

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190431435 **Cidade:** Bom Jardim **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ADIELSON GOMES DE ARAUJO **Data do acidente:** 23/08/2018 **Seguradora:** Sabemi Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 11/09/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA PROXIMAL DE TÍBIA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (ENXERTO CUTÂNEO DE PELE LIVRE/DEBRIDAMENTO/INSTALAÇÃO DE DRENO PENROSE/SUTURA). ALTA MÉDICA. PÁG. 2/8/9/10

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 membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0240745/19

Vítima: ADIELSON GOMES DE ARAUJO

CPF: 094.237.064-36

Seguradora: Sabemi Seguradora S/A

Data do acidente: 23/08/2018

Titular do CPF: ADIELSON GOMES DE ARAUJO

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
DUT
Outros

ADIELSON GOMES DE ARAUJO : 094.237.064-36

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: 16/07/2019
Nome: ADIELSON GOMES DE ARAUJO
CPF: 094.237.064-36

ADIELSON GOMES DE ARAUJO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 16/07/2019
Nome: ANDREZA ALVES DA CUNHA
CPF: 158.640.827-59

ANDREZA ALVES DA CUNHA

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0240745/19

Número do Sinistro: 3190431435

Vítima: ADIELSON GOMES DE ARAUJO

CPF: 094.237.064-36

Seguradora: Sabemi Seguradora S/A

Data do acidente: 23/08/2018

Titular do CPF: ADIELSON GOMES DE ARAUJO

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Documentos de identificação

Outros

ADIELSON GOMES DE ARAUJO : 094.237.064-36

Autorização de pagamento

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: 02/09/2019
Nome: ADIELSON GOMES DE ARAUJO
CPF: 094.237.064-36

ADIELSON GOMES DE ARAUJO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 02/09/2019
Nome: TANIA CRISTINA DE FARIA PINTO
CPF: 760.547.217-04

TANIA CRISTINA DE FARIA PINTO

Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e

Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas do Seguro DPVAT

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo.

Número do Sinistro: **3190431435**

Nome do(a) Examinado(a): **ADIELSON GOMES DE ARAUJO**

Endereço do(a) Examinado(a): **SIT SAPUCAIA - Bom Jardim - PE - CEP 55730-000**

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**SDS /PE**] **8501151**

Data e local do acidente: [**23/08/2018**] **Bom Jardim, PE**

Data e local do exame: [**17/09/2019**] **Recife** [**PE**]

Resultado da Avaliação Médica

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

Ferimento extenso em antebraço, joelho e pé esquerdo, com lesão do mecanismo extensor do joelho esquerdo e lesão dos tendões extensores do tornozelo esquerdo.

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

Ao exame, vítima com deformidade importante do joelho esquerdo, em flexão sustentada, não consegue realizar extensão, marcha claudicante, hipotrofia muscular do membro inferior esquerdo, com deficit de força do membro. Apresenta cicatriz em dorso do pé esquerdo, com retração cicatricial, edema local, limitação na flexão plantar (20 graus) e dorsal (10 graus) do tornozelo esquerdo.

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

[☒] Sim [☐] Não

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

Submetido a tratamento com limpeza cirúrgica, evoluindo com infecção do ferimento em joelho, sendo reabordado cirurgicamente. Fez fisioterapia, alta há cerca de 30 dias. Alta médica.

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

[☒] Sim [☐] Não

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

Limitação funcional do membro inferior esquerdo

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

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

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

() "Vítima em tratamento"

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 (Sequela):

Membro inferior esquerdo

% do dano: () 10% residual () 25% leve
(X) 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 a valoração do dano corporal.



Leonardo de Faria Neves - CRM: 17742 - PE

Rio de Janeiro, 23 de Julho de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190431435

Vítima: ADIELSON GOMES DE ARAUJO

Data do Acidente: 23/08/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), ADIELSON GOMES DE ARAUJO

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

Autorização de pagamento 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, 23 de Julho de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190431435

Vítima: ADIELSON GOMES DE ARAUJO

Data do Acidente: 23/08/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ADIELSON GOMES DE ARAUJO

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, 12 de Setembro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190431435 Vítima: ADIELSON GOMES DE ARAUJO

Data do Acidente: 23/08/2018 Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), ADIELSON GOMES DE ARAUJO

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, 26 de Setembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190431435

Vítima: ADIELSON GOMES DE ARAUJO

Data do Acidente: 23/08/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), ADIELSON GOMES DE ARAUJO

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\$ 4.725,00

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros

inferiores 70%

Graduação: Em grau médio 50%

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

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

Recebedor: **ADIELSON GOMES DE ARAUJO**

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

Banco: **237**

Agência: **000001344-7**

Conta: **000008757-2**

Tipo: **CONTA CORRENTE**

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: ☐ OAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

NP do sinistro ou ASL: _____ CPF da vítima: 094.237.064-36 Nome completo da vítima: Adielson Gomes de Araújo

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 415/2012

Nome completo: ADIELSON GOMES DE ARAÚJO CPF: 094.237.064-36
 Profissão: AGRICULTOR Endereço: Sítio SAPUCAIA Número: 100 Complemento: CASA
 Bairro: ZONA RURAL Cidade: BOM JARDIM Estado: PE CEP: 55.730-000
 E-mail: Cleyde.Marques@yahoo.com.br Tel.(DDD): 081-99993-2863

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

AGÊNCIA: CONTA:
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: BRADESCO

AGÊNCIA: 1344 7 CONTA: 8757 2
(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.

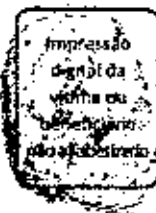
DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ 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: _____ 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.

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____
 CPF: _____
 Assinatura: _____
 2ª | Nome: _____
 CPF: _____
 Assinatura: _____



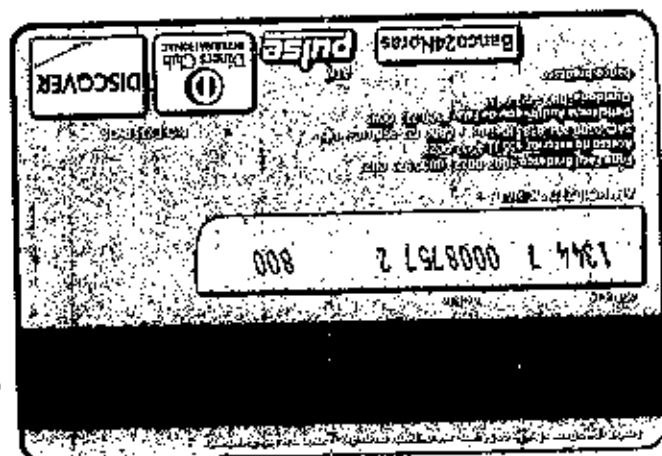
Local e Data: BOM JARDIM, 28/06/2019
 Nome: Adielson Gomes de Araújo
 CPF: 094.237.064-36
Maria Eduarda dos Santos Araújo
 (*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU 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.





BDN - BRADESCO DIA E NOITE

EXTRATO CONTA FACIL

TERM.054069

ADELSON GOMES DE ARAUJO
AGENCIA 1344 CONTA 0059757-210:17 HRS
20/MAI/2019

DISPONIVEL

= TOTAL DISPONIVEL	0,50
- CONTA FACIL (C/C + POS)	0,50

SALDO DE RESCUE

SALDO DISP. P/INVEST.	0,50
-----------------------	------

DEMONSTRATIVO DE SALDOS E RENDIMENTOS

POUFANCA FACIL - DEPOSITOS A PRAZOS DE 4/5/12		
DIA DO	SALDO EM	RENDIMENTO(S)
ANIVERSARIO	20/05/2019	
02	0,00	0,00
03	0,00	0,00
TOTAL		0,00

Demonstrativo para simples conferencia.
Sujeito a alteracoes ate o final do dia.
Fone (11) 4002 0022 / (0800) 570 0022.
SAC Alo Bradesco - 0800 7048383
Deficiencia Auditiva: Fala com
Atendimento 24 horas. Fone (11) 4002 0022
Ouvidoria - 0800 7279933 das 08h as 18h,
de segunda a sexta-feira, exceto feriados.
A declaracao de Quitacao Anual de Tarifas PF
esta disponivel no Autoatendimento e Internet

Atenção

Este comprovante é emitido em papel termossensível. A vida útil dos dados impressos é de 5 anos, mas é preciso tomar alguns cuidados: não exponha o papel à luz do sol, lâmpadas fluorescentes, fontes de calor, umidade excessiva; evite também o contato direto com materiais plásticos, óleos ou produtos químicos.

Mod. 2007-4 Versão 03/2009

Atenção

Este comprovante é emitido em papel termossensível. A vida útil dos dados impressos é de 5 anos, mas é preciso tomar alguns cuidados: não exponha o papel à luz do sol, lâmpadas fluorescentes, fontes de calor, umidade excessiva; evite também o contato direto com materiais plásticos, óleos ou produtos químicos.

Mod. 2007-4 Versão 03/2009



BGN - BRADESCO DIA E NOITE
EXTRATO CONTA FACIL TERM.054069

ADIELSON GOMES DE ARAUJO 10:17 HRS
AGENCIA 1344 CONTA 0038757-2 20/MAI/2019

DISPONIVEL
= TOTAL DISPONIVEL 0,50
+ CONTA FACIL (C/C + POU) 0,50
TOTAL DE RECURSOS 1,00
SALDO DISP. P/INVEST. 0,50

DEMONSTRATIVO DE SALDOS E RENDIMENTOS
POUFANCA FACIL - DEPOSITOS A PARTIR DE 4/5/12
DIA DO SALDO EM RENDIMENTO(S)
ANIVERSARIO 20/05/2019
02 0,00 0,00
03 0,00 0,00
TOTAL 0,00

Demonstrativo para simples conferencia.
Sujeito a alteracoes ate o final do dia.
Fone Facil - 4002 0022 / 0800 570 0022.
SAC Ala Bradesco - 0800 7048383.
Deficiencia Auditiva/Gala 0800 7048383.
Atendimento 24 horas, 7 dias por semana.
Ouvidoria-- 0800 7279933 das 08h as 18h,
de segunda a sexta-feira, exceto feriados.
A declaracao de Quitacao Anual de Tarifas PF
esta disponivel no Autoatendimento e Internet.



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

[] DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES

☒ INVALIDEZ PERMANENTE

☐ MORTE

Nº do sinistro ou ASL: 3190431435 CPF da vítima: 094.237.064-36 Nome completo da vítima: Adielson Gomes de Araújo

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

Nome completo: Adielson Gomes de Araújo Profissão: Agricultor Endereço: 5170 Sapucaia Número: 100 Complemento: Casa
 Bairro: Zona Rural Cidade: Bom Jardim Estado: PE CEP: 55.730-000
 E-mail: Cleyde.marques@yahoo.com.br Tel.(DDD):

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

REDA 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) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: Bradesco

AGÊNCIA: 1344 7 CONTA: 0008757 2
 (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: 1344 7 CONTA: 0008757 2
 (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;

☐ 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.

RECEBIDO

23 AGO 2019

Seguradora Líder DPVAT

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ 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: ☐ 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: Bom Jardim, 21/08/2019.

Nome: Adielson Gomes de Araújo

CPF: 094.237.064-36

Maria Eduarda dos Santos Araújo

(*) Assinatura de quem assina À ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1º Nome: Sergio Roberto Ferreira da Silva

CPF: 653.655.424-87

Sergio Roberto Ferreira da Silva

Assinatura

2º Nome: Cleydevanir Marques dos Santos

CPF: 030.935.766-62

Cleydevanir Marques dos Santos

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, À 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.

 **bradesco**



6504 9148 5373 9100

VALID THRU
02/24

ADIELSON GOMES DE ARAUJO

elo

Emissão pelo Banco Bradesco S.A. em caso de perda ou roubo, comunicar imediatamente.

AGÊNCIA

CONTA

1344 7 0008757 2

800

00001-00000-00000

AUTHORIZED SIGNATURE:

Forma Fácil Bradesco 4002-0022 / 0800 510-0022
Assessoria do Exterior +55 11 4002-0022
SAC 0800 704-8383 (Dialpad) / 0800 727-9988 (Gratuito)
Deficiência Auditiva ou de Fala: 0800 727-0099
Bradesco: 0800 727-9933

banco.bradesco

NO EXTERIOR

Banco24Hores

ATM
pulse

 **Diners Club**
INTERNATIONAL

DISCOVER

conta corrente

Boletim de ocorrência



9

GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 117ª CIRCUNSCRIÇÃO - BOM JARDIM - DP117ªCIRC DINTER1/16ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 19E0207000323

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **07/05/2019** às **10:50**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado), que aconteceu no dia **23/8/2018** às **13:20**

Natureza Jurídica: **COLISÃO**

Fato ocorrido no endereço: **ZONA RURAL DE BOM JARDIM (ZONA RURAL), 01, PE-90, SÍTIO FREITAS DE BOM JARDIM - Bairro: ZONA RUAL DE BOM JARDIM - BOM JARDIM/PERNAMBUCO/BRASIL** - Ponto de Referência: **PROXIMO AO BAR DO CAFÉ**
 Local do Fato: **RODOVIA ESTADUAL**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

AURY JOSÉ DE SANTANA (AUTOR / AGENTE)
FRANCISCO CABRAL DA SILVA (OUTRO)
ADIELSON GOMES DE ARAÚJO (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): **AURY JOSÉ DE SANTANA**
VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): **ADIELSON GOMES DE ARAÚJO**

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

ADIELSON GOMES DE ARAÚJO (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **MARIA FERREIRA LIMA ARAÚJO** Pai: **JOSÉ GOMES DE ARAÚJO** Data de Nascimento: **12/3/1970** Naturalidade: **BOM JARDIM / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **8501151/5DS/PE (RG), 09423786436 (CPF)** Estado Civil: **AMABADO(A)** Escolaridade: **ANALFABETO** Profissão: **AGRICULTOR(A)** Telefones Celulares: **- 998604782**

Motivo da Viagem: **OUTROS**

Endereço Residencial: **ZONA RURAL DE BOM JARDIM (ZONA RURAL), 01, SÍTIO SAPUCAIA DE BOM JARDIM - CEP: 55730000 - Bairro: ZONA RUAL DE BOM JARDIM - BOM JARDIM/PERNAMBUCO/BRASIL, PROXIMO A DAMA DE OURO**

AURY JOSÉ DE SANTANA (não presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **CECILIA MARIA DA CONCEIÇÃO** Pai: **MANOEL JOSÉ DE SANTANA** Data de Nascimento: **3/8/1958** Naturalidade: **JOÃO ALFREDO / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **13348732/66P/PE (RG), 10078657780 (CNH)** Estado Civil: **CASADO(A)** Escolaridade: **1ª. GRAU INCOMPLETO** Profissão: **MOTORISTA** Motivo da Viagem: **OUTROS** Endereço Residencial: **MUNICÍPIO DE JOÃO ALFREDO, 61, RUA ALTÓ NETO DE LEO - CEP: 55000-060 - Bairro: CENTRO - JOÃO ALFREDO/PERNAMBUCO/BRASIL, PROXIMO DA CAPELA SANTO ANTONIO**

FRANCISCO CABRAL DA SILVA (não presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL** Estado Civil: **DESCONHECIDO** Escolaridade: **DESCONHECIDO** Motivo da Viagem: **OUTROS**

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

MOTOCICLETA HONDA CG-150 (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **FRANCISCO CABRAL DA SILVA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **ADIELSON GOMES DE ARAÚJO**
 Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 150 TITAN KS** Objeto apreendido: **Não**
 Cor: **VERMELHA** - Quantidade: **01 (UNIDADE)**

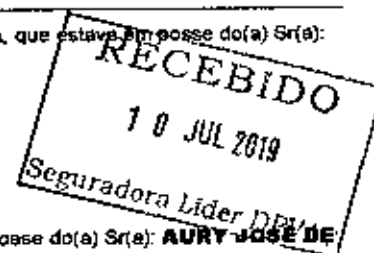
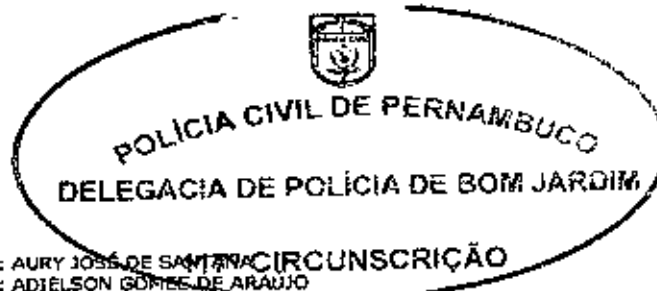
Placa: **K108238** (PERNAMBUCO/BOM JARDIM) Renavam: **856657897** Chassi: **9C2KC08109N126884**
 Ano Fabricação/Modelo: **2005/2005** Combustível: **GASOLINA**

VEICULO FIAT SIENA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **AURY JOSÉ DE SANTANA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **AURY JOSÉ DE SANTANA**
 Categoria/Marca/Modelo: **AUTOMOVEL/FIAT/FIAT SIENA** Objeto apreendido: **Não**
 Cor: **BRANCA** - Quantidade: **01 (UNIDADE)**

Placa: **HHZ7008** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Renavam: **897791770** Chassi: **9BD17241T73204837**
 Combustível: **DESCONHECIDO**

Complemento / Observação

COMPARECEU NESTA DATA, O SENHOR ADIELSON GOMES DE ARAÚJO, VÍTIMA NESTE BOLETIM, O QUAL APRESENTOU CÓPIA DO BO Nº 9903460/2018 DA PM/PE, QUE RELATA UMA COLISÃO, ENTRE DOIS VEÍCULOS, FATO ESTE OCORRIDO NA PE 90, NA ALTURA DO SÍTIO FREITAS, PROXIMO AO BAR DO CAFÉ, ONDE ADIELSON CONDUZIA A MOTOCICLETA EM TELA NO SENTIDO LIMOEIRO/SURUBIM E O SENHOR AURY CONDUZIA O VEICULO FIAT SIENA NO SENTIDO CONTRÁRIO, O SENHOR AURY FOI FAZER UMA ULTRAPASSAGEM MOMENTO EM QUE COLIDIU COM A MOTO, JOGANDO-A NO ACOSTAMENTO, CAUSANDO LESÕES E ESCORIAÇÕES NA VÍTIMA E DANOS

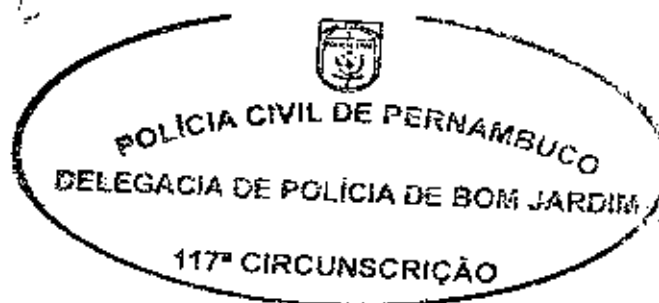


NOS DOIS VEICULOS. ADUZ QUE FOI SOCORRIDO PELA EQUIPE DO CORPO DE BOMBEIROS DA VIZINHA CIDADE DE SURUBIM, AO HOSPITAL DE BOM JARDIM, E DE LÁ REMOVIDO AO HOSPITAL GETULIO VARGAS, NA CAPITAL PERNAMBUCANA, ONDE FICOU INTERNADO POR QUATRO MESES E PASSOU POR INTERVENÇÃO CIRÚRGICA, CONFORME DOCUMENTAÇÃO MÉDICA HOSPITALAR APRESENTADA. ACRESCENTA QUE NÃO HAVIA COMPARECIDO NESTA DEPOL, POR ESTAR IMPOSSIBILITADO DE SE LOCOMOVER.

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

ADIELSON GOMES DE ARAÚJO
(VITIMA)

B.O. registrado por: JOSÉ IGLESIAS CAMPOS DE MORAIS - Matrícula: 134881-7





1a. Via

ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA MILITAR
BOLETIM DE OCORRÊNCIA

80 Nº

9963466

Série-A
1ª Parte

Instituição Operacional PMRV		Circunscrição 117 CIRCUNSCRITAÇÃO		Data ou Registro 23/08/18	Hora de Registro 15:42	Ano da Folha / Total das Folhas 01 / 02	
Transcrição de Registro (Fato) ACIDENTE DE TRÂNSITO							
Data (dd / mm / aaaa) 23/08/18		Hora (hh:mm) 13:20		☒ Autoria Conhecida Autoria Desconhecida		☐ Consumado Tentado	
Circunscrição do Fato		Local Principal da Ocorrência PE - 90					
Logradouro (Rua, Avenida, Rodovia, etc.) RODOVIA PE - 90						Número SIN	
Complemento (Apto, Sala, Andar)		Bairro RODADO FREITAS		CEP		UF	
Município BOM JARDIM		UF PE		Ponto de Referência BAR O CAFÉ			
☐ VÍTIMA ☐ IMPUTADO ☐ SUSPEITO ☐ TESTEMUNHA ☒ OUTROS ☐ TURISTA ☐ SIM ☐ NÃO							
Nome / Razão Social ADRIELSON LOPES DE ARAÚJO							
Pai JOSE LOPES DE ARAÚJO							
Mãe MARIA FERREIRO LIMA DE ARAÚJO							
Apelido / Nome Fantasia MANICA		Sexo ☒ M ☐ F		Estado Civil 1		1. Solteiro(a) 2. Casado(a) 3. Viúvo(a) 4. Divorciado(a) 5. Separado(a)	
Data de Nascimento 12/03/1970		Data de Nascimento 12/03/1970		Data de Nascimento 12/03/1970		Data de Nascimento 12/03/1970	
RG 8501151		CPF 094.233.069-76		CPF 094.233.069-76		CPF 094.233.069-76	
Logradouro (Rua, Avenida, Rodovia, etc.) SIN		Bairro RODADO FREITAS		CEP		Município BOM JARDIM	
UF PE		UF PE		UF PE		UF PE	
Profissão RECEPCIONISTA		Profissão RECEPCIONISTA		Profissão RECEPCIONISTA		Profissão RECEPCIONISTA	
Logradouro (Rua, Avenida, Rodovia, etc.)		Bairro		CEP		Município	
UF		UF		UF		UF	
Telefone / Contato (DDD + número)		Telefone / Contato (DDD + número)		Telefone / Contato (DDD + número)		Telefone / Contato (DDD + número)	
Tipo de Habitação / Local (Descrever)		Tipo de Habitação / Local (Descrever)		Tipo de Habitação / Local (Descrever)		Tipo de Habitação / Local (Descrever)	
☐ VÍTIMA ☐ IMPUTADO ☐ SUSPEITO ☐ TESTEMUNHA ☒ OUTROS ☐ TURISTA ☐ SIM ☐ NÃO							
Nome / Razão Social ADRY JOSE DE SANTANA							
Pai MANOEL JOSE DE SANTANA							
Mãe CECILIA MARIA DE CONCEIÇÃO							
Apelido / Nome Fantasia ADRY		Sexo ☒ M ☐ F		Estado Civil 2		1. Solteiro(a) 2. Casado(a) 3. Viúvo(a) 4. Divorciado(a) 5. Separado(a)	
Data de Nascimento 02/08/1958		Data de Nascimento 02/08/1958		Data de Nascimento 02/08/1958		Data de Nascimento 02/08/1958	
RG 13348733		CPF SSP		CPF SSP		CPF SSP	
Logradouro (Rua, Avenida, Rodovia, etc.) ALTO DO NECO LEO		Bairro ALTO		CEP		Município JOÃO ALFREDO	
UF PE		UF PE		UF PE		UF PE	
Profissão RECEPCIONISTA		Profissão RECEPCIONISTA		Profissão RECEPCIONISTA		Profissão RECEPCIONISTA	
Logradouro (Rua, Avenida, Rodovia, etc.)		Bairro		CEP		Município	
UF		UF		UF		UF	
Telefone / Contato (DDD + número)		Telefone / Contato (DDD + número)		Telefone / Contato (DDD + número)		Telefone / Contato (DDD + número)	
Tipo de Habitação / Local (Descrever)		Tipo de Habitação / Local (Descrever)		Tipo de Habitação / Local (Descrever)		Tipo de Habitação / Local (Descrever)	
☐ VÍTIMA ☐ IMPUTADO ☐ SUSPEITO ☐ TESTEMUNHA ☒ OUTROS ☐ TURISTA ☐ SIM ☐ NÃO							
Nome / Razão Social ADRY JOSE DE SANTANA							
Pai MANOEL JOSE DE SANTANA							
Mãe CECILIA MARIA DE CONCEIÇÃO							
Apelido / Nome Fantasia ADRY		Sexo ☒ M ☐ F		Estado Civil 2		1. Solteiro(a) 2. Casado(a) 3. Viúvo(a) 4. Divorciado(a) 5. Separado(a)	
Data de Nascimento 02/08/1958		Data de Nascimento 02/08/1958		Data de Nascimento 02/08/1958		Data de Nascimento 02/08/1958	
RG 13348733		CPF SSP		CPF SSP		CPF SSP	
Logradouro (Rua, Avenida, Rodovia, etc.) ALTO DO NECO LEO		Bairro ALTO		CEP		Município JOÃO ALFREDO	
UF PE		UF PE		UF PE		UF PE	
Profissão RECEPCIONISTA		Profissão RECEPCIONISTA		Profissão RECEPCIONISTA		Profissão RECEPCIONISTA	
Logradouro (Rua, Avenida, Rodovia, etc.)		Bairro		CEP		Município	
UF		UF		UF		UF	
Telefone / Contato (DDD + número)		Telefone / Contato (DDD + número)		Telefone / Contato (DDD + número)		Telefone / Contato (DDD + número)	
Tipo de Habitação / Local (Descrever)		Tipo de Habitação / Local (Descrever)		Tipo de Habitação / Local (Descrever)		Tipo de Habitação / Local (Descrever)	

Assinatura do Intermediário:

Assinatura do responsável pelo Preenchimento:

Impresso no Parque Gráfico da PMPE/PE



ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA MILITAR
BOLETIM DE OCORRÊNCIA

120 44

9963 466

Séquence

2ª Parte

Fato	Unidade Operacional BPM	Circunscrição 777 - CIRCONSCRICAO	Data do Registro 23/08/19	Hora do Registro 15:42	Nº da Folha / Total de Folhas 02/02
	Forma de Aproximação?		Forma de Abordagem?		
	Lugar de Entrada?	Forma de Entrada?			
	Aterragem no Local?	Forma de Evacuação?			
Modus Operandi	Armas Usadas?		Edificação?		
	Envolvido	Tipo de Objeto	Marca / Modelo	Número de Série	
	Quantidade	Valor	Modelo	Objeto Apreendido? ☐ Sim ☐ Não	
	Qual o motivo do registro do objeto?				
Nº	Envolvido	Tipo de Objeto	Marca / Modelo	Número de Série	
	Quantidade	Valor	Modelo	Objeto Apreendido? ☐ Sim ☐ Não	
	Qual o motivo do registro do objeto?				
	Envolvido	Tipo de Objeto	Marca / Modelo	Número de Série	
Nº	Envolvido	Tipo de Objeto	Marca / Modelo	Número de Série	
	Quantidade	Valor	Modelo	Objeto Apreendido? ☐ Sim ☐ Não	
	Qual o motivo do registro do objeto?				
	Envolvido	Tipo de Objeto	Marca / Modelo	Número de Série	
Dúvidas do Veículo	Envolvido	Marca / Modelo	Cor	Ano	Renovar
	UF	Chassi	Placa	Veículo Apreendido? ☐ Sim ☐ Não	
	Qual o motivo do registro do veículo?				
	Envolvido	Marca / Modelo	Cor	Ano	Renovar
Nº	Envolvido	Marca / Modelo	Cor	Ano	Renovar
	UF	Chassi	Placa	Veículo Apreendido? ☐ Sim ☐ Não	
	Qual o motivo do registro do veículo?				
	Envolvido	Marca / Modelo	Cor	Ano	Renovar
Dados Complementares	Quando de Serviço na PE-90, fomos Acionados por populares que informavam que se encontrava o restaurante O CAFE. Se encontrou uma colisão entre um moto e um carro chegando ao local, identificamos que os veículos de PLP = KIO-8235, modelo CG/Hon 150 total e o KHZ 3006 modelo FIAT/SIENA colidiram de frente ao condutor de Motorcycle estava ferido no acostamento. Após atendimento de equipe do Bombeiros, o ferido foi levado ao Hospital de Bom Jardim e os veículos juntamente com o condutor do carro foi levado para DP de 777 - CIRCONSCRICAO em Bom Jardim para ser ouvido e ser registrado o B.O. Pelos Autoridades Competentes do local.				
	Exames Periciais: R. Solicitado R. Realizado				
	Tipo de Exame	Enviado ☐ S ☐ R	Tipo de Exame	Enviado ☐ S ☐ R	Tipo de Exame
	Condição	Prestador	Método	Vista	Unidade
Responsáveis	Responsável pelo Atendimento		Interessado(a)		Responsável pela Verificação
	Assinatura Nº MOSC-7				Assinatura Nº 1201-209-9
	Ass: Leo us		Ass:		Ass: [assinatura]
	Nome: SO MENDES SILVA		Nome:		Nome: EDAB COSTA



SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DE PERNAMBUCO
COInter/1 - 8º Grupamento de Bombeiros

Surubim-PE, 08 de abril de 2019.


SAULO SILVA GUSMÃO - Ten Cel QOC-BM
Comandante

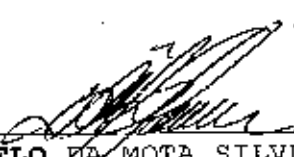
Comprovação de ato declaratório



CERTIDÃO DE OCORRÊNCIA nº Div. Op. 012/19-8ºGB

O auxiliar administrativo do 8º Grupamento de Bombeiros do Corpo de Bombeiros Militar do Estado de Pernambuco, por solicitação do Sr. ADIELSON GOMES DE ARAÚJO RG: 8.501.151 SDS-PE. Endereço: Sítio Sapucaia s/n Zona Rural - Bom Jardim - PE. Certifico que às 14h09min do dia 23 de agosto de 2018, a Viatura AR 830 da 1ªSB/8ºGB Surubim, foi deslocada para a PE 90, Povoado dos Freitas, distrito de Bom Jardim - PE, a fim de atuar em uma ocorrência de colisão entre carro/moto, onde o carro Fiat Siena cor Branco, placa: KKZ-7006 PE, conduzida pelo Sr. Aury José de Santana e uma moto sem identificação de marca e modelo, de cor vermelho, placa: RIO 8235 PE, conduzida pelo Sr. Adielson Gomes de Araujo, este se encontrava no acostamento da rodovia com ferimentos no MIE, onde foi feita as avaliações primárias e secundárias e conduzido para o Hospital de Bom Jardim, com prontuário nº 602.703 e entregue ao profissional médico Dr. Jadeilson Moura, CRM nº 27.043. Nada mais havendo a certificar do que consta nos registros do Relatório Básico, que se encontra arquivado na Divisão de Operações, segue aposto, com o sinete do 8ºGB e assinado por mim, 3º SGT EM LUIZ ÂNGELO DA MOTA SILVEIRA, respondendo como auxiliar da Divisão de Operações do 8ºGB.




LUIZ ÂNGELO DA MOTA SILVEIRA - 3º SGT BM
Auxiliar Administrativo/8ºGB



Declaração de Inexistência de IML



O PEDIDO DO SEGURO DPVAT
ENCONTRA-SE DIGITALIZADO NA
PASTA/ABA AUTORIZAÇÃO DE
PAGAMENTO.

BRADESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 237 AGÊNCIA: 2373-6 CONTA: 000000429200-6

DATA DA TRANSFERENCIA: 23/09/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 4.725,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ADIELSON GOMES DE ARAUJO

BANCO: 237

AGÊNCIA: 01344-7

CONTA: 000000008757-2

Nr. Autenticação

BRADESCO2309201905000000000023701344000000008757472500 PAGO



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Adilson Gomes de AraújoRG nº 8.501.151, data de expedição 19/03/2008, Órgão SDS/PE,

CPF nº 094.237.064-36, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito separado, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiros:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Sítio Sapucaia</u>
Número	<u>100</u>
Apto / Complemento	<u>— —</u>
Bairro	<u>Zona Rural</u>
Cidade	<u>Bom Jardim</u>
Estado	<u>Pernambuco</u>
CEP	<u>55.730-000</u>
Telefone de Contato	<u>9.9834-1398 / 9.9993-2863</u>
E-mail	<u>Cleyde.Marques@yahoo.com.br</u>

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Bom Jardim, 28/06/2019.

Assinatura do Declarante: X

A RODO - Maria Eduarda dos Santos Araújo



~~FOIA b(7)(C) - Exemption: Containing Energy Information~~

DADOS DO CLIENTE

ENDEREGO DA UNIDADE CONSUMIDORA

IRACEMA DE FATIMAS DOS SANTOS

SI 50PUCa/A 100

CPF: 171.285.844-49 NIS: 16188174817
CLASSIFICAÇÃO

PARIJDSPARIJD
BOM JARDIM FE
55730-000

B1 RESIDENCIAL
BADA RENDA COM IRS

13562018 200728500 421817

55730-000
APR 15 1970
4002167386
415077019
12/07/2019

من أجل ذلك، فإننا نرى أن

	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo até 30 kWh	30,00000000	0,24754784	7,42
Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh	70,00000000	0,424301790	29,70
Consumo Ativo superior a 100 até 220 kWh	43,00000000	0,63855188	27,67
Acrescimo Bandeira AMARELA			0,88
Contrib. Ilum. Pública Municipal			5,20
KCMS Subvenção-CDE-NF 054526311-18/03/18			0,65
KCMS Subvenção-CDE-NF 058313757-15/04/18			0,01
KCMS Subvenção Bóia Rênda			1,04
Multa por atraso-NF 082051709-15/05/18			1,80
Juros por atraso-NF 082051709-15/05/18			0,73
Atualização IGPM-NF 082051709-15/05/18			0,23

TOTAL DATES 10

DEMONSTRATION OF CONJUGATE

Nº DO MOTOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR		ATUAL		Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	COMBUST (MM)
		DATA	LITROS	DATA	LITROS				
0000001	CAT	15/05/2018	18.288,00	15/05/2018	18.431,00	29	1,0000		119,50

——

— *Journal of the American Medical Association* 1967; 200: 1000

DATE	ACTIVE COPIES	INACTIVE COPIES
JAN 18	110	0
MAR 18	122	0
MAY 18	110	0
JUL 18	100	0
SEP 18	130	0
NOV 18	100	0
DEC 18	80	0
JAN 19	80	0
FEB 19	100	0
MAR 19	100	0
APR 19	100	0
MAY 19	100	0
JUN 19	100	0
JUL 19	100	0
AUG 19	100	0
SEP 19	100	0
OCT 19	100	0
NOV 19	100	0
DEC 19	100	0

OC81.0B3B FFFF AAFE 2928 F402.4B2A AC8C

THE UNIVERSITY OF CHICAGO

"Pessoas com acesso muito fácil às redes sociais podem ser alvo de ataques às suas credenciais e dados pessoais", afirma o diretor de segurança da informação do Google Brasil, Carlos Roberto de Almeida. "Com o uso de ferramentas como o G2G, o malware, o phishing e o botnet, os hackers podem sequestrar e roubar informações pessoais, como e-mails, senhas, cartões de crédito e até mesmo a identidade de uma pessoa", afirma o diretor de segurança da informação do Google Brasil, Carlos Roberto de Almeida. "Com o uso de ferramentas como o G2G, o malware, o phishing e o botnet, os hackers podem sequestrar e roubar informações pessoais, como e-mails, senhas, cartões de crédito e até mesmo a identidade de uma pessoa", afirma o diretor de segurança da informação do Google Brasil, Carlos Roberto de Almeida.

FORMULARIO DE INVENTARIO DE BIENES				
CONCEPTO	VALOR ADICIONAL	VALOR INICIAL	VALOR FINAL	VALOR ADICIONAL
BOM JARDIN	0.00	11.25	22.50	11.25
TVB	0.00	7.87	15.74	7.87
CHORO	0.00	0.14	0.28	0.14



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Francisco Cabral da SilvaRG nº 1.951.744, data de expedição 20/07/1986.Órgão SSP/PE, portador do CPF nº 231.596.934-49, comdomicílio na cidade de Bom Jardim, no Estado dePernambuco, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)Rua "G" Vila da Cohab, nº 153,complemento Vila da Cohab, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo

mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a

vítima Adilson Gomes de Araújo, cujo o condutor eraAdilson Gomes de Araújo.Veículo: motocicleta Honda CG 150 TITAN K5Modelo: 2005Ano: 2005Placa: K10-8235Chassi: 9C2KC08105R126884Data do Acidente: 23/08/2018.Local e Data: Bom Jardim, 23 de Maio de 2019.


Assinatura do Declarante

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



Cartório Sérgio Vasconcelos

Sérgio Ricardo Vasconcelos - TABEADO

Rua Osvaldo Lima, 12 - Centro
Bom Jardim/PE - Cep 55730-000
Tel (81) 3630-1810

Reconheço por Autenticidade a Firma de FRANCISCO CABRAL DA

SILVA.

Bom Jardim, 23 de Maio de 2019. Em test

Verdade, 2005 CARLOS DA SILVA PEZERRA

ESCREVENTE AUTORIZADO Enol: R\$

3,66 - TSMR: R\$ 40 - TSMR: R\$ 0,80 - Total: R\$

14,73 Selo: 007956.TKU05201901.00631 Consulte

autenticidade em www.tjpe.jus.br/selodigital



PREFEITURA DO BOM JARDIM

CIPAL DR. MIGUEL ARRAES DE ALENCAR
Secretaria Municipal de Saúde

SERVIÇO DE PRONTO ATENDIMENTO

83

Data <u>23-08-2018</u>		Hora <u>15:10</u>		Registro <u>6027 03</u>	
Nome <u>Adrielson Gomes de Araujo</u>					
Endereço <u>Jardim</u>				Referência	
Bairro		Cidade <u>Bo</u>			
Idade <u>48A</u>	Sexo	Cor	Profissão		
Responsável <u>Luiz Ferreira Gomes de Araujo</u>					
Endereço Responsável <u>mesmo</u>				Fone:	
Nascimento <u>12-03-1970</u>				SUS: <u>89910579 3802 8802</u>	

DADOS DO ACIDENTADO OU AGRESSÃO

☒ ACIDENTE DE TRÂNSITO

VEÍCULO

☐ Automóvel☐ Ônibus☒ Moto☐ Outro☐ Ignorado

MODO

☐ Atropelamento☐ Colisão☐ Capotagem☐ Outro☐ Ignorado
☐ AGRESSÃO

POR

☐ Arma de Fogo☐ Arma Branca☐ Espancamento☐ Outro☐ Ignorado

MODO

☐ Assalto Briga☐ Ação Policial☐ Agressão Sexual☐ Outro☐ Ignorado
☐ ACIDENTE DE TRABALHO

ORIGEM

☐ Construção Civil☐ Indústria☐ Agricultura☐ Comércio☐ Outro☐ Ignorado
☐ AUTO AGRESSÃO / SUICÍDIO
☐ Arma de Fogo☐ Enforcamento☐ Drogas☐ Queda de Nível☐ Outro☐ Ignorado
☐ OUTROS TIPOS DE ACIDENTES
☐ Intoxicação Acidental☐ Queda Acidental☐ Afogamento☐ Queimaduras☐ Outro☐ Ignorado
☒ LOCAL DE OCORRÊNCIA
☒ Via Pública☐ Domicílio☐ Ambiente de Trabalho☐ Escola☐ Outro☐ Ignorado

QUEIXAS

PA: 90.TA: 110x70mmHg.Paciente vítima dePC: 113 bpm.Acidente automobilístico grávido de 1h.PC: 145/90mmHg.Apresenta lesões contusivas emassas etc.

EXAME FÍSICO

Cf. ap. 15

PA

PESO

FC

PULSO

TEMPERATURA

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA

PROCEDIMENTOS

CÓDIGO

MÉDICO RESPONSÁVEL

Dr. Jackson Moura
Médico
CRM-PE 27.942



HOSPITAL GETÚLIO VARGAS
SERVIÇO DE DOCUMENTAÇÃO CIENTÍFICA



BOLETIM DE ESCLARECIMENTO

NOME: ADIELSON GOMES DE ARAUJO

1. Ocorrência da Emergência: 622451

1.1 - Atendimentos em: 23/08/18

1.2 - Às 20 horas e 43 minutos.

1.3 - Internado: SIM

1.4 - Retirou-se às hr. e min.

2. Internamento Eletivo – Reg. Geral No. 1095278

2.1 – Internado em:

2.2 - Alta em: 14/12/18

3. Hipótese Diagnóstica: 1) POLITRAUMA COM EXTENSOS FERIMENTOS EM ANTEBRAÇO, JOELHO E PÉ ESQUERDOS. 2) LESÃO DE APARELHO EXTENSOR DO JOELHO ESQUERDO.

4. Tratamento: 1) CIRURGIA EM 28/08/18: LIMPEZA CIRÚRGICA + DESBRIDAMENTO + SUTURA. 2) O PACIENTE FOI RETIRADO DE UMA FOSSA SÉPTICA. EVOLUIU COM ESCALA SACRAL. SUBMETIDO A MÚLTIPLOS PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E CURATIVOS E ANTIBIOTICOTERAPIA VENOSA. A ÚLTIMA CIRURGIA PARA ENXERTO DE PELE REALIZADA EM 05/12/18.

5. Observação: ACIDENTE COM MOTOCICLETA.

DATA: 13.3.2019
HORA: 09:31:03
PASTA: 01.03.2019
GSL
RS

Gustavo Souza Leão
CRM - 11075

Dr. Gustavo Souza Leão.

HOSPITAL GETÚLIO VARGAS EMERGÊNCIA



IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

ATENDIMENTO: 622451

Prontuário: 1095278

Nome: ADIELSON GOMES DE ARAUJO

Data Nasc.: 12/03/1970

Idade: 48

Sexo: MASCULINO

Cor:

CNS: 898002938088886

F: RG:

Nº: 0

Estado: PE

Endereço: SÍTIO BOM JARDIM

Cidade: BOM JARDIM

Urn: BIZARRA

Profissão:

HGV - Hospital Getúlio Vargas



Atendimento: 622453

Prontuário: 1096278

Paciente: ADIELSON GOMES DE ARAUJO

Clinica: SALA DE RECUPERAÇÃO

Nascido: 12/03/1970

Idade: 48 Anos 5 Meses

Leito: SR 54

Sexo: MASCULINO

Fone: 0570-9161

Mae: MARIA FERREIRA LIMA DE ARAUJO

End: SÍTIO BOM JARDIM, D. BIZARRA, BOM JARDIM, PE, Cep 55730990

Gravador: 1 HOSPITAL GETULIO V. DATA: 23/03/2012 H: 20:43 UNIV: EDEONAV

ATENDIMENTO: DATA 23/03/2012 HORA: 20:43 h Médico:

Queixa Principal / HDA: Paciente com relato de colisão moto carro, às 14:00; rodou do carro com dor e frimento em MIE e antebraço Esq.

História do Trauma

Perda da Consciência: Sim ☐ Não ☒ Episódio Emético: Sim ☒ Não ☐ Acidente de Trabalho: Sim ☐ Não ☒
Acidente de Trânsito: Sim ☒ Não ☐ Tipo: *Colisão de moto com carro*
Colisão: Sim ☒ Não ☐ Tipo: Motorista: ☐ Passageiro: ☐
Tropelamento: Sim ☐ Não ☒ Local de Impacto: Sofreu Queda: Sim ☐ Não ☐ Altura: m
Última de Ferimento: Sim ☒ Não ☐ Tipo: Transporte Realizado por:
Queimadura: Sim ☐ Não ☒ Por: Por que:
Condições de imobilização adequadas: Sim ☐ Não ☒
Observações: Paciente sofreu de AM, nua sang. mid.

Exame Físico:

A: Geral Via aérea esta pervia: Sim ☒ Não ☐ O paciente fala: Sim ☒ Não ☐ Temp.: C°

EEG, consciente, orientado

S: Respiratório

Respiros, 21 respirações resp

C: Circulatório

PA: x

mmm

Pulso:

bpm:

Hemodinamicamente estável.

D: Exames Neurológico

Deficiência motora: MSD ☐ MSE ☐ MID ☐ MIE ☐

Pupilas: Isocóricas ☒ Anisocóricas ☐

Glasgow: Abertura Ocular

Glasgow: Resposta Verbal

Glasgow: Resposta Motora

Score: 04 Hora: 20:52

Score: 05

Hora: 20:52

Score: 05

Hora: 20:51





HOSPITAL GETULIO VARGAS EMERGÊNCIA



E: Abdômen

S1 alívio

Diagnóstico Inicial: *Atensa fúrcula em H2O.*

Exames Solicitados : 1 - Patologia Clínica

Exames Solicitados : 1 - Especializados

Resultado de Exames:

Roux X

Código Procedimento:

Ass. Médico + Carimbo

Código Procedimento:

Ass. Médico + Carimbo

Tratamento / Procedimentos:

SAT, VAT.

Roux X de Jalla AP: Pexil de Tomayla (AP: Pexil) à tag

Indicação Cirúrgica: Sim ☐ Não ☐

Motivo: *Roux X de Jalla AP: Pexil de Tomayla (AP: Pexil) à tag*

Evolução de Enfermagem:

Ass. Enfermeira + Carimbo

Diag. Definitivo:

Definição do Caso:

☐ Internamento ☒ Cirurgia ☐ Óbito ☐ Termo de Alta a Pedido ☐ Evadiu-se

Condição de Alta:

☐ Curado

☐ Melhorado

☐ Inalterado

☐ Piorado

☐ Óbito

Informação do Serviço Social

Confirmação do Nome:

Confirmação do Endereço:

Providências: Alta ☐ Transferência ☐ Estudo de Caso ☐ Exames Externos: ☐

Observações:

Assist. Social:

Assist. Social

Autorização para Alta / Internamento / Transferência:

Médico:

CRM/CRO:

Data:

Hora:

Termo de Responsabilidade Para Internamento:

- Estou ciente das normas existente neste Hospital, as quais integralmente e autorizo a realização de tratamentos, clínicos e/ou cirúrgicos, inclusive transfusões e sem os exames complementares e transporte se forem necessários.

Data: _____ Nome completo legível: _____

Nº da Identidade: _____ Assinatura: _____

Termo de Responsabilidade de Alta a Pedido:

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

Data: _____ Nome completo legível: _____

Nº da Identidade: _____ Assinatura: _____

Cadastramento: 23/08/2018 20:43 h CLAUDIOAS

Impressão: 23/08/2018 20:43 h CLAUDIOAS

Médico

HOSPITAL GETULIO VARGAS

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

MANCHESTER_V2

Data e hora retirada da senha: 23/08/2018 20:34

Nome Paciente: ADIELSON GOMES DE ARAUJO
Cód. Paciente:
Data de Nascimento: 12/03/1970
Sexo: Masculino
Idade: 48
Senha: E0025
Convênio:
Atendimento:
SAME:

Período: 23/08/2018 20:35 - 23/08/2018 20:36

REGINA CELIA DOS SANTOS - COREN: 57570 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - Classificação

Prioridade: AMARELO - URGENTE

Cor: AMARELO

Queixa Principal: QUESA DE MOTO HA 6H COM TRAUMA EM MIE.

Exatograma sintoma: QUESAS

Discriminador(es): - FRATURA EXPOSTA?

Especialidade: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Sinais Vitais Lidos: - ESCALA DE GLASGOW ADULTO: 15
- REGUA DE DOR: 5
- FREQUENCIA CARDIACA: 90.00 BPM (RÍTMICO)
- TEMPERATURA: 36.00 °C

Acolhido(a) por: REGINA CELIA DOS SANTOS - COREN: 57570 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 23/08/2018 20:35

tema de Acolhimento com Classificação de Risco

Página 1 de 1



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco

1ª Via-Branca / 2ª Via-Rosa / 3ª Via-Jornal

II GERES - Gerência Regional de Saúde

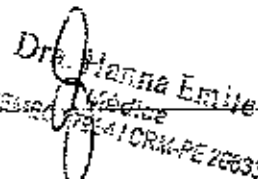
Hospital Regional do Limoeiro - José Fernandes Salsa - Limoeiro - PE

LAUDO PARA TRANSPORTE DE PACIENTE

Unidade de Saúde		Município	Região de Saúde	
Nome do Paciente <i>Artelma Gomes de Araújo</i>				
Quadro Clínico <i>trauma, "fratura da Mola"</i>				
Diagnóstico <i>Exposições OSSA + Envolvimento + Excesso Exponção Perna + Ligam. Lado</i>				
1ª REMOÇÃO	Destino <i>Hospital Getúlio Vargas</i>	Município <i>Aracaju</i>	H. de Saída <i>5497897</i>	H. de Chegada
	Motivo (Registro Detalhado) <i>Tratamento Especializado.</i>			
2ª REMOÇÃO	Assinatura do Médico Assistente <i>[Assinatura]</i>	Nº do C.R.M. <i>13983</i>	Data	
	Destino	Município	H. de Saída	H. de Chegada
	Motivo (Registro Detalhado)			
	Assinatura do Responsável	Nº do C.R.M.	Data	
Autorizo a Transferência				
Médico Chefe do Plantão				
Carimbo / Assinatura				
Confirmo o Motivo Administrativo				
Enfermeira Chefe do Plantão				
Carimbo / Assinatura				
Unidade Prestadora do Atendimento			Município	
Especificação do Atendimento Prestado				

Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco HOSPITAL Getúlio Vargas			SUMÁRIO DE ALTA	
NOME: Adielson Gomes de Araújo			02 (DUAS) VIAS	
NOME DA MÃE: MARIA FERREIRA LIM DE ARAUJO			CARTÃO SUS: 898002938068886	
CLÍNICA: ORTOPEDIA	ENFERMARIA: 107	LEITO: 08	Nº DO REGISTRO: 1095278	
DATA DE NASCIMENTO: 12/03/1970	IDADE: 48	PESO:	ALTURA:	SEXO: MASCULINO
MOTIVO DA ADMISSÃO/ENCAMISAMENTO/ENCAMISAMENTO, NO CASO DE INTERNAÇÃO: Extenso ferimento em MIE - Úlcera de decúbito em região sacral.				
PROCEDIMENTOS REALIZADOS / EXAMES REALIZADOS: 25/09/18: Submetido a desbridamento de úlcera sacral infectada - Dr Luis Moraes 05/12/18: Submetido a enxertia de pele em ferimentos em MIE - Dra Michelle				
DATA DA INTERNAÇÃO: 23/08/2018	DATA DA ALTA: 14/12/2018	DIAS DE INTERNAÇÃO: 114		
CÓDIGO DO PROCEDIMENTO REALIZADO		CD	CARIMBO/REVISOR/FATURAMENTO	
COD	EQUIPE	NOME DO PROFISSIONAL		MATRÍCULA
1	CIRURGIÃO	DR LUIZ MORAES		
2	1º AUXÍLIO CIRURGICO	DR TERCIO		
3	2º AUXÍLIO CIRURGICO			
4	ANESTESISTA	DRA SILVIA		
5	CLÍNICO			
RESUMO DO CASO (ACHADOS CLÍNICOS, PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS REALIZADOS)				
Paciente com história de colisão moto X carro apresentando extenso ferimento em MIE, tendo evoluído com exposição óssea importante em perna esquerda e apresentou úlcera de decúbito				
MEDICAÇÕES UTILIZADAS E DE ALTA Unasyn + Vancomicina (sob orientação de CCIH) / Sintomáticos.				
DIAGNÓSTICO PRINCIPAL O MESMO ACIMA				
CONDIÇÕES CLÍNICAS NA ALTA Paciente nega queixas no momento. MIE: presença de ferimento com pele enxertada, sem sinais flogísticos, em topografia de joelho e pé, com boa vitalidade Úlcera sacral granulada, sem sinais flogísticos				
MOTIVO DA ALTA CURADO ____ MELHORADO <u>X</u> TRANSFERÊNCIA ____		ÓBITO IML ____ SVO ____ BO: ____		
ORIENTAÇÃO QUANTO ACOMPANHAMENTO Retorno ao ambulatório de trauma e de Dra Michelle em 1 semana Forneco laudo + atestado + receita de sintomáticos + solicitação de fisioterapia e de muletas/cadeira-de-rodas + oriento cuidados diários com o curativo e em caso de piora retornar imediatamente a emergência				
DATA: 14/12/18				
Médico Responsável				

Dra Hanna Emile
Médica
CRM-PE 26633

Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco HOSPITAL Getúlio Vargas			SUMÁRIO DE ALTA	
NOME: Adielson Gomes de Araújo			02 (DUAS) VIAS	
NOME DA MÃE: MARIA FERREIRA LIM DE ARAUJO			CARTÃO SUS: 89800293808886	
CLÍNICA: ORTOPEDIA	ENFERMARIA: 107	LEITO: 08	Nº DO REGISTRO: 1095278	
DATA DE NASCIMENTO: 12/03/1970	IDADE: 48	PESO:	ALTURA:	SEXO: MASCULINO
MOTIVO DA ADMISSÃO/PROCEDIMENTO REALIZADO (CONTINENTE NO LAUDO MÉDICO): Extenso ferimento em MID + Úlcera de decúbito em região sacral.				
Procedimentos realizados / exames realizados: 25/09/18: Submetido a desbridamento de úlcera sacral infectada - Dr. Luiz Moraes 05/12/18: Submetido a enxertia de pele em ferimentos em MID - Dra Michelle				
DATA DA INTERNAÇÃO: 23/08/2018		DATA DA ALTA: 14/12/2018		DIAS DE INTERNAÇÃO: 114
CÓDIGO DO PROCEDIMENTO REALIZADO		CID	CARIMBO/REVISOR/FATURAMENTO	
COD	EQUIPE	NOME DO PROFISSIONAL		MATRICULA
1	CIRURGIÃO	DR LUIZ MORAES		
2	1º AUXÍLIO CIRURGICO	DR TERCIO		
3	2º AUXÍLIO CIRURGICO			
4	ANESTESISTA	DRA SILVIA		
5	CLÍNICO			
RESUMO DO CASO (ACHADOS CLÍNICOS, PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS REALIZADOS)				
Paciente com história de colisão moto X carro apresentando extenso ferimento em MIE, tendo evoluído com exposição óssea importante em perna esquerda e apresentou úlcera de decúbito				
MEDICAÇÕES UTILIZADAS E DE ALTA Unasyn + Vancomicina (sob orientação de CCIH) / Sintomáticos.				
DIAGNÓSTICO PRINCIPAL O MESMO ACIMA				
CONDIÇÕES CLÍNICAS NA ALTA Paciente nega queixas no momento. MIE: presença de ferimento com pele enxertada, sem sinais flogísticos, em topografia de joelho e pé, com boa vitalidade Úlcera sacral granulada, sem sinais flogísticos				
MOTIVO DA ALTA CURADO _____ MELHORADO ☒ TRANSFERÊNCIA _____		ÓBITO IML _____ SVO _____ BO: _____		
ORIENTAÇÃO QUANTO ACOMPANHAMENTO Retorno ao ambulatório de trauma e de Dra Michelle em 1 semana Forneço laudo + atestado + receita de sintomáticos + solicitação de fisioterapia e de muletas/cadeira-de-rodas + oriento cuidados diários com o curativo e em caso de piora retornar imediatamente a emergência				
DATA: 14/12/18 Médico Responsável  Dra. Hanna Emile Médica CRM-PE 26633				



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
**HOSPITAL
GETÚLIO VARGAS**



Secretaria Estadual de Saúde

RELATÓRIO DA OPERAÇÃO

Nome do paciente: ADIELSON GOMES DE ARAUJO **Registro:** 1095278

Data da operação: 28/08/2018

Operador: DR. MÚCIO LEÔNCIO

Diagnóstico pré-operatório: INFECCÃO DE PLANO PROFUNDOS LESÃO DE MECANISMO EXTENSOR DE JOELHO ESQUERDO + LESÃO IMPORTANTE EM TORNOZELO ESQUERDO + SEPSE

Tipo de operação: DEBRIDAMENTO EXTENSO DE TECIDOS DESVITALIZADOS E INFECTADO (LMC) + INSTALAÇÃO DE DRENO PENROSE EM TORNOZELO

Descrição operatória:

- 1) Paciente em decúbito dorsal sob anestesia sob raquianestesia
- 2) Assepsia e antisepsia
- 3) Aposição de campos estéreis.
- 4) Observado drenagem espontânea de secreção purulenta em face anterior do joelho esquerdo + anteromedial do pé e tornozelo esquerdo com extensa área de necrose em ambas as regiões
- 5) Retirado pontos de Nylon
- 6) Liberado pontos profundos com dissecação romba, observado quantidade moderada de secreção purulenta + debridamento extenso de tecidos desvitalizados e infectados em ambos os sítios
- 7) LMC copiosa com SF0,9%
- 8) Instalação de dreno Penrose nº 2 em tornozelo
- 9) Sutura do cutâneo com Nylon 3-0 ao nível do joelho
- 10) Curativo
- 11) Observado boa perfusão após procedimento

OBS: SOLICITO RX DO TORNOZELO ESQUERDO VISTO A FROUXIDÃO OBSERVADA NO TRANSOPERATÓRIO.


Múcio Leônicio Lima Filho
Traumato - Ortopedista
CRM 17278 - PE



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
HOSPITAL
GETÚLIO VARGAS



Secretaria Estadual de Saúde

RELATÓRIO DA OPERAÇÃO

Nome : ADEILSON GOMES DE ARAUJO Registro: 1095278

Data da operação: 05/12/18

Operador: Dra. MICELLE LACERDA 1º auxiliar: Dr. Yuri CARVALHO (MR1)

Anestesista: DR LUCIANA LOYO

Diagnóstico pré-operatório: EXTENSO FERIMENTO EM PERNA ESQUERDA

Tipo de operação: ENXERTO CUTÂNEO DE PELE LIVRE

Descrição operatória:

- 1) Paciente em decúbito dorsal sob raqui anestesia
- 2) Assepsia e Antissepsia;
- 3) Aposição de campos cirúrgicos estéreis
- 4) Retirada de enxerto cutâneo de área doadora de face Antero- lateral de coxa esquerda
- 5) Aposição do enxertos cutâneos sobre área receptora - ferimento extenso em região da perna esquerda e tornozelo esquerdo
- 6) Fixação do enxerto com nylon 4-0
- 7) curativo com murim

obs.: evitar area de pressão sobre area receptora

obs2.: area de curativo receptora só deverá ser manipulada pela cirurgia na próxima segunda feira pela cirurgia

Yuri Carvalho
Médico
CRM-PE 77120



Sistema
Único de
Saúde

Ministério
da
Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO AMBULATORIAL

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (SOLICITANTE)

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE
HOSPITAL GETULIO VARGAS

2 - CNES
2802783

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

3 - NOME DO PACIENTE
ADIELSON GOMES DE ARAUJO

4 - Nº DO PRONTUÁRIO
01095278

5 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)
898002938088886

6 - DATA DE NASCIMENTO
12/03/1970

7 - SEXO
MASCULINO

8 - COR/RAÇA
PARDA

9 - NOME DA MÃE
MARIA FERREIRA LIM DE ARAUJO

10 - TELEFONE DE CONTATO
81 95709161

11 - NOME DO RESPONSÁVEL

12 - TELEFONE DE CONTATO

13 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)
SÍTIO BOM JARDIM, Nº 0 - BIZARRA

14 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA
BOM JARDIM

15 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO
260220

16 - UF
PE

17 - CEP
55730000

PROCEDIMENTO SOLICITADO

18 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL / 19 - NOME DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

TOMOGRAFIA DE PERNA ESQUERDA

20 - QTDE

PROCEDIMENTO(S) SECUNDÁRIO(S)

21 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO / 22 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

23 - QTDE

24 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO / 25 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

26 - QTDE

27 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO / 28 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

29 - QTDE

30 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO / 31 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

32 - QTDE

33 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO / 34 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

35 - QTDE

JUSTIFICATIVA DO(S) PROCEDIMENTO(S) SOLICITADO(S)

36 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO / 37 - CID 10 PRINCIPAL

38 - CID 10 SECUNDÁRIO

39 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

40 - OBSERVAÇÕES

PACIENTE COM OSSO EXPOSTO EM TIBIA PROXIMAL ESQUERDA. SOLICITO TC PARA AVALIAÇÃO DO COMPROMETIMENTO OSSÉO.

SOLICITAÇÃO

41 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE
ANDREY FREITAS DUARTE

42 - DATA
16/10/2018

43 - DOCUMENTO
CPF ☒ CNS ☐

44 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE
09831608488

45 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REGISTRO DO CONSELHO)

Dr. Andrey Freitas Duarte
Ortopedia e Traumatologia
CRMPE 55721

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - CÓD. ÓRGÃO EMISSOR

52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO (APAC)

48 - DOCUMENTO
() CNS () CPF

49 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

51 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REGISTRO DO CONSELHO)

53 - PERÍODO DE VALIDADE DA APAC

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (EXECUTANTE)

54 - NOME FANTASIA DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE

55 - CNES



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco

HOSPITAL

Getúlio Vargas

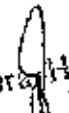
Av. General San Martin, S/N, Cordeiro, Recife/PE

Paciente: **Adielson Gomes de Araújo**

REG: 1095278

AO SERVIÇO SOCIAL
SETOR DE ÓRTESES E PRÓTESES

SOLICITO UM PAR DE MULETAS CANADENSES E UMA UNIDADE DE CADEIRA-DE-RODAS PARA O(A) PACIENTE SUPRACITADO (A) EM PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATO DE TRATAMENTO CIRÚRGICO DE EXTENSO FERIMENTO EM JOELHO E PÉ ESQUERDOS


Dra. Hanna Emile
Médica
CREMEC 17534 / CRM-PE 26633

Recife, 14/12/18



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco

HOSPITAL
Getúlio Vargas



Paciente: ADIELSON GOMES DE ARAUJO

Prontuário: 01095278

Data de Nascimento: 12/03/1970

Idade: 48a 5m 27d

Sexo: MASCULINO

RECEITUÁRIO

AO SERVIÇO SOCIAL
AO SETOR DE ORTESES E PROTESES

SOLICITO UM PAR DE MULETAS CANADENSES PARA O PACIENTE SUPRACITADO.

CID-10: M 86.9 | S 81.7

Dra. Hanna Emile
Médica
CREMEC 17984 / CRM-PE 26633

Recife, 07 DE DEZEMBRO DE 2018

HANNA EMILÉ RODRIGUES MOTA NICOLAU - CRM: Nº.17984

HOSPITAL GETULIO VARGAS - HGV
Av. Gal. San Martin, S/N - Cordeliro - Recife - PE - 50630-060
CNPJ - 10.572.048/0005-51
Fone - (81) 3184-5600

Atendimento: 622453

Pedido:



Data Pedido: 17/10/2018

Controle: 16497

Paciente: 1095278 ADIELSON GOMES DE ARAUJO

Nascimento: 12/03/1970 (48a 7m 7d)

Leito: 148, 107-08

Unid. Intern: 5

CLINICA: ORTOPEDIA

Médico Solicitante: 5555 HOSPITAL GETULIO VARGAS

Sexo: MASCULINO

Sector Solicitante: CLINICA ORTOPEDICA

Sector Executante: TOMOG/MG SERVICOS DE IMG RADIO

Local: SALA DE EXAME

Convenio: SUS - INTERNACAO

Plano: PLANO UNICO

Motivo: ROTINA

Observações:

Médico Executante: 0 Não Informado

Accession Number	Access. N. Hex.	Código	Descrição	Entrega
549264	85190	283	TOMOGRAFIA SEGMENTOS APENDICULARES SEM CONTRASTE	29/10/2018

EXAME TC
REALIZADO



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco

HOSPITAL

Getúlio Vargas



Paciente: ADIELSON GOMES DE ARAUJO

Prontuário: 01095278

Data de Nascimento: 12/03/1970

Idade: 48a 11m 2d

Sexo: MASCULINO

RECEITUÁRIO

HD: EXTENSO FERIMENTO EM MIE + ULCERA DE DECÚBITO EM REGIÃO SACRAL

PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE DE TRANSITO - 23/08/18 - EVOLUINDO COM EXPOSIÇÃO ÓSSEA EM TIBIA ESQUERDA

PACIENTE SUBMETIDO A ENXERTIA DE PELE EM ÁREAS DE EXPOSIÇÕES EM MIE

COMPARECE HOJE DEAMBULANDO COM CARGA TOTAL EM MIE E AUXÍLIO DE MULETAS.

FO EM MIE LIMPA E SEM SINAIS FLOGÍSTICOS E CICATRIZADA. ULCERA SACRAL EM REMISSÃO E SEM SINAIS FLOGÍSTICOS.

COM LIMITAÇÃO DE EXTENSÃO DE JOELHO ESQUERDO POR RETRAÇÃO CICATRICIAL

RECEBE ORIENTAÇÕES PARA RETORNO EM 4 SEMANAS E MANter FISIOTERAPIA MOTORA

Dra. Hanna Emile
Médica
CREMEC 17984 / CRM-PE 26633

Recife, 11 DE FEVEREIRO DE 2019

HANNA EMILE RODRIGUES MOTA NICOLAU - CRM: Nº. 17984

HOSPITAL GETULIO VARGAS - HGV
Av. Gal. San Martin, S/N - Cordeliro - Recife - PE - 50630-060
CNPJ - 10.572.048/0005-51
Fone - (81) 3184-5600



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco

HOSPITAL

Getúlio Vargas

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

LAUDO MÉDICO

Declaro para os devidos fins que que que que **Adielson Gomes de Araújo, 48 anos**, esteve internado (a) no setor de Traumatologia-Ortopedia deste serviço do dia 23/08/2018 ao dia 14/12/2018 para tratamento médico-hospitalar.

CID 10: S 81.0 | S 81.7 | S 91.3

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

Dra. Hanna Emile
Médica
CREMEC 17264 / CRIE-PE 2083

Recife, 14/12/2018



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco

HOSPITAL

Getúlio Vargas

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

ATESTADO MÉDICO

Atesto para os devidos fins que **Adielson Gomes de Araújo, 48 anos**, esteve internado (a) no setor de Traumato-Ortopedia deste serviço do dia 23/08/2018 ao dia 14/12/2018 para tratamento médico-hospitalar.

Necessita de 30 (TRINTA) dias de afastamento das atividades habituais para prosseguir tratamento clínico, a partir da data de hoje.

CID 10: S 81.0 | S 81.7 | S 91.3

Recife, 14/12/2018

Dr. Hanna Emile
Médica
CREMEC 17394 / CRM-PE 28633



ANDREW JACKSON
PILATES AVANÇADO

Adilson Jomero de Araújo

Declaro para os devidos fins, que o referido paciente. Portador de Pós-cirúrgico de Extensores definitivos em joelho/Pi (MFE) Apresenta os seguintes sequelas permanentes: bloqueio articular joelho/pi (MFE). Diminuição de grau de força em: quadríceps, isquiotibiais, tríceps sural, tibial anterior. Impossibilidade de realizar descarga de peso no MFE. Marcha tipo claudicante com ajuda de Muletas. Não apresenta condições cirúrgicas funcionais de realizar atividades que exijam: equilíbrio, desambulação, agachamento, uso dos MFS com resistência. CID 10 - 81.7

Bom dia, 21 de junho 2019

Dr. Andrew Jackson
Fisioterapeuta
Acupunturista
CREFITO 172017-F

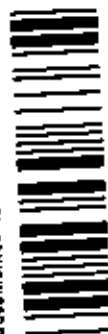


(81) 99841-2676



@andrewjacksonpilatesavancado

Documentos de Identificação



VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

8.501.151 19/03/2008

<< ADIELSON GOMES DE ARAÚJO >>

<< JOSÉ GOMES DE ARAÚJO >>

<< MARIA FERREIRA LIMA DE ARAÚJO >>

BOM JARDIM - PE 12/03/1970

<< CN.3528 L.102 F.241V CART. SEDE BOM JARDIM-PE 04.03.2008 >>

LEIA 7116 DE 2008/03

CARTÃO DE IDENTIDADE

REPÚBLICA FEDERAL DO BRASIL

ESTADO DE PERNAMBUCO

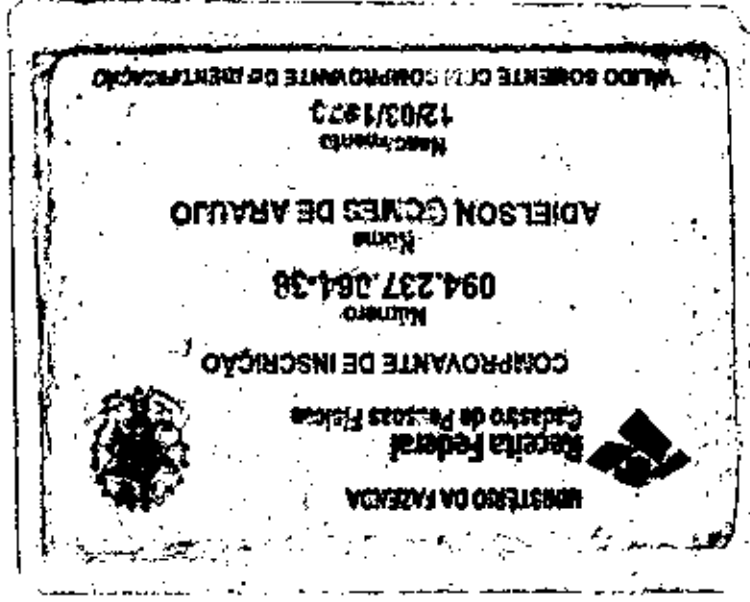
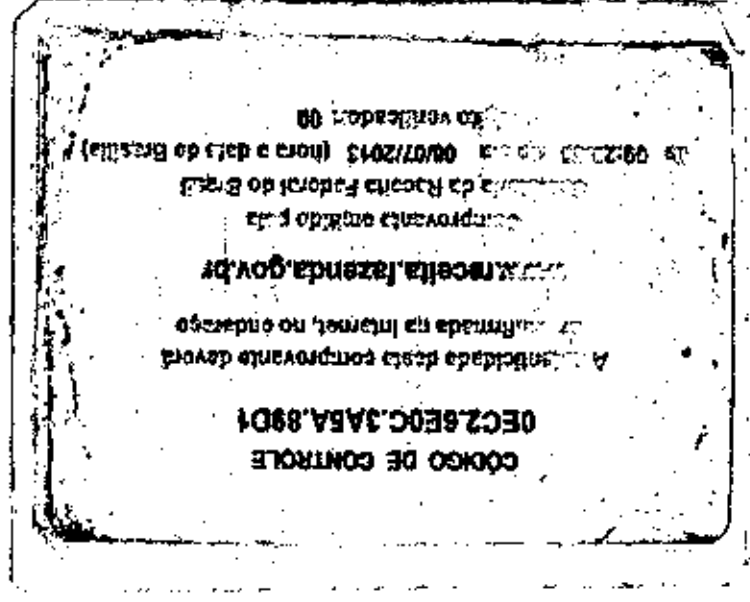
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL

00217

101

POLEGAT P.1410





REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
INSTITUTO DE IDENTIFICACAO E TITULARES DE R.D.

08R11

10

Foto do Titular

Foto da Mãe

NÃO AFILIADO

SIGNATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

Documentos de identificação

MINISTÉRIO DA FAZENDA

 **Receita Federal**
Cadastro de Pessoas Físicas



COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número
094.237.064-38

Nome
ADIELSON GOMES DE ARAUJO

Nascimento
12/03/1970

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA JUSTIÇA

DETRAN - PE

Nº 6123953706

CERTIFICADO DE REGISTRO DE VEÍCULO

VIA

1

856687897

FRANCISCO CABRAL DA SILVA
RUA G N 153 - COHAB
CS-CENTRO
BOM JARDIM-PE 55730-000

231.598.934-49

K108235

9C2KC08105H128884

PAS/MOTOCICLETA/

GASOLINA

HONDA/CG 150 VITAN KS

2005/2005

2P/149CL

PARTEC

VERMELHA

20054878

AL. FID. BANCO DIBENS

BOM JARDIM

22/08/05

DUI



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0240745/19

Vítima: ADIELSON GOMES DE ARAUJO

CPF: 094.237.064-36

Data do acidente: 23/08/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: ADIELSON GOMES DE ARAUJO

Seguradora: Sabem! Seguradora S/A

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
DUT
Outros

ADIELSON GOMES DE ARAUJO : 094.237.064-36

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

Outros



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 cancela 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: 16/07/2019
Nome: ADIELSON GOMES DE ARAUJO
CPF: 094.237.064-36

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 16/07/2019
Nome: ANDREZA ALVES DA CUNHA
CPF: 158.640.827-59

ADIELSON GOMES DE ARAUJO

ANDREZA ALVES DA CUNHA

IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA Adilson GOMES DE ARAÚJO
 DATA DO ACIDENTE 23/08/2018 CPF DA VÍTIMA 094.237.064-36
 PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO Adilson GOMES de Araújo
 QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR ☒ VÍTIMA () REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COM A VÍTIMA É _____
 ENDEREÇO DO PORTADOR Sítio Sapucaia
 Nº 100 COMPLEMENTO _____ BAIRRO Zona Rural
 CIDADE Bom Jardim UF PE CEP 55.730-000
 E-MAIL Cleyde.marques@yahoo.com.br TELEFONE (081) 99992-2863

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- ☒ REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
☒ CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☒ CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☐ LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
☐ NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML: DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML (ORIGINAL) ASSINADA PELA VÍTIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA
☒ BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☒ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
☒ AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

- ☐ CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☐ CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☐ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
 OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS. PODE SER PAI OU MÃE

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

- ☐ REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
☐ CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☐ CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☐ RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SOFRIDAS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☐ COMPROVANTES (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS
☐ NOTAS FISCAIS (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITUÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☐ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
☐ AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

- ☐ CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☐ CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☐ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
 OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS. PODE SER PAI OU MÃE

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- VALORES DE INDENIZAÇÃO**
- MORTE = R\$ 13.500,00
 - INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R\$ 13.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/74.
 - DESPESAS MÉDICAS (DAMS) = REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO). ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.
- O PRAZO PARA O PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS, CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA NA SEGURADORA LÍDER DPVAT
 • COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO
 • PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSE WWW.OPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA 08/07/2019
 IDENTIDADE 8.501.151 - SDS/PE
 ASSINATURA _____

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NOS CORREIOS

DATA 08/07/19 MATR. CORREIOS 8881707
 NOME JOSE ELAINE A. SANTOS
 ASSINATURA _____
 JOSE ELAINE A. SANTOS
 Responsável Comercial
 Quadra 03
 Tel. 8.508.123-1

A ROGO - Marina Eliana dos Santos Araújo

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO E LAZER POPOL

08R11



Maria Eduarda dos Santos Araújo

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO
GERAL

10.290.955

DATA DE
EXPIRAÇÃO

07/01/2016

NOME

<< MARIA EDUARDA DOS SANTOS ARAÚJO >>

FILIAÇÃO

<< ADIELSON GOMES DE ARAÚJO >>

<< IRACEMA DE FATIMA DOS SANTOS >>

NACIONALIDADE

LIMOEIRO - PE

DATA DE NASCIMENTO

29/07/1998

DOC. ORIGEM

<< CN. 188524.A15 F.226 CART. BOM. JARDIM-PE 24.09.1998 >>

CNPJ

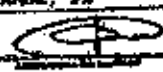
135.679.534-00

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.115 DE 29/09/63

416311581509115419.6671562

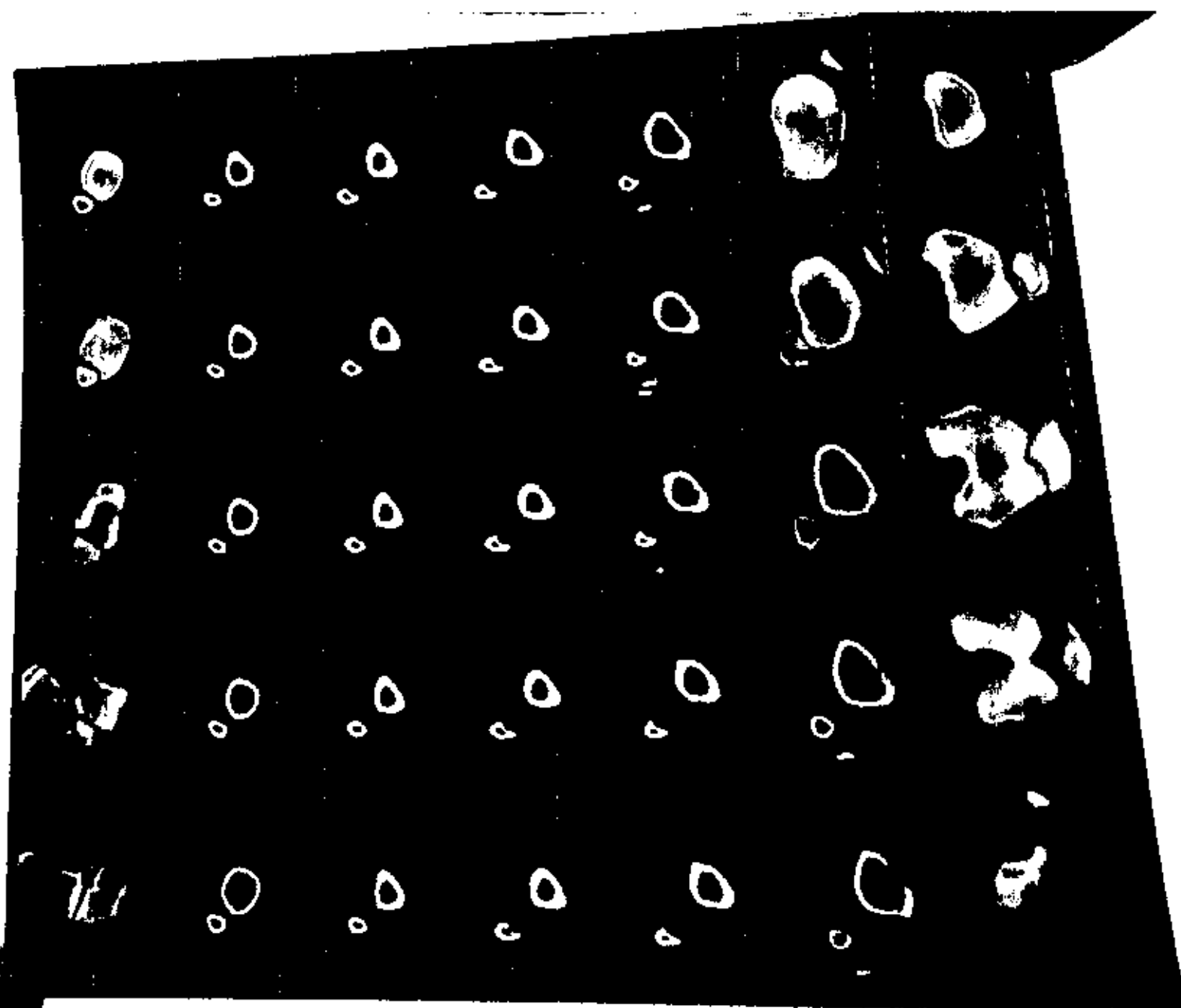
F-59 59.705 - 8521

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL MINISTÉRIO DAS CIDADES DEPARTAMENTO NACIONAL DE HABITABILIDADE CARTEIRA NACIONAL DE HABITABILIDADE	
FRANCISCO CARVAL DA SILVA	
	1951748 SEX M
	231.596.834-49 14/08/1980
	Nome JOAQUIM ALVES DA SILVA EULIDE ALVES DA SILVA
	Estado Cidade C
04603996044 05/63/2029 50/09/1980	
	
Local 13/03/2019 CAMOIM GRANDE, PE	
	
28378587647 28030099673	
DEPARTAMENTO NACIONAL DE HABITABILIDADE	

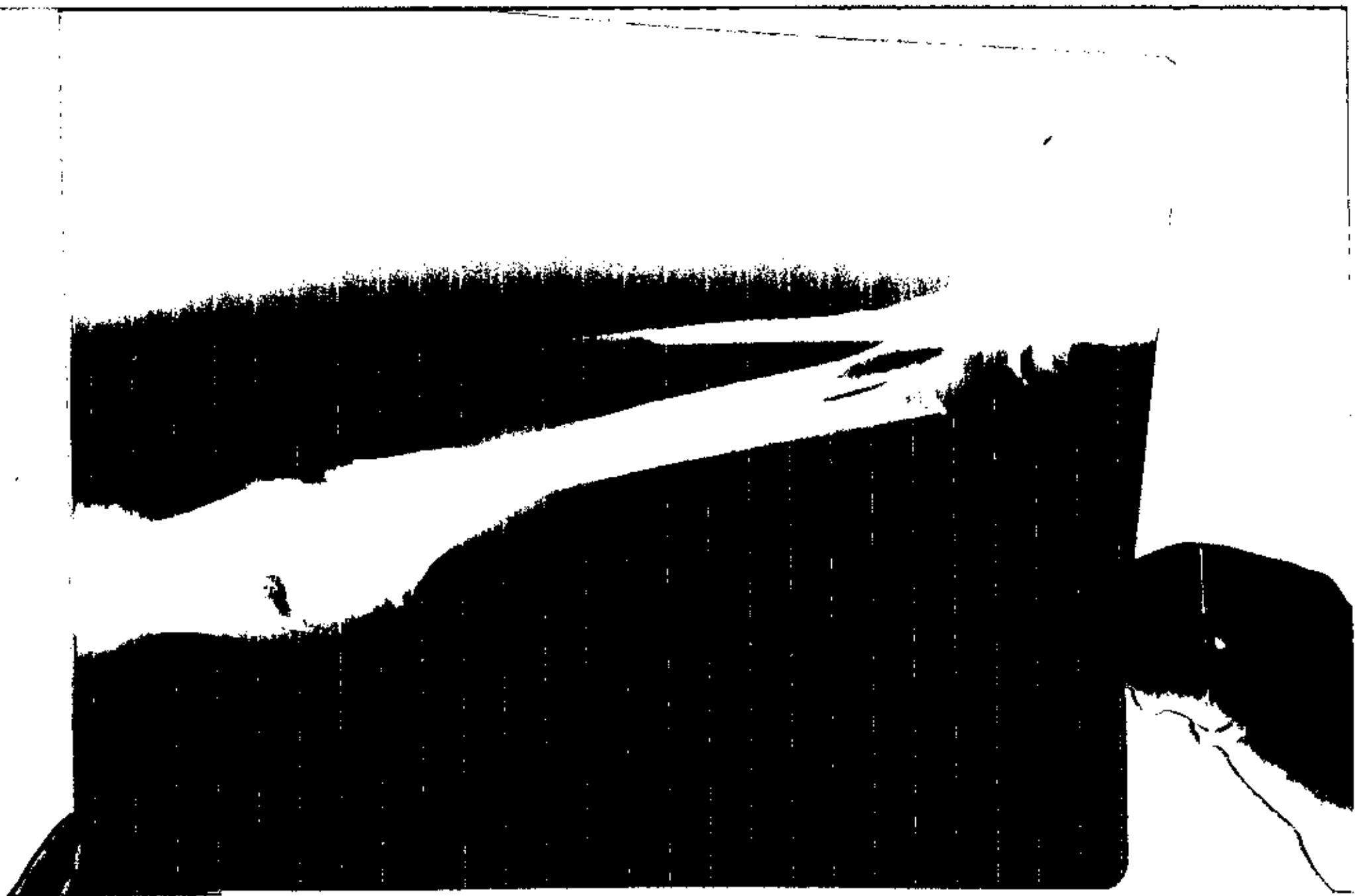
- VÁLIDA EM TODOS
 OS TERRITÓRIOS NACIONAIS

1009189767

- PRESTO PLACETESIA
 1009189767









19

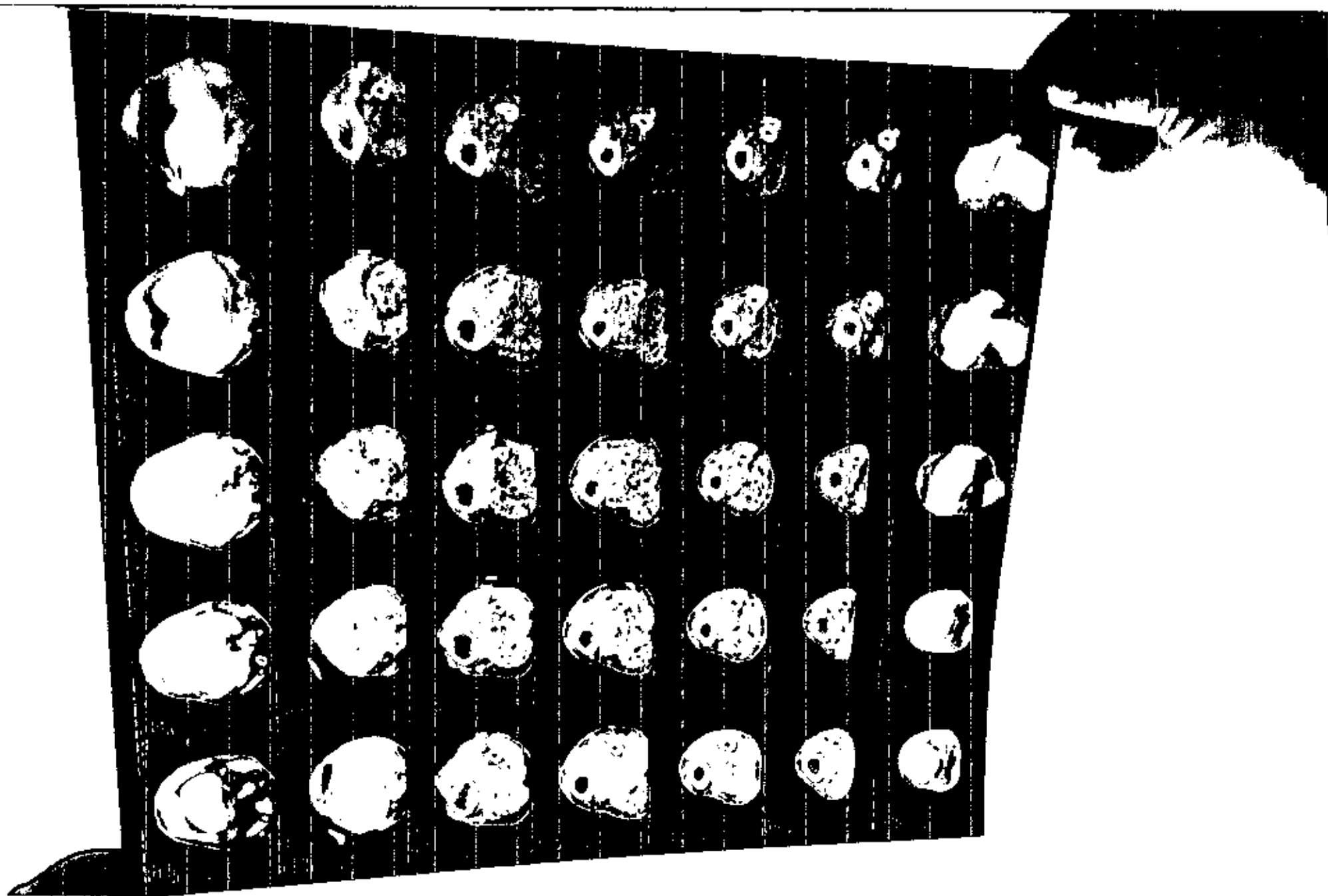
MADEIRA 27/05/2012 14:00

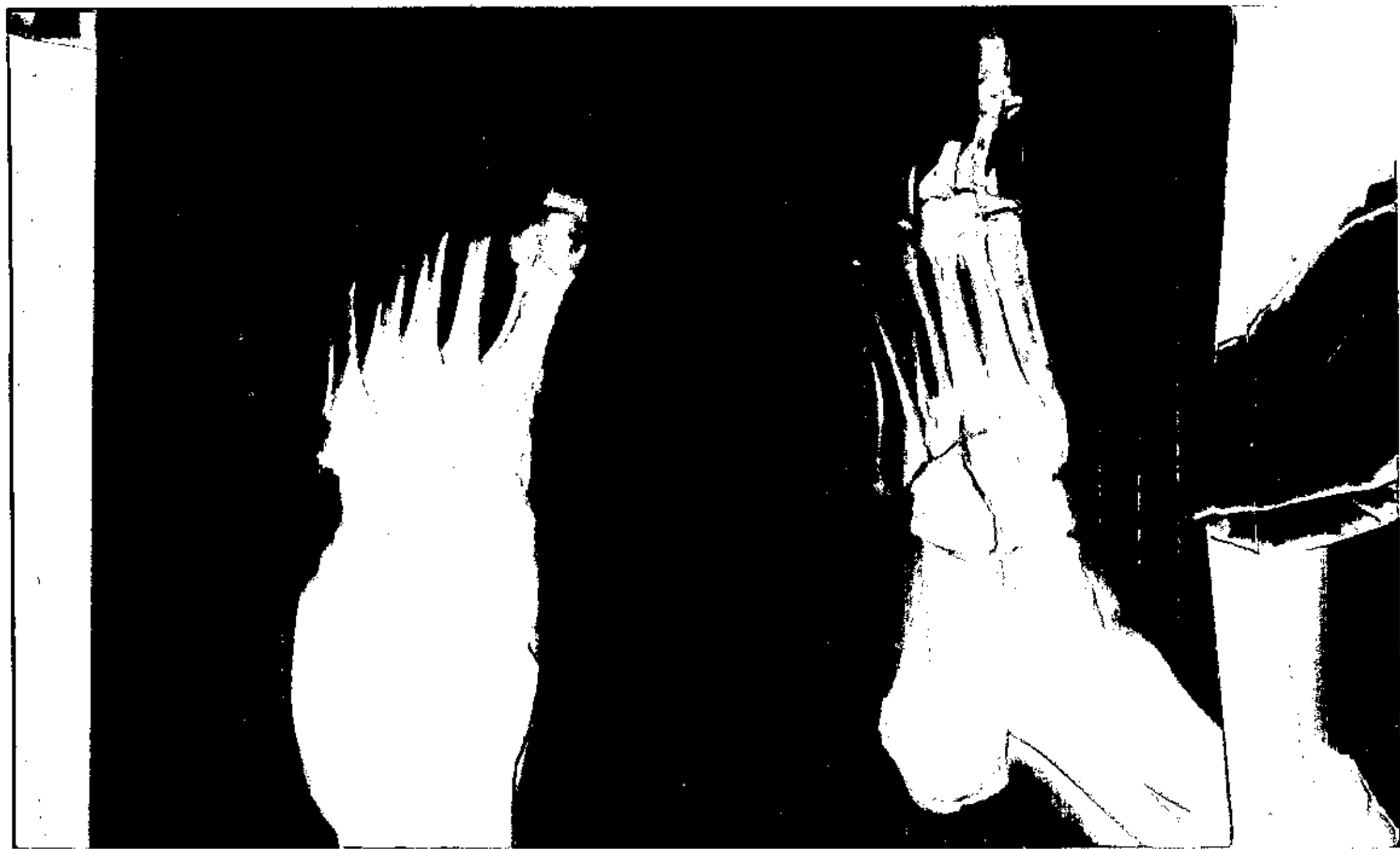
HOSPITAL CÉTILIO VARGAS
NOME: ADELSON GOMES DE ARAUJO



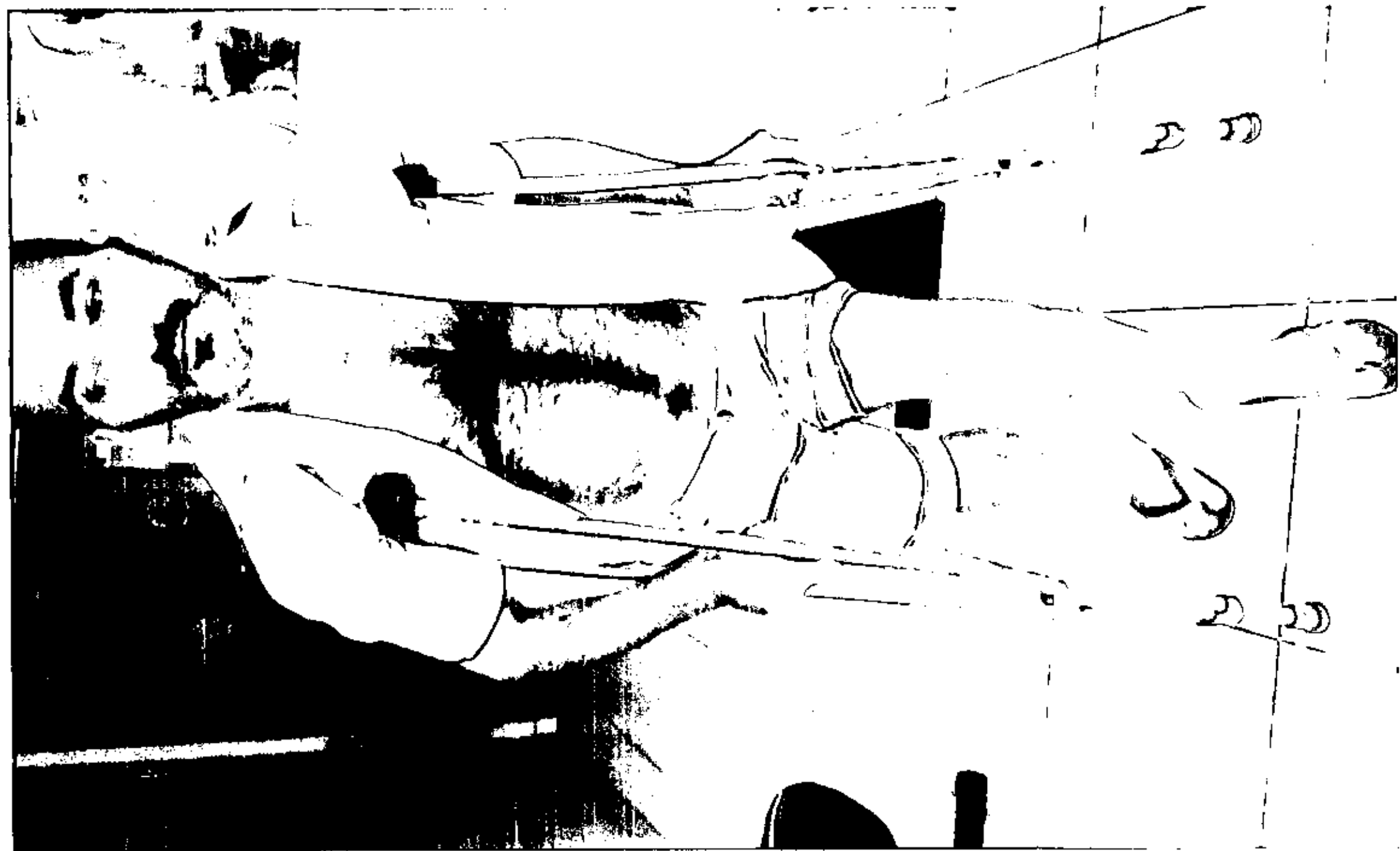
17-06-16
E















PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0240745/19

Número do Sinistro: 3190431435

Vítima: ADIELSON GOMES DE ARAUJO

CPF: 094.237.064-36

Seguradora: Sabemi Seguradora S/A

Data do acidente: 23/08/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: ADIELSON GOMES DE ARAUJO

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Documentos de Identificação

Outros

ADIELSON GOMES DE ARAUJO : 094.237.064-36

Autorização de pagamento

Outros



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: 02/09/2019
Nome: ADIELSON GOMES DE ARAUJO
CPF: 094.237.064-36

ADIELSON GOMES DE ARAUJO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 02/09/2019
Nome: TANIA CRISTINA DE FARIA PINTO
CPF: 760.547.217-04

TANIA CRISTINA DE FARIA PINTO

DADOS DO CLIENTE
RACEMA DE FÁTIMA DOS SANTOS

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
S1 SAPUCAIA 100

CPF: 771.265.644-49 NIS: 10195174817

PARIJOS/PARIJOS
BOM JARDIM PE
55730-000

CLASSIFICAÇÃO
B1 - RESIDENCIAL
BADA RENDIA COM NG

CONTRATO Nº 4005100388
DATA DE VIGÊNCIA 22/08/2019
15/08/2019 2007785836 421017

4005100388 08/2019
22/08/2019 13/09/2019
TOTAL A PAGAR (R\$) 107,06

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo até 30 kWh	30,000000	0,25973023	7,78
Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh	70,000000	0,44353754	31,04
Consumo Ativo superior a 100 até 220 kWh	88,000000	0,58530032	51,51
Acrescimo Bandeira AMARELA			1,18
Acrescimo Bandeira VERMELHA			3,03
Contrib. Ilum. Pública Municipal			15,81
ICMS Subvenção-COE-NT 005834735-13/08/18			0,58
ICMS Subvenção Bada Renda			1,26
Multa por atraso-NT 050894242-15/07/18			1,90
Juros por atraso-NT 050894242-15/07/18			0,27
Atualização ICMS-NT 050894242-15/07/18			0,20

TOTAL DA FATURA 107,06

NT DGT	TIPO DA FUNÇÃO	DATA	ANTERIOR	LEITURA	DATA	ATUAL	LEITURA	NT CR	CONSTANTE	AJUSTE	Expressão (R\$)
00412327	CAT	15/07/2019	15/07/2019	15/07/2019	15/07/2019	15/07/2019	15/07/2019	31	1,0000		107,06

NT DGT	TIPO DA FUNÇÃO	DATA	ANTERIOR	LEITURA	DATA	ATUAL	LEITURA	NT CR	CONSTANTE	AJUSTE	Expressão (R\$)
00412327	CAT	15/07/2019	15/07/2019	15/07/2019	15/07/2019	15/07/2019	15/07/2019	31	1,0000		107,06

INFORMAÇÕES IMPORTANTES
Pagos de acordo com o valor informado e o prazo de vencimento. O cliente deve pagar o valor devido até o dia 10 de cada mês. O cliente deve pagar o valor devido até o dia 10 de cada mês. O cliente deve pagar o valor devido até o dia 10 de cada mês.

NT DGT	TIPO DA FUNÇÃO	DATA	ANTERIOR	LEITURA	DATA	ATUAL	LEITURA	NT CR	CONSTANTE	AJUSTE	Expressão (R\$)
00412327	CAT	15/07/2019	15/07/2019	15/07/2019	15/07/2019	15/07/2019	15/07/2019	31	1,0000		107,06

NT DGT	TIPO DA FUNÇÃO	DATA	ANTERIOR	LEITURA	DATA	ATUAL	LEITURA	NT CR	CONSTANTE	AJUSTE	Expressão (R\$)
00412327	CAT	15/07/2019	15/07/2019	15/07/2019	15/07/2019	15/07/2019	15/07/2019	31	1,0000		107,06

4005100388 08/2019
22/08/2019
83880000001-107060011004-5 00510038810-8 14136428133-6

Adrielson Gomes de Araújo

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL		VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL	
 <i>Maria Eduarda dos Santos Araújo</i>	REGISTRO GERAL 10.290.955 DATA DE EMISSÃO 07/01/2016 NOME << MARIA EDUARDA DOS SANTOS ARAÚJO >> FILIAÇÃO << ADIELSON GOMES DE ARAÚJO >> << IRACEMA DE FATIMA DOS SANTOS >> NATURALIDADE LIMOEIRO - PE DATA DE NASCIMENTO 29/07/1998 DOC. ORIGEM << CN. 18852 L/A15 F.226 CART.BOM JARDIM-PE 24.09.1998 >> CPF 135.679.534-00 ASSINATURA DO DETENTOR		
	LEI Nº 7.116 DE 25/07/89 416311681509115419.6671562 F-59 58.705 1621		

MINISTÉRIO DA FAZENDA

 **Receita Federal**
Cadastro de Pessoas Físicas
COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO



Número
135.679.534-00

Nome
MARIA EDUARDA DOS SANTOS ARAUJO

Nascimento
29/07/1998

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

CÓDIGO DE CONTROLE
50BF.6ABA.F3BA.E47C

A autenticidade deste comprovante deverá ser confirmada na Internet, no endereço
www.receita.fazenda.gov.br

Comprovante emitido pela
Secretaria da Receita Federal do Brasil
às 13:28:55 do dia 06/01/2016 (hora e data de Brasília)
dígito verificador: 00

RECEBIDO
23 AGO 2019
Seguradora Líder DPVAT



DADOS DO CLIENTE
RAIMUNDO FRANCISCO DOS SANTOS

CIDEREPO DA UNIDADE CONSUMIDORA
51 ALTO 220

CPE: 016.41R 034-77

ZONA RURAL BOM JARDIM BOM JARDIM
BOM JARDIM FE
55730-000

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL
RESIDENCIAL

CPF: 016.41R 034-77
 07/08/2018 UF: PE 09/08/2018
 09/08/2018 2007127101 424847

4003202858 08/2018
 DATA DE EMISSÃO
 18/08/2018 10/09/2018
 TOTAL A PAGAR (R\$) 41,88

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo (kWh)	46,0000000	0,27545172	27,22
Acrescimo Bandeira AMARELA			0,70
Acrescimo Bandeira VERMELHA			0,80
Contrib. Ilum. Pública Municipal			1,15
ICMS Subvenção-CDE-NF 085321808-10/08/18			0,21
Multa por atraso-NF 085321808-10/08/18			0,46
Multa por atraso-NF 085321808-10/08/18			0,87
Juros por atraso-NF 085321808-10/08/18			0,01
Juros por atraso-NF 085321808-10/08/18			0,24
Atualização IGP-M-NF 085321808-10/08/18			0,01
Atualização IGP-M-NF 085321808-10/08/18			0,31

TOTAL DA FATURA 41,88

UF DO	TIPO DA	ANTERIOR	ATUAL	DATA	CONSTANTE	ADJUSTE	CONSUMO (KWH)
PE	CA1	10-07-2018	1-08-2018	09-08-2018	1,0000		46,00

MÊS	VALOR	%	VALOR DO	DESCRIÇÃO	VALOR	%
AGO-18	27,22	65,10%	0,00	Consumo de Energia	12,13	29,00%
Jul-18	0,70	1,67%	0,00	Transmissão	4,21	10,05%
Jun-18	0,80	1,91%	0,00	Distribuição (Cabo)	4,17	10,00%
Mai-18	1,15	2,75%	0,00	Perdas de Energia	3,67	8,78%
Abr-18	0,21	0,50%	1,22	Crédito de Energia	1,82	4,35%
Mar-18	0,46	1,10%	11,58	Tributos	11,58	27,73%
Fev-18	0,87	2,08%		Total	41,88	100,00%
Jan-18	0,01	0,02%				
Dez-17	0,24	0,57%				
Nov-17	0,01	0,02%				
Out-17	0,01	0,02%				
Set-17	0,01	0,02%				
Ago-17	0,01	0,02%				

Consumo Ativo (kWh) 0,4193000

FEOD 3156 0786 0728 8AEP 8887 85AC 88E7

INFORMAÇÕES IMPORTANTES
 O consumidor deve manter esta fatura em seu arquivo pessoal, pois ela é necessária para a comprovação do consumo de energia elétrica. O consumidor deve manter esta fatura em seu arquivo pessoal, pois ela é necessária para a comprovação do consumo de energia elétrica. O consumidor deve manter esta fatura em seu arquivo pessoal, pois ela é necessária para a comprovação do consumo de energia elétrica.

COMPONENTE	VALOR	VALOR	VALOR	VALOR	VALOR	VALOR	VALOR
DE	0,00	11,30	27,21	48,21	720	202	221
PRO	0,00	1,21	19,34	30,55			
ONCE	4,00	4,18	0,00	0,00			

UF: PE - Valor do Consumo de Energia Elétrica de Distribuição - R\$ 14,22

CONTA CONTRATO 4003202858 MÊS 08/2018 DATA DE VENCIMENTO 18/08/2018 TOTAL A PAGAR (R\$) 41,88



Maria Eduarda dos
 Santos Araújo

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL MINISTÉRIO DAS CIDADES DEPARTAMENTO NACIONAL DE HABITAÇÃO FUNDAÇÃO NACIONAL DE HABITAÇÃO	
VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL 1416680715	NOME SERGIO ROBERTO FERREIRA DA SILVA
	DOC. IDENTIDADE / CÓD. CIVIL (UF) 1490843 SSP PE
	CPF 653.455.424-87
	DATA NASCIMENTO 15/02/1969
	FUNÇÃO ANTONIO FERREIRA DA SILVA IRACEMA MARIA DA SILVA
PROFISSÃO PLASTICIAN 1416680715	PERMISSÃO PERMISSÃO
	VALOR 07.963656199
	VENCIMENTO 22/11/2021
	EXPIRAÇÃO 27/02/1998
	OBSERVAÇÃO Exercício Ativo Remunerado
PROFISSÃO PLASTICIAN 1416680715	LOCAL LINCOLN - PE
	DATA EMISSÃO 18/12/2016
	Assinatura do Titular Sergio Roberto Ferreira da Silva
	Assinatura do Responsável [Assinatura]
	Assinatura do Responsável [Assinatura]
Nº de Registro 50624415706 PE076078108	

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS PESSOAS
DEPARTAMENTO NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO
FOTO

CLAYDEVANIR MARQUES DOS SANTOS

DOC. IDENTIFIC. ORG. EMISSOR (UF)
5833491 EDB PE

CPF 020.925.766-62 DATA NASCIMENTO 10/08/1979

FUNÇÃO
MARCELO SANTOS DOS SANTOS
ANTONIA MARIA MARQUES DOS SANTOS

PERMISSÃO ACC CAT. PAS
E

PROTÓTIPO 06403464589 VALIDADE 28/10/2019 EXPIRAÇÃO 28/10/2015

ORIENTAÇÕES

A

ASSINATURA DE PORTADOR

LOCAL LINDOIRO - PE DATA EMISSÃO 23/11/2016

ASSINATURA DE EMISSOR
05479167681
P2076170713

DEPARTAMENTO NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO

VÁLIDA EM TODOS
OS TERRITÓRIOS NACIONAIS
1416370634

PROTÓTIPO PLASTIFICAR
1416370634



Companhia Energética de Pernambuco
Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife - PE, CEP 50000-002
CNPJ 10.435.552/0001-28 | Tel.: 0800243-43 | www.celp.com.br

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

PUB. COM. ANTONIO LEITAO DE MELO 7

ROY JARDINBOM JARDIN
BOM JARDIN PE
26730-000

55,730,000

ESITA CONTRATO

7024897650 08/2019

20/08/2019 14/09/2019

100 90

073153491	UNICA	13/08/2018
073153491	SPB COMITE	13/08/2018
15092618	250273218	437175

Consumo Água (m³/h)
 Acres c/rio Bandeira AMARELA
 Acre c/rio Bandeira VERMELHA
 Centro Turístico Público Municipal
 E-mail: atendimento@CDE-MF 0855780700-11/08/18

QUANTITY	PRICE (¢)	VALUE (¢)
117,000,000	0.77645172	90,944,800

TOTAL DA FATURA

100.850

~~DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL~~

DEMONSTRATIVO DE CONTAS							
Nº DO PROCESSO	TÍTULO DA FUNÇÃO	ANTERIOR		ATUAL		DIFERENÇA	COMPARANTE
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA		
100000	CAI	11/02/2018	92.439,02	11/02/2018	92.758,90	319,88	117,00

॥ भावप्रकाशक विम्वरसागर ॥

Month	Value
JAN 10	117
FEB 10	121
MAR 10	133
APR 10	150
MAY 10	134
JUN 10	147
JUL 10	138
AUG 10	159
SEP 10	171
OCT 10	166
NOV 10	197
DEC 10	182
JAN 11	179

— १२० —

	AUT DE CALGARY	%	VALOR EN DOLLARS
RENT	44.00	20.00	22.00
UTILS	38.00	17.8	9.50
OFFICE	64.00	9.40	3.24

CONTROLES DE CONTAS

Age 18-24	1990	23.20	24.50
Age 25-34	1990	3.20	3.80
Age 35-44	1990	18.30	21.20
Age 45-54	1990	8.70	8.80
Age 55-64	1990	4.20	4.80
Age 65-74	1990	27.40	29.10
Age 75+	1990	14.80	16.00

Conteúdo de volume

0.547725

पुनर्विचार

6671 3542-647A 1400 0510 A107 0701 4757

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

[illegible]

1. **အသုံးပြုသူများ** (Users)
 2. **အသုံးပြုသူများ** (Users)
 3. **အသုံးပြုသူများ** (Users)
 4. **အသုံးပြုသူများ** (Users)
 5. **အသုံးပြုသူများ** (Users)
 6. **အသုံးပြုသူများ** (Users)
 7. **အသုံးပြုသူများ** (Users)
 8. **အသုံးပြုသူများ** (Users)
 9. **အသုံးပြုသူများ** (Users)
 10. **အသုံးပြုသူများ** (Users)

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPTORES				
CONSUMO em kWh/m²	VALOR adquirido	LIMITE inferior	LIMITE superior	LIMITE percent
ENC	0,00	0,0	1,83	22,8
NC	0,00	2,36	6,72	17,4
TPP	0,00	0,16	0,91	0,00

MONTE CARLO TESTS		
TENSÃO INTERMAL (N)	CAPRITA DE NEURÓTIOS (M)	
	LADO A	LADO B
776	20	23

Sergio Roberto Ferreira dos Santos e
Cleodivanir Marques dos Santos

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190431435

Cidade: Bom Jardim

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: ADIELSON GOMES DE ARAUJO

Data do acidente: 23/08/2018

Seguradora: Sabemi Seguradora S/A

PARECER

Diagnóstico: Ferimento extenso em antebraço, joelho e pé esquerdo, com lesão do mecanismo extensor do joelho esquerdo e lesão dos tendões extensores do tornozelo esquerdo.

Descrição do exame físico: Ao exame, vítima com deformidade importante do joelho esquerdo, em flexão sustentada, não consegue realizar extensão, marcha claudicante, hipotrofia muscular do membro inferior esquerdo, com deficit de força do membro. Apresenta cicatriz em dorso do pé esquerdo, com retração cicatricial, edema local, limitação na flexão plantar (20 graus) e dorsal (10 graus) do tornozelo esquerdo.

Resultados terapêuticos: Submetido a tratamento com limpeza cirúrgica, evoluindo com infecção do ferimento em joelho, sendo reabordado cirurgicamente. Fez fisioterapia, alta há cerca de 30 dias. Alta médica.

Sequelas permanentes: Limitação funcional do membro inferior esquerdo

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 17/09/2019

Conduta mantida:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau médio - 50 %	35%	R\$ 4.725,00
Total			35 %	R\$ 4.725,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190431435 **Cidade:** Bom Jardim **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ADIELSON GOMES DE ARAUJO **Data do acidente:** 23/08/2018 **Seguradora:** Sabemi Seguradora S/A

PARECER

Diagnóstico: Ferimento extenso em antebraço, joelho e pé esquerdo, com lesão do mecanismo extensor do joelho esquerdo e lesão dos tendões extensores do tornozelo esquerdo.

Descrição do exame físico: Ao exame, vítima com deformidade importante do joelho esquerdo, em flexão sustentada, não consegue realizar extensão, marcha claudicante, hipotrofia muscular do membro inferior esquerdo, com deficit de força do membro. Apresenta cicatriz em dorso do pé esquerdo, com retração cicatricial, edema local, limitação na flexão plantar (20 graus) e dorsal (10 graus) do tornozelo esquerdo.

Resultados terapêuticos: Submetido a tratamento com limpeza cirúrgica, evoluindo com infecção do ferimento em joelho, sendo reabordado cirurgicamente. Fez fisioterapia, alta há cerca de 30 dias. Alta médica.

Sequelas permanentes: Limitação funcional do membro inferior esquerdo

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 17/09/2019

Conduta mantida:

Observações:

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau médio - 50 %	35%	R\$ 4.725,00
Total			35 %	R\$ 4.725,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190431435 **Cidade:** Bom Jardim **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ADIELSON GOMES DE ARAUJO **Data do acidente:** 23/08/2018 **Seguradora:** Sabemi Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 11/09/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA PROXIMAL DE TÍBIA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (ENXERTO CUTÂNEO DE PELE LIVRE/DEBRIDAMENTO/INSTALAÇÃO DE DRENO PENROSE/SUTURA). ALTA MÉDICA. PÁG. 2/8/9/10

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

Observações: (NÍVEL DE LESÃO ENXERTO)
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 membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50