



HOSPITAL EVANGÉLICO DE PERNAMBUCO
(Associação Evangélica Beneficente de Pernambuco)
Rua Frei Jaboatão, 301 - Torre - Recife - PE
CEP: 50 710-030 - C.N.P.J: 10.859.817/0001-73

LAUDO MÉDICO

PAULO FERNANDO CRESPO DE ARAÚJO VETC

Paciente (28 ANOS), VÍTIMA de GRAVE

ACIDENTE de MOTOCICLETA, sendo a causa de
Fratura de Platô Tibial Distal lateral, CI
distal. IMPORTANTE e AFUNDAMENTO. Fratura e Coroa
30/8/2018. (Acidente de Motocicleta). Paciente
CI tratamento Conservador (IMOBILIZADOR). Paciente
encontra-se em tratamento clínico, recomendando
redução ausência de carga (Não pode pisar -

Data: 19, 10, 2018 Reduzir carga por mais 60 dias
e após esta dar Reduzir

Médico Responsável

CRM:

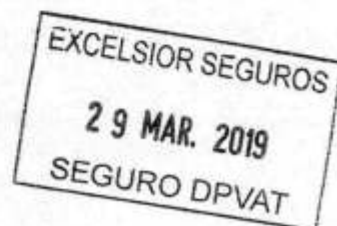
EXCELSIOR SEGUROS
29 MAR. 2019
SEGURO DPVAT

fisioterapia por mais 180 dias.

Paciente s/ condições de trabalho,
Vítima de fratura articular CI desvio
em tratamento CONSERVADOR. NÃO há
no momento indicação CIRÚRGICA

C.I. - S 82.1

19/10/2018



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

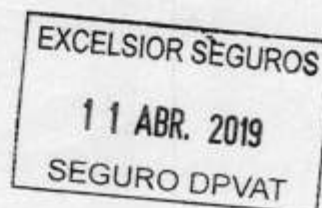
DECLARAÇÕES DO MÉDICO (DE PRÓPRIO PUNHO)

DATA DO ACIDENTE: 30/12/2018	DATA DO INÍCIO DO TRATAMENTO MÉDICO: 30/12/2018
NOME COMPLETO DA VÍTIMA: PAULO FERNANDO CRESPO DE ARAÚJO NETO	
LESÕES RESULTANTES DO ACIDENTE: Paciente VÍTIMA DE ACIDENTE DE MOTOCICLETA, COM FRATURA DE PLATEAU TIBIAL	
DADOS RESUMIDOS DOS TRATAMENTOS REALIZADOS (DATAS): Paciente POR MOTIVOS CLÍNICOS NÃO PODE REALIZAR CIRURGIA DIREITA C/ DESVIO	
ALTA MÉDICA? ☒ SIM ☐ NÃO REALIZOU FISIOTERAPIA	
EXISTE ALGUM DEFEITO OU DOENÇA PRÉ-EXISTENTE? ☐ SIM ☒ NÃO CASO POSITIVO DESCREVER:	
COM RELAÇÃO A INVALIDEZ PODE-SE CONCLUIR QUE: ☐ A INVALIDEZ É TEMPORÁRIA, PORTANTO PASSÍVEL DE RECUPERAÇÃO SIGNIFICATIVA OU DE CURA ATRAVÉS DE TRATAMENTO. ☒ A INVALIDEZ É PERMANENTE, OU SEJA, NÃO HÁ POSSIBILIDADE DE RECUPERAÇÃO SIGNIFICATIVA OU DE CURA.	

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

	SEGMENTO ANATÔMICO OU ÓRGÃO AFETADO
1º	Paciente C/ lesão GRAVE C/ AFU MUMENTE
2º	DA TÍBIA DIREITA. NÃO PODE REALIZAR
3º	CIRURGIA (SAÚDE-CLÍNICA). Paciente C/
4º	GRAVE ARTROSE + DOR + Edema. Segue a seguir
5º	(R59c) - DOR, CLAUDICAÇÃO, ARTROSE

AFIRMO QUE ASSISTI E/OU AVALIEI A VÍTIMA NO PERÍODO DE 5/1/2019 A 5/1/2019 E QUE AS RESPOSTAS ACIMA, SÃO COMPLETAS E VERDADEIRAS.		
LOCAL RECIBE	DATA 5/1/2019	ASSINATURA E CARIMBO





HOSPITAL EVANGÉLICO DE PERNAMBUCO
(Associação Evangélica Beneficente de Pernambuco)
Rua Frei Jaboatão, 301 - Torre - Recife - PE
CEP: 50 710-030 - C.N.P.J.: 10.859.817/0001-73

LAUDO MÉDICO

ASL-0050553/19
raianne.barbosa
11/04/2019 09:46:06
PAULO PERNANDO CRESPO DE ARAÚJO VETC

Paciente (2) BRANCA VITIMA de GRAVE

ACIDENTE de Moto C. CLETA. Sendo a Contusão
1a Fratura de Plátano Tibial Distal lateral, CI

lesão IMPORTANTE e AFUNDAMENTO Fratura e Comin
30/12/2018. (Acidente de Moto ciclista). Paciente

CI tratamento Conservador (IMOBILIZADOR). Paciente
em Centra - se em tratamento Ortopédico, Velocidade
Realizar assistência de Carga (Não pode levantar

Data: 19.10.2018 Realizar Carga por Mais 60 dias
e após esta data Realizar

ASL-0050553/19
raianne.barbosa
11/04/2019 09:46:06
EXCELSIOR SEGUROS
29 MAR. 2019
SEGURO DPVAT

fratura da Mão 180 dias
raianne.barbosa
11/04/2019 09:46:06

Patente de Condições de trabalho
Vítima de fratura articular e desvio
em tratamento C/PSERVA DCL. NÃO há
no Momento Indicação C/URGIA

ASL-0050553/19
raianne.barbosa
11/04/2019 09:46:06

19/10/2018
ASL-0050553/19
raianne.barbosa
11/04/2019 09:46:06

ASL-0050553/19
raianne.barbosa
11/04/2019 09:46:06

ASL-0050553/19
raianne.barbosa
11/04/2019 09:46:06

EXCELSIOR SEGUROS
29 MAR, 2019
SEGURO DPVAT

005055119

UPA24h
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO



Hospital Infantil
Maria Lucinda
Fundação Manoel da Silva Almeida

PERNAMBUCO

BOLETIM DE ESCLARECIMENTO

Recife, 28 de Fevereiro de 2019.

Nome: PAULO FERNANDO CRESPO DE ARAUJO NETO

Idade: 28 anos

Registro: 445043

Data de atendimento: 30 de Agosto de 2018.

Hora de atendimento: 18 hr 50 min

Paciente deu entrada na Unidade com relato de colisão carro e moto com dor e edema em joelho direito.

Estamos à disposição para qualquer esclarecimento.

UPA24h
UPA CAXANGA 24h
Georgina de Assunção Moura
Coord. Adm./Fin.
Mat. 1736

AUDREY VASCONCELOS - CRM 11727
Coord. Médica.



Unidade de Pronto Atendimento - UPA CAXANGÁ

Rua Ribeiro Pessoa, S/N - Caxangá.

E-mail:

Telefone: 81- 31844366/31844367/31844354.

Data do Atendimento: 30/08/2018 Hora: 19:22:30 PRONTUÁRIO: 445043
Nb. Atendimento: 1208024 ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA Colaborador: JANAINA JFC
Setor / Serviço: CONSULTORIO MEDICO
Nome: PAULO FERNANDO CRESPO DE ARAUJO NETO Sexo: Masculino
Data de Nascimento: 20/03/1990 Idade: 28 Anos, 5 Meses e 10 Dias C.I.:
Pais ou responsáveis: ANA CARINA DA SILVA ARAUJO
Endereço: RUA SAO BERNARDO, 10 - CAPIBARIBE/ - 54705140
Cidade: SAO LOURENCO DA MATA Tel.: 81988112733
Hora do Atendimento: 19/35 Hs Peso: Kg Temperatura:

OPD / HDA: relato de acidente de moto com lesão no membro superior direito

EXAME FÍSICO: com a mobilização

DIAGNÓSTICO: Fratura de punho direito

CONDUTA NA EMERGÊNCIA / PRESCRIÇÃO

Adriano Guedes
Téc. Imobilização
Ortopedia
Matrícula: 1410
Polo Sport Total

EVOLUÇÃO NA EMERGÊNCIA:

Destino do Paciente: () Alta para casa () Encaminhamento ao Ambulatório () Internamento
() Transferência para outra Unidade () Óbito () Outro:

Condição de Saúde do Paciente: () Melhorado () Inalterado () Piorado

Médico - Carimbo e Assinatura

UPA24H - UNID PRONTO ATEND CAXANGA

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

UPA CAXANGA - (SUS BH)

Data e hora retirada da senha: 30/08/2018 18:50

	Nome Paciente:	PAULO FERNANDO CRESPO DE ARAUJO NETO
	Cód. Paciente:	
	Data de Nascimento:	20/03/1990
	Sexo:	Masculino
	Idade:	28
	Senha:	DR0065
	Convênio:	-
	Atendimento:	
SAME:		

Período: 30/08/2018 19:18 - 30/08/2018 19:19

DANUTTA BRISSANTT SILVA - COREN: 260641 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - CLASSIFICAÇÃO

Prioridade: **URGENCIA**

Cor: AMARELO

Queixa Principal: COLISAO MOTO-CARRO ,DOR EM JOELHO DIR

Observação: HAS -
DM -
ALERGIA -

Fluxograma sintoma: TRAUMA MODERADO

Discriminador(es): - DOR MODERADA

Especialidade: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Sinais Vitais Lidos: - P.A. SISTOLICA: 140.00 MM/HG
- P.A.DISTOLICA: 80.00 MM/HG
- TEMPERATURA(C): 36.50 C°

Acolhido(a) por: DANUTTA BRISSANTT SILVA - COREN: 260641 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 30/08/2018 19:19

CUIDADOS SISTEMATIZADOS DE ENFERMAGEM TÉCNICO DE ENFERMAGEM			
Nome: _____		Registro: _____	
Clínica: _____		Enfermeira: _____	
Hipótese Diagnóstica: _____			
Hora Admissão: _____		PLANTÃO DIURNO	
Data: ____/____/____			
Estado Geral	☐ Regular	☐ Grave	☐ Gravíssimo
Dieta	☐ VQ	☐ SNG	☐ SNE ☐ SML ☐ SOG ☐ Dieta zero
Padrão Respiratório	☐ Espenico	☐ Taquipnéico	☐ Bradispnéico ☐ Dispnéico
Acesso Venoso	☐ Periférico	☐ Central	Local: _____
Curativo	☐ Sim	☐ Não	Local: _____
Drenos	☐ Sim	☐ Não	Local: _____
Evacuações	☐ Presente	☐ Ausente	Aspecto: _____
Diurese	☐ Presente ☐ SVD/SVA	☐ Ausente	Aspecto: _____
Observações _____ _____ _____			
Técnico de Enfermagem: _____			
CUIDADOS SISTEMATIZADOS DE ENFERMAGEM TÉCNICO DE ENFERMAGEM			
Nome: <u>Paulo Fernando Correa do Amaral Neto</u>		Registro: <u>1208024</u>	
Clínica: <u>Ortopedia</u>		Enfermeira: <u>Amélia</u>	
Hipótese Diagnóstica: _____			
Hora Admissão: _____		PLANTÃO NOTURNO	
Data: <u>30/05/18</u>			
Estado Geral	☒ Regular	☐ Grave	☐ Gravíssimo
Dieta	☒ VO	☐ SNG	☐ SNE ☐ SML ☐ SOG ☐ Dieta zero
Padrão Respiratório	☒ Espenico	☐ Taquipnéico	☐ Bradispnéico ☐ Dispnéico
Acesso Venoso	☒ Periférico	☐ Central	Local: <u>HSE</u>
Curativo	☐ Sim	☒ Não	Local: _____
Drenos	☐ Sim	☒ Não	Local: _____
Evacuações	☐ Presente	☐ Ausente	Aspecto: _____
Diurese	☒ Presente ☐ SVD/SVA	☐ Ausente	Aspecto: _____
Observações _____ _____ _____			
EXCELSIOR SEGUROS 11 FEV. 2019 SEGURO DPVAT			
Técnico de Enfermagem: <u>[Assinatura]</u>			
Cuidados de Enfermagem:		Horário	Responsável

[illegible]

DATA: 29/08/17

HORA: 22:50

HISTÓRICO

1. IDENTIFICAÇÃO

NOME: Paulo Renato Cruz de Aguiar Neto
IDADE: 28 REG: 123456789 SETOR: pediatria LEITO: 101

2. QUEIXA PRINCIPAL

HD: febre alta

3. ANTECEDENTES PESSOAIS

Alergias () Quais? N/A Tabagismo () Etilismo () Cardiopatia () Diabetes ()
HAS () Câncer () Doença Pulmonar () Depressão () Outros: N/A

EXAME FÍSICO

1. Estado Geral:

Bom () Regular (X) Comprometido () Grave ()

2. Avaliação de Neurológica:

Nível de Consciência: Consciente (X) Inconsciente () Orientado (X) Desorientado () Torporoso () Agitado () Sedado ()
Pupilas: Isocóricas () Anisocóricas () Estrabismo () Midríase () Miose () Fotorreagente ()

3. Condição de locomoção:

Deambula (X) Cadeira de rodas () acamado ()

4. Dieta

VO (X) Aceita bem (X) Não Aceita () Zero () SNG () SNE () GTT ()

5. Dieta

Integral () Não integral (X) Normocorada (X) Hipocorada () Ictéria () Anictérica (X) Cianótica () Acianótica () Sudorético ()
Edemas (X) Local: N/A Edemas () Local: Acesso venoso

6. Condições de Higiene.

Satisfatória (X) Insatisfatória () Dependente da Enfermagem ()

7. Sistema Respiratório:

() Eupnéico (X) Dispneico () Taquipnéico () Bradipnéico () BAN () Tiragem () Ret. Fúrcula ()
() Cateter Nasal l/m TQT () VNI () AVM () Modo Vent. FIO₂ PIP PEEP

8. Sistema Digestório:

Abdome: plano () Globoso () Escavado () Flácido (X) Distendido () Tenso () Ascítico ()
Doloroso à palpação: Sim () Não (X) Visceromegalia: Sim () Não (X)

9 Eliminações Fisiológicas:

Evacuação: Presente (X) Ausente () Tempo dias
Diurese: Presente (X) Ausente Espontânea () SVD () SVA () Cistostomia () Vol ml
Aspecto

10. SSVV:

PA: 120/80 mm/Hg P: 70 bpm FR: 18 rpm Sat O₂: 97% T: 36.5°C HGT: mg/dl

Diagnósticos de Enfermagem

Diagnósticos de Enfermagem		Intervenções de Enfermagem			
1. Eliminação Urinária Prejudicada.	Evidenciado por: () ITU () Dor na () Incontinência () Retenção Urinária () Urgência Urinária	() Detectar Características da Dor () Registrar a Ingestão Líquida () Medir Dor () Outros: _____			
2. Risco de Infecção.	Evidenciado por: () prurido (ex. secreção vesical) () Imunossupressão () Idoneidade Crônica () Aumento da exposição a patógenos	() Registrar Temperatura Efetiva () Medir para Sinais Físicos () Trocar Afer a cada 72 horas () Outros: _____			
3. Dor Aguda.	Evidenciado por: () Icterícia/Cronohistabilidade () Exatidão Facial () Relato Verbal de Dor	() Descrever Características da Dor () Manter em Posição Confortável () Registrar Alterações do Tonus Muscular () Outros: _____			
4. Risco de Quedas.	Evidenciado por: () Ausência de Grades de Proteção () Deficiências Visuais () Mobilidade Física Prejudicada	() Avaliar Grados de Proteção () Orientações aos Responsáveis () Outros: _____			
5. Integridade da Pele Prejudicada.	Evidenciado por: () Rompimento da Superfície da Pele () Inchaço de Espinha do Corpo () Identificação de Camadas de Pele () Edema	() Manter Pele Hidratada () Registrar Curativos () Manter para Sinais de Infecção () Descrever Características do Edema () Registrar presença de infecção () Outros: _____			
6. Mobilidade Física Prejudicada.	Evidenciado por: () Amplitude Limitada dos Movimentos () Dor nos Membros () Movimentos Descontrolados	() Medir o Dor () Manter Pele Hidratada () Outros: _____			
7. Padrão Respiratório Ineficaz.	Evidenciado por: () Ventilação Menor Diminuída () Dispneia () Uso da Musculatura Accessória () Capacidade Ventil Diminuída	() Avaliar Permeabilidade das Vias Aéreas () Monitorar a FR () Avaliar para Fatores Contribuintes e/ou Causadores () Outros: _____			
8. Risco de Sangramento.	Evidenciado por: () Distúrbios Gastrointestinais () Efeitos Secundários no Trabalho () Função Hepática Prejudicada () Trauma	() Monitorar Nível de Consciência () Observar Perda de Hemorragia () Registrar Curativos Comprometidos () Outros: _____			
9. Débito Cardíaco Diminuído.	Evidenciado por: () Alterações no ECG () Arritmias () Bradicardia () Turbulência () Síncope/Crises	() Monitorar a FC e regularidade do Pulso () Avaliar Monitorar os SIV () Registrar alterações no Loto () Observar sinais de edema () Outros: _____			
10. Desidratação Prejudicada.	Evidenciado por: () Jejum () Dificuldade de Deglutar () Ictérico () Prurido Nasal	() Avaliar Necessidade de Dieta por Sonda () Evitar Decúbito a 45° () Outros: _____			
11. Instabilidade e Pressão Arterial: () Diminuindo () Aumentando	Evidenciado por: () Cefaleia () Vertigem () Sangramentos () Prurido	() Manter pressão arterial a cada _____ h () Manter decúbito no lado _____ () Outros: _____			
12. Glicemia Prejudicada: () Diminuindo () Aumentando	Evidenciado por: () Sudores () Alteração do Nível de Consciência	() Medir e registrar HGT a cada _____ h () Avaliar / observar nível de consciência () Outros: _____			
ITU: INFECÇÃO DO TRATO URINÁRIO	FR: FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA	SV: SUPORTE BÁSICO DE VIDA	FC: FREQUÊNCIA CARDÍACA	ECG: ELETROCARDIOGRAMA	AV: ACESSO VENOSO PERIFÉRICO

ITU: INFECÇÃO DO TRATO URINÁRIO

FR: FREQUÊNCIA RESPIRATORIA

SIV: SUPORTE BÁSICO DE VIDA

FC: FREQUÊNCIA CARDÍACA

ECG: ELETROCARDIOGRAMA

AMP: ACESSO VENOSO PERIFÉRICO

ENFERMEIRO / COREN: _____

TEC DE ENFERMAGEM COREN: _____



PACIENTE: Paula Peronato C. de Jesus REG: 207200
DATA: 21/08/18 HORA: 20:50 SETOR: Pronto LEITO: 01

1 - Estado Geral:

Bom () Regular (☒) Comprometido () Grave ()

1 - Nível de Consciência:

Consciente (☒) Inconsciente () Orientado (☒) Desorientado () Sonolento () Agitado () Sedado ()
Escala de coma de Glasgow: _____ pts

3 - Condição de locomoção:

Deambula (☒) Cadeira de rodas () Acamado ()

4 - Dieta:

Zero () VO (☒) SNG () SNE () GTT () SNG Aberta () Retorno

5 - Pele:

Íntegra () Não íntegra / Local (☒) MTD (com manuseio) Normocorada (☒) Hipocorada () Ictéria () Anictérica (☒)
Cianótica () Acianótica () Sudoréico () Hidratada (☒) Desidratado ()
Edema / Local () : _____ Acesso venoso MS

6 - Condições de Higiene

Satisfatória (☒) Insatisfatória () Dependente da Enfermagem

7 - Sistema Respiratório

Eupnéico (☒) Dispneico () Taquicneico () Bradipneico () Ban () Tiragem () Ret. Fúrcula ()
Catéter Nasal () l/m Venturi () % TQT () VNI () AVM () Modo Vent _____ FIO₂ _____ PIP _____
PEEP _____ TOT N° _____

8 - Sistema Digestório:

Abdome: plano () Globoso () Escavado () Flácido (☒) Distendido () Tenso () Ascítico ()
Doloroso à palpação: sim () não (☒)

9 - Eliminações Fisiológicas:

Evacuação: Presente (☒) Ausente () Tempo _____ dias
Diurese: Presente (☒) Ausente () Espontânea () SVD () SVA ()
Cistostomia () Vol _____ ml Aspecto _____

10 - SSVV:

PA: 140x80 mm/Hg P: _____ bpm Sat O₂: 97 % T: 36.5 °C
HGT: _____ mg/dl

11 - Procedimentos Realizados / Observações

Realizado o exame físico (cateterização)

PACIENTE: _____ REG: _____
DATA: ____/____/____ HORA: ____:____ SETOR: _____ LEITO: _____

- Estado Geral:

em () Regular () Comprometido () Grave ()

- Nível de Consciência:

inconsciente () Inconsciente () Orientado () Desorientado () Sonolento () Agitado () Sedado ()
escala de coma de Glasgow: _____ pts

- Condição de locomoção:

ambula () Cadeira de rodas () Acamado ()

- Dieta:

pro () VO () SNG () SNE () GTT () SNG Aberta () Retorno

- Pele:

pergrea () Não integra / Local (): _____ Normocorada () Hipocorada () Ictéria () Anictérica ()
anótica () Acianótica () Sudoréico () Hidratada () Desidratado ()
ferida / Local (): _____ Acesso venoso _____

- Condições de Higiene

higienizada () Insatisfatória () Dependente da Enfermagem

- Sistema Respiratório

apneico () Dispneico () Taquipneico () Bradipneico () Ban () Tiragem () Ret. Fúrcula ()
cateter Nasal () ____ l/m Venturi () ____ % TQT () VNI () AVM () Modo Vent _____ FIO₂ _____ PIP _____
PEP _____ TOT N° _____

- Sistema Digestório:

corde: plano () Globoso () Escavado () Flácido () Distendido () Tenso () Ascítico ()
resistente à palpação: sim () não ()

- Eliminações Fisiológicas:

defecação: Presente () Aspecto _____ Ausente () Tempo _____ dias
urina: Presente () Ausente () Espontânea () SVD () SVA ()
ostomia () Vol _____ ml Aspecto _____

- SSVV:

PA: _____ mm/Hg P: _____ bpm Sat O₂: _____ % T: _____ °C
glicose: _____ mg/dl

- Procedimentos Realizados / Observações

ENFERMEIRO/COREN: _____

PACIENTE: _____ REG: _____
DATA: ____/____/____ HORA: ____:____ SETOR: _____ LEITO: _____

- Estado Geral:

am () Regular () Comprometido () Grave ()

- Nível de Consciência:

Consciente () Inconsciente () Orientado () Desorientado () Sonolento () Agitado () Sedado ()
Escala de coma de Glasgow: _____ pts

- Condição de locomoção:

ambula () Cadeira de rodas () Acamado ()

- Dieta:

alimento () VO () SNG () SNE () GTT () SNG Aberta () Retorno

- Pele:

Integra () Não íntegra / Local (): _____ Normocorada () Hipocorada () Ictéria () Anictérica ()
Cianótica () Acianótica () Sudoréico () Hidratada () Desidratado ()
Edema / Local (): _____ Acesso venoso _____

- Condições de Higiene

Satisfatória () Insatisfatória () Dependente da Enfermagem

- Sistema Respiratório

Eupnéico () Dispneico () Taquipnéico () Bradipnéico () Ban () Tiragem () Ret. Fúrcula ()
Cateter Nasal () ____ l/m' Venturi () ____ % TQT () VNI () AVM () Modo Vent _____ FIO₂ _____ PIP _____
PEEP _____ TOT N° _____

- Sistema Digestório:

Abdome: plano () Globoso () Escavado () Flácido () Distendido () Tenso () Ascítico ()
Doloroso à palpação: sim () não ()

- Eliminações Fisiológicas:

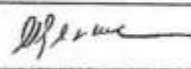
Defecação: Presente () Aspecto _____ Ausente () Tempo _____ dias
Mictúria: Presente () Ausente () Espontânea () SVD () SVA ()
Estomia () Vol _____ ml Aspecto _____

- SSVV:

PA: _____ mm/Hg .P: _____ bpm Sat O₂: _____ % T: _____ °C
BT: _____ mg/dl

- Procedimentos Realizados / Observações

ENFERMEIRO/COREN: _____

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL MINISTÉRIO DAS CIDADES DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO	
Nome PAULO FERNANDO CRESPO DE ARAUJO NETO	
	DOC. IDENTIDADE / ÓRG. EMISSOR / UF 8092675 SDS PE
	CPF 083.723.784-01
	DATANASCIMENTO 20/03/1990
	FRACÇÃO ANDRE CARLSON ALVES SA BARRETO ANA CARINA DA SILVA ARAÚJO
PERMISSÃO AB	ACC AB
CAT. HAB. AB	
Nº REGISTRO 05162208072	VALIDADE 12/11/2020
	1ª HABILITAÇÃO 17/03/2011
OBSERVAÇÕES 	
<i>Paulo Fernando Crespo de Araujo Neto</i>	
LOCAL RECIFE - PE	DATA EMISSÃO 13/11/2015
ASSINATURA DO PORTADOR 	
ASSINATURA DO EMISSOR 73114596484 PE069459657	
DETRAN - PE (PERNAMBUCO)	

VÁLIDA EM TODO
 O TERRITÓRIO NACIONAL
1107861655

PROIBIDO PLASTIFICAR
1107861655

EXCELSIOR SEGUROS
11 FEV. 2019
SEGURO DPVAT

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTERIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITACAO

NOME
CARLOS ANTONIO MANGABEIRA FERRIRA

DOC. IDENTIDADE / ORIG. EMISSOR / UF
6466408 SDS PE

CPF
012.891.554-45

DATA NASCIMENTO
15/10/1982

FLUACAO
MAO DECLARADO

TELMA LUCIA
MANGABEIRA FERRIRA

PERMISSAO
ACC
CAT. HAB.
AB

Nº REGISTRO
03936678503

VALIDADE
17/08/2021

1ª HABILITACAO
27/09/2006

VALIDA EM TODOS
O TERRITORIO NACIONAL
1301697147

OBSERVAÇÕES
Exerce Ativ Remunerada

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
OLINDA - PE

DATA EMISSAO
22/08/2016

ASSINATURA DO EMISSOR

04086869567
PE074467743

DETRAN - PE (PERNAMBUCO)

DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO

1301697147

EXCELSIOR SEGUROS

11 FEV. 2019

SEGURO DPVAT

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTERIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITACAO

NOME
CARLOS ANTONIO MANGABEIRA FERRIRA

DOC. IDENTIDADE / ORIG. EMISSOR / UF
6466408 SDS PE

CPF
012.891.554-45

DATA NASCIMENTO
15/10/1982

FLUACAO
MAO DECLARADO

TELMA LUCIA
MANGABEIRA FERRIRA

PERMISSAO
ACC
CAT. HAB.
AB

Nº REGISTRO
03936678503

VALIDADE
17/08/2021

1ª HABILITACAO
27/09/2006

VALIDA EM TODOS
O TERRITORIO NACIONAL
1301697147

OBSERVAÇÕES
Exerce Ativ Remunerada

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
OLINDA - PE

DATA EMISSAO
22/08/2016

ASSINATURA DO EMISSOR

04086869567
PE074467743

DETRAN - PE (PERNAMBUCO)

DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO

1301697147

EXCELSIOR SEGUROS

11 FEV. 2019

SEGURO DPVAT

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190271799 **Cidade:** Recife **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: PAULO FERNANDO CRESPO DE ARAUJO NETO **Data do acidente:** 30/08/2018 **Seguradora:** ALFA SEGURADORA

PARECER

Diagnóstico: Fratura de plato tibial direito

Descrição do exame físico: Vítima com edema em joelho direito, com bloqueio articular, alteração da marcha (+++), realiza flexão a 80 graus, deficit de força grave do joelho.

Resultados terapêuticos: Tratado conservadoramente com imobilização gessada, evoluindo sem complicações.
Fez fisioterapia.
Alta há cerca de 10 dias.

Sequelas permanentes: Deficit funcional severo (75%) em joelho direito

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 18/04/2019

Conduta mantida:

Observações: O exame físico descrito demonstrou que após a consolidação das lesões ocorridas no trauma e o termino do tratamento, há um quadro sequelar caracterizado por restrição dos movimentos habituais em joelho direito, portanto mantemos a conduta do médico examinador.

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 joelho	25 %	Em grau intenso - 75 %	18,75%	R\$ 2.531,25
Total			18,75 %	R\$ 2.531,25

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190271799 **Cidade:** Recife **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: PAULO FERNANDO CRESPO DE ARAUJO NETO **Data do acidente:** 30/08/2018 **Seguradora:** ALFA SEGURADORA

PARECER

Diagnóstico: Fratura de plato tibial direito

Descrição do exame físico: Vítima com edema em joelho direito, com bloqueio articular, alteração da marcha (+++), realiza flexão a 80 graus, deficit de força grave do joelho.

Resultados terapêuticos: Tratado conservadoramente com imobilização gessada, evoluindo sem complicações.
Fez fisioterapia.
Alta há cerca de 10 dias.

Sequelas permanentes: Deficit funcional severo (75%) em joelho direito

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 18/04/2019

Conduta mantida:

Observações: O exame físico descrito demonstrou que após a consolidação das lesões ocorridas no trauma e o termino do tratamento, há um quadro sequelar caracterizado por restrição dos movimentos habituais em joelho direito, portanto mantemos a conduta do médico examinador.

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 joelho	25 %	Em grau intenso - 75 %	18,75%	R\$ 2.531,25
Total			18,75 %	R\$ 2.531,25

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190271799 **Cidade:** Recife **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: PAULO FERNANDO CRESPO DE ARAUJO NETO **Data do acidente:** 30/08/2018 **Seguradora:** ALFA SEGURADORA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 16/04/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DO PLATÔ TIBIAL DIREITO. (P5)

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA. (P5)

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: &@(P1)SOLICITO PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VIGÊNCIA DESTAS INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190118583 **Cidade:** Recife **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: PAULO FERNANDO CRESPO DE ARAUJO NETO **Data do acidente:** 30/08/2018 **Seguradora:** ALFA SEGURADORA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 04/04/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO PLATO TIBIAL DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR(P.1)
ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: EM TODOS OS DOCUMENTOS MÉDICOS ACOSTADOS NÃO SE EVIDENCIA PRESENÇA DE SEQUELAS PERMANENTES QUE NÃO SEJAM SUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO PROPORCIONADA POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
		Total	0 %	R\$ 0,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190271799 **Cidade:** Recife **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: PAULO FERNANDO CRESPO DE ARAUJO NETO **Data do acidente:** 30/08/2018 **Seguradora:** ALFA SEGURADORA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 16/04/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DO PLATÔ TIBIAL DIREITO. (P5)

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA. (P5)

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: (P1)SOLICITO PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VIGÊNCIA DESTAS INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75

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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Número do Sinistro: 3190271799

Nome do(a) Examinado(a): PAULO FERNANDO CRESPO DE ARAUJO NETO

Endereço do(a) Examinado(a): Rua São Bernardo, 10 - São Lourenço da Mata/PE - CEP 54705-140

Identificação - Orgão Emissor/UF/Número : 8092675 - sds pe - 13/11/2015

Data e Local do Acidente : 30/08/2018 - Recife/PE

Data e Local do Exame : 18/04/2019 AVENIDA GOVERNADOR AGAMENON MAGALHÃES, 2615 - SALA 507 - RECIFE/PE - CEP 52021-170

Resultado da Avaliação Médica

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

fratura de plato tibial direito

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

Tratado conservadoramente com imobilização gessada, evoluindo sem complicações.

Fez fisioterapia.

Alta há cerca de 10 dias.

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

vitima com edema em joelho direito, com bloqueio articular, alteração da marcha (+-++++), realiza flexão a 80 graus, deficit de força grave do joelho.

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

V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a qualquer medida terapêutica)? [X] Sim [] Não

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

limitação grave de joelho direito, com bloqueio articular

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

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

Vide motivo do impedimento no
campo das observações

() “Vítima em tratamento” Esta
avaliação médica deve ser repetida
em _____ dias

() “Sem sequela permanente” (Não
existem lesões diretamente
decorrentes de acidente de trânsito
que não sejam suscetíveis de
amenização proporcionada por
qualquer medida terapêutica)

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

Região Corporal

joelho direito

% do Dano () 10% residual () 25% leve
() 50% médio (X) 75% intensa () 100%
completo

Região Corporal

% do Dano () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100%
completo

Região Corporal

% do Dano () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100%
completo

Região Corporal

% do Dano () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100%
completo

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



LEONARDO DE FARIA NEVES CRM : 17742 / UF :PE

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE: PAULO FERNANDO CRESPO DE ARAÚJO

RG / CNH / TPS: 05162208072 **CPF:** 083.723.784-01

End: RUA SÃO BERNARDO, Nº 10 – SÃO LOURENÇO DA MATA/PE.

OUTORGADO: CARLOS ANTÔNIO MANGABEIRA FERREIRA

RG / CNH / TPS: 6.466.408 SDS/PE **CPF:** 012.891.554-45

End: AV. TIRADENTES Nº 366, 4º ETAPA – RIO DOCE – OLINDA/PE

Nomeia meu bastante procurador o outorgado acima citado com poderes específicos para resolver todas as questões administrativas referentes ao **SEGURO DPVAT**, que configura como **vítima**:

PAULO FERNANDO CRESPO DE ARAÚJO

CPF: 083.723.784-01

S. LOURENÇO DA MATA, 11 de JANEIRO de 2019



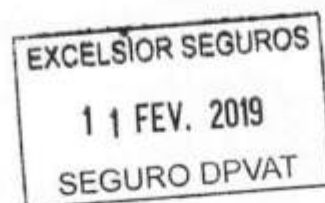
* Paulo Fernando Crespo de Araújo Neto

(RECONHECER FIRMA POR AUTÊNTICIDADE)

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
ESTADO DE PERNAMBUCO

Serventia Notarial de São Lourenço da Mata/PE
Rua Dez de Janeiro, 33B - Centro - (01) 3519-0217 -
serventianotariais@gmail.com. Reconheço por AUTENTICIDADE a(s)
firma(s) de: (1) Paulo Fernando Crespo de Araújo Neto, São Lourenço
da Mata, 11/01/2019, 13:51, DOU FÉ. Anna Gabriella Farinha de
Medeiros - escrevente autorizada. Ao Cartório: R\$ 3,39 - TSH: R\$
0,80 - FERC: R\$ 0,40 - Total: R\$ 4,59. Selo(s):
0159483.NS212201801.01260

Consulte a autenticidade em: www.ign.br/pt/validar



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0050553/19

Número do Sinistro: 3190118583

Vítima: PAULO FERNANDO CRESPO DE ARAUJO

CPF: 083.723.784-01

Seguradora: ALFA SEGURADORA

Data do acidente: 30/08/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: PAULO FERNANDO CRESPO DE ARAUJO NETO

DOCUMENTOS ENTREGUES

CARLOS ANTONIO MANGABEIRA FERREIRA : 012.891.554-45

Declaração Circular SUSEP 445/12

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

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

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 18/02/2019

Nome: CARLOS ANTONIO MANGABEIRA FERREIRA

CPF: 012.891.554-45

CARLOS ANTONIO MANGABEIRA FERREIRA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 18/02/2019

Nome: GABRIELLA MARIA DE ABREU MACHADO

CPF: 097.679.434-98

GABRIELLA MARIA DE ABREU MACHADO

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0050553/19

Número do Sinistro: 3190118583

Vítima: PAULO FERNANDO CRESPO DE ARAUJO

CPF: 083.723.784-01

Seguradora: ALFA SEGURADORA

Data do acidente: 30/08/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: PAULO FERNANDO
CRESPO DE ARAUJO NETO

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência

Documentação médico-hospitalar

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

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

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 13/03/2019
Nome: CARLOS ANTONIO MANGABEIRA FERREIRA
CPF: 012.891.554-45

CARLOS ANTONIO MANGABEIRA FERREIRA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 13/03/2019
Nome: GABRIELLA MARIA DE ABREU MACHADO
CPF: 097.679.434-98

GABRIELLA MARIA DE ABREU MACHADO

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0050553/19

Número do Sinistro: 3190118583

Vítima: PAULO FERNANDO CRESPO DE ARAUJO

CPF: 083.723.784-01

Seguradora: ALFA SEGURADORA

CPF de: Próprio

Data do acidente: 30/08/2018

Titular do CPF: PAULO FERNANDO
CRESPO DE ARAUJO NETO

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Documentação médico-hospitalar

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

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

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 21/03/2019
Nome: CARLOS ANTONIO MANGABEIRA FERREIRA
CPF: 012.891.554-45

CARLOS ANTONIO MANGABEIRA FERREIRA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 21/03/2019
Nome: RAIANNE SILVA BARBOSA
CPF: 102.869.074-61

RAIANNE SILVA BARBOSA

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0050553/19

Número do Sinistro: 3190118583

Vítima: PAULO FERNANDO CRESPO DE ARAUJO

CPF: 083.723.784-01

Seguradora: ALFA SEGURADORA

Data do acidente: 30/08/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: PAULO FERNANDO
CRESPO DE ARAUJO NETO

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Documentação médico-hospitalar

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

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

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 29/03/2019
Nome: CARLOS ANTONIO MANGABEIRA FERREIRA
CPF: 012.891.554-45

CARLOS ANTONIO MANGABEIRA FERREIRA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 29/03/2019
Nome: RAIANNE SILVA BARBOSA
CPF: 102.869.074-61

RAIANNE SILVA BARBOSA

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0050553/19

Vítima: PAULO FERNANDO CRESPO DE ARAUJO

CPF: 083.723.784-01

Seguradora: ALFA SEGURADORA

Data do acidente: 30/08/2018

Titular do CPF: PAULO FERNANDO
CRESPO DE ARAUJO NETO

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação

CARLOS ANTONIO MANGABEIRA FERREIRA : 012.891.554-45

Comprovante de residência
Documentos de identificação
Procuração

PAULO FERNANDO CRESPO DE ARAUJO NETO : 083.723.784-01

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

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

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 11/02/2019
Nome: CARLOS ANTONIO MANGABEIRA FERREIRA
CPF: 012.891.554-45

CARLOS ANTONIO MANGABEIRA FERREIRA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 11/02/2019
Nome: SIMONE BARBOSA CORREIA
CPF: 026.826.254-36

SIMONE BARBOSA CORREIA

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0124523/19

Vítima: PAULO FERNANDO CRESPO DE ARAUJO NETO

CPF: 083.723.784-01

Seguradora: ALFA SEGURADORA

Data do acidente: 30/08/2018

Titular do CPF: PAULO FERNANDO
CRESPO DE ARAUJO NETO

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação

CARLOS ANTONIO MANGABEIRA FERREIRA : 012.891.554-45

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

PAULO FERNANDO CRESPO DE ARAUJO NETO : 083.723.784-01

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

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

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 11/04/2019
Nome: CARLOS ANTONIO MANGABEIRA FERREIRA
CPF: 012.891.554-45

CARLOS ANTONIO MANGABEIRA FERREIRA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 11/04/2019
Nome: RAIANNE SILVA BARBOSA
CPF: 102.869.074-61

RAIANNE SILVA BARBOSA

Rio de Janeiro, 14 de Fevereiro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190118583

Vítima: PAULO FERNANDO CRESPO DE ARAUJO NETO

Data do Acidente: 30/08/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: CARLOS ANTONIO MANGABEIRA FERREIRA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), PAULO FERNANDO CRESPO DE ARAUJO NETO

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, 20 de Fevereiro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190118583

Vítima: PAULO FERNANDO CRESPO DE ARAUJO NETO

Data do Acidente: 30/08/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: CARLOS ANTONIO MANGABEIRA FERREIRA

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), PAULO FERNANDO CRESPO DE ARAUJO NETO

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

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

Documentação médico-hospitalar incompleto(a), necessário apresentar o documento completo sem rasuras ou abreviações.

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



Rio de Janeiro, 20 de Março de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190118583

Vítima: PAULO FERNANDO CRESPO DE ARAUJO NETO

Data do Acidente: 30/08/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: CARLOS ANTONIO MANGABEIRA FERREIRA

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), PAULO FERNANDO CRESPO DE ARAUJO NETO

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

Documentação médico-hospitalar não enviado(a), não acusamos o recebimento do documento, necessário apresentar.

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



Rio de Janeiro, 26 de Março de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190118583

Vítima: PAULO FERNANDO CRESPO DE ARAUJO NETO

Data do Acidente: 30/08/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: CARLOS ANTONIO MANGABEIRA FERREIRA

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), PAULO FERNANDO CRESPO DE ARAUJO NETO

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

Documentação médico-hospitalar não enviado(a), não acusamos o recebimento do documento, necessário apresentar.

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



Rio de Janeiro, 04 de Abril de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190118583

Vítima: PAULO FERNANDO CRESPO DE ARAUJO NETO

Data do Acidente: 30/08/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: CARLOS ANTONIO MANGABEIRA FERREIRA

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), PAULO FERNANDO CRESPO DE ARAUJO NETO

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

Foi verificado que o dano pessoal evoluiu sem sequela definitiva, razão pela qual não foi caracterizada a invalidez permanente coberta pelo Seguro DPVAT.

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 orientações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 15 de Abril de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190271799

Vítima: PAULO FERNANDO CRESPO DE ARAUJO NETO

Data do Acidente: 30/08/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: CARLOS ANTONIO MANGABEIRA FERREIRA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), PAULO FERNANDO CRESPO DE ARAUJO NETO

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. 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, 17 de Abril de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190271799

Vítima: PAULO FERNANDO CRESPO DE ARAUJO NETO

Data do Acidente: 30/08/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: CARLOS ANTONIO MANGABEIRA FERREIRA

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Comunicamos que o pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado e está em análise e o prazo regulamentar de 30 dias foi interrompido para apuração de dados e informações adicionais. Assim que todas as informações forem finalizadas, o prazo voltará a seguir normalmente.

Por favor, aguarde contato e continue acompanhando o seu pedido de indenização através dos canais oficiais da Seguradora Líder DPVAT.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 07 de Maio de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190271799

Vítima: PAULO FERNANDO CRESPO DE ARAUJO NETO

Data do Acidente: 30/08/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: CARLOS ANTONIO MANGABEIRA FERREIRA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), PAULO FERNANDO CRESPO DE ARAUJO NETO

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\$ 2.531,25

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

Graduação: Em grau intenso 75%

% Invalidez Permanente DPVAT: (75% de 25%) 18,75%

Valor a indenizar: 18,75% x 13.500,00 = R\$ 2.531,25

Recebedor: PAULO FERNANDO CRESPO DE ARAUJO NETO

Valor: R\$ 2.531,25

Banco: 104

Agência: 000000876

Conta: 00000112358-6

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



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:
	083.723.784-01	Paulo Fernando Crespo de Araujo Neto
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012		
Nome completo:	CPF:	
Paulo Fernando Crespo de Araujo Neto	083.723.784-01	
Profissão:	Número:	Complemento:
	10-c	
Bairro:	Cidade:	Estado:
CAPIBARIBE	São Lourenço	PE
E-mail:	CEP:	Tel.(DDD):
	54705-140	(81) 81764047

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

RENDA MENSAL:

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

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

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

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)	☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
☐ Bradesco (237) ☐ Itai (341) ☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)	Nome do BANCO: _____
AGÊNCIA: 0876 13 CONTA: 00112358 6	AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir)	(Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima:	☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo	Data do óbito da vítima:
Grau de Parentesco com a vítima:	Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não	Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não	Se tinha filhos, informar quantos: Vivos: Falecidos:	Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não
		Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

Local e Data, São Lourenço 16.02.19

Nome: _____

CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Paulo Fernando Crespo de Araujo Neto

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª Nome:	EXCELSIOR SEGUROS
CPF:	
2ª Nome:	11 FEV. 2019
CPF:	Assinatura
	SEGURO DPVAT

Assinatura

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

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

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:
	083.723.784-01	Paulo Fernando Crespo de Araujo Neto
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012		
Nome completo:	CPF:	
Paulo Fernando Crespo de Araujo Neto	083.723.784-01	
Profissão:	Número:	Complemento:
	10-c	
Bairro:	Cidade:	Estado:
CAPIBARIBE	São Lourenço	PE
E-mail:	CEP:	Tel.(DDD):
	54705-140	(81) 81764047

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

RENDA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR	☐ ATÉ R\$1.000,00	☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00	☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
☐ SEM RENDA	☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00	☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00	☐ ACIMA DE R\$10.000,00

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

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ Bradesco (237) ☐ Itai (341) ☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)	☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos) Nome do BANCO: _____
AGÊNCIA: 0876 13 CONTA: 00112358 6 (Informar o dígito se existir)	AGÊNCIA: _____ CONTA: _____ (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima:	☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo	Data do óbito da vítima:
Grau de Parentesco com a vítima:	Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não	Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não	Se tinha filhos, informar quantos: Vivos: Falecidos:	Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não
		Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

Local e Data: São Lourenço 16.02.19

Nome: _____

CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Paulo Fernando Crespo de Araujo Neto

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1ª Nome:	EXCELSIOR SEGUROS
CPF:	
2ª Nome:	11 FEV. 2019
CPF:	Assinatura
	SEGURO DPVAT
	Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver) Assinatura do Procurador (se houver)

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

ASL-0050553/19



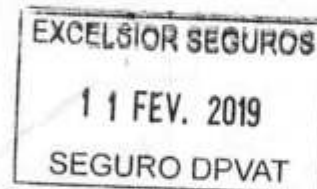
GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 006ª CIRCUNSCRIÇÃO - CORDEIRO - DP6ª CIRC/DIM/2ª DESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 18E0096007123Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **28/11/2018** às **15:51**Complementa o BO Número: **18E0096007121****ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado)** que aconteceu no dia **30/8/2018** no período da **Tarde**

Fato ocorrido no endereço: **BAIRRO DE IPUTINGA (BAIRRO), 1 - Bairro: IPUTINGA - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PÚBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

SUSP (AUTOR \ AGENTE)
PAULO FERNANDO CRESPO DE ARAÚJO NETO (VÍTIMA)



Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): SUSP
VEÍCULO: (Produto de crime contra o patrimônio), que estava em posse do(a) Sr(a): PAULO FERNANDO CRESPO DE ARAÚJO NETO

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

PAULO FERNANDO CRESPO DE ARAÚJO NETO (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: ANA CARINA DA SILVA ARAÚJO Pai: ANDRÉ CARLOS ALVES SÁ BARRETO Data de Nascimento: 20/3/1990
Naturalidade: **RECIFE / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **8090675/SDS/PE (RG). 08372378401 (CPF)** Estado Civil: **AMASIADO(A)** Escolaridade: **2º. GRAU INCOMPLETO** Telefones Celulares: **- 988112733**

Endereço Residencial: **BAIRRO DE CAPIBARIBE (BAIRRO), 10, RUA SÃO BERNARDO - CEP: 55000-000 - Bairro: CAPIBARIBE - SAO LOURENCO DA MATA/PERNAMBUCO/BRASIL**

SUSP (não presente ao plantão) - Sexo: Feminino Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

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

VEÍCULO 01 (VEÍCULO), que estava em posse do(a) Sr(a): PAULO FERNANDO CRESPO DE ARAÚJO NETO

Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**
Quantidade: **0 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Descrição: **MODELO TWISTER, ANO 2008, PLACA KGP 7463, QUE ESTÁ NO NOME DA PESSOA DE AMICICLEI FRANCO DE SOUZA SILVA.**

VEÍCULO 02 (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **SUSP**, que estava em posse do(a) Sr(a): **SUSP**
Categoria/Marca/Modelo: **AUTOMOVEL/NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**
Quantidade: **0 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Complemento / Observação

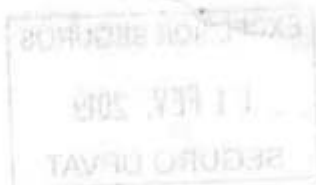
INFORMOU A VÍTIMA QUE VINHA PILOTANDO A MOTOCICLETA SUPRACITADA, QUE ESTAVA SOB SUA RESPONSABILIDADE QUANDO, EM DETERMINADO MOMENTO, TEVE A MESMA ABALROADA POR UM VEÍCULO DE PLACA NÃO ANOTADA. SEGUNDO O MESMO, APÓS TER DADO CAUSA AO ACIDENTE, A CONDUTORA DO VEÍCULO EVADIU - SE DO LOCAL SEM, CONTUDO, ARCAR COM O ÔNUS DO OCORRIDO NEM REALIZAR O DEVIDO SOCORRO AO MESMO. DIANTE DE TAL FATO, A VÍTIMA VEIO A ESTA DP NOTICIAR O OCORRIDO E PEDIR AS PROVIDÊNCIAS LEGAIS CABÍVEIS.

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

PAULO FERNANDO CRESPO DE ARAÚJO NETO
(VITIMA)

X Paulo Fernando Crespo de Araújo Neto

B.O. registrado por: **JORGE RICARDO FREITAS DOS SANTOS**



[Handwritten signature]

ASL-0050553/19



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 006ª CIRCUNSCRIÇÃO - CORDEIRO - DP6ª CIRC/DIM/2ª DESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **18E0096007123**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **28/11/2018** às **15:51**

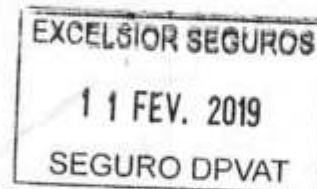
Complementa o BO Número: **18E0096007121**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia **30/8/2018** no período da **Tarde**

Fato ocorrido no endereço: **BAIRRO DE IPUTINGA (BAIRRO), 1 - Bairro: IPUTINGA - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

SUSP (AUTOR \ AGENTE)
PAULO FERNANDO CRESPO DE ARAÚJO NETO (VITIMA)



Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): SUSP
VEICULO: (Produto de crime contra o patrimônio) , que estava em posse do(a) Sr(a): PAULO FERNANDO CRESPO DE ARAÚJO NETO

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

PAULO FERNANDO CRESPO DE ARAÚJO NETO (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: ANA CARINA DA SILVA ARAÚJO Pai: ANDRÉ CARLOS ALVES SÁ BARRETO Data de Nascimento: 20/3/1990
Naturalidade: **RECIFE / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **8090675/SDS/PE (RG). 08372378401 (CPF)** Estado Civil: **AMASIADO(A)** Escolaridade: **2º. GRAU INCOMPLETO** Telefones Celulares: **- 988112733**

Endereço Residencial: **BAIRRO DE CAPIBARIBE (BAIRRO), 10, RUA SÃO BERNARDO - CEP: 55000-000 - Bairro: CAPIBARIBE - SAO LOURENCO DA MATA/PERNAMBUCO/BRASIL**

SUSP (não presente ao plantão) - Sexo: Feminino Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

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

VEÍCULO 01 (VEICULO), que estava em posse do(a) Sr(a): PAULO FERNANDO CRESPO DE ARAÚJO NETO

Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**
Quantidade: **0 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Descrição: **MODELO TWISTER, ANO 2008, PLACA KGP 7463, QUE ESTÁ NO NOME DA PESSOA DE AMICICLEI FRANCO DE SOUZA SILVA.**

VEÍCULO 02 (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **SUSP**, que estava em posse do(a) Sr(a): **SUSP**
Categoria/Marca/Modelo: **AUTOMOVEL/NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**
Quantidade: **0 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Complemento / Observação

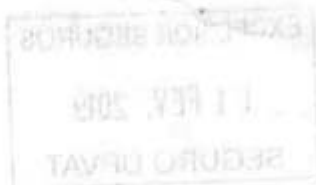
INFORMOU A VÍTIMA QUE VINHA PILOTANDO A MOTOCICLETA SUPRACITADA, QUE ESTAVA SOB SUA RESPONSABILIDADE QUANDO, EM DETERMINADO MOMENTO, TEVE A MESMA ABALROADA POR UM VEÍCULO DE PLACA NÃO ANOTADA. SEGUNDO O MESMO, APÓS TER DADO CAUSA AO ACIDENTE, A CONDUTORA DO VEÍCULO EVADIU - SE DO LOCAL SEM, CONTUDO, ARCAR COM O ÔNUS DO OCORRIDO NEM REALIZAR O DEVIDO SOCORRO AO MESMO. DIANTE DE TAL FATO, A VÍTIMA VEIO A ESTA DP NOTICIAR O OCORRIDO E PEDIR AS PROVIDÊNCIAS LEGAIS CABÍVEIS.

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

PAULO FERNANDO CRESPO DE ARAÚJO NETO
(VITIMA)

X Paulo Fernando Crespo de Araújo Neto

B.O. registrado por: **JORGE RICARDO FREITAS DOS SANTOS**



[Handwritten signature of Jorge Ricardo Freitas dos Santos]

ASL-0050553/19



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 006ª CIRCUNSCRIÇÃO - CORDEIRO - DP6ª CIRC/DIM/2ª DESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **18E0096007123**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **28/11/2018** às **15:51**

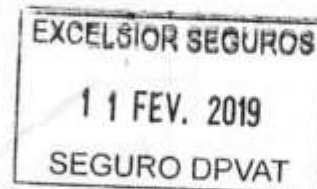
Complementa o BO Número: **18E0096007121**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia **30/8/2018** no período da **Tarde**

Fato ocorrido no endereço: **BAIRRO DE IPUTINGA (BAIRRO), 1 - Bairro: IPUTINGA - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PÚBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

SUSP (AUTOR \ AGENTE)
PAULO FERNANDO CRESPO DE ARAÚJO NETO (VÍTIMA)



Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): SUSP
VEÍCULO: (Produto de crime contra o patrimônio), que estava em posse do(a) Sr(a): PAULO FERNANDO CRESPO DE ARAÚJO NETO

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

PAULO FERNANDO CRESPO DE ARAÚJO NETO (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: ANA CARINA DA SILVA ARAÚJO Pai: ANDRÉ CARLOS ALVES SÁ BARRETO Data de Nascimento: 20/3/1990
Naturalidade: **RECIFE / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **8090675/SDS/PE (RG). 08372378401 (CPF)** Estado Civil: **AMASIADO(A)** Escolaridade: **2º. GRAU INCOMPLETO** Telefones Celulares: **- 988112733**

Endereço Residencial: **BAIRRO DE CAPIBARIBE (BAIRRO), 10, RUA SÃO BERNARDO - CEP: 55000-000 - Bairro: CAPIBARIBE - SAO LOURENCO DA MATA/PERNAMBUCO/BRASIL**

SUSP (não presente ao plantão) - Sexo: Feminino Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

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

VEÍCULO 01 (VEÍCULO), que estava em posse do(a) Sr(a): PAULO FERNANDO CRESPO DE ARAÚJO NETO

Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**
Quantidade: **0 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Descrição: **MODELO TWISTER, ANO 2008, PLACA KGP 7463, QUE ESTÁ NO NOME DA PESSOA DE AMICICLEI FRANCO DE SOUZA SILVA.**

VEÍCULO 02 (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **SUSP**, que estava em posse do(a) Sr(a): **SUSP**
Categoria/Marca/Modelo: **AUTOMOVEL/NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**
Quantidade: **0 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Complemento / Observação

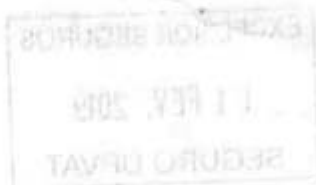
INFORMOU A VÍTIMA QUE VINHA PILOTANDO A MOTOCICLETA SUPRACITADA, QUE ESTAVA SOB SUA RESPONSABILIDADE QUANDO, EM DETERMINADO MOMENTO, TEVE A MESMA ABALROADA POR UM VEÍCULO DE PLACA NÃO ANOTADA. SEGUNDO O MESMO, APÓS TER DADO CAUSA AO ACIDENTE, A CONDUTORA DO VEÍCULO EVADIU - SE DO LOCAL SEM, CONTUDO, ARCAR COM O ÔNUS DO OCORRIDO NEM REALIZAR O DEVIDO SOCORRO AO MESMO. DIANTE DE TAL FATO, A VÍTIMA VEIO A ESTA DP NOTICIAR O OCORRIDO E PEDIR AS PROVIDÊNCIAS LEGAIS CABÍVEIS.

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

PAULO FERNANDO CRESPO DE ARAÚJO NETO
(VITIMA)

X Paulo Fernando Crespo de Araújo Neto

B.O. registrado por: **JORGE RICARDO FREITAS DOS SANTOS**



[Handwritten signature of Jorge Ricardo Freitas dos Santos]

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:
	083.723.784-01	Paulo Fernando Crespo de Araujo Neto
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012		
Nome completo:	CPF:	
Paulo Fernando Crespo de Araujo Neto	083.723.784-01	
Profissão:	Número:	Complemento:
	10-c	
Bairro:	Cidade:	Estado:
CAPIBARIBE	São Lourenço	PE
E-mail:	CEP:	Tel.(DDD):
	54705-140	(81) 81764047

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

RENDA MENSAL:

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

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

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

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)	☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
☐ Bradesco (237) ☐ Itai (341) ☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)	Nome do BANCO: _____
AGÊNCIA: 0876 13 CONTA: 00112358 6	AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir)	(Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima:	☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo	Data do óbito da vítima:
Grau de Parentesco com a vítima:	Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não	Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não	Se tinha filhos, informar quantos: Vivos: Falecidos:	Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não
		Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

Local e Data, São Lourenço 16.02.19

Nome: _____

CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Paulo Fernando Crespo de Araujo Neto

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1ª Nome:	EXCELSIOR SEGUROS
CPF:	
2ª Nome:	11 FEV. 2019
CPF:	Assinatura
	SEGURO DPVAT
	Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver) Assinatura do Procurador (se houver)

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

EVASÃO AS 22:00HS

Data do Atendimento: 30/08/2018

Hora: 19:22:30

PRONTUÁRIO: 445043

Colaborador: JANAINAJFC

No. Atendimento: 1208024

ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Sector / Serviço: CONSULTORIO MEDICO

Sexo: Masculino

Nome: PAULO FERNANDO CRESPO DE ARAUJO NETO

Data de Nascimento: 20/03/1990

Idade: 28 Anos, 5 Meses e 10 Dias

C.I.:

Pais ou responsáveis: ANA CARINA DA SILVA ARAUJO

Endereço: RUA SAO BERNARDO, 10 - CAPIBARIBE/ - 54705140

Cidade: SAO LOURENCO DA MATA Tel.: 81988112733 -

Hora do Atendimento: 19/35. Hs

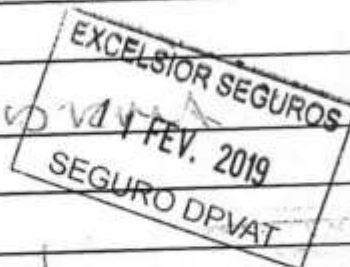
Peso: Kg

UPA24h
UPA CAXANGÁ 24h
Soraya Santos
Aux. de Faturamento
Mat. 1610

Temperatura: °

OPD / HDA: Ruptura de ligamento do joelho com
doença reumática em fase D.

EXAME FÍSICO: Doença mobilizada e reumática



DIAGNÓSTICO: Fratura de patela bilateral

TIPO:

ACC:

CONDUTA NA EMERGÊNCIA / PRESCRIÇÃO

Adriano Guedes

Téc. Imobilização

Ortopédica

Matrícula: 1410

Pelo Sport Tudo!

Trata dor com

Dirta Limb.

EVOLUÇÃO NA EMERGÊNCIA:

Tramadol 100mg + 100mg, 50. 3x 616h

Orfinoma 100mg + 100mg 3x 616h

Elaxan 400mg 100mg se. 24/24h

A SRA ANA CARINA

*Destino do Paciente: () Alta para casa () Encaminhamento ao Ambulatório () Internamento

() Transferência para outra Unidade () Óbito () Outro:

*Condição de Saúde do Paciente: () Melhorado () Inalterado () Piorado

Dr. Marcelo Corrêa
Ortopedista
CRM: 19445

Médico - Carimbo e Assinatura

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: 29/04/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.531,25

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: PAULO FERNANDO CRESPO DE ARAUJO NETO

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00876

CONTA: 000000112358-6

Nr. da Autenticação 203478F3F0BB5F13

Claro

FATURA DIGITAL.

VIVER O AGORA É DEIXAR O SEU DIA CADA VEZ MAIS PRÁTICO.

Cadastre-se agora para receber a sua Fatura Digital.
Acesse: minhaclaro.com.br



03702755



CTC RECIFE PE PL3

ANA CARINA DA SILVA ARAUJO
R SAO BERNARDO, 10, FR
CAPIBARIBE
54705-140

SAO LOURENCO DA MATA PE



7216210573500340000033966830241018
POSTAGEM: 24/10/2018 VENCIMENTO: 08/11/2018

A conta da sua
TV por assinatura.

EXCELSIOR SEGUROS
11 FEV. 2019
SEGURO DPVAT

3823/538209692/003	ABRIL COMUNICACOES S/A 23728 CORPORATE					2372-8/0026707-4
VENCIMENTO	DATA DO DOCUMENTO	Nº DOCUMENTO	ESPECIE DOC	ACEITE	DATA PROCESSAMENTO	BOSSO NUMERO
20/10/2019	29/11/2018	3823/538209692/003			29/11/2018	09/69900208787-8
AGENCIACAO CEDENTE	USO DO BANCO	CARTERIA	ESPECIE DE	PARCELA	QTDE MOEDA	VALOR MOEDA
2372-8/0026707-4		NAC	DE	DADO 011013	1	90 12



CDD OLINDA PE/CTC RECIFE PE CIDB
 ELISANGELA MARIA DA SILVA
 AV TIRADENTES 366
 CS - RIO DOCE
 53080-490 OLINDA PE

SEQ.: V00.TR_002_A4_COBENPB_LT001/00000442/0PAGA1/119/F-3/P-2/B - 12

EXCELSIOR SEGUROS
 11 FEV. 2019
 SEGURO DPVAT

Claro

FATURA DIGITAL.

VIVER O AGORA É DEIXAR O SEU DIA CADA VEZ MAIS PRÁTICO.

Cadastre-se agora para receber a sua Fatura Digital.
Acesse: minhaclaro.com.br



03702755



CTC RECIFE PE PL3

ANA CARINA DA SILVA ARAUJO
R SAO BERNARDO, 10, FR
CAPIBARIBE
54705-140

SAO LOURENCO DA MATA PE



7216210573500340000033966830241018
POSTAGEM: 24/10/2018 VENCIMENTO: 08/11/2018

A conta da sua
TV por assinatura.

EXCELSIOR SEGUROS
11 FEV. 2019
SEGURO DPVAT

3823/538209692/003	ABRIL COMUNICACOES S/A 23728 CORPORATE					2372-8/0026707-4
VENCIMENTO	DATA DO DOCUMENTO	Nº DOCUMENTO	ESPECIE DOC	ACEITE	DATA PROCESSAMENTO	BOSSO NUMERO
20/10/2019	29/11/2018	3823/538209692/003			29/11/2018	09/69900208787-8
AGENCIACAO CEDENTE	USO DO BANCO	CARTERA	ESPECIE DE	PARCELA	QTDE MOEDA	VALOR MOEDA
2372-8/0026707-4		NAC	DE	DADO 011013	1	90 12
						(R) VALOR DO DOCUMENTO



CDD OLINDA PE/CTC RECIFE PE CIDB
 ELISANGELA MARIA DA SILVA
 AV TIRADENTES 366
 CS - RIO DOCE
 53080-490 OLINDA PE

SEQ.: V00.TR_002_A4_COBENPB_LT001/00000442/0PAGA1/119/F-3/P-2/B - 12

EXCELSIOR SEGUROS
 11 FEV. 2019
 SEGURO DPVAT

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

<http://www2.susep.gov.br/bibliotecaweb/docoriginal.aspx?TIPO=1&CODIGO=29636>

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

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF**².

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

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

Pelo exposto, eu Paulo Fernando Caspary de Abreu Neto inscrito (a) no CPF/CNPJ 012.891.554, 45 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Paulo Fernando Caspary de Abreu Neto inscrito (a) no CPF sob o Nº 083.723.784 01, do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDAC da Vítima Paulo Fernando Caspary de Abreu Neto, inscrito (a) no CPF sob o Nº 012.891.554, 45, 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>Av. Tiradentes</u>		Número <u>566</u>	Complemento
Bairro <u>PRO. NOCE IV</u>	Cidade <u>OLINDA</u>	Estado <u>PE</u>	CEP
Email <u>MSABRESONIMA@hotmail.com</u>		Telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDD) <u>(011) 81764047</u>

OLINDA, 14 de 02 de 19

Local e Data



Assinatura do Declarante

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

<http://www2.susep.gov.br/bibliotecaweb/docoriginal.aspx?TIPO=1&CODIGO=29636>

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

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF**².

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 Paulo Fernando Caspary de Abreu Neto inscrito (a) no CPF/CNPJ 012.891.554, 45 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Paulo Fernando Caspary de Abreu Neto inscrito (a) no CPF sob o Nº 083.723.784 01, do sinistro de DPVAT cobertura INVALÍD da Vítima Paulo Fernando Caspary de Abreu Neto, inscrito (a) no CPF sob o Nº 012.891.554, 45, 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>Av. Tiradentes</u>		Número <u>566</u>	Complemento
Bairro <u>PRO. NOCE IV</u>	Cidade <u>OLINDA</u>	Estado <u>PE</u>	CEP
Email <u>MSABRESONIMA@hotmail.com</u>		Telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDD) <u>(011) 81764047</u>

OLINDA, 14 de 02 de 19

Local e Data



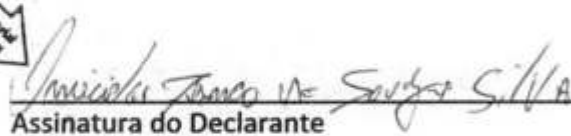
Assinatura do Declarante

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, OMIRICLEI FRANCO DE SOUZA SILVA,
RG nº 6344608, data de expedição 26/06/07,
Órgão SDS PE, portador do CPF nº 075302154-42, com
domicílio na cidade de SÃO LOURENÇO, no Estado de
PERNAMBUCO, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
LA TRAVESSA SÃO BERNARDO, nº 15,
complemento _____, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima PAULO F. CRÊSPO ARAÚJO NETO cujo o condutor era
O MESMO.

Veículo: MOTOCICLETA
Modelo: HONDA / CBX 250
Ano: 2008
Placa: KBP 7463
Chassi: 9C2MC3S008R071623
Data do Acidente: 30/08/2018
Local e Data: S. LOURENÇO 11.01.2019

EXCELSIOR SEGUROS
11 FEV. 2019
SEGURO DPVAT


Assinatura do Declarante

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

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
ESTADO DE PERNAMBUCO

Serventia Notarial de São Lourenço da Mata/PE
Rua Del. de Janeiro, 358 - Centro - (81) 3519-0217 -
serventianotarial@gmail.com. Reconheço por AUTENTICIDADE a(s)
firma(s) de: (1) Omiriclei Franco de Souza Silva, São Lourenço da
Mata, 11/01/2019, 14:20. DDU Fê. Cicera Graciele Ramos Ribeiro -
escrevente autorizada. Ao Cartório: R\$ 3,39 - TSMR: R\$ 0,80 -
FERC: R\$ 0,40 - Total: R\$ 4,79. Selo(s): 0159483, VEV12201801.01264

Consulte a autenticidade em: www.tpo.jus.br/brasil2019

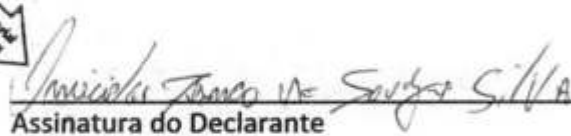


Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, OMIRICLEI FRANCO DE SOUZA SILVA,
RG nº 6344608, data de expedição 26/06/07,
Órgão SDS PE, portador do CPF nº 075302154-42, com
domicílio na cidade de SÃO LOURENÇO, no Estado de
PERNAMBUCO, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
LA TRAVESSA SÃO BERNARDO, nº 15,
complemento _____, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima PAULO F. CRÊSPO ARAÚJO NETO cujo o condutor era
O MESMO.

Veículo: MOTOCICLETA
Modelo: HONDA / CBX 250
Ano: 2008
Placa: KBP 7463
Chassi: 9C2MC3S008R071623
Data do Acidente: 30/08/2018
Local e Data: S. LOURENÇO 11.01.2019

EXCELSIOR SEGUROS
11 FEV. 2019
SEGURO DPVAT


Assinatura do Declarante

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

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
ESTADO DE PERNAMBUCO

Serventia Notarial de São Lourenço da Mata/PE
Rua Del. de Janeiro, 358 - Centro - (81) 3519-0217 -
serventianotarial@gmail.com. Reconheço por AUTENTICIDADE a(s)
firma(s) de: (1) Omiriclei Franco de Souza Silva, São Lourenço da
Mata, 11/01/2019, 14:20. DDU Fê. Cicera Graciele Ramos Ribeiro -
escrevente autorizada. Ao Cartório: R\$ 3,39 - TSMR: R\$ 0,80 -
FERC: R\$ 0,40 - Total: R\$ 4,79. Selo(s): 0159483, VEV12201801.01264

Consulte a autenticidade em: www.tpo.jus.br/brasil2019



EVASÃO AS 22:00HS

Data do Atendimento: 30/08/2018

Hora: 19:22:30

PRONTUÁRIO: 445043

Colaborador: JANAINAJFC

No. Atendimento: 1208024

ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Sector / Serviço: CONSULTORIO MEDICO

Sexo: Masculino

Nome: PAULO FERNANDO CRESPO DE ARAUJO NETO

Data de Nascimento: 20/03/1990

Idade: 28 Anos, 5 Meses e 10 Dias

C.I.:

Pais ou responsáveis: ANA CARINA DA SILVA ARAUJO

Endereço: RUA SAO BERNARDO, 10 - CAPIBARIBE/ - 54705140

Cidade: SAO LOURENCO DA MATA Tel.: 81988112733 -

Hora do Atendimento: 19/35. Hs

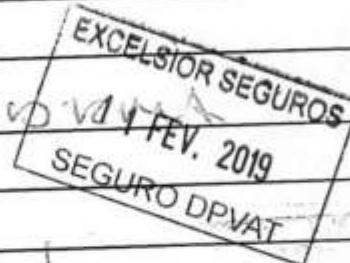
Peso: Kg

UPA24h
UPA CAXANGÁ 24h
Soraya Santos
Aux. de Faturamento
Mat. 1610

Temperatura: °

OPD / HDA: Relato de acidente de moto com
don R RBR MA km Julio D.

EXAME FÍSICO: Don A mobilizada e RBR MA



DIAGNÓSTICO: Fratura de fêmur direito

TIPO:

ACC:

CONDUTA NA EMERGÊNCIA / PRESCRIÇÃO

Adriano Guedes

Téc. Imobilização

Ortopédica

Matrícula: 1410

Pelo Sport Tude!

TRAJETO JOINTURMA
DIRTA LUMR.

EVOLUÇÃO NA EMERGÊNCIA:

TRATAMENTO INICIAL: 3V 616h
DIAGNÓSTICO INICIAL: 3V 616h
ELIXIR 407 1RA SE. 24/24h
A SORA AMBULAT.

*Destino do Paciente: () Alta para casa () Encaminhamento ao Ambulatório () Internamento

() Transferência para outra Unidade () Óbito () Outro:

*Condição de Saúde do Paciente: () Melhorado () Inalterado () Piorado

Dr. Marcelo Correia
Ortopedia
CRM: 1947

Médico - Carimbo e Assinatura

CUIDADOS SISTEMATIZADOS DE ENFERMAGEM
TÉCNICO DE ENFERMAGEM

Nome: _____ Registro: _____
Clínica: _____ Enfermeira: _____ Leito: _____
Hipótese Diagnóstico: _____

Hora Admissão: _____ **PLANTÃO DIURNO** Data: ____/____/____

Estado Geral	☐ Regular	☐ Grave	☐ Gravíssimo
Dieta	☐ VO	☐ SNG	☐ SNE ☐ SML ☐ SOG ☐ Dieta zero
Padrão Respiratório	☐ Espenico	☐ Taquipnéico	☐ Bradispnéico ☐ Dispnéico
Acesso Venoso	☐ Periférico	☐ Central	Local: _____
Curativo	☐ Sim	☐ Não	Local: _____
Drenos	☐ Sim	☐ Não	Local: _____
Evacuações	☐ Presente	☐ Ausente	Aspecto: _____
Diurese	☐ Presente ☐ SVD/SVA	☐ Ausente	Aspecto: _____

Observações: _____

Técnico de Enfermagem: _____

CUIDADOS SISTEMATIZADOS DE ENFERMAGEM
TÉCNICO DE ENFERMAGEM

Nome: Paulo Fernando Crespo de Araújo Neto Registro: 1208024
Clínica: Ortopedia Enfermeira: Amanda Leito: F-01
Hipótese Diagnóstico: _____

Hora Admissão: _____ **PLANTÃO NOTURNO** Data: 30/09/18

Estado Geral	☒ Regular	☐ Grave	☐ Gravíssimo
Dieta	☒ VO	☐ SNG	☐ SNE ☐ SML ☐ SOG ☐ Dieta zero
Padrão Respiratório	☒ Espenico	☐ Taquipnéico	☐ Bradispnéico ☐ Dispnéico
Acesso Venoso	☒ Periférico	☐ Central	Local: <u>HSE</u>
Curativo	☐ Sim	☒ Não	Local: _____
Drenos	☐ Sim	☒ Não	Local: _____
Evacuações	☐ Presente	☐ Ausente	Aspecto: _____
Diurese	☒ Presente ☐ SVD/SVA	☐ Ausente	Aspecto: _____

Observações: _____

EXCELSIOR SEGUROS

11 FEV. 2019

SEGURO DPVAT

Técnico de Enfermagem: Paula e Loydiane

Cuidados de Enfermagem: _____ Horário Responsável

[illegible]

DATA: 29/08/19

HORA: 22:50

HISTÓRICO

1. IDENTIFICAÇÃO

NOME: Paulo Fernando Cruz de Azevedo
IDADE: 28 REG: 123456 SETOR: Internista LEITO: 101

2. QUEIXA PRINCIPAL

HD: Prontidão

3. ANTECEDENTES PESSOAIS

Alergias () Quais? Não Tabagismo () Etílico () Cardiopatia () Diabetes ()
HAS () Câncer () Doença Pulmonar () Depressão () Outros: Não

EXAME FÍSICO

1. Estado Geral:

Bom () Regular (☒) Comprometido () Grave ()

2. Avaliação de Neurológica:

Nível de Consciência: ☒ Consciente () Inconsciente () Orientado (☒) Desorientado () Torporoso () Agitado () Sedado ()
Pupilas: Isocóricas () Anisocóricas () Estrabismo () Midríase () Miose () Fotorreagente ()

3. Condição de locomoção:

Deambula (☒) Cadeira de rodas () acamado ()

4. Dieta

VO (☒) Aceita bem (☒) Não Aceita () Zero () SNG () SNE () GTT ()

5. Dieta

Alimentação: ☒ Integra () Não Integra () Normocorada (☒) Hipocorada () Ictéria () Anictérica (☒) Cianótica () Acianótica () Sudoréico ()
Edemas () Local: Não Acesso venoso Não

6. Condições de Higiene.

Satisfatória (☒) Insatisfatória () Dependente da Enfermagem ()

7. Sistema Respiratório:

() Eupnéico (☒) Dispneico () Taquipnéico () Bradipnéico () BAN () Tiragem () Ret. Fúrcula () Venturi ()
() Cateter Nasal 1/m TQT () VNI () AVM () Modo Vent. CPAP FIO₂ 21 PIP 10 PEEP 5

8. Sistema Digestório:

Abdome: plano () Globoso () Escavado () Flácido (☒) Distendido () Tenso () Ascítico ()
Doloroso à palpação: Sim () Não (☒) Visceromegalia: Sim () Não (☒)

9 Eliminações Fisiológicas:

Evacuação: Presente (☒) Ausente () Tempo 10 dias
Diurese: Presente (☒) Ausente Espontânea () SVD () SVA () Cistostomia () Vol 1000 ml
Aspecto Normal

10. SSVV:

PA: 110 x 80 mm/Hg P: 70 bpm FR: 18 rpm Sat O₂: 97 % T: 36.5 °C HGT: 180 mg/dl

Diagnósticos de Enfermagem

EXCELSIOR SEGUROS
11 FEV. 2019
SEGURO DRYAT

Diagnósticos de Enfermagem		Intervenções de Enfermagem		
1. Eliminação Urinária Prejudicada.	Evidenciado por: () ITU () Disúria () Incontinência () Retenção Urinária () Urgência Urinária	() Descrever Características da Diurese () Estimular a Ingesta Hídrica Outros: _____		
2. Risco de Infecção.	Evidenciado por: () Pelo Rompida (ex. excesso venoso) () Imunosupressão () Doença Crônica () Aumento da exposição a patógenos	() Registrar Temperatura 6/8horas () Monitorar para Sinais Flogísticos () Trocar AVP a cada 72horas Outros: _____		
3. Dor Aguda.	Evidenciado por: () Gemido/Choro/Inestabilidade () Expressão Facial () Relato Verbal de Dor	() Descrever Características da Dor () Manter em Posição Confortável () Registrar Alterações do Tônus Muscular Outros: _____		
4. Risco de Quedas.	Evidenciado por: () Ausência de Grades de Proteção () Mobilidade Física Prejudicada	() Levantar Grades de Proteção () Orientações aos Responsáveis Outros: _____		
5. Integridade da Pele Prejudicada.	Evidenciado por: () Rompimento da Superfície da Pele () Invasão de Estrutura do Corpo () Destruição de Camadas da Pele () Edema	() Manter Pele Hidratada () Realizar Curativos () Alertar para Sinais de Infecção () Descrever Características do Edema () Registrar presença de infecção () Outros		
6. Mobilidade Física Prejudicada.	Evidenciado por: () Amplitude Limitada dos Movimentos () Disprêxia aos Esforços () Movimentos Descontrolados	() Mudar o Decúbito () Manter Pele hidratada () Outros: _____		
7. Padrão Respiratório Ineficaz.	Evidenciado por: () Ventilação-Mínimo Diminuída () Disprêxia () Uso da Musculatura Acessória () Capacidade Visual Diminuída	() Avaliar Permeabilidade das Vias Aéreas () Alertar para Fatores Contribuintes e/ou Causadores () Outros: _____		
8. Risco de Sangramento.	Evidenciado por: () Distúrbios Gastrointestinais. () Efeitos Secundários ao Trabalho () Função Hepática Prejudicada () Trauma.	() Monitorar Nível de Consciência () Observar Perfusão Periférica () Realizar Curativos Compreensivos () Outros: _____		
9. Débito Cardíaco Diminuído.	Evidenciado por: () Alterações no ECG () Arritmias () Bradicardia () Taquicardia () Síndromes Cromáticas	() Monitorar a FC e regularidade do Pulso () Instilar Manobras de SBV () Posicionar adequadamente no Leito () Observar sinais de oligúria () Outros: _____		
10. Deglutição Prejudicada	Evidenciado por: () Êmese () Engasgo () Dificuldade de Deglutar () Refluxo Nasal	() Avaliar Necessidade de Dieta por Sonda () Elevar Decúbito a 45° () Avaliar Aceitação da Dieta () Outros: _____		
11. Instabilidade e Pressão Arterial: () Diminuindo () Aumentando	Evidenciado por: () Cefaleia () Vertigem () Sangramentos () Parestesia	() Manter pressão arterial a cada _____ h () Manter decúbito no leito a _____ graus () Outros: _____		
12. Glicemia Prejudicada: () Diminuindo () Aumentando	Evidenciado por: () Sudorese () Alteração do Nível de Consciência	() Manter e registrar HGT a cada _____ h () Avaliar / observar nível de consciência () Outros		
ITU: INFECÇÃO DO TRATO URINÁRIO	SBV: SUPORTE BÁSICO DE VIDA	FC: FREQUÊNCIA CARDÍACA	ECG: ELETROCARDIOGRAMA	AVP: ACESSO VENOSO PERIFÉRICO



ENFERMEIRO / COREN:

TEC DE ENFERMAGEM COREN -

ITU: INFECÇÃO DO TRATO URINÁRIO SBV: SUPORTE BÁSICO DE VIDA FC: FREQUÊNCIA CARDÍACA ECG: ELETROCARDIOGRAMA AVP: ACESSO VENOSO PERIFÉRICO

PACIENTE: Paula Peres de C. d. Siqueira REG: 522120
DATA: 21/08/18 HORA: 20:50 SETOR: Pronto Atendimento LEITO: 601

1 - Estado Geral:

Bom () Regular (☒) Comprometido () Grave ()

1 - Nível de Consciência:

Consciente (☒) Inconsciente () Orientado (☒) Desorientado () Sonolento () Agitado () Sedado ()
Escala de coma de Glasgow: _____ pts

3 - Condição de locomoção:

Deambula (☒) Cadeira de rodas () Acamado ()

4 - Dieta:

Zero () VO (☒) SNG () SNE () GTT () SNG Aberta () Retorno ()

5 - Pele:

Íntegra () Não íntegra / Local (☒) Normocorada (☒) Hipocorada () Ictéria () Anictérica (☒)
Cianótica () Acianótica () Sudoréico () Hidratada (☒) Desidratada ()
Edema / Local () : _____ Acesso venoso WSE

6 - Condições de Higiene

Satisfatória (☒) Insatisfatória () Dependente da Enfermagem ()

7 - Sistema Respiratório

Eupnéico (☒) Dispneico () Taquipnéico () Bradipnéico () Ban () Tiragem () Ret. Fúrcula ()
Cateter Nasal () l/m Venturi () % TQT () VNI () AVM () Modo Vent _____ FIO₂ _____ PIP _____
PEEP _____ TOT N° _____

8 - Sistema Digestório:

Abdome: plano () Globoso () Escavado () Flácido (☒) Distendido () Tenso () Ascítico ()
Doloroso à palpação: sim () não (☒)

9 - Eliminações Fisiológicas:

Evacuação: Presente (☒) Ausente () Tempo _____ dias
Diurese: Presente (☒) Ausente () Espontânea () SVD () SVA ()
Cistostomia () Vol _____ ml Aspecto _____

10 - SSVV:

PA: 140x80 mm/Hg P: _____ bpm Sat O₂: 97 % T: 36.5 °C
HGT: _____ mg/dl

11 - Procedimentos Realizados / Observações

Realizado exame físico completo (satisfeito)

PACIENTE: _____ REG: _____
DATA: ____/____/____ HORA: ____:____ SETOR: _____ LEITO: _____

Estado Geral:

Bom () Regular () Comprometido () Grave ()

Nível de Consciência:

Consciente () Inconsciente () Orientado () Desorientado () Sonolento () Agitado () Sedado ()
Escala de coma de Glasgow: _____ pts

Condição de locomoção:

Ambula () Cadeira de rodas () Acamado ()

Dieta:

Pro () VO () SNG () SNE () GTT () SNG Aberta () Retorno

Pele:

Periférica () Não íntegra / Local (): _____ Normocorada () Hipocorada () Ictérica () Anictérica ()
Cianótica () Acianótica () Sudoréica () Hidratada () Desidratada ()
Sistema / Local (): _____ Acesso venoso _____

Condições de Higiene

Satisfatória () Insatisfatória () Dependente da Enfermagem

Sistema Respiratório

Respiratório () Dispneico () Taquipnéico () Bradipnéico () Ban () Tiragem () Ret. Fúrcula ()
Cateter Nasal () ____ l/m Venturi () ____ % TQT () VNI () AVM () Modo Vent _____ FIO₂ _____ PIP _____
PEEP _____ TOT N° _____

Sistema Digestório:

Abdome: plano () Globoso () Escavado () Flácido () Distendido () Tenso () Ascítico ()
Doloroso à palpação: sim () não ()

Eliminações Fisiológicas:

Defecação: Presente () Ausente () Tempo _____ dias
Urina: Presente () Ausente () Espontânea () SVD () SVA ()
Stomia () Vol _____ ml Aspecto _____

- SSVV:

TA: _____ mm/Hg P: _____ bpm Sat O₂: _____ % T: _____ °C
Glicemia: _____ mg/dl

- Procedimentos Realizados / Observações

PACIENTE: _____ REG: _____
DATA: ____/____/____ HORA: ____:____ SETOR: _____ LEITO: _____

- Estado Geral:

Bom () Regular () Comprometido () Grave ()

- Nível de Consciência:

Consciente () Inconsciente () Orientado () Desorientado () Sonolento () Agitado () Sedado ()
Escala de coma de Glasgow: _____ pts

- Condição de locomoção:

Ambula () Cadeira de rodas () Acamado ()

- Dieta:

Zero () VO () SNG () SNE () GTT () SNG Aberta () Retorno

- Pele:

Perítegria () Não íntegra / Local () : _____ Normocorada () Hipocorada () Ictéria () Anictérica ()
Cianótica () Acianótica () Sudoréica () Hidratada () Desidratada ()
Lesão / Local () : _____ Acesso venoso _____

- Condições de Higiene

Satisfatória () Insatisfatória () Dependente da Enfermagem

- Sistema Respiratório

Eupnéico () Dispneico () Taquipnéico () Bradipnéico () Ban () Tiragem () Ret. Fúrcula ()
Cateter Nasal () ____ l/m Venturi () ____ % TQT () VNI () AVM () Modo Vent _____ FIO₂ _____ PIP _____
PEEP _____ TOT N° _____

- Sistema Digestório:

Abdome: plano () Globoso () Escavado () Flácido () Distendido () Tenso () Ascítico ()
Doloroso à palpação: sim () não ()

- Eliminações Fisiológicas:

Defecação: Presente () Ausente () Tempo _____ dias
Ureia: Presente () Ausente () Espontânea () SVD () SVA ()
Gastrostomia () Vol _____ ml Aspecto _____

- SSVV:

PA: _____ mm/Hg P: _____ bpm Sat O₂: _____ % T: _____ °C
BT: _____ mg/dl

- Procedimentos Realizados / Observações

UPA24H - UNID PRONTO ATEND CAXANGA

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

UPA CAXANGA - (SUS BH)

Data e hora retirada da senha: 30/08/2018 18:50

	Nome Paciente:	PAULO FERNANDO CRESPO DE ARAUJO NETO
	Cód. Paciente:	
	Data de Nascimento:	20/03/1990
	Sexo:	Masculino
	Idade:	28
	Senha:	OR0065
	Convênio:	-
	Atendimento:	SAME:

Período: 30/08/2018 19:18 - 30/08/2018 19:19

DANUTTA BRISSANTT SILVA - COREN: 260641 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - CLASSIFICAÇÃO

Prioridade:

URGENCIA

Cor:

AMARELO

Queixa Principal: COLISAO MOTO-CARRO ,DOR EM JOELHO DIR

Observação: HAS -
DM -
ALERGIA -

Fluxograma sintoma: TRAUMA MODERADO

Discriminador(es): - DOR MODERADA

Especialidade: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Sinais Vitais Lidos: - P.A. SISTOLICA: 140.00 MM/HG
- P.A.DISTOLICA: 80.00 MM/HG
- TEMPERATURA(C): 36.50 C°

Acolhido(a) por: DANUTTA BRISSANTT SILVA - COREN: 260641 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 30/08/2018 19:19

003055149



BOLETIM DE ESCLARECIMENTO

Recife, 28 de Fevereiro de 2019.

Nome: PAULO FERNANDO CRESPO DE ARAUJO NETO

Idade: 28 anos

Registro: 445043

Data de atendimento: 30 de Agosto de 2018.

Hora de atendimento: 18 hr 50 min

Paciente deu entrada na Unidade com relato de colisão carro e moto com dor e edema em joelho direito.

Estamos à disposição para qualquer esclarecimento.

UPA 24h
UPA CAXANGÁ 24h
Georgina de Assunção Moura
Coord. Adm./Fin.
Mat. 1736

P/ AUDREY VASCONCELOS – CRM 11727
Coord. Médica.



Unidade de Pronto Atendimento – UPA CAXANGÁ

Rua Ribeiro Pessoa, S/N – Caxangá.

E-mail:

Telefone: 81- 31844366/31844367/31844354.

Manual de Recepção e Regulação Sinistros Administrativos DPVAT



- Se por Instrumento Particular ou Público, deverá ser específica para o pedido de indenização do Seguro DPVAT, ser original ou cópia autenticada. e deverá conter o domicílio completo do outorgante e do outorgado.

Verificar na Documentação Médica

Se os documentos apresentados pertencem à vítima.

→ A reguladora só poderá pendenciar a documentação médica quando não estiverem digitalizadas ou quando as que estiverem digitalizadas pertencerem a outra vítima.

EXCELSIOR SEGUROS

21 MAR. 2019

SEGURO DPVAT