

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: 04/09/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 843,75

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: MARIA EDIJANE DUARTE DE MELO

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00775

CONTA: 000000026626-0

Nr. da Autenticação C1C2F92C98C2EE58



MARIA EDJANE DUARTE DE MELO
R R JOAO 23 231
CASA VILA ANAPOLIS
55200 - 000 PESQUEIRA PE

Acesse sua conta e outros serviços
No App Minha Claro
Na internet - minhaclear.com.br
Pelo celular *10529
No Atendimento Claro 1052
Para fatura em braille, ligue 1052
Para deficiente auditivo, ligue 08000362323

Veja aqui o que está sendo cobrado:		
1. Plano Contratado	R\$	39,99
2. Outros Lançamentos	R\$	42,16
Total	R\$	82,15

2ª Via de Fatura Período de Uso de 17/06/2019 a 16/07/2019		Vencimento 08/08/2019	
1. Plano Contratado	87 99137 6134		Valor R\$
Oferta Conjunta Claro Mix			49,99
Aplicativos Digitais			-
Claro Controle 3GB + Minutos ilimitados (158)			-
Desconto Claro Controle 3GB + Minutos ilimitados (158)			-10,00
Serviços Inclusos no seu Plano			
Pacote de Dados Controle 3GB			
Sub Total - Plano Contratado			R\$ 39,99
3. Outros Lançamentos			
Débitos Anteriores - Ref 07/2019			41,24
Juros e Multa			0,92
Sub Total - Outros Lançamentos			R\$ 42,16
Total a Pagar			R\$ 82,15

Prezado Cliente,
O total valor a ser pago refere-se à conta atual e eventuais saldos anteriores.
Caso tenha efetuado este pagamento, utilize o boleto do Mês, na última página.



Pague sua conta nos Bancos e Locais credenciados. Encargos por atraso serão cobrados na próxima conta. Contribuições para o FUST e FUNTEL (1% e 0,5% do valor dos serviços) não repassados ao cliente. Central de Atendimento da Anatel: 1337 - Ao ligar, informe o nº da reclamação registrada na prestadora.

Autenticação Mecânica:

Para uso do banco

Claro

Sr. Caixa, receber pagamento em dinheiro.

Pague sua conta nos bancos credenciados preferencialmente: Itaú, HSBC, Banco do Brasil, Santander e outros.

Ciente	Código Débito Automático	Período de Uso	Total	Vencimento
MARIA EDJANE DUARTE DE MELO	224488897	17/06/19 a 16/07/19	R\$ 82,15	08/08/19
Claro NE DDD 81 a 89				

84840000000-3 | 82150221201-6 | 90808224488-2 | 89701628122-9

Autenticação Mecânica solicitamos não rasurar, dobrar ou perfurar.

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

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)
Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

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

Eu, Jose Edmundo de Melo
RG nº 5876.973, data de expedição 09/08/2006
Órgão SDS, portador do CPF nº 025.944.514-28
com domicílio na cidade de Pesqueira, no Estado de
Pernambuco, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Rua - Raul Seixas - Vila Anapólis, nº 05
complemento Casa, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima
Maria Edizane Duarte de Melo, cujo o condutor era
Maria Edizane Duarte de Melo
Veículo: Motocicleta Modelo: Honda CG 125 FAN/KS Ano: 2009
Placa: KLG 6244 Chassi: GC2JC41109R024842
Data do Acidente: 12/03/19

Local e Data: Pesqueira 07/08/19

Jose Edmundo de Melo
Assinatura do Declarante

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

SERVENTIA NOTARIAL DE PESQUEIRA
Titular: ANTÔNIO FERNANDO DA SILVA
Telefone: (87) 38355-244
Reconheço a firma por autenticidade de JOSE EDMUNDO DE MELO. Pesqueira/PE, 07/08/2019. Emol. 3,39. TSNR 0,80. FERM 0,04. FUNSEG 0,08. FERC 0,40 e ISS R\$ 0,20. Total \$,91. Julianne Roberta Oliveira de Melo - Escrevente.
Melo: 0073924.JEC07201901.01842 07/08/2019 11:31:59
Consulte autenticidade em www.bjpe.jus.br/seledigital

COMPREV
PREVIDÊNCIA S/A
14 AGO 2019
PROCOLO
AGÊNCIA RECIFE
Julianne Roberta Oliveira de Melo
Escrevente

HOSPITAL DR LIDIO PARAIBA
F PESSOA DE QUEIROZ, praça, Pesqueira - PE
CEP: 55200-000, Fone: (87) 3635-4725

FICHA DE ATENDIMENTO / CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Número do registro:	Data e hora do Atendimento:	Procedimento Local: Prontuário Integrado	Local de Entrada
49145	12/01/2019 16:08		URGÊNCIA GERAL

Informações prestada pelo paciente ou acompanhante:

Paciente: MARIA EDJANE DUARTE DE MELO
CNS: Nascimento: 18/10/1999 Idade: 29 Sexo: Feminino Cor: Sem informação
Estado Civil: Profissão: Naturalidade: PESQUEIRA Nacionalidade: Brasileiro
Filiação Mãe: OLIVIA FEITOZA DUARTE DE MELO
Documento: Ignorado Pai:

Endereço: R. TRANCREDO NEVES 164 Complemento:
Bairro: Cidade: PESQUEIRA UF: PE Telefone:
Acompanhante: Acidente de trabalho: Sim ☐ Não ☐
Ocorrência:
Procedência: VILA ANÁPOLIS
Atendimento Classificação de Risco:

Data: 12/01/2019 Hora do Atendimento: 16:08 Enfermeiro: Coren:

Queixa Principal:

IDA:

Queda de moto referida em HSB
12/01/2019

COMPREV
COM: REV VIDA E PREVIDÊNCIA S/A
14 AGO 2019
PROTOCOLO
AGÊNCIA RECIFE

História do Trauma:

Perda da Consciência: Sim ☐ Não ☐

Acidente de Trânsito: Sim ☐ Não ☐

Colisão: Sim ☐ Não ☐

Atropelamento: Sim ☐ Não ☐

Vítima de Ferimento: Sim ☐ Não ☐

Queimadura: Sim ☐ Não ☐

Condições de imobilização adequada: Sim ☐ Não ☐

Episódio Emético: Sim ☐ Não ☐

Tipo:

Tipo:

Local do Impacto:

Tipo:

Por:

Por que:

Acidente de Trabalho: Sim ☐ Não ☐

Motorista ☐ Passageiro ☐

Sofreu Queda: Sim ☐ Não ☐ Altura: m

Transporte realizado por:

Por que:

Exame físico:

A: Geral

Via aérea está pervia: Sim ☐ Não ☐ O paciente fala: Sim ☐ Não ☐

Temp.: °C

B: Respiratório

FC: x SPO2

C: Circulatório

PA: 300 x 80 mmHg Pulso: bpm

D: Exame Neurológico

Deficiência motora: MBD ☐ MSE ☐ MID ☐ MIE ☐ Pupilas: Isocóricas ☐ Anisocóricas ☐

Glasgow: Abertura Ocular
Escore: Hora:

Glasgow: Resposta Verbal
Escore: Hora:

Glasgow: Resposta Motora
Escore: Hora:

E: Abdômen:

ito Médico:

16:08

Ponte vítima de queda de moto e
relata Dor no Pe' Direito

ra: 12/01/2019

Médico:

Miguel Siqueira a. m. l. c. a.

CRM:

Diagnóstico Inicial:

Dor no Pe' Direito

Exames Solicitados:

Ressonância X do Pe' Direito

Resultado dos Exames:

Cód Procedimento:

Tratamento/Procedimentos

1) Salvo o 1º e 2º IM Ferido 7,05/10
2) Dor no Pe' Direito
3) Paracetamol 1000mg 4x4 1000mg 4x4
Fator Take Casada Simpatia

Laísia Passa da Silva Junior

Médico

Assinatura Médico + Carimbo

Queixa Principal:

Registado em
TIC Imagem do Ortop

Diagnóstico Definitivo:

Diagnóstico do Caso:

Condição da Alta:

Internamento ☐ Cirurgia ☐ Óbito ☐ Termo de Alta a pedido ☐ Evadiu-se ☐

☐ Curado ☐ Melhor

Transferido para:

☐ Inalterado ☐ Piorar

Internado na Clínica:

☐ Óbito

Autorização para Alta / Internamento / Transferência:

Médico:

CRM:

Data:

COMPREV
COMITÊ DE VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

Hora:

14 AGO 2019

Termo de Responsabilidade para Internamento

Estou ciente das normas existentes neste Hospital, as quais aceito integralmente e autorizo a realização de exames
clínicos e / ou cirúrgicos, inclusive transfusões, exames complementares e transporte de emergência e transporte de emergência

Data: / /

Nome Completo Legível:

Nº da Identidade:

Assinatura:

Responsabilizo-me pela imediata retirada do paciente deste nosocômio, bem como tenho absoluto conhecimento de
todas as consequências que deste ato possam advir.

Data: / /

Nome Completo Legível:

Nº da Identidade:

Assinatura:

Dr. Fred Veras
Reumatologia
CRM 6688-PE CPF 129098314-34

Maria Edijane Duarte de Melo

Paciente vítima de acidente de trânsito por queda de motocicleta no dia 21 de janeiro de 2019 em via pública de Pesqueira - PE deu entrada no Hospital Municipal local e onde recebeu atendimento médico para fratura o osso astrágalo D + imobilização ortopédica recebendo alta hospitalar no mesmo dia e encaminhado com orientação de continuar tratamento médico ambulatorial de onde recebeu alta definitiva no dia 03 de maio de 2019.

Na avaliação clínica de sequelas por mim realizado ao paciente dia de hoje sob exame físico-clínico visual, mecânico ativo e passivo e motor sob manobra, tem o paciente apresentando-se com sequela de fratura dos ossos do pé D com edema regional + e déficit de 40% para flexão dorsal 45% para flexão plantar 40% para rotação

Paciente como se apresenta ao exame físico de hoje, e exclusivamente hoje, podendo variar conforme evolução e resposta clínica do mesmo com o passar dos dias e sendo de reservado prognóstico por fratura dos ossos astrágalo de difícil consolidação evoluindo para Osteoartrose.

PS: quadro clínico descrito ao um retrato do que o paciente apresenta ao físico exclusivamente do dia de hoje, podendo variar caso à caso com o passar dos dias.

Atenciosamente,

Afogados da Ingazeira, 03 de julho de 2019


Dr. Fred Veras
Reumatologia - Ortopedia
CRM 6688-PE CPF 129.098.314-34

Av. Aparício Veras 411, Centro, Afogados da Ingazeira PE - Fone 87 38381304





Ministério da Fazenda
Secretaria da Receita Federal do Brasil

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: **100.108.884-03**

Nome: **MARIA EDIJANE DUARTE DE MELO**

Data de Nascimento: **18/10/1989**

Situação Cadastral: **REGULAR**

Data da Inscrição: **18/03/2009**

Digito Verificador: **00**

Comprovante emitido às: **15:54:21** do dia **14/08/2019** (hora e data de Brasília).
Código de controle do comprovante: **A994.36B0.5B49.A030**



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

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



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE PERNAMBUCO

SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL

INSTITUTO BRASILEIRO DE IDENTIFICAÇÃO

U1R-35



Maria Edjane Duarte de Melo

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 8.553.124 DATA DE EMISSÃO 16/05/2008

NOME << MARIA EDJANE DUARTE DE MELO >>

FILIAÇÃO << EDMILSON SEVERINO DE MELO >>
<< OLIVIA FEITOSA DUARTE DE MELO >>

NATURALIDADE PESQUEIRA - PE DATA DE NASCIMENTO 18/10/1989

DOC ORDEM << CN.9464 LA13 F.32 CART.POÇÃO-PE 09.04.2008 >>

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 2006/03

F-29 83.939 - 3022

Contato Perícia: (87) 9.9988-5158
(87) 9.9243-8886

COMPREV

COMISSÃO REVISÃO E PREVIDÊNCIA SIA

14 AGO 2019

PROTOCOLO

AGÊNCIA RECIFE

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190480465 **Cidade:** Pesqueira **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARIA EDIJANE DUARTE DE MELO **Data do acidente:** 12/01/2019 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DE OSSO ASTRÁGALO DIREITO.

Descrição do exame físico: AO EXAME EXAME FÍSICO NÃO CONSEGUE APOIAR FIRME O PÉ DIREITO NO CHÃO, APRESENTA RIGIDEZ DE TORNOZELO AOS MOVIMENTOS SOLICITADOS. 40% PARA FLEXÃO DORSAL, 45% PARA FLEXÃO PLANTAR E 40% PARA ROTAÇÃO.

Resultados terapêuticos: BOA CONSOLIDAÇÃO ÓSSEA SEM DEMAIS A RELATAR.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU LEVE DO TORNOZELO DIREITO

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 29/08/2019

Conduta mantida:

Observações: REALIZOU 40 SESSÕES DE FISIOTERAPIA.

DANOS

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

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190480465 **Cidade:** Pesqueira **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARIA EDIJANE DUARTE DE MELO **Data do acidente:** 12/01/2019 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DE OSSO ASTRÁGALO DIREITO.

Descrição do exame físico: AO EXAME EXAME FÍSICO NÃO CONSEGUE APOIAR FIRME O PÉ DIREITO NO CHÃO, APRESENTA RIGIDEZ DE TORNOZELO AOS MOVIMENTOS SOLICITADOS. 40% PARA FLEXÃO DORSAL, 45% PARA FLEXÃO PLANTAR E 40% PARA ROTAÇÃO.

Resultados terapêuticos: BOA CONSOLIDAÇÃO ÓSSEA SEM DEMAIS A RELATAR.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU LEVE DO TORNOZELO DIREITO

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 29/08/2019

Conduta mantida:

Observações: REALIZOU 40 SESSÕES DE FISIOTERAPIA.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190480465 **Cidade:** Pesqueira **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARIA EDIJANE DUARTE DE MELO **Data do acidente:** 12/01/2019 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 23/08/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DOS OSSOS DO PÉ DIREITO.(PAG.03)

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

Observações: PAG.03
SOLICITO PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNOSTICO, TRATAMENTO, E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VIGÊNCIA DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E/OU ANATÔMICAS 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 funcional completa de um dos pés	50 %	Em grau leve - 25 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190480465 **Cidade:** Pesqueira **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARIA EDIJANE DUARTE DE MELO **Data do acidente:** 12/01/2019 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 23/08/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA NO PÉ DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

Observações: SOLICITO PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNOSTICO, TRATAMENTO, E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VIGÊNCIA DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E/OU ANATÔMICAS 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 funcional completa de um dos pés	50 %	Em grau leve - 25 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0279691/19

Vítima: MARIA EDIJANE DUARTE DE MELO

CPF: 100.108.884-03

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

Data do acidente: 12/01/2019

Titular do CPF: MARIA EDIJANE DUARTE DE MELO

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

MARIA EDIJANE DUARTE DE MELO : 100.108.884-03

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: 14/08/2019
Nome: MARIA EDIJANE DUARTE DE MELO
CPF: 100.108.884-03

MARIA EDIJANE DUARTE DE MELO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 14/08/2019
Nome: ANDREZA LARISSA ANGELO DE SOUZA
CPF: 118.262.994-67

ANDREZA LARISSA ANGELO DE SOUZA

Rio de Janeiro, 23 de Agosto de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190480465

Vítima: MARIA EDIJANE DUARTE DE MELO

Data do Acidente: 12/01/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), MARIA EDIJANE DUARTE DE MELO

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, foi verificada a necessidade de realização de avaliação médica presencial para a identificação e/ou enquadramento da invalidez permanente de acordo com a tabela prevista na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do seu pedido fica interrompido e sua contagem será reiniciada após a emissão do laudo da avaliação médica.

O não comparecimento à avaliação médica agendada poderá gerar o cancelamento do pedido do 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 informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 11 de Setembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190480465

Vítima: MARIA EDIJANE DUARTE DE MELO

Data do Acidente: 12/01/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), MARIA EDIJANE DUARTE DE MELO

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 843,75

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

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 25%) 6,25%

Valor a indenizar: 6,25% x 13.500,00 = R\$ 843,75

Recebedor: **MARIA EDIJANE DUARTE DE MELO**

Valor: **R\$ 843,75**

Banco: **104**

Agência: **000000775**

Conta: **0000026626-0**

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:



DAMI (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)



INVALIDEZ PERMANENTE



MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

100.108.884-03

4 - Nome completo da vítima:

MARIA EDUANE DUARTE DE MELO

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 465/2013

5 - Nome completo:

MARIA EDUANE DUARTE DE MELO

7 - Profissão:

PROMOTORA DE VENDA

8 - Endereço:

RUA R. JOÃO 23

6 - CPF:

100.108.884-03

9 - Número:

231

10 - Complemento:

CASA

11 - Bairro:

CASA VILA ANAPOLIS

12 - Cidade:

PESQUEIRA

13 - Estado:

PE

14 - CEP:

55200-00

15 - E-mail:

16 - Tel.(DDD):

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAI, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 9 A 18 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:



RECUSO INFORMAR



SEM RENDA



R\$1.000,00 A R\$1.000,00



R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00



R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00



ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAI, TUTOR, CURADOR)

☒ CONTA POUPEANCA (Somente para os bancos abaixo. Anote a agência)

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☒ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA:

0775

CONTA:

26625

0

(informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

CONTA:

0

(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.

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT 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 assinado, solicito o prosseguimento da análise de 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 do 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 ÚNICO BENEFICIÁRIO - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

☐ Solteiro

☐ Casado (ou Civil)

☐ Divorçado

☐ Separado Judicialmente

☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

☐ Sim

☐ Não

27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos?

☐ Sim

☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos:

Falecidos:

30 - Vítima deixou nascituro/fetocida?

☐ Sim

☐ Não

31 - Vítima teve irmãos?

☐ Sim

☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos:

Falecidos:

33 - Vítima deixou pais/avós vivos?

☐ Sim

☐ Não

Entre cliente de que a Seguradora Líder possui, 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 restituir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

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

38 - 1º Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2º Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, PESQUEIRA-PE, 12-08-2019

x Maria Eduane Duarte de Melo

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Procurador (se houver)

COMPREV

OMITIR VÍTIMA E PREVIDÊNCIA S/A

43 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

PPS.001 1002/2019

PROTOCOLO
AGÊNCIA RECIFE

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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Número do Sinistro: 3190480465
Nome do(a) Examinado(a): Maria Edijane Duarte de Melo
Endereço do(a) Examinado(a): Rua R Joao, 231 Casa
Vila Anapolis Pesqueira PE CEP: 55200-000
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SDS / PE] 8553124
Data local do acidente: [12/01/2019]
Data local do exame: [29/08/2019] Garanhuns [PE]

Resultado da Avaliação Médica

- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:

FRATURA DE OSSO ASTRÁGALO DIREITO.

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

Tratamento: REALIZADO CONSERVADOR COM COLOCAÇÃO DE GESSO POR 60 DIAS.

Complicações: SEM COMPLICAÇÕES.

Data da Alta: 03/07/2019

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

AO EXAME EXAME FÍSICO NÃO CONSEGUE APOIAR FIRME O PÉ DIREITO NO CHÃO, APRESENTA RIGIDEZ DE TORNOZELO AOS MOVIMENTOS SOLICITADOS. 40% PARA FLEXÃO DORSAL, 45% PARA FLEXÃO PLANTAR E 40% PARA ROTAÇÃO.

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

(X) Sim () Não

- V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)

(X) Sim () Não

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

LIMITAÇÃO FUNCIONAL LEVE DO TORNOZELO DIREITO.

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

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

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

() "Vítima em tratamento"

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 parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

TORNOZELO - Lado Direito

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

Região Corporal (Sequela):

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

Região Corporal (Sequela):

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

Região Corporal (Sequela):

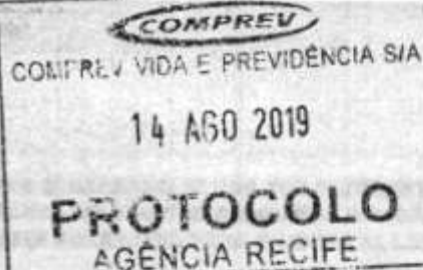
% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

- VIII. (*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.

Realizou 40 sessões de fisioterapia.

Assinatura d(a)o Médico(a) Examinador(a)
Carimbo com Nome e CRM





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 105ª CIRCUNSCRIÇÃO - PESQUEIRA - DP105ªCIRC DINTER1/15ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 19E0195000831

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 15/05/2019 às 15:09

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Doloso (Consumado), que aconteceu no dia 12/1/2019 no período da Tarde

Fato ocorrido no endereço: **MUNICÍPIO DE PESQUEIRA, 01, DEPOIS DE BAIXA GRANDE - Bairro: CENTRO - PESQUEIRA/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PÚBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR / AGENTE)
JOSE EDENILDO DE MELO (OUTRO)
MARIA EDJANE DUARTE DE MELO (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): **MARIA EDJANE DUARTE DE MELO**

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

MARIA EDJANE DUARTE DE MELO (presente ao plantão) - Sexo: Feminino - Mãe: **OLIVIA FEITOSA DUARTE DE MELO**
Pai: **EDMILSON SEVERINO DE MELO** Data de Nascimento: **18/10/1955** Nacionalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **8553134/SSRPE (RG)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **DESCONHECIDO** Profissão: **PROMOTOR**
Telefones Celulares: **- 87991378134**

Endereço Residencial: **MUNICÍPIO DE PESQUEIRA, 154, RUA TANCREDO NEVES, VILA ANAPOLIS - CEP: 55090-000 - Bairro: CENTRO - PESQUEIRA/PERNAMBUCO/BRASIL**

DESCONHECIDO (não presente ao plantão) - Sexo: Desconhecido Nacionalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL** Estado Civil: **DESCONHECIDO** Escolaridade: **DESCONHECIDO**

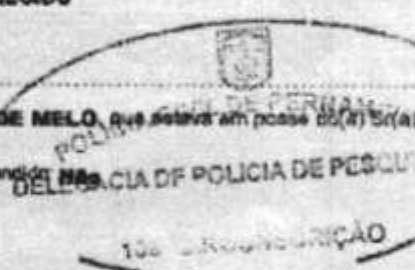
JOSE EDENILDO DE MELO (não presente ao plantão) - Sexo: Desconhecido Nacionalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL** Estado Civil: **DESCONHECIDO** Escolaridade: **DESCONHECIDO**

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

MOTOCICLETA (VEÍCULO) de propriedade do(a) Sr(a): **JOSE EDENILDO DE MELO**, que estava em posse do(a) Sr(a): **MARIA EDJANE DUARTE DE MELO**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA HONDA/NÃO INFORMADO** Objeto envolvido: **NÃO**
Cor: **VERMELHA** - Quantidade: **(QUANTIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **KLOS244 (PERNAMBUCO/POCAO)** Chassi: **9CEJC41108R024342**
Ano Fabricação/Modelo: **2009/2009** Combustível: **GASOLINA**

File:///C:/Users/8061/intopolnet/BOEPview.html



Complemento / Observação

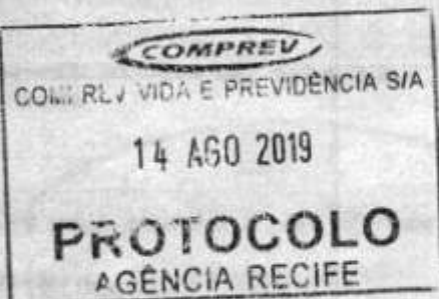
ESTIVE NESTA DELEGACIA DE POLICIA A SENHORA MARIA EDJANE DUARTE QUEIXANDO-SE POR TER SOFRIDO U ACIDENTE DE TRÂNSITO. DECLARA QUE PILOTAVA A REFERIDA MOTOCICLETA NO SENTIDO PESQUEIRA PIPOCÃO QUE DERRAPOU NA PISTA VINDO A CAIR E QUEBRAR O PE. DECLARA QUE FOI SOCORRIDA PARA O HOSPITAL LOC DECLARA NÃO SER HABILITADA.

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

Maria Edjane Duarte de Melo
MARIA EDJANE DUARTE DE MELO
(VITIMA)

B.O. registrado por: JOSE WILSON SANTANA DE MENDONÇA - Matrícula: 350681-1

POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLICIA DE PESQUEIRA





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: _____ 3 - CPF da vítima: 100.108.884-03 4 - Nome completo da vítima: MARIA EDUANE DUARTE DE MELO

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 465/2013

5 - Nome completo: MARIA EDUANE DUARTE DE MELO 6 - CPF: 100.108.884-03
 7 - Profissão: PROMOTORA DE VENDA 8 - Endereço: RUA R. JOÃO 23 9 - Número: 231 10 - Complemento: CASA
 11 - Bairro: CASA VILA ANAPOLIS 12 - Cidade: PESQUEIRA 13 - Estado: PE 14 - CEP: 55200-00
 15 - E-mail: _____ 16 - Tel.(DDD): _____

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAI, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 9 A 18 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

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

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☐ RECUSO INFORMAR ☐ SEM RENDA ☒ R\$1.000,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 A R\$5.000,00 ☐ R\$5.001,00 A R\$10.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

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

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Anote uma opção): ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

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

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 0775 CONTA: 26625 0

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT 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 atenda a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

☐ O IML que atenda a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinado, solicito o prosseguimento da análise de 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 do 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 ÚNICO BENEFICIÁRIO - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima: _____

25 - Grau de Parentesco com a vítima: _____ 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não

27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____

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

Entre cliente de que a Seguradora Líder cessará, 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 restituir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34 - Assinatura legível da vítima ou beneficiário não-afirmado

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

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

38 - 1º Nome: _____ CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2º Nome: _____ CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, PESQUEIRA-PE, 12-08-2019

41 - Assinatura do Representante Legal (se houver): _____

42 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): *Maria Eduane Duarte de Melo*

43 - Assinatura do Procurador (se houver): _____

PPS.001 1002/2019

PROTOCOLO

AGÊNCIA RECIFE

HOSPITAL DR LIDIO PARAIBA
F PESSOA DE QUEIROZ, praça, Pesqueira - PE
CEP: 55200-000, Fone: (87) 3635-4725

FICHA DE ATENDIMENTO / CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Número do registro:	Data e hora do Atendimento:	Procedimento Local: Prontuário Integrado	Local de Entrada
49145	12/01/2019 16:08		URGÊNCIA GERAL

Informações prestada pelo paciente ou acompanhante:

Paciente: MARIA EDJANE DUARTE DE MELO
CNS: Nascimento: 18/10/1999 Idade: 29 Sexo: Feminino Cor: Sem informação
Estado Civil: Profissão: Naturalidade: PESQUEIRA Nacionalidade: Brasileiro
Filiação Mãe: OLIVIA FEITOZA DUARTE DE MELO
Documento: Ignorado Pai:

Endereço: R. TRANCREDO NEVES 164 Complemento:
Bairro: Cidade: PESQUEIRA UF: PE Telefone:
Acompanhante: Acidente de trabalho: Sim ☐ Não ☐
Ocorrência:
Procedência: VILA ANÁPOLIS
Atendimento Classificação de Risco:

Data: 12/01/2019 Hora do Atendimento: 16:08 Enfermeiro: Coren:

Queixa Principal:

IDA:

Queda de moto referida em HSB
12/01/2019

COMPREV
COM: REV VIDA E PREVIDÊNCIA S/A
14 AGO 2019
PROTOCOLO
AGÊNCIA RECIFE

História do Trauma:

Perda da Consciência: Sim ☐ Não ☐

Acidente de Trânsito: Sim ☐ Não ☐

Colisão: Sim ☐ Não ☐

Atropelamento: Sim ☐ Não ☐

Vítima de Ferimento: Sim ☐ Não ☐

Queimadura: Sim ☐ Não ☐

Condições de imobilização adequada: Sim ☐ Não ☐

Episódio Emético: Sim ☐ Não ☐

Tipo:

Tipo:

Local do Impacto:

Tipo:

Por:

Por que:

Acidente de Trabalho: Sim ☐ Não ☐

Motorista ☐ Passageiro ☐

Sofreu Queda: Sim ☐ Não ☐ Altura: m

Transporte realizado por:

Por que:

Exame físico:

A: Geral

Via aérea está pervia: Sim ☐ Não ☐ O paciente fala: Sim ☐ Não ☐

Temp.: °C

B: Respiratório

FC: x SPO2

C: Circulatório

PA: 300 x 80 mmHg Pulso: bpm

D: Exame Neurológico

Deficiência motora: MBD ☐ MSE ☐ MID ☐ MIE ☐ Pupilas: Isocóricas ☐ Anisocóricas ☐

Glasgow: Abertura Ocular
Escore: Hora:

Glasgow: Resposta Verbal
Escore: Hora:

Glasgow: Resposta Motora

Escore: Hora:

E: Abdômen:

ito Médico:

16:08

Ponte vítima de queda de moto e
relata Dor no Pe' Direito

ra: 12/01/2019

Médico:

Miguel Sérgio A. Martins

CRM:

Diagnóstico Inicial:

Dor no Pe' Direito

Exames Solicitados:

RX de Pe' Direito

Resultado dos Exames:

Cód Procedimento:

Tratamento/Procedimentos

1) Salvo o 1º e 2º IM Ferido 05/05/19
2) Dor no 1º e 2º IM Ferido 05/05/19
3) Paracetamol 1000mg 1x1 3x ao dia

Dr. Laís Paes da Silva Junior

Médico

Assinatura Médico + Carimbo

Queixa Principal:

Registado em
TIC Imagem do Ortop

Diagnóstico Definitivo:

Diagnóstico do Caso:

Condição da Alta:

Internamento ☐ Cirurgia ☐ Óbito ☐ Termo de Alta a pedido ☐ Evadiu-se ☐

☐ Curado ☐ Melhor

Transferido para:

☐ Inalterado ☐ Piorar

Internado na Clínica:

☐ Óbito

Autorização para Alta / Internamento / Transferência:

Médico:

CRM:

Data: / /

COMPREV
COMITÊ DE VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

Hora:

14 AGO 2019

Termo de Responsabilidade para Internamento

Estou ciente das normas existentes neste Hospital, as quais aceito integralmente e autorizo a realização de exames
clínicos e / ou cirúrgicos, inclusive transfusões, exames complementares e transporte de emergência

Data: / /

Nome Completo Legível:

Nº da Identidade:

Assinatura:

Responsabilizo-me pela imediata retirada do paciente deste nosocômio, bem como tenho absoluto conhecimento de
todas as consequências que deste ato possam advir.

Data: / /

Nome Completo Legível:

Nº da Identidade:

Assinatura: