

DUT



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PE Nº 014208458700
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

PLACA 0054866-674-682-999-14-2018

JOSE DOMINGOS DA SILVA

MACRADO

0054866-674-682-999-14-2018

0054866-674-682-999-14-2018

0054866-674-682-999-14-2018

0054866-674-682-999-14-2018

0054866-674-682-999-14-2018

0054866-674-682-999-14-2018

0054866-674-682-999-14-2018

0054866-674-682-999-14-2018

0054866-674-682-999-14-2018

0054866-674-682-999-14-2018

0054866-674-682-999-14-2018

0054866-674-682-999-14-2018

0054866-674-682-999-14-2018

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE OU POR SUA CARGA A PESSOAS
TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

PLACA 0054866-674-682-999-14-2018

JOSE DOMINGOS DA SILVA

MACRADO

0054866-674-682-999-14-2018

0054866-674-682-999-14-2018

0054866-674-682-999-14-2018

0054866-674-682-999-14-2018

0054866-674-682-999-14-2018

0054866-674-682-999-14-2018

0054866-674-682-999-14-2018

0054866-674-682-999-14-2018

0054866-674-682-999-14-2018

0054866-674-682-999-14-2018

0054866-674-682-999-14-2018

0054866-674-682-999-14-2018

0054866-674-682-999-14-2018

0054866-674-682-999-14-2018

0054866-674-682-999-14-2018

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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Número do Sinistro: 3180481950

Nome do(a) Examinado(a): JOSE DOMINGOS DA SILVA

Endereço do(a) Examinado(a): Rua DR JOSE JANUARIO, 8 - Machados/PE -
CEP 55740-000

Identificação - Orgão Emissor/UF/Número : 4675808 - sds

Data e Local do Acidente : 17/07/2018 - Orobó

Data e Local do Exame : 08/11/2018 AVENIDA DR PEDRO JORDÃO, 1252 -
CARUARU/PE

Resultado da Avaliação Médica

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

Fratura do rádio distal direito com lesão cápsulo-ligamentar

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

Quadro submetido a tratamento cirúrgico e fisioterapia da qual teve alta há 30
dias

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

Vítima queixa de dor em punho direito. Ao exame: redução moderada da flexo-
extensão e prono-supinação do punho direito

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

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

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

dano funcional do punho direito

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

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

Vide motivo do impedimento no campo das observações

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

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

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

Região Corporal

punho direito

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

Região Corporal

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

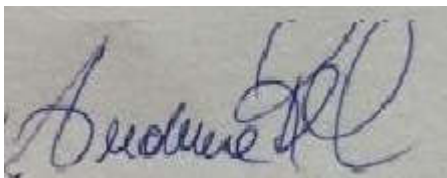
Região Corporal

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

Região Corporal

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

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



ANDREA RODRIGUES MADEIRA CRM : 19953 / UF :PE

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios de Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0374877/18

Vítima: JOSE DOMINGOS DA SILVA

CPF: 906.866.674-68

Seguradora: ARJANA SEGURADORA S/A

Outros



Data do acidente: 17/07/2018

Títular do CPF: JOSE DOMINGOS DA
SILVA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

JOSE DOMINGOS DA SILVA : 906.866.674-68

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 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: 11/10/2018
Nome: JOSE DOMINGOS DA SILVA
CPF: 906.866.674-68

JOSE DOMINGOS DA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 11/10/2018
Nome: Elen Tais Alves Pereira
CPF: 126.261.667-07

Elen Tais Alves Pereira



Seguradora Líder - DPVAT

SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS ID

IDENTIFICAÇÃO

VITIMA JOSÉ DOMINGOS DA SILVA
DATA DO ACIDENTE 13-03-2018 CPF DA VITIMA 906.866.674-68
PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO JOSÉ DOMINGOS DA SILVA
QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR VITIMA () REPRESENTANTE LEGAL, CUID PARANTESCO COM A VITIMA É _____
ENDEREÇO DO PORTADOR RUA DA JOSÉ JAVUÁRIB
Nº 08 COMPLEMENTO CASA BAIRRO ZONA RURAL
CIDADE MACHADOS UF PE CEP 55340-000
E-MAIL elena.machados@gmail.com TELEFONE (81) 998045455
99306 5834

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- (X) REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
(X) CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VITIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
(X) CPF DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
() LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
(X) NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML, DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML (ORIGINAL) ASSINADA PELA VITIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL) QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA
(X) BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
(X) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
(X) AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VITIMA (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 VITIMA 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 VITIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
() CPF DA VITIMA (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 VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
() AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VITIMA (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 VITIMA 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 PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA
• COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO
• PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSSE WWW.DPVATSEGURADOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA 13.03.2018
IDENTIDADE 4635808

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

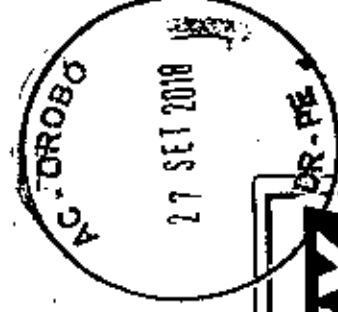
DATA 28.09.2018
NOME Maria José da Silva
ASSINATURA [Assinatura]
ASSINANTE DE CONTATOS: Adv. Com.
MAY 8-503-3405

DESTINATÁRIO:

NOME OU RAZÃO SOCIAL - SEGURADORA LIDE DPVAT

ENDEREÇO - RUA SENADOR DANTAS Nº74, 15º ANDAR,
CENTRO.

CEP- 20031205 CIDADE- RIO DE JANEIRO UF- RJ



REMETENTE:

NOME OU RAZÃO SOCIAL – JOSÉ DOMINGOS DA SILVA

ENDEREÇO - RUA DR. JOSÉ JANUÁRIO, Nº 08, ZONA
RURAL

CEP- 55740-000

CIDADE- MACHADOS

UF- PE

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180481950

Cidade: Orobó

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: JOSE DOMINGOS DA SILVA

Data do acidente: 17/07/2018

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 31/10/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DISTAL DE RÁDIO DIREITO.

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

Sequelas permanentes:

Sequelas:

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.

DANOS

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

ESPECIALISTA

Empresa: Líder- Serviços AMD

Grupo: EQ1

Nome: MARCELO DE TOLEDO FERNANDES TERRIGNO

CRM: 5255920-8

UF do CRM: RJ

Assinatura:

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180481950 **Cidade:** Orobó **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE DOMINGOS DA SILVA **Data do acidente:** 17/07/2018 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 31/10/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DISTAL DE RÁDIO DIREITO.

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

Sequelas permanentes:

Sequelas:

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.

DANOS

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

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180481950 **Cidade:** Orobó **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE DOMINGOS DA SILVA **Data do acidente:** 17/07/2018 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: Fratura do rádio distal direito com lesão cápsulo-ligamentar

Descrição do exame médico pericial: Vítima queixa de dor em punho direito. Ao exame: redução moderada da flexoextensão e prono-supinação do punho direito

Resultados terapêuticos: Quadro submetido a tratamento cirúrgico e fisioterapia da qual teve alta há 30 dias

Sequelas permanentes:

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 08/11/2018

Conduta mantida:

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

Médico examinador: ANDREA RODRIGUES MADEIRA

CRM do médico: 19953

UF do CRM do médico: PE

DANOS

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

PRESTADOR

TOLEDO ASSISTÊNCIA MÉDICA LTDA EPP

Médico revisor: ALESSANDRA DURAES ALTAF

CRM do médico: 016562

UF do CRM do médico: CE

Assinatura do médico:

Alessandra Duraes Altaf

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180481950 **Cidade:** Orobó **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE DOMINGOS DA SILVA **Data do acidente:** 17/07/2018 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: Fratura do rádio distal direito com lesão cápsulo-ligamentar

Descrição do exame médico pericial: Vítima queixa de dor em punho direito. Ao exame: redução moderada da flexoextensão e prono-supinação do punho direito

Resultados terapêuticos: Quadro submetido a tratamento cirúrgico e fisioterapia da qual teve alta há 30 dias

Sequelas permanentes:

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 08/11/2018

Conduta mantida:

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

Médico examinador: ANDREA RODRIGUES MADEIRA

CRM do médico: 19953

UF do CRM do médico: PE

DANOS

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

PRESTADOR

TOLEDO ASSISTÊNCIA MÉDICA LTDA EPP

Médico revisor: ALESSANDRA DURAES ALTAF

CRM do médico: 016562

UF do CRM do médico: CE

Assinatura do médico:

Alessandra Duraes Altaf

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0374877/18

Vítima: JOSE DOMINGOS DA SILVA

CPF: 906.866.674-68

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

Data do acidente: 17/07/2018

Titular do CPF: JOSE DOMINGOS DA SILVA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

JOSE DOMINGOS DA SILVA : 906.866.674-68

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

Documentação recebida sem conferência.

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

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 11/10/2018
Nome: JOSE DOMINGOS DA SILVA
CPF: 906.866.674-68

JOSE DOMINGOS DA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 11/10/2018
Nome: Elen Tais Alves Pereira
CPF: 126.261.667-07

Elen Tais Alves Pereira

Rio de Janeiro, 26 de Outubro de 2018

Aos Cuidados de: JOSE DOMINGOS DA SILVA

Nº Sinistro: 3180481950

Vitima: JOSE DOMINGOS DA SILVA

Data do Acidente: 17/07/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180481950**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

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

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 13521713



Rio de Janeiro, 05 de Novembro de 2018

Aos Cuidados de: JOSE DOMINGOS DA SILVA

Sinistro: 3180481950
Vítima: JOSE DOMINGOS DA SILVA
Data do Acidente: 17/07/2018
Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Senhor(a),

Comunicamos que o prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido de indenização do sinistro cadastrado sob o **número 3180481950** foi **interrompido**, em razão da necessidade de apuração de dados e informações por parte desta seguradora.

Solicitamos aguardar novo contato sobre o seu pedido de indenização, o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as análises cabíveis.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT nº 800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

Autorização de pagamento

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:



É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL**, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL** e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2- "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário com 16 ou 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

Nome completo da vítima

906.866.674.68

JOSÉ DOMINGOS DA SILVA

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo JOSÉ DOMINGOS DA SILVA		CPF titular da conta 906.866.674.68	Profissão AGRICULTOR
Endereço RUA DR. JOSÉ JANUÁRIO		Número 08	Complemento CASA
Bairro ZONA RURAL	Cidade MACHADOS	Estado PE	CEP 55740-000
Email			Telefone (DDD) (81) 998075455

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

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

☐ **CONTA POUPANÇA** (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ BRADESCO (237) ☒ BANCO DO BRASIL (001) ☐ ITAÚ (341)
☐ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA NRO. **2039** DIV **7** CONTA NRO. **76.915** DIV **3**
 (Informar dígito se existir) (Informar dígito se existir)

☐ **CONTA CORRENTE** (todos os bancos)

BANCO Nome NRO
 AGÊNCIA NRO. DIV CONTA NRO. DIV
 (Informar dígito se existir) (Informar dígito se existir)

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

Orobó, PE, 13 de setembro de 2018

Local e Data

João Domingos da Silva

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

BANCO: 0001

AGENCIA: 02039

CONTA: 0000000016915-3

FAVORECIDO: JOSE DORINGOS DA SILVA

1ª Via

ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA MILITAR

B.O. Nº 18E021500263

1ª VIA

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Unidade Operacional 22º BPM	Circunscrição OROBÓ	Registro 17/07/2018	Hora do Registro 18:00	Nº da Folha / Total de Folhas 1ª Parte 01/02
Descrição e Natureza ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL			Aviso de Ocorrências do CIODS Nº -	
Data (dd/mm/aa) 17/07/2018	Hora (hh:mm) 17:28	☒ Auditoria Conhecida ☐ Auditoria desconhecida	☒ Consumado ☐ Tentado	☒ Culposos ☐ Doloso
Circunscrição do Fato OROBÓ		Local Principal da Ocorrência SÍTIO MANIBU		
Logradouro (Rua, Avenida, Rodovia, etc.) ESTRADA DE TERRA PLANAGEM			Número	
Complemento (Apto, Sala, Andar) VIA PÚBLICA		CEP 55745-000		
Município OROBÓ	UF PE	Ponto de Referência SÍTIO MANIBU		

☒ VÍTIMA	☐ IMPULTADO	☐ SUSPEITO	☐ TESTEMUNHA	☐ OUTROS	☐ TURISTA	☐ Sim ☒ Não
Nome / Razão Social JOSE DOMINGOS DA SILVA						
Pai JOSE ANTONIO FILHO						
Mãe MARIA FIGUEREDO DA SILVA						
Apelido / Nome Fantasia						
Sexo XM F		Estado Civil 1. Solteiro(a) 3. Viúvo(a) 5. Amarelado(a) 7. Não informado 2. Casado(a) 4. Divorciado(a) 6. Separado(a)				
Data de Nascimento 10/07/1973	Idade aparente []	1. Recém-nascido / Lactante 2. Criança (1-12 anos) 3. Adolescente (13-17 anos)		4. Adulto - Jovem (18-30 anos) 5. Adulto (31-65 anos) 6. Idoso (Acima de 65 anos)		
X RG CNH 4.676.808		Órgão Expedidor SDS	UF PE	X CPF 906.866.674-68	Órgão Expedidor SRF	Naturalidade MACHADOS-PE
Logradouro (Rua, Avenida, Rodovia, etc.) RUA DR JOSE JANUÁRIO				Número 8	Complemento CASA	
Bairro ZONA RURAL		CEP 55740-000	Município MACHADOS	UF PE	Telefone / Contato (DDD-Número)	
Altura Aparente []		Peso []		Cor da Pele []		Bigode ☐ Sim ☒ Não
Cabelo - Tipo / Cor (Descrever)		Profissão AGRICULTOR		Tipo de Cicatriz / Local / Formato (Descrever)		
Tipo de Tatuagem / Local (Descrever)		Defeito Físico (Descrever)		Dentes (Descrever)		

☐ VÍTIMA	☐ IMPULTADO	☐ SUSPEITO	☐ TESTEMUNHA	☐ OUTROS	☐ TURISTA	☐ Sim ☒ Não
Nome / Razão Social JOÃO PEDRO DO NASCIMENTO SILVA						
Pai JOAQUIM DO NASCIMENTO SILVA						
Mãe MARIA HENRIQUE DA SILVA NASCIMENTO						
Apelido / Nome Fantasia						
Sexo XM F		Estado Civil 1. Solteiro(a) 3. Viúvo(a) 5. Amarelado(a) 7. Não informado 2. Casado(a) 4. Divorciado(a) 6. Separado(a)				
Data de Nascimento	Idade aparente [5]	1. Recém-nascido / Lactante 2. Criança (1-12 anos) 3. Adolescente (13-17 anos)		4. Adulto - Jovem (18-30 anos) 5. Adulto (31-65 anos) 6. Idoso (Acima de 65 anos)		
X RG CNH NÃO PORTAVA		Órgão Expedidor SDS	UF PE	X CPF NÃO PORTAVA	Órgão Expedidor SRF	Naturalidade OROBÓ-PE
Logradouro (Rua, Avenida, Rodovia, etc.) SÍTIO MANIBU				Número S/N	Complemento CASA	
Bairro ZONA RURAL		CEP 55745-000	Município OROBÓ	UF PE	Telefone / Contato (DDD-Número)	
Altura Aparente []		Peso []		Cor da Pele []		Bigode ☐ Sim ☒ Não
Cabelo - Tipo / Cor (Descrever)		PROFISSÃO AGRICULTOR		Tipo de Cicatriz / Local / Formato (Descrever)		
Tipo de Tatuagem / Local (Descrever)		Defeito Físico (Descrever)		Dentes (Descrever)		

RECEBIDO

04 OUT 2018

Seguradora Lida com VAT

SERVENTIA REGISTRAL E NOTARIAL DE OROBÓ-PE
Rua Professor Manoel de Aguiar 20 - Lavouras - Orobó-PE CEP: 55745-000
Fone: (81) 3555-1185 - E-mail: oficio@sergentia-orobopempe.com

CÓPIA AUTÊNTICA, conforme o original apresentado.
DOU - FE. Orobó, 18/07/2018.
Gustavo Adalberto de Franca Silva - Testemunha no
Cartórios R\$ 3,07 - TSM: R\$ 0,60 - FEE: R\$ 0,34 - Total: R\$ 4,01
oficiomunio.orobopempe@gmail.com
Selo(s) 00776/02.50303201901.00241

1ª Via

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

B.O. Nº 18E021500263

Série-A

Fato	Unidade Operacional 22º BPM	Circunscrição OROBÓ	Data ou Registro 17/07/2018	Hora do Registro 18:00	Nº de Folhas / Total de Folhas 02/02
	Forma de Aproximação?		Forma de Ação da Abordagem?		
	Local de Entrada?		Forma de Entrada?		
	Alterações no Local?		Forma de Evasão?		
Modus Operandi	Crimes Sexuais?		Estelionato?		
	Envolvido	Tipo de Objeto	Marca / Modelo	Número de Série	
	Quantidade	Valor	Moeda	Objeto Apreendido? ☐ Sim ☐ Não	
	Qual o motivo do registro do objeto?				
Objeto Envolvido	Envolvido	Tipo de Objeto	Marca / Modelo	Número de Série	
	Quantidade	Valor	Moeda	Objeto Apreendido? ☐ Sim ☐ Não	
	Qual o motivo do registro do objeto?				
	Envolvido	Tipo de Objeto	Marca / Modelo	Número de Série	
Dados do Veículo	Quantidade	Valor	Moeda	Objeto Apreendido? ☐ Sim ☐ Não	
	Qual o motivo do registro do objeto?				
	Envolvido	Marca / Modelo	Cor	Ano	Renavan
	UF	Chassi	Placa	Veículo Apreendido? ☐ Sim ☐ Não	
Nº	Qual o motivo do registro do veículo?				
	Envolvido	Marca / Modelo	Cor	Ano	Renavan
	UF	Chassi	Placa	Veículo Apreendido? ☐ Sim ☐ Não	
	Qual o motivo do registro do veículo?				
Nº	Envolvido	Marca / Modelo	Cor	Ano	Renavan
	UF	Chassi	Placa	Veículo Apreendido? ☐ Sim ☐ Não	
	Qual o motivo do registro do veículo?				
	Envolvido no Acidente de trânsito				

A vítima José Domingos da Silva estava pilotando a Moto Yamaha de placa PGF3596-PE, de sua propriedade, quando sobrou em uma curva, perdeu o controle da Moto e caiu, a vítima mencionada sofreu vários ferimentos, sendo socorrido para o Hospital Severino Iávora nesta cidade e em consequência das gravidades dos ferimentos foi socorrido para outra unidade médica hospitalar.

Exames Periclitados: S. Solicitado R. Realizado					
Tipo de Exame	Envolvido ☐ S ☐ R	Tipo de Exame	Envolvido ☐ S ☐ R	Tipo de Exame	Envolvido ☐ S ☐ R
☐ Condutor ☐ Recebedor	Matrícula	Viatura	Unidade		
Responsável pelo Preenchimento	Interessado(a):		Preenchimento pela Verificação		
Matrícula Nº	Ass.:		Matrícula Nº		
Nome:	Ass.:		Ass.:		
Nome:	Nome:		Nome:		

SERVENTIA REGISTRAL E NOTARIAL DE OROBÓ-PE
Rua Professor Manoel do Aguiar, 20 - Maracá - Orobó-PE CEP: 55745-000
Fone: (81) 3555-1165 - E-mail: oficial@oro-bo.pe.gov.br

CÓPIA AUTÊNTICA, conforme o original apresentado.
DOU - FE. Orobó, 18/07/2018.
Gustavo Adalberto de Franca Silva, escrevente do
Cartório: R\$ 3,07 - TSN: R\$ 0,00 - FERC: R\$ 0,34
Total: R\$ 4,07
oficial@oro-bo.pe.gov.br
Selo(s) 0077602.R\$ 0,00 201801.00242

ATO

CENTRO DE DIAGNÓSTICO

- RADIOGRAFIA DIGITAL - RX
- MAMOGRAFIA DIGITAL
- DENSITOMETRIA ÓSSEA
- TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA

- ULTRASSONOGRAFIA
- ESPECIALIDADES MÉDICA
- FISIOTERAPIA
- LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS

Comprovação de ato declaratório

**LAUDO MÉDICO**

Declaro para os devidos fins, que o Sr. JOSÉ DOMINGOS DA SILVA, foi vítima de acidente de trânsito no dia 17/07/2018, no município de Orobó, sofrendo FRATURA DO RÁDIO DISTAL DIREITO, submetido a tratamento cirúrgico no Hospital Memorial Guararapes (redução cirúrgica e fixação com placa e parafusos). Atualmente apresenta ao exame físico limitação da flexo-extensão do punho direito e da pronossupinação do antebraço direito, com déficit da força de apreensão da mão direita. Sequelas e alta médica definitiva.

LIMOEIRO, 21/08/2018

Dr. Roberto de Castro Costa
Ortopedia - Traumatologia
CRM: 11730/TEOT: 7334

ROBERTO DE CASTRO COSTA
CRM: 11.730

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

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

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 13/11/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOSE DOMINGOS DA SILVA

BANCO: 001

AGÊNCIA: 02039-7

CONTA: 000010016915-5

Nr. da Autenticação BF89EA19CB93B446



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

EU, JOSÉ DOMINGOS DA SILVARG nº 4675808, data de expedição 14/10/91, Órgão SSP-PE.

CPF nº 90686667468, 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 seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>RUA DR. JOSÉ JANUÁRIO</u>
Número	<u>08</u>
Apto / Complemento	<u>CASA</u>
Bairro	<u>ZONA RURAL</u>
Cidade	<u>MACHADOS</u>
Estado	<u>PERNAMBUCO</u>
CEP	<u>55740-000</u>
Telefone de Contato	<u>(81) 99807 5455 - 99707 5834</u>
E-mail	<u>elva.menutida@brd-mail.com</u>

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Ororó, PE, 13 de setembro 2018Assinatura do Declarante: Jose Domingos da Silva

Pedido de serviço para Via para Pagamento Grupo B nº 1364359143

NOTA FISCAL | SATURA | CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

COMPANHIA ENERGÉTICA DE PERNAMBUCO

AV. JOÃO DE BARROS, 111, BOA VISTA

RECIFE, PERNAMBUCO - PE

CEP 50050-902

CNPJ 10.835.932/0001-08

INSCRIÇÃO ESTADUAL 0005943-53



www.celpe.com.br

Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de 26/04/02

COMERCIAL 0800 0810120 PRONTUÁRIO 0800 0810196

Atendimento ao deficiente auditivo ou de fala: 0800 281 0142

Ouvidoria 0800 282 5599

Agência de Regulação dos Serviços Públicos Delegados

do Estado de Pernambuco-ARPE: 0800 727 0167-

Ligação Gratuita de Telefones Fixos

Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL 167-

Ligação Gratuita de telefones fixos e tarifada

na origem para telefones celulares

DADOS DO CLIENTE MARIA REJANE DA SILVA	DATA DE VENCIMENTO 10/08/2018	DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL 03/08/2018	CONTA CONTRATO 7019471564
ENDEREÇO RUA DR JOSE JANUARIO 8 --A -ZONA RURAL MACHADOS/MACHADOS RURAL -55740-000 MACHADOS PE -	TOTAL A PAGAR R\$ 23,13	DATA DA APRESENTAÇÃO 03/08/2018	CLASSIFICAÇÃO RESIDENCIAL Monofásico B1
PERÍODO CONSUMO 04/07/2018 a 03/08/2018	CONSUMO 37		

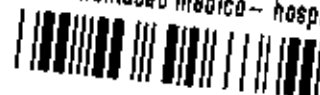
ICMS - BASE DE CÁLCULO R\$ 0,00 Alíquota valor do Imposto R\$ 0,00

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

VIA PARA PAGAMENTO

Destaque aqui

CONTA CONTRATO 7019471564	MÊS/ANO 08/2018	TOTAL A PAGAR R\$ 23,13	VENCIMENTO 10/08/2018	TALÃO DE PAGAMENTO Evite dobrar e perfurar ou rasurar. Este canhoto será usado em leitora ótica.
838100000000 231300110076 019471564100 123419939232				AUTENTICAÇÃO MECÂNICA



CÍRCULO OPERÁRIO DE OROBÓ
Hospital Severino Távora
CNPJ nº 10.605.798/0001-59
Rua 10 de Janeiro, nº 17 Centro
CEP: 55745-000 - Orobó - PE

Limões
5441200

José Domingos da Silva

Comunicação de Aferição

Pro - vítima acidente com
mão apresentando dor
e edema com limitação
no punho direito

Dr. Antônio L. Henriques
Médico
CRM 25717

As atas desta
Assinatura de Dr. José

19/07/13

Processo:

GESTÃO DE PESSOAS

Código

F.AT.SAM.01

Revisão

00

INFORMAMOS QUE ESTA FICHA FOI CONFECCIONADA A PARTIR DE DADOS EXTRAIDOS EXCLUSIVAMENTE DO PRONTUÁRIO MÉDICO DO (A) PACIENTE ABAIXO INDETIFICADO (A).

NOME: José Domingos da Silva

REGISTRO: 754672 DATA DE NASCIMENTO: 10/07/1973

RG: 4675808 ORGÃO EMISSOR: SSP/PE

ENDEREÇO: Rua José Américo nº 08-A

Bairro: Machadinho Machado

NOME DA MÃE: Maria Figueiredo da Silva

DATA ADMISSÃO: 19/07/2018 DATA ALTA: 25/07/2018

DATA DO PROCEDIMENTO: 23/07/2018 CID: S52.5

DIAGNÓSTICO: Fratura da Extremidade Distal do Rádio Direito

TRATAMENTO REALIZADO: Tratamento Cirúrgico de Fratura da Extremidade/metáfise Distal dos Ossos do Antebraço Direito + Tratamento Cirúrgico de Lesão Capsulo-Ligamentar do Pulso Direito

MÉDICO: Giselly Verissimo

CREMEPE: 17424

JABOATÃO DOS GURARAPES, 07 DE Agosto DE 2018

Dr. João Paulo Romão
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PE 72622
MÉDICO



HOSPITAL
MEMORIAL PARANAENSE

Usuário: WAGNER WANDERLEY COSTA

Data: 23/07/2018 15:04:44

Hora: 15:04

Relatório Geral de Cirurgias

Paciente: JOSE DOMINGOS DA SILVA

Prontuário: 754672

Endereço: 168474

Unidade de Internação / Leito: ENF 17 - LEITO 05

Sexo: Masculino

Idade: 45 Anos, 0 Mês e 13 Dias

Diagnóstico Pré Operatório: S525 - FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DO RÁDIO

Risco Operatório:

Cirurgia(s) Realizada(s): 0408020407 - TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA EXTREMIDADE / METÁFISE DISTAL DOS OSSOS DO ANTEBRACO
0408020482 - TRATAMENTO CIRÚRGICO DE LESÃO AGUDA CAPSULO-LIGAMENTAR DO MEMBRO SUPERIOR: COTOVELO / PUNHO

Data: 23/07/2018

01. Cirurgião: GISELLY VERISSIMO DE MIRANDA

02. 1. Auxílio Cirúrgico: WAGNER WANDERLEY COSTA

03. 2. Auxílio Cirúrgico:

04. Instrumentador:

05. Anestesia: BLOQUEIO PLEXO BRAQUIAL

06. Anestesia:

07. Anestesiista: DIANA SOUZA CANUTO DOS ANJOS

Descrição da Cirurgia:

PACIENTE EM DECÚBITO DORSAL SOB ANESTESIA

ASSEPZIA E ANTISSEPZIA

ESPALMAMENTO + GARROTEAMENTO

APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTÉREIS

INCISÃO VOLAR DE HENRY ATÉ ABOORDAGEM DE FOCO DE FRATURA EM RADIO DISTAL DIREITO

LIBERAÇÃO DE RETRAÇÃO MUSCULAR E FIBROSE

REDUÇÃO DE FRATURA E FIXAÇÃO COM PLACA BLOQUEADA DE RADIO DISTAL E PARAFUSOS

REALIZADO REPARO CAPSULAR E LIGAMENTAR COM FIO 4.0

LAVAGEM COM SF

RETRADA DE GARROTE + REVISÃO DA HEMOSTASIA

FECHAMENTO POR PLANOS

CURATIVO DO TIPO JONÈS

OPS : PROCEDIMENTO REALIZADO COM AUXILIO DO INTENSIFICADOR DE IMAGENS

Dr. Giselly Verissimo
Ortopedia - Traumatologia
Cirurgia de Mão
CRM/PE 17.424 - 1E0712/93

Dr. Wagner Wanderley Costa
Médico
CRM - PE 26588

WAGNER WANDERLEY COSTA

CRM: 26588

Plano: SUS - INTERNACAO

Atendimento: 168474

Nascimento: 10/07/1973

Responsável:

Prontuário: 754672

Sexo: Masculino

Nome: JOSE DOMINGOS DA SILVA

Data e Hora do Atendimento: 19/07/18 19:35:26

Idade: 45 Anos, 0 Mês e 9 Dias

Profissão:

Escolaridade:

CPF:

Identidade: 4675808

Telefone:

Conjuge:

Estado Civil:

Cartão SUS: 898003728992382

Nome da Mãe: MARIA FIGUEIREDO DA SILVA

Nome do Pai:

Endereço: RUA JOSE JANUARIO, COHAB, CEP: 55740000, Nº 3, MACHADOS - PE

OBSERVAÇÃO:

Unidade de Internação: CLINICA CIRURGICA ORTOPEDICA

Enfermaria / Leito: ENF 17 - LEITO 05

Médico: MILTON TELES DE MENDONCA - CRM: 6262

CID:

RESUMO DE INTERNAMENTO

HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL:

PACIENTE VEIO DO HGV COM HISTÓRIA DE QUEDA DE MOTO E FRATURA DISTAL DE RADIO DIREITO

ANTECEDENTES PESSOAIS E HEREDITARIOS:

NDN

EXAME FÍSICO GERAL:

EGR, EUPNEICO, AFEBRIL SEM EDEMAS

AP - CARDIO - VASCULAR:

NDN

AP - RESPIRATORIO:

NDN

ABDOMEN:

NDN

AP - GENITO - URINARIO:

NDN

OUTROS:

NDN

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:

FRATURA DISTAL DE RADIO DIREITO

DIAGNÓSTICO DEFINITIVO:

NDN

CONDIÇÕES DE ALTA:

DATA:

25/07/18

HORA DE SAÍDA:

MILTON TELES DE MENDONCA - CRM: 6262

ESTABELECIMENTO SOLICITANTE		ONES
HOSPITAL MEMORIAL JABOATÃO		S356067
ESTABELECIMENTO EXECUTANTE		ONES
HOSPITAL MEMORIAL JABOATÃO		S356067

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE				
Nome do paciente			Nº Prebário	
JOSE DOMINGOS DA SILVA			754672	
Cartão Nacional do SUS	Data de Nascimento	Sexo	Raça Cor	Etnia
	10/07/1973	Masc. ☐ Feml. ☐		
Nome da Mãe			Telefone de contato	
MARIA FIGUEIREDO DA SILVA				
Nome Responsável				
Endereço	Número	Bairro		
RUA JOSE JÂNUARIO	3	COMAB		
Estado	IBGE	UF	CEP	
MACHADOS			55740000	

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO			
Principais Sinais e Sintomas Clínicos			
PACIENTE VEIO DO HGV COM HISTÓRIA DE QUEDA DE MOTO E FRATURA DISTAL DE RADIO DIREITO			
Condições que justificam a internação			
QUADRO CLÍNICO			
Principais Resultados de Provas Diagnósticas			
RX			
Diagnóstico Inicial / Código	CID 10 Principal	CID 10 Secundário	CID 10 Causas Associadas
FRATURA DISTAL DE RADIO DIREITO			

PROCEDIMENTO SOLICITADO		Código do Procedimento
Descrição do Procedimento Solicitado		
Especialidade	Caráter de Atendimento	Documento
		☐ CMS ☐ CPF
Nome do Profissional Solicitante/Assis		Nº do Documento (CNS/CPF) do Profissional Solicitante/Assis
Data da Solicitação		Assinatura e Carimbo (Nº de Registro no Conselho)

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)		
☐ Acidente de trânsito (CNP) Seguradora	Nº Bilhete	Série
☐ Acid. Trabalho típico	CNAE/Empres	CBO
☐ Acid. Trabalho trajeto	CNPJ / Empresa	
Vínculo com a Previdência	☐ Empregador ☐ Autônomo ☐ Desempregada ☐ Aposentado ☐ Não Segu	
☐ Empregado		

AUTORIZAÇÃO	
Nome do Profissional Autorizador	Cod. Órgão Emissor
Documento	Nº do Documento (CNS/CPF) do Profissional Autorizador
☐ CNS ☐ CPF	
Data da Autorização	Assinatura e Carimbo (Nº Registro do Conselho)
Setor	

2190226

Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
HOSPITAL
Getúlio Vargas

NOME DA UNIDADE:
HOSPITAL GETÚLIO VARGAS
CGC Nº:
10.572.048/0005-51
(03 vixs)

LAUI

HGV- Hospital Getúlio Vargas

1006754

Prontuário: **1091676**

CNS: 898003728992382

Paciente: **JOSE DOMINGOS DA SILVA**

Leito: **CRX 16**

Clinica: **CORREDOR RX**

Sexo: **MASCULINO**

Nascido: **10/07/1973** Idade: **45 Anos 0 Mes**

Fone: **9700-3792**

Mae: **MARIA FIGUEIREDO DA SILVA**

Endereço: **SITIO MACHADINHO, 0 - ZONA RURAL - (GRUPO) - PE - Cep 55745871**

Ime SSBV: 1 HOSPITAL GETULIO V DATA: 18/07/2018 Hr: 21:22 Usuário: ORVALDOSSJ

TRC:

091576

ENDREÇO:

NOME DO PACIENTE:

DATA DE NASCIMENTO:

NOME DA MÃE:

ENDREÇO:

RUA:

BLOCO:

APT:

BASTRO:

UF:

CES:

CEP:

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

HISTÓRIA CLÍNICA:

*Duvida de abscessos no
fígado e pâncreas*

EXAME FÍSICO:

64,2, cor, sítio, etc

PRINCIPAIS RESULTADOS DOS EXAMES COMPLEMENTARES:

*MSD: fígado aumentado
de porte*

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL

Infecção de fígado tipo B

PROCEDIMENTO SOLICITADO

Exame de fígado

CÓDIGO

DESCRIÇÃO DA CLÍNICA/SPECIALIDADE

SVT

CARACTER DA INTERNAÇÃO

DATA:

18.07.18

DATA:

ASSINATURA DO MÉDICO SOLICITANTE DA INTERNAÇÃO

ASSINATURA DO MÉDICO AUTORIZADOR

PARA USO DAS UNIDADES PÚBLICAS

AUTORIZAÇÃO PARA INTERNAÇÃO EM UNIDADE COMPLEMENTAR

NOME DA UNIDADE:

Transmissão pt. São João

ASSINATURA DO MÉDICO SOLICITANTE DA INTERNAÇÃO

ASSINATURA DO MÉDICO AUTORIZADOR

Sumário de Admissão e Alta

Nome: JOSE DOMINGOS DA SILVA

Prontuário: 754672

Atendimento: 166474

Unidade de Internação: CLÍNICA CIRÚRGICA ORTOPÉDICA

Sexo: Masculino

Leito: ENF 17 - LEITO 05

Diagnóstico Inicial (Constante no Laudo Médico): FRATURA DE RÁDIO DISTAL DIREITO

CID: S525

Procedimento Solicitado: 0408020407 - TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA EXTREMIDADE / METÁFISE DISTAL DOS OSSOS DO ANTEBRAÇO

Tempo de permanência Previsto:

Procedimento SUS Realizado: 0408020407 - TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA EXTREMIDADE / METÁFISE DISTAL DOS OSSOS DO ANTEBRAÇO

0408020482 - Lesão Capsulo-lig. Pulso

01. Cirurgião: GISELY VERÍSSIMO DE MIRANDA

02. 1. Auxílio Cirúrgico: WAGNER WANDERLEY COSTA

2. Auxílio Cirúrgico:

04. 3. Auxílio Cirúrgico:

Demais Auxílios Cirúrgicos:

06. Anestesista: DIANA SOUZA CANUTO DOS ANJOS

07. Clínico:

08. Clínico:

Procedimentos Especiais:

- ☐ Mudança de Procedimento
☐ Diária de UTI
☐ Diária de Acompanhante
☐ Vacina Anti -- Rh

- ☒ Uso de Prótese Órtese
☐ Uso de Fatores de Coagulação
☐ Uso de Oxigenadores
☐ Nutrição Parenteral

Resumo do Caso: PACIENTE SUBMETIDO A PROCEDIMENTO CIRÚRGICO SEM INTERFERÊNCIAS

Diagnóstico Principal: S525 - FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DO RÁDIO

Diagnóstico Secundário:

Motivo de Alta:

Data de Internação: 19/07/2018

Data da Alta: 25/07

Dias de Hospitalização:

dia (s).

Wagner Wanderley Costa
Médico

CRM: PE 28580

WAGNER WANDERLEY COSTA

Fam. 06528

Secretaria de Saúde - PJGP
RGS - Gerência de Controle e Avaliação
Maria Cecília Mac Dowell Duarte
Adm. de Assistência à Saúde - CRM: 35224
CPF: 202.225.864-49



CÍRCULO OPERÁRIO DE OROBÓ HOSPITAL SEVERINO TÁVORA

Uma nova História

Parceria: PREFEITURA MUNICIPAL DE OROBÓ



PRONTO ATENDIMENTO

Data: 17/10/18	Hora: 18:00	Registro: 6680
Nome: José Domingos da Silva		
Data de Nascimento: 30/10/1973	Idade: 44 anos	
Endereço: Rua José Genesio - Machado	Referência:	
Responsável: o mesmo		
Endereço do Responsável:		
Cartão Nacional do SUS:		
DADOS DO ACIDENTADO OU AGRESSÃO		
Local da Ocorrência:		
Tipo de ocorrência:		
() Acidente de trânsito () Agressão () Suicídio () Acidente de Trabalho () Outros		

Sinais Vitais		
PA: 130/80 mmHg	TEMP:	FR:

Queixas:	Pact. com histórico de queda de mão, apresentando dor punho má dentro d edema com limitação
Exame físico:	MOVIMENTADO ECG 15'
Hipótese diagnóstica:	1 - FRATURA FEMORAL PUNHA
Procedimentos:	0 - Solução de punho 2 - Sonda fístula 100 ml 3 - Clorpromazina 100mg 1AD SOND 4 - Tiamina 100 mg 1AD SOND 5 - Colar gipsado

Dr. Antonio L. Henrique
Médico
CRM: 25717



Ministério da Fazenda
Receita Federal

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO CPF

Número
906.866.674-68

Nome
JOSE DOMINGOS DA SILVA

Nascimento
10/07/1973

CÓDIGO DE CONTROLE
FE6A.7442.C8E4.69FB



Emitido pela Secretaria da Receita Federal do Brasil
às 09:15:39 do dia 08/12/2017 (hora e data de Brasília)
digite verificador: 00

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO TAVARES BURI

122

BOLEGAR DIREITO

JOSE DOMINGOS DA SILVA

CARTEIRA DE IDENTIDADE

Documentos de identificação



VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

DATA DE EMISSÃO: 14/10/1991

REGISTRO GERAL: 4675808

NOME: José Domingos da Silva

DATA DE NASCIMENTO: 10/07/1973

NACIONALIDADE: BR

Machados, p. 104, liv. 1-04

Cart. de Machados, p. 104

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 118 DE 2003