir: _____
Cirurgias prévias ☐ Sim ☐ Não
Quir: _____

Ass. Enfermeiro

- ☐ E51 Paciente requer intervenção imediata? - Inconsciência, apnéia, ventilação (ou que precise ser intubado) sem pulso (PCR), anafaxia, sofrimento respiratório, trauma grave/queixa sem resposta, choque, dor no peito com sudoreses frias, incontinência, hemodinâmica.
- ☐ E52 Suspeita de SCA/ACS, confusão aguda, sinais de AVC (hemiparesia), dor intensa (7 a 10), presença ecitópica estável, QT com febre, infecção exógena
- ☐ E53 Queda de prop. pura sem distúrbios na cabeça ou corpo, edema notável, lesão produtiva, ITU, diabetes, dengue.
- ☐ E54 Colica abdominal, síndrome viral, botulismo, picada de insetos.
- ☐ E55 Distúrbios mentais

1. O PACIENTE QUEM É NOTO DURANTE A NOITE COM CALOR
EM MT E NELA PERDA CONSCIENTE NO VENTRO

Asma/DPOC ☐ Sim ☐ Não ☐ Não ☐ Não ☐ Não
Angina/IAM ☐ Sim ☐ Não ☐ Sim ☐ Não ☐ Sim ☐ Não
Dist. coag. ☐ Sim ☐ Não ☐ Sim ☐ Não ☐ Sim ☐ Não

Outros

• PGB CONSUMIDA E OBRIGADO A MODIFICAR MUA MENTE L.
• MUE E FRAQUEZA EM MUEH DE TOLERO E DE NA LEM
MA NAO MUE. PUNTEFORE COM MUEH LATERAL
DE TOLERO E COM FANGUINHO EM PLO QUINTO
COM CUE MUEH COM MUEH FIBULA; E MUEH CUEH
TOLERO, DE VALVULA MUEH

1. LEMO EM TOLERO E MUE (FATURA EM FIBULA?)

CID 10:
CID 10:

Nasc: 15/01/1957 - 61 anos
 Reg: 1627147 - Pront: 00018012
 COMPREV C. SAUDE/
 Entrada: 10/09/2018 - Hora: 07:02
 Matrícula: 0035012900

Leito: URGE

1627147

Atenção: qSOFA ≥ 2 (Ver protocolo de S&P)

- ☐ Pressão arterial sistólica < 100mmHg
- ☐ Frequência respiratória $\geq$ 22irpm
- ☐ Alteração mental (Escala de Coma Glasgow)

Domicílio ☐ Outro Hospital ☒ Home Care ☐ Outros

* Caso procedente de outro hospital, hospital ou clínica de hemodíálise, seguir protocolo de medidas de precaução de contato da CCIM.

ESPE WAS

☐ Clínica Médica ☐ Cardiología ☐ Cir. Geral ☐ Ortopedia

Horário de

CHRYSLER

SSVV: FR _____ PA _____
SATURACION O2 _____ TEMP _____ DOR SCORE _____

SATURACAO O2 _____ TEMP _____ GOR SCORE _____
RISCO DE QUEDA ☐ SIM ☐ NAO _____

PRECAUÇÃO: ☐ CONTATO ☒ AEROSOL ☐ RESPIRATÓRIO ☐ REVERSO

LEVE

MODERADA

INTENSA

Antonio José G.

☐ Sim ☒ Não **Tabagismo** ☐ Sim ☒ Não
☒ Sim ☐ Não **EBR** ☐ Sim ☒ Não

Alergias ☐ Sim ☒ No

Graphic

Internamento últimos 90d	☐ Sim	☐ Não
--------------------------	------------------------------	------------------------------

Uso de ATBs nos últimos 90d ☐ Sim ☐ Não

Qual: _____
 Clonias Privias ☐ Sim ☐ Não

High-Attention

Ass. Enfermeiros

☐ ES1	Paciente requer intervenção imediata? - Inresponsividade, apnéia, entubado (ou que precise ser entubado) sem pulso (PCR), anafilaxia, sofrimento respiratório, trauma grave/queda, sem resposta, úlcera, dor no peito com sudorese profusa, instabilidade hemodinâmica.
☐ ES2	Suspeita de SCA, SIRS, confusão mental, sinais de AVC (hemiparesia), dor intensa (7 a 10), prenhez ectópica estável, QT com febre, intoxicação exógena.
☐ ES3	Queda de prótese, fratura sem deformidades na cabeça ou corpo, cefaleia rebelde, encefalopatia, vômito produtivo, ITU, diarreia, dengue.
☐ ES4	Cólica menstrual, síndrome viral, lesões, picada de insetos.
☐ ES5	Complicação com...

FOR NEAR NORTH & SOUTH NORTH AMERICAN
ON THE NEAR NORTH CONSIDERATION IN NORTH

Asma/DPOC ☐ Sim ☒ Não Angina/IAI ☐ Sim ☒ Não Convulsões ☐ Sim ☒ Não Neoplasia ☐ Sim ☒ Não
 AVC ☐ Sim ☒ Não Dist.coag. ☐ Sim ☒ Não IAMRC ☐ Sim ☒ Não Uso de QT ☐ Sim ☒ Não

Outros:

Expenses:

- EGB CONSISTE E ORIENTADO DE FORMA NCA N.M.T. E
- MIE: ELEVADO EM MATH PO TOLHO E PLANA COM 7 M.M. MIO FAVIA PUNIFORME COM MIOA LATRA DE TORNOLO ESO COM FAVORINHO EM PLQ Q-MITIAE COM CNE ITASO COM MIOA EIBULU; ETRIM OISURE TOANDUO, BOA VALUATZAC

1- LEIA EM TORNO DE 100 (CENTO E 100) EM FIGURA!

CID 10:

2-

CID 10:

☐ Laboratório ☐ ECG ☐ LCR ☐ TC ☐ RMN ☒ Radiografia **MI** ☐ USG
☐ Hematologia ☐ Bioquímica ☐ Gasometria ☐ Coagulograma

Prescrição	Medicação	Via	APRAZAMENTO	Técnico
Hora	(1) P. ROELNIO 100ml + SE 97/100ml	EV	880	Kosma
	(2) DILATONA 1/2 AMP + AD	EV		
	(3) LINFEX PA + CN RAY 100			
	M. Eduardo Pontual Cirurgia Geral CRM: 21.200			
	A ORTOPE DIA			
07:30h	A. 08:30h			
	Requerido paciente que vive no furo, muitos atala			
	e, no entanto, não tem a possibilidade de fazer o RX			
	devido a isso, ele não pode fazer o exame			
	devido a isso, ele não pode fazer o exame			
	devido a isso, ele não pode fazer o exame			
	devido a isso, ele não pode fazer o exame			
	devido a isso, ele não pode fazer o exame			
	devido a isso, ele não pode fazer o exame			
	devido a isso, ele não pode fazer o exame			
	devido a isso, ele não pode fazer o exame			
	devido a isso, ele não pode fazer o exame			
	devido a isso, ele não pode fazer o exame			
	devido a isso, ele não pode fazer o exame			
	devido a isso, ele não pode fazer o exame			
	devido a isso, ele não pode fazer o exame			
	devido a isso, ele não pode fazer o exame			
	devido a isso, ele não pode fazer o exame			
	devido a isso, ele não pode fazer o exame			
	devido a isso, ele não pode fazer o exame			
	devido a isso, ele não pode fazer o exame			
	devido a isso, ele não pode fazer o exame			
	devido a isso, ele não pode fazer o exame			
	devido a isso, ele não pode fazer o exame			
	devido a isso, ele não pode fazer o exame			
	devido a isso, ele não pode fazer o exame			
	devido a isso, ele não pode fazer o exame			
	devido a isso, ele não pode fazer o exame			

INFORMAÇÕES DO PACIENTE

ON

Operatório

USG:

TC:

RMN:

Radiografia:

ECG:

LCR:

avaliações

RA:

PA:

RA:

RA:

notações de enfermagem

Realizado curativo em VTE, com uso de luva não estéril, 4 pontos de gaze, soro de 100ml, cloroquina 100mg, todo o corpo de 10cm e dermoxerium 100g, curativo com gaze 20x25+IV fixado.

conduta de Alta

laagnóstico final do serviço de emergência

horário de Conclusão do atendimento : h

destino do paciente

☐ Alta hospitalar ☐ Alta a pedido ☐ Evasão ☐ Óbito ☐ Transferência

☐ Internamento ☐ UTI ☐ Apartamento ☐ Declaração ☐ Atestado Dias:

Dr. Marcos Heri
Tratamento
CMLP

ESPERANÇA BLINDA
REDE D'OR SÃO LUIZ S/A

ESPERANÇA BLINDA
REDE D'OR SÃO LUIZ S/A

PREFERENCIAL:

[703]

Hora: 1:01

Data: 10/05

FAÇA SUA CHAMADA NO PATRIM

HOSPITAL ESPERANÇA OLINDA

LAUDO/DESCRIÇÃO CIRÚRGICA

PACIENTE: JOSÉ JEFFERSON DA MOTA
DATA: 10/09/2018 CONVÊNIO: COMPREV
CIRURGIÃO: DR. DANIEL BARRETO
2º AUXILIAR: : DRA ANA LECIA
ANESTESISTA: MIRELA TAVARES
INSTRUMENTADOR : LIDIANE
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO:
FRATURA EXPOSTA DO TNZ ESQ

LEITO: 505
1º AUXILIAR: Dr DANIEL CAMPOS
3º AUXILIAR :
TIPO DE ANESTESIA: RAQUEANESTESIA

CIRURGIA:
TRATAMENTO CIRÚRGICO DA FRATURA EXPOSTA DO TNZ ESQ + DESBRIDAMENTO DE FERIDA
RADIOSCOPIA

DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO:
MESMO

RELATÓRIO IMEDIATO DO PATOLOGISTA:

EXAME RADIOLÓGICO: SIM

ACIDENTE DURANTE A CIRURGIA: NAO

JOSÉ JEFFERSON DA MOTA
Nasc: 15/01/1957 - 61a/m266
Reg: 1627235 - Pront: 000018812
COMPREV C. SAUDE/
Entrada: 10/09/2018 - Hora: 09:13
Matricula: 0036613900
Leito: 505
1627235

DESCRIÇÃO CIRÚRGICA

- 1- PACIENTE EM DECUBITO DORSAL SOB RAQUEANESTESIA
- 2- ASSEPSIA, ANTISSEPSIA E APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTÉREIS EM MIE
- 3- AMPLIAÇÃO DO FERIMENTO EM FACE LATERAL DO TNZ ESQ
- 4- DESBRIDAMENTO DE FERIDA- TECIDOS DESVITALIZADOS
- 5- LIMPEZA EXAUSTIVA COM SF
- 6- REDUÇÃO INCRUENTA DA FRATURA DO TNZ ESQ
- 7- FIXAÇÃO COM FIXADOR EXTERNO TUBO-TUBO TRANSARTICULAR DE TNZ ESQ
- 8- CONTROLE COM ESCOPIA
- 9- APROXIMAÇÃO DA PELE
- 10- CURATIVO TIPO JONES

Dr. Daniel Barreto
Ortopedia - Traumatologia
CRM - 19433

PACIENTE: JOSE JEFFERSON DA MOTA

DATA: 14/09/2018 CONVÊNIO: COMPREV

CIRURGIÃO: DR. DANIEL BARRETO

2º AUXILIAR: DRA LUCAS MEDEIROS

ANESTESISTA: RODRIGO ARAGÃO

INSTRUMENTADOR: LIDIANE

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO:

FRATURA DO TNZ ESQ + LESÃO LIGAMENTAR AGUDA

LEITO: 505

1º AUXILIAR: Dr DANIEL CAMPOS

3º AUXILIAR:

TIPO DE ANESTESIA: RAQUEANESTESIA

CIRURGIA:

TRATAMENTO CIRÚRGICO DA FRATURA DE TNZ ESQ + TRATAMENTO CIRURGICO DE LESÃO LIGAMENTAR AGUDA DO TNZ ESQ +
ARTROTOMIA DO TNZ ESQ + NEUROLISE + RADIOSCOPIA

DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO:

O MESMO

RELATÓRIO IMEDIATO DO PATOLOGISTA:

EXAME RADIOLÓGICO: SIM

ACIDENTE DURANTE A CIRURGIA: NÃO

JOSE JEFFERSON DA MOTA

Nasc: 15/01/1957 - Dia 7m30d
Reg: 1627236 - Pront: 000016612
COMPREV C. SAÚDE/
Entrada: 10/09/2018 - Hora: 09:13
Matrícula: 0039513900

1627236

Leito: 505

DESCRIÇÃO CIRÚRGICA

- 1 PACIENTE EM DECUBITO DORSAL SOB RAQUEANESTESIA
- 2 ASSEPSIA, ANTISSEPSIA E APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTÉREIS EM MID
- 3 INCISÃO EM FACE LATERAL DO TNZ ESQ + NEUROLISE (PCT COM QUEIXAS DE PARESTESIAS)
- 4 ARTROTOMIA DO TNZ ESQ COM SAÍDA DE GRANDE QUANTIDADE DE SANGUE (HEMARTROSE)
- 5 REDUÇÃO CRUENTA DA FRATURA DO MALEOLO LATERAL DO TNZ ESQ (FRATURA COM GRANDE COMINUIÇÃO E DE DIFÍCIL REDUÇÃO) + CONTROLE COM ESCOPIA (RADIOSCOPIA)
- 6 FIXAÇÃO COM PLACA BLOQUEADA ANATÔMICA DE FIBULA DISTAL + 07 PARAFUSOS BLOQUEADOS
- 7 CONTROLE COM ESCOPIA (RADIOSCOPIA)
- 8 INCISÃO EM FACE MEDIAL DO TNZ ESQ + VISUALIZAÇÃO DE LESÃO DO LIGAMENTO DELTOIDE + REPARO LIGAMENTAR DO LIGAMENTO COM JUGGERKNOT 1,4 AGULHADO
- 9 LIMPEZA COM SF
- 10 SUTURA POR PLANOS
- 11 CURATIVO TIPO JONES

Dr. Daniel Barreto M. Nêto
CRM - 19433

Dr. Daniel Barreto M. Nêto
CRM - 19433

**ESPERANÇA**Av. José Augusto Moreira, 810, Casa Caiada, Olinda - P.
Fone: (81) 3432.8000 www.prontolinda.com.br**FICHA DE ANESTESIA**

Data

Hospital

Acomodação

10/09/18

Esperança, Olinda

APTO

Paciente

Sexo: M, Cor: Preta, Idade: 61a, Peso: 75

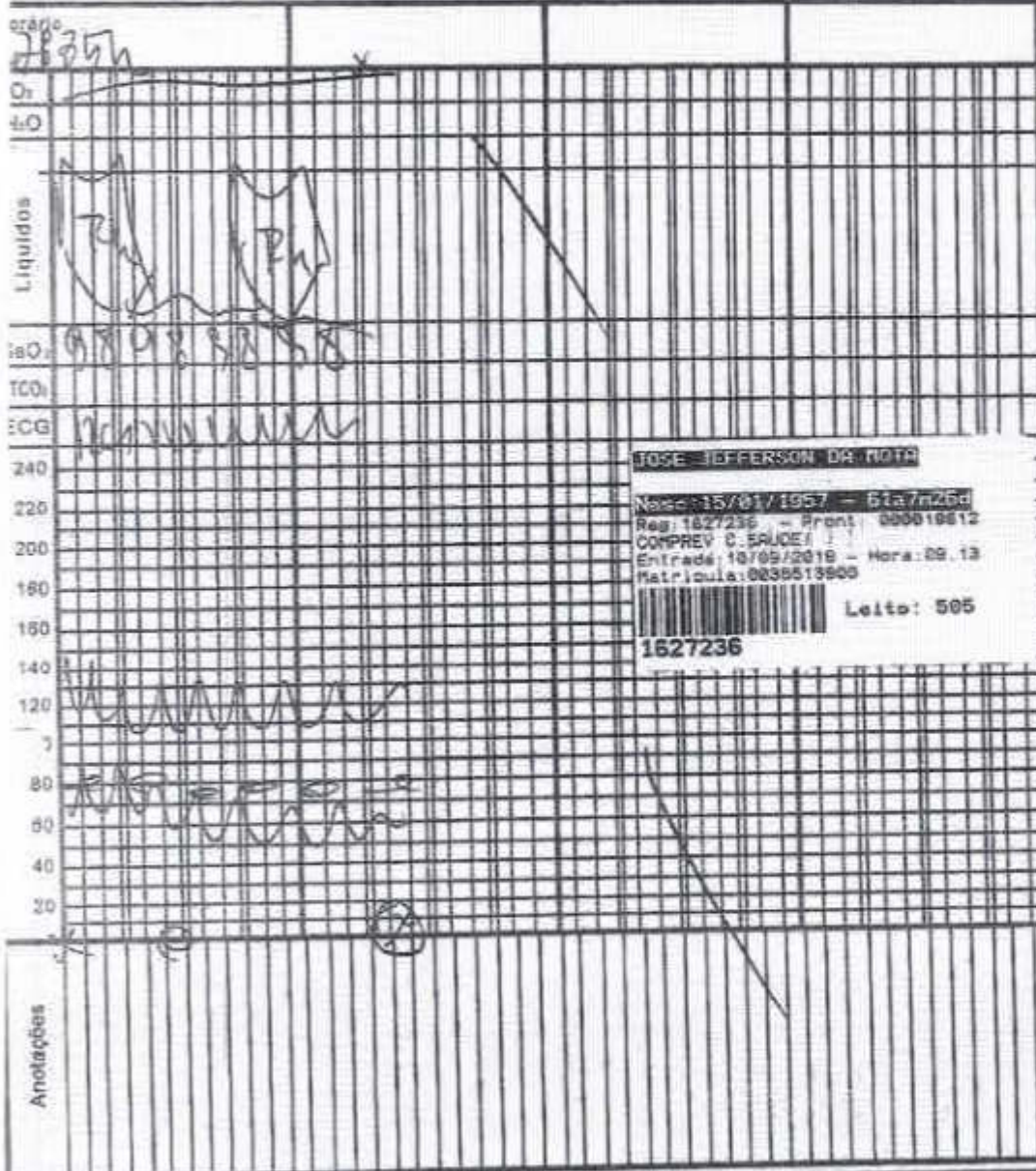
RM: 1002 Nome do Anestesiologista: Minella Tavares

Nome do Cirurgião

Medicação Pré-anestesia

Urgência: ☐ NÃO ☒ SIM

Cirurgia: Tto. cirúrgico de fratura exposta tornozelo @



Dráguas Usadas	Quantidade
Morfina 80mg	10mg
Vicodin 50mg	10mg
Clorpromazina 25mg	10mg
Diazepam 10mg	10mg
Haloperidol 5mg	10mg
Propofol 100mg	10mg
Midazolam 5mg	10mg

Técnicas Anestésicas:
 Sedação + Raxipar
 Vent. Dura
 Paravertebral
 Raxipar 260, Raxipar
 100, 630, 1000
 LCP @ e Raxipar
 1000, 1000, 1000

- Monitorização**
- ☒ Cardíaco
 - ☒ Oxímetro
 - ☒ PNI
 - ☐ Sonda Vesical
 - ☐ Capnógrafo
 - ☐ Estet. Pré-cordial
 - ☐ Outros
 - ☐ BIS
 - ☐ Temperatura
 - ☐ Swan-Ganz
 - ☐ Analizador Gases
 - ☐ PVC
 - ☐ Estimulador de Nervo
 - ☐ Linhas Arterial
 - ☐ Volume IBP Plus

- Encaminhado**
- ☒ Acordado
 - ☐ Sonolento
 - ☐ Intubado
 - Destino**
 - ☒ SRPA
 - ☐ Apart./ Ent.
 - ☐ UTI

Intercorrência: ☒ NÃO ☐ SIM

Desprezar:

Observações:

Dr. Minella Tavares
 Médica Anestesiologista
 CRP 025.082.074-10
 R. 10/17 / 003-103104

Dr. Rodrigo Ribeiro Aragão
Anestesiologista
12443

Olinda, 14 de maio de 2019.

DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins que o Sr. **JOSÉ JEFFERSON DA MOTA**, foi atendido na Urgência em nosso Hospital no dia 09/09/2018 com entrada às 22h39. Sob os cuidados da Clínica Ortopedia.

Atenciosamente,

Ruth Paolla S. da L.

Ouvidoria

HOSPITAL ESPERANÇA OLINDA

REDE D'OR SÃO LUIZ S.A
CNPJ: 06.047.087/0012-91

PRONTIMAGEM

Registro.....: 1674253

Paciente.....: Sr.(a) JOSE JEFFERSON DA MOTA

Médico.....: Dr.(a) DANIEL BARRETO DE MATOS NOBRE

Data do Exame...: 14/12/2018

RADIOGRAFIA DO TORNOZELO ESQUERDO

Presença de placa anatômica e parafusos para correção de fratura em fibula distal, sem áreas que sugiram frouxidão.

Entesófito na inserção do tendão de Aquiles.

Esporão ósseo plantar incipiente.



Dr. Hudson Menezes
CRM 23557

PACIENTE: JOSE JEFFERSON DA MOTA

DATA: 14/09/2018 CONVÊNIO: COMPREV

CIRURGIÃO: DR. DANIEL BARRETO

2º AUXILIAR: : DRA LUCAS MEDEIROS

ANESTESISTA: RODRIGO ARAGÃO

INSTRUMENTADOR : LIDIANE

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO:

FRATURA DO TNZ ESQ + LESÃO LIGAMENTAR AGUDA

LEITO: 505

1º AUXILIAR: Dr DANIEL CAMPOS

3º AUXILIAR :

TIPO DE ANESTESIA: RAQUEANESTESIA

CIRURGIA:

TRATAMENTO CIRÚRGICO DA FRATURA DE TNZ ESQ + TRATAMENTO CIRURGICO DE LESÃO LIGAMENTAR AGUDA DO TNZ ESQ +
ARTROTOMIA DO TNZ ESQ + NEUROLISE + RADIOSCOPIA

DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO:

O MESMO

RELATÓRIO IMEDIATO DO PATOLOGISTA:

EXAME RADIOLÓGICO: SIM

ACIDENTE DURANTE A CIRURGIA: NÃO

DESCRIÇÃO CIRÚRGICA

1. PACIENTE EM DECUBITO DORSAL SOB RAQUEANESTESIA
2. ASSEPSIA, ANTISSEPSIA E APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTÉREIS EM MID
3. INCISÃO EM FACE LATERAL DO TNZ ESQ + NEUROLISE (PCT COM QUEIXAS DE PARESTESIAS)
4. ARTROTOMIA DO TNZ ESQ COM SAÍDA DE GRANDE QUANTIDADE DE SANGUE (HEMARTROSE)
5. REDUÇÃO CRUENTA DA FRATURA DO MALEOLO LATERAL DO TNZ ESQ (FRATURA COM GRANDE COMINUIÇÃO E DE DIFÍCIL REDUÇÃO) + CONTROLE COM ESCOPIA (RADIOSCOPIA)
6. FIXAÇÃO COM PLACA BLOQUEADA ANATÔMICA DE FIBULA DISTAL + 07 PARAFUSOS BLOQUEADOS
7. CONTROLE COM ESCOPIA (RADIOSCOPIA)
8. INCISÃO EM FACE MEDIAL DO TNZ ESQ + VISUALIZAÇÃO DE LESÃO DO LIGAMENTO DELTOIDE + REPARO LIGAMENTAR DO LIGAMENTO COM JUGGERKNOT 1,4 AGULHADO
9. LIMPEZA COM SF
10. SUTURA POR PLANOS
11. CURATIVO TIPO JONES

Dr. Daniel Barreto M. Nêto
Cirurgião - Traumatologia
C.R.O. 19413

FICHA DE INTERNAMENTO

Elaboração
16/11/2016Efetivação
16/11/2016

Código

Versão
5Página
1/1Nome: João JeffersonRegistro: 1808956Idade: 62aSetor de Origem: EmergênciaData: 23.06.19Hora: : :

JOÃO JEFFERSON DA SILVA

Nasc: 15/01/1957 - G2:5mdd
Reg: 1808956 - Pront: 000018612
COMPREV C. SAÚDE/
Entrada: 23/06/2019 - Hora: 08:28
Matrícula: 0035613900



Leito: 404

Situação:

• Queixa Principal:

Dor + edema em tm Erg

Background:

• História da doença atual e Hipótese Diagnóstica:

Orfite em tm Erg.

• Antecedentes pessoais e doenças prévias:

() DM () HAS () IAM () Angina () ICC () AVC () Câncer
() Hepatites () Cirrose Hepática () Asma () DPOC () IRC
() Hemodiálise () Doenças Infecciosas () Distúrbios Psiquiátricos
() Outros:

• Medicamentos em uso e alergias:

Alergias - Quais: Medicações () Quais:

• Procedimentos Realizados:

Avaliação:

• Resumo do exame físico:

• Sinais vitais:

SSVV: PA x mmHg FC: bpm FR: lpm Temp °CSatO₂ % GCP: g/dL Dor:

• Resultado laboratoriais e/ ou diagnósticos por imagem (relevantes):

Rx

Recomendações:

• Sugestões de conduta pela equipe multidisciplinar.

• Plano Terapêutico.

Internamento cirúrgico

Precauções adicionais:

Contato ()

Gotículas ()

Aerossóis ()

Protocolos Institucionais:

Desfecho: () Sepsis () Dor Torácica () PAC () AVC () ITU () Apendicite não Complicada

Segurança: () TEV () Controle Glicêmico () Queda

Destino do paciente:

☒ Unidade de Internamento

() Centro Cirúrgico

() Unidade de Terapia Intensiva

() Unidade Coronariana

() Hemodinâmica

() Outros: Assinatura / carimbo Médico CRM nº:

Dr. David Batista M. Ribeiro
Otorrinolaringologista
CRM nº 11.111

FICHA DE ANESTESIA		Data	Hospital	Admissão
		23.06.19	Esperança	481 404
Paciente	João Jefferson da Mata		Sexo	Idade
			M	62
Nome do Anestesiologista	Filipe Lira		Nome do Cirurgião	Guilherme
Medicação Pré-anestesia			Urgência	☐ NÃO ☒ SIM
Cirurgia				
trat de osteomielite de perna + desbridamento + ret de mão de direito + Rodoxopla				

Horário	1400	1500	
O ₂			
NiO			
Líquidos	SAF 9x		
SaO ₂	92 96 92		
ETCO ₂			
ECG	112 114 114		
240			
220			
200			
180			
160			
140			
120			
100			
80			
60			
40			
20			
Anotações			

JOÃO JEFFERSON DA MATA

15/01/1957 - 02.00.00

eg: 153553 - Pront: 55518512

OPREV: 0 SAUDE/

entrada: 23/06/2019 - Hora: 08:28

matricula: 9035513990

Leito: 484

1888956

Drogas Usadas	Quantidade
Bupivacaína	13mg
Amfipia	6mg
Chloralida	71g
Decidua	9g
Diurama	2g
Sexton	4g
Kidney	5g
Fentanyl	subag
Codeína	4g

Técnica Anestésica

Raqui anestesia - intubação - máscara - monitorização - 4g - 256 - LCR A

Monitorização ☒ Cardíaco ☒ Oximétrico ☒ ECG ☐ Bonda Vesical ☐ Capnógrafo ☐ Estet. Pré-cordial ☐ Outros	☐ BIS ☐ Temperatura ☐ Swan-Ganz ☐ Analisador Gases ☐ PVC ☐ Estimulador de Nervo ☐ Linha Arterial ☐ Volêmica IEP Plus	Encaminhado ☐ Acordado ☒ Sonolento ☐ Intubado Destino ☒ CRPA ☐ Apart./ Enf. ☐ UTI ☐ Externo	Intercorrência: ☒ NÃO ☐ SIM Descrever: Observações:  Filipe Lira Tavares Médico Anestesiologista CRM 15008
--	---	--	--

HOSPITAL ESPERANÇA OLINDA

LAUDO/DESCRIÇÃO CIRÚRGICA

PACIENTE: JOSE JEFFERSON DA MOTA

DATA: 23/06/2019 CONVÊNIO: COMPREV

CIRURGIÃO: DR. DANIEL BARRETO

2º AUXILIAR: DR. LUCAS MEDEIROS

ANESTESISTA: FELIPE LIRA

INSTRUMENTADOR: LIDIANE

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO:

OSTEOMIELITE DE TNZ ESQ

LEITO: 404

1º AUXILIAR: Dr. DANIEL CAMPOS

3º AUXILIAR:

TIPO DE ANESTESIA: RAQUEANESTESIA

CIRURGIA:

TRATAMENTO CIRÚRGICO DE OSTEOMIELITE DO TNZ ESQ + RETIRADA DE MATERIAL DE SINTES - PLACA E PARAFUSOS + DESBRIDAMENTO DE TECIDOS DESVITALIZADOS + RADIOSCOPIA

DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO:

O MESMO

RELATÓRIO IMEDIATO DO PATOLOGISTA:

EXAME RADIOLÓGICO: SIM

ACIDENTE DURANTE A CIRURGIA: NAO



DESCRIÇÃO CIRÚRGICA

- 1 PACIENTE EM DECUBITO DORSAL SOB RAQUEANESTESIA
- 2 ASSEPSIA, ANTISSEPSIA E APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTÉREIS EM MIE
- 3 INCISÃO EM FACE LATERAL DO TNZ ESQ (OBEDECENDO INCISAO PREVIA) + SAIDA DE GRANDE QUANTIDADE DE SECREÇÃO PURULENTO (MATERIAL PARA CULTURA) + RETIRADA DE PLACA E PARAFUSOS NO MELOLO LATERAL ESQ + DESBRIDAMENTO DE TECIDOS DESVITALIZADOS - TRATAMENTO CIRURGICO DE OSTEOMIELITE DO TNZ ESQ
- 4 CONTROLE COM ESCOPIA (RADIOSCOPIA)
- 5 LIMPEZA EXAUSTIVA COM SF
- 8 SUTURA DA PELE
- 9 CURATIVO TIPO JONES

CID 10

A:

A:

A:

ações de enfermagem

200 (SS) 80 + 111 F 10 + 5 cur h + De 1800 + 700 fixo

RECIBO DE ATENDIMENTO
18/06/2019
07:42:16

Diagnóstico final do serviço de emergência

CID 10:
CID 10:
CID 10:

Tempo de Conclusão do atendimento ____: ____ h

Destino do paciente

Alta hospitalar ☐ Alta a pedido ☐ Evasão ☐ Óbito ☐ Transferência ☐
Internamento ☐ UTI ☐ Apartamento ☐ Encaminhamento a outra esper ☐
Atestado Dias: ____ ☐ Declaração ☐

HOSPITAL ESPERANÇA OLINDA

Senha

PRF1

Data/Hora: 23/06/2019 07:42:16

Aguarde a chamada
no painel eletrônico!

Médico responsável pela conclusão do atendimento (M)

.TAL

3
qA





REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL MINISTÉRIO DAS CIDADES

Nº 014806568070

DETAN - PE
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA: 1
COD. RENAVAM: 813916895
RATC: 00000000
EXERCÍCIO: 2019

AMERSON JEFFERSON DA SILVA

OLINDA-PE

038.042.154-24

PLACA ANTE/LP: 00000000
CHASSI: 9C2JD20203M021206

FAS: /MOTOCICLETA
ESPECIES TIPO: CASOLINA

FIKOMA/XX125: BROS ES
MARCA/MODELO: 2003 2003

2E/124CL: CATEGORIA: PARTEIC
COR PREDOMINANTE: AZUL

1: COTA ÚNICA: VINCI: COTA ÚNICA: 1º *****

P: IPVA 2019: QUITUNO: 2º *****

V: 1: 3º *****

A: 80.11: 0.32: 84.56: 26/02/19

SEM RESERVA

OLINDA: 01/06/19

Roberto Roberto Pontes
DIRETOR PRESIDENTE DEPARTAMENTO

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA-PESSOAS
TRANSPOSTAS DAS CILINDROS: SEGURO DPVAT

PE Nº 014806568070 BILHETE DE SEGURO DPVAT

AMERSON JEFFERSON DA SILVA
RUA CAIA DOS PANTANOS 245
CASA 3 ALTITUDE OLINDA-PE
53060-110

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.seguradoralider.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO: 2019
DATA EMISSÃO: 01/06/19

038.042.154-24

813916895

2003-09

9C2JD20203M021206

PRÊMIO TARIFÁRIO

36.05

4.15

0.32

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 06.210.000/0001-04

INSTRUTOR E GUARDA O BILHETE DPVAT
NÃO É UM PONTO OBRIGATORIO



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190631549 **Cidade:** Olinda **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE JEFFERSON DA MOTA **Data do acidente:** 09/09/2018 **Seguradora:** Tokio Marine Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 12/11/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA NO MALÉOLO LATERAL ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA E PARAFUSOS). P.7/18 ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO TORNOZELO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

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

Documentos complementares:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190631549 **Cidade:** Olinda **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE JEFFERSON DA MOTA **Data do acidente:** 09/09/2018 **Seguradora:** Tokio Marine Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 12/11/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA NO MALÉOLO LATERAL DO TORNOZELO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA E PARAFUSOS). P.7/18
ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO TORNOZELO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

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

**Documentos
complementares:**

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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

Rio de Janeiro, 12 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190631549

Vítima: JOSE JEFFERSON DA MOTA

Data do Acidente: 09/09/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: LUCAS VINICIUS MAIA SEPULVEDA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JOSE JEFFERSON DA MOTA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 27 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190631549

Vítima: JOSE JEFFERSON DA MOTA

Data do Acidente: 09/09/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: LUCAS VINICIUS MAIA SEPULVEDA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JOSE JEFFERSON DA MOTA

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 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: JOSE JEFFERSON DA MOTA

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000000923

Conta: 0000014338-3

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, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:

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

5 - Nome completo: 6 - CPF: 7 - Profissão: 8 - Número: 9 - Complemento: 10 - CEP: 11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - Tel (DDD): 15 - E-mail:

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

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECURSO INFORMAR ☐ SEM RENDA ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$1.001,00 A R\$2.500,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) ☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 0923 CONTA: 3438 3

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: CONTA:

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

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

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

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

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme é disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascido (val nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

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

38 - 1ª Nome:

CPF:

Assinatura de testemunha

39 - 2ª Nome:

CPF:

Assinatura de testemunha

40 - Local e Data:

41 - Assinatura de vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)





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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **19E0114004622**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **16/05/2019 às 10:58**

Complementa o BO Número: **18E0114007979**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia **09/05/2018 às 22:30**

Fato ocorrido no endereço: **RUA ELESBAO DE CASTRO, 01 - Bairro: 7/RO - OLINDA/PERNAMBUCO/BRASIL - CEP: 53030-150 - Ponto de Referência: POR TRAS DO EXTRABOM**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

PREJUDICADO (BURACO NA VIA) (AUTOR \ AGENTE)
ANDERSON JEFFERSON DA MOTA (OUTRO)
JOSE JEFFERSON DA MOTA (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

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

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

JOSE JEFFERSON DA MOTA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: NAIR FREITAS DA MOTA Pat: JOSE FERNANDO DA MOTA Data de Nascimento: 15/1/1957 Naturalidade: RECIFE / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 1432570/SSP/PE (RG), 17306442449 (CPF) Escolaridade: 2ª. GRAU COMPLETO Profissão: ASSISTENTE ADMINISTRATIVO Telefones Celulares: - 81985769452

Endereço Residencial: **RUA CALA DOS PANTANOS, 245, CASA - CEP: 55000-000 - Bairro: JARDIM ATLANTICO - OLINDA/PERNAMBUCO/BRASIL**

ANDERSON JEFFERSON DA MOTA (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: DESCONHECIDO Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

PREJUDICADO (BURACO NA VIA) (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: DESCONHECIDO Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

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

MOTOCICLETA HOND NXR 125, BROS ES, ANO 2003/2003 , COR AZUL, PLACA KKG 4960. (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): ANDERSON JEFFERSON DA MOTA, que estava em posse do(a) Sr(a): JOSE JEFFERSON DA MOTA
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **AZUL - Quantidade: 1,0 (UNIDADE) Valor Unitário: 0,00 (REAL) Valor Total: (REAL)**

Placa: KKG4960 (PERNAMBUCO/OLINDA) Renavam: 813916895

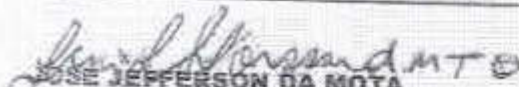
Ano Fabricação/Modelo: 2003/2003 Combustível: GASOLINA

Descrição: MOTOCICLETA HOND NXR 125, BROS ES, ANO 2003/2003, COR AZUL, PLACA KKG 4960.

Complemento / Observação

COMPARECEU A ESTA DP O SENHOR JOSE JEFFERSON DA MOTA, NOTICINADO QUE SOFREU UM ACIDENTE DE TRANSITO. ALEGA O QUEIXOSO TRANSITAVA COM A MOTOCICLETA HOND NXR 125, BROS ES, ANO 2003/2003, COR AZUL, PLACA KKG 4960, PELA RUA ELESSAO DE CASTRO, OLINDA/PE, QUANDO DE REPENTE CAIU EM BURACO QUE HAVIA NA REFERIDA RUA, VINDO O QUEIXOSO A CAIR AO CHÃO, E PROVOCANDO FRATURA NA PERNA ESQUERDA, E ESCORIAÇÕES PELO CORPO. ALEGA O QUEIXOSO QUE FOI SOCORRIDO PARA O HOSPITAL ESPERANÇA OLINDA, LEITO 505, DR. DANIEL BARRETO M. NOBRE, CRM 19433.

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


JOSE JEFFERSON DA MOTA
(VITIMÁ)


POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DE VARADOURO

B.O. registrado por:  ALEXSANDRO ANTONY DOMINGOS BOTELHO - Matrícula: 358667-3
(Liberado em 16/05/2019 às 11:08)

24ª CIRCUNSCRIÇÃO



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **18E0114007979**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **02/10/2018** às **11:08**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia **14/9/2018** às **20:00**

Fato ocorrido no endereço: **RUA ELESBAO DE CASTRO, 01, VIA PUBLICA** - Bairro: **BAIRRO NOVO**
- **OLINDA/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

PREJUDICADO (BURACO NA VIA) ; AUTOR (AGENTE)
ANDERSON JEFFERSON DA MOTA (OUTRO)
JOSE JEFFERSON DA MOTA (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): **JOSE JEFFERSON DA MOTA**

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

JOSE JEFFERSON DA MOTA (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **NAIR FREITAS DA MOTA** Pai: **JOSE FERNANDO DA MOTA** Data de Nascimento: **15/1/1957** Naturalidade: **RECIFE / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **1432570/SSP/PE (RG), 17306442449 (CPF)** Escolaridade: **2ª. GRAU COMPLETO** Profissão: **ASSISTENTE ADMINISTRATIVO** Telefones Celulares: **81988769452**

Endereço Residencial: **RUA CALA DOS PANTANOS, 245, CASA - CEP: 55000-000 - Bairro: JARDIM ATLANTICO - OLINDA/PERNAMBUCO/BRASIL**

ANDERSON JEFFERSON DA MOTA (não presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

PREJUDICADO (BURACO NA VIA) (não presente ao plantão) - Sexo: **Desconhecido** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

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

MOTOCICLETA HOND NXR 125, BROS ES, ANO 2003/2003 , COR AZUL, PLACA KKG 4960.
(VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **ANDERSON JEFFERSON DA MOTA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **JOSE JEFFERSON DA MOTA**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/NXR 125 BROS ES** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **AZUL** - Quantidade: **01 (UNIDADE)** Unitário: **(REAL)**

Placa: **KKG4960** (PERNAMBUCO/OLINDA) Renavam: **813916895**

Ano Fabricação/Modelo: **2003/2003** Combustível: **GASOLINA**

Descrição: **MOTOCICLETA HOND NXR 125, BROS ES, ANO 2003/2003, COR AZUL, PLACA KKG 4960.**

Complemento / Observação

COMPARECEU A ESTA DP O SENHOR JOSE JEFFERSON DA MOTA, NOTICINADO QUE SOFREU UM ACIDENTE DE TRANSITO. ALEGA O QUEIXOSO TRANSITAVA COM A MOTOCICLETA HOND NXR 125, BROS ES, ANO 2003/2003, COR AZUL, PLACA KKG 4960, PELA RUA ELESBAO DE CASTRO, OLINDA/PE, QUANDO DE REPENTE CAIU EM BURACO QUE HAVIA NA REFERIDA RUA, VINDO O QUEIXOSO A CAIR AO CHÃO, E PROVOCANDO FRATURA NA PERNA ESQUERDA, E ESCORIAÇÕES PELO CORPO. ALEGA O QUEIXOSO QUE FOI SOCORRIDO PARA O HOSPITAL ESPERANÇA OLINDA, LEITO 505, DR. DANIEL BARRETO M. NOBRE, CRM 19433.

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

Jose Jefferson da Mota
JOSE JEFFERSON DA MOTA
(VITIMA)

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



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do anexo ou ASL: 3 - CPF da vítima: 173.064.224-49 4 - Nome completo da vítima: José Jefferson da Silva

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 446/2012

5 - Nome completo: José Jefferson da Silva 6 - CPF: 173.064.224-49
7 - Profissão: Autônomo 8 - Endereço: Rua Cala das Pantufas 9 - Número: 245 10 - Complemento:
11 - Bairro: Jardim Atlântico 12 - Cidade: Blinda 13 - Estado: 14 - CEP: 53060-110
15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD): (81) 3033-3224

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

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☒ CONTA POUPANÇA (Donante parte na bancada aberta. Assinale uma opção): ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) Nome do BANCO:
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: 0923 CONTA: 3438 3 AGÊNCIA: CONTA:

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

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

☒ Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 5.194/74), uma vez que:

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

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 5.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou herdeiros? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34 - 35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo) 36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo) 37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)
38 - 1ª Nome: CPF: Assinatura da testemunha
39 - 2ª Nome: CPF: Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: Blinda 30 de outubro 2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

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: 21/11/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOSE JEFFERSON DA MOTA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00923

CONTA: 000000014338-3

Nr. da Autenticação 08178DBD05A4677A

COTA ÚNICA OU 1ª PARCELA - IPVA		AUTENTICAÇÃO
AUTENTICAÇÃO	1 - ATENÇÃO - Antes de pagar este boleto de licenciamento, CONFIRA PLACA E NOME - O licenciamento veicular exige, além das taxas deste carnê, o pagamento de multas (infrações de trânsito) - Para imprimir as multas acesse o site www.detran.pe.gov.br (em circunstância de aplicação da Lei Federal 13.281/2016, que altera o CTB). 2 - VEÍCULO COM BENEFÍCIO DE ISENÇÃO DE IPVA/2019 Caso conste cobrança de IPVA, dirija-se à SEFAZ até o vencimento do requerimento para solicitar o benefício da isenção. 3 - ENTREGA DO CRLV - Quando houver a conclusão dos pagamentos (IPVA, tributos, licenciamento incluindo taxa de postagem e multas, se houver), o CRLV será enviado para o andamento de registro do veículo no prazo de 30 dias, caso contrário aguardar um atendimento na opção Emissão CRLV/2019. 4 - PORTE OBRIGATÓRIO DO CRLV (RES.205/2006) O porte do CRLV 2019 será obrigatório após as datas abaixo, de acordo com as limitações de placas (PORTARIA DP 9433/2016 Detran/PE e a Lei 13.281 Parágrafo Único do Art. 133). 1 a 3 - até maio 3,4 e 5 - até junho 6,7 e 8 - até julho 9 e 0 - até agosto	NÃO CASO DE MULTAS VENCIDAS OU PAGAMENTO EM ATRASO, EMITA AS GUIAS PELA INTERNET NO SITE www.detran.pe.gov.br Teleatendimento DETRAN - 3453.1514 OUVIDORIA DETRAN - 3184.8405 TELESEFAZ / IPVA - 0800 285 1244 www.sefaz.pe.gov.br
	3ª COTA IPVA 2ª COTA IPVA 1ª COTA IPVA ÚNICA IPVA ÚNICA DPVAT ORE. TRÂNSITO DE PERNAMBUCO ÚNICA DPVAT ANTERIOR 11921305843048154 00914026943102111917 31301401595040158 IPVA 2019 EM COTA ÚNICA COM 1% DE DESCONTO O LICENCIAMENTO DO VEÍCULO EXIGE, ALÉM DAS TAXAS DESTA CARNE, O PAGAMENTO DAS MULTAS (INFRAÇÕES DE TRÂNSITO). PARA IMPRIMIR AS MULTAS ACESSE O SITE - www.detran.pe.gov.br	3ª parcela - IPVA AUTENTICAÇÃO
DPVAT ANTERIOR	2ª parcela - IPVA	AUTENTICAÇÃO

GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DESENVOLVIMENTO URBANO E HABITAÇÃO
SECRETARIA DA FAZENDA
DEPARTAMENTO ESTADUAL DE TRÂNSITO

Boleto de Pagamento de Licenciamento 2019
Veículos Usados



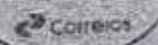
JOSE JEFFERSON DA MOTA
RUA CALA DOS PANTANOS 245

JATLANTICO
53060-110 OLINDA PE

KFT3337 FORD/CORCEL

Carta

2019222245 2016 SE-PE
DETRAN/PE

 Correios

Data Postagem
18/01/2019

