

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190659301 **Cidade:** João Alfredo **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MATEUS OLIVEIRA BARBOSA DA SILVA **Data do acidente:** 20/02/2019 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DE OSSOS DA PERNA DIREITA

Descrição do exame físico: APRESENTA DEFORMIDADE EM ANTECURVATO DA PERNA DIREITA COM PERADA CO ALINHAMENTO E PRESENÇA IMPORTANTE

Resultados terapêuticos: LEVE DESVIO DE EIXO DA PERNA DIREITA

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU LEVE DO MEMBRO INFERIOR DIREITO

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 23/12/2019

Conduta mantida: Sim

Observações: VITIMA JÁ INDENIZADA POR DANO LEVE DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

DANOS

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

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190659301 **Cidade:** João Alfredo **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MATEUS OLIVEIRA BARBOSA DA SILVA **Data do acidente:** 20/02/2019 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 12/12/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DIAFISÁRIA DA TÍBIA E FÍBULA DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA E PARAFUSOS / ENXERTO ÓSSEO P.11,13)
ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

Observações: IMAGEM P.2,3 **VÍTIMA JÁ INDENIZADA EM GRAU LEVE DO MEMBRO INFERIOR DIREITO(25%) - R\$2.362,50. 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 médio - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0417336/19

Vítima: MATEUS OLIVEIRA BARBOSA DA SILVA

CPF: 120.923.084-40

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

Data do acidente: 20/02/2019

Titular do CPF: MATEUS OLIVEIRA
BARBOSA DA SILVA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES : 945.234.444-04

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

MATEUS OLIVEIRA BARBOSA DA SILVA : 120.923.084-40

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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.

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 26/11/2019
Nome: ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES
CPF: 945.234.444-04

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 26/11/2019
Nome: Marta Marinho dos Santos
CPF: 492.294.514-87

ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Marta Marinho dos Santos

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190659301 **Cidade:** João Alfredo **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MATEUS OLIVEIRA BARBOSA DA SILVA **Data do acidente:** 20/02/2019 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 28/11/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DIAFISÁRIA DA TÍBIA E FÍBULA DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA E PARAFUSOS / ENXERTO ÓSSEO P.11,13)
ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

**Documentos
complementares:**

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda 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

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190659301 **Cidade:** João Alfredo **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MATEUS OLIVEIRA BARBOSA DA SILVA **Data do acidente:** 20/02/2019 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 28/11/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DIAFISÁRIA DA TÍBIA E FÍBULA DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA E PARAFUSOS / ENXERTO ÓSSEO P.11,13)
ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

**Documentos
complementares:**

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda 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

Rio de Janeiro, 27 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190659301

Vítima: MATEUS OLIVEIRA BARBOSA DA SILVA

Data do Acidente: 20/02/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), MATEUS OLIVEIRA BARBOSA DA SILVA

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, 11 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190659301

Vítima: MATEUS OLIVEIRA BARBOSA DA SILVA

Data do Acidente: 20/02/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), MATEUS OLIVEIRA BARBOSA DA SILVA

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 2.362,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros inferiores 70%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 = R\$ 2.362,50

Recebedor: **MATEUS OLIVEIRA BARBOSA DA SILVA**

Valor: **R\$ 2.362,50**

Banco: **260**

Agência: **000000001**

Conta: **000026624284-0**

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



Rio de Janeiro, 13 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190659301

Vítima: MATEUS OLIVEIRA BARBOSA DA SILVA

Data do Acidente: 20/02/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), MATEUS OLIVEIRA BARBOSA DA SILVA

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, 27 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190659301

Vítima: MATEUS OLIVEIRA BARBOSA DA SILVA

Data do Acidente: 20/02/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Assunto: REANÁLISE DO PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), MATEUS OLIVEIRA BARBOSA DA SILVA

Após revisão da Análise Médica Documental ou perícia em 23/12/2019, verificou-se que a lesão permanente apresentada já foi adequadamente indenizada, nos termos da Lei nº 6.194, de 1974, não tendo sido identificado agravamento da invalidez permanente da vítima, ou nova lesão permanente decorrente do mesmo acidente de trânsito.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

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

120.923.084-40

MATEUS OLIVEIRA BARBOSA DA SILVA

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

5 - Nome completo: MATEUS OLIVEIRA BARBOSA DA SILVA 6 - CPF: 120.923.084-40
7 - Profissão: REC. INF 8 - Endereço: 20 LAGOA NOVA 9 - Número: 11 10 - Complemento: CASA
11 - Bairro: LAGOA NOVA 12 - Cidade: SURUBIM 13 - Estado: PE 14 - CEP: 55750-000
15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD): 81-99700-1998

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

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

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

☐ CONTA POUPANÇA (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: NUBANK

AGÊNCIA: CONTA: (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: 0001 CONTA: 266242840 (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34

Impressão
digital da
vítima ou
beneficiário
não alfabetizado

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

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

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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, SURUBIM 25/11/2019

x Mateus Oliveira Barbosa da Silva

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Número do Sinistro: 3190659301
Nome do(a) Examinado(a): Mateus Oliveira Barbosa da Silva
Endereço do(a) Examinado(a): Lo Lagoa Nova, 11 Casa
Lagoa Nova Surubim PE CEP: 55750-000
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SSP / PE] 9695900
Data local do acidente: [20/02/2019]
Data local do exame: [23/12/2019] Caruaru [PE]

Resultado da Avaliação Médica

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

FRATURA DE OSSOS DA PERNA DIREITA

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

Tratamento: TRATAMENTO CIRURGICO DE FARTURA DE TIBIA E FIBULA COM FIXADOR EXTERNO, POSTERIORMENTE COM PLACA E POR FIM PLACA COM ENXERTO ÓSSEO

Complicações: REFRATURA, SEM OUTRAS COMPLICAÇÕES DO REFERIDO ACIDENTE

Data da Alta: 10/12/2019

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

APRESENTA DEFORMIDADE EM ANTECURVATO DA PERNA DIREITA COM PERADA CO ALINHAMENTO E PRESENÇA IMPORTANTE

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

☒ (X) Sim () Não

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

☒ (X) Sim () Não

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

LIMITAÇÃO DE MOBILIDADE ARTICULAR EM PERNA DIREITA

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

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

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

() "Vítima em tratamento"

Esta avaliação médica deve ser repetida em dias

() "Sem sequela permanente"

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

- b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

MEMBRO INFERIOR - Lado Direito

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

Região Corporal (Sequela):

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

Região Corporal (Sequela):

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

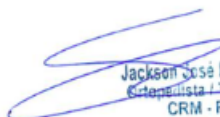
Região Corporal (Sequela):

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

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

Vítima já indenizada por dano leve do membro inferior direito.

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


Jackson José Florêncio Júnior
Ortopedista / Traumatologista
CRM - PE 18.573
TEOT 13921



**GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 116ª CIRCUNSCRIÇÃO - SURUBIM -
DP116ªCIRC DINTER1/16ªDESEC**

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 19E0206000934

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **24/04/2019** às
11:57

Complementa o BO Número: 19E0206000867

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado)
que aconteceu no dia **20/2/2019** no período da Manhã

Fato ocorrido no endereço: **MUNICIPIO DE JOAO ALFREDO, 1, PE 90 -
TREVO - Bairro: CENTRO - JOAO ALFREDO/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **RODOVIA ESTADUAL**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

**DESCONHECIDO (AUTOR \ AGENTE)
LUISMAR PAULINO DE ANDRADE (OUTRO)
MATEUS OLIVEIRA BARBOSA DA SILVA (VÍTIMA)**

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

**VEICULO: (Outros motivos) , que estava em posse do(a) Sr(a): MATEUS
OLIVEIRA BARBOSA DA SILVA**

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

**DESCONHECIDO (não presente ao plantão) - Sexo: Desconhecido Naturalidade: NÃO
INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

**LUISMAR PAULINO DE ANDRADE (não presente ao plantão) - Sexo:
Masculino Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

**MATEUS OLIVEIRA BARBOSA DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo:
Masculino Mãe: MARIA EDILENE BARBOSA DE OLIVEIRA Pai: EZEQUIEL BARBOSA DA
SILVA Data de Nascimento: 24/9/1998 Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO /
BRASIL
Endereço Residencial: MUNICIPIO DE SURUBIM, 11, SÍTIO LAGOA NOVA - CEP: 55000-000 -
Bairro: CENTRO - SURUBIM/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

VEICULO (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **LUISMAR PAULINO DE ANDRADE**,
que estava em posse do(a) Sr(a): **MATEUS OLIVEIRA BARBOSA DA SILVA**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/XR 200R** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **BRANCA** - Quantidade: **0 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **KJE6148** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Renavam: **764417908** Chassi:
9C2MD28001R020887
Ano Fabricação/Modelo: **2001/2001**

Complemento / Observação

DIZ A VITIMA QUE CONDUZIA O VEICULO EM TELA PELO ENDEREÇO JA MENCIONADO QUANDO FOI TRANCADO POR UM TOYOTA DE PLACA NAO ANOTADA, ONDE O SR-MATEUS CAIU DA MOTO, TENDO VARIAS ESCORIAÇÕES ALEM DE QUEBRAR A PERNA DIREITA. A MOTO TEVE DIVERSAS AVARIAS. A VITIMA FOI SOCORRIDA PELO SAMU PARA A UPA DE SURUBIM E EM SEGUIDA TRANSFERIDO PARA O HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS NA CIDADE DE RECIFE. REGISTRA-SE O BOE PARA OS EFEITOS LEGAIS CABIVEIS.

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

MATEUS OLIVEIRA BARBOSA DA SILVA
(VITIMA)

B.O. registrado por: **RONALDO SEVERINO DOS SANTOS** - Matrícula: **350901-0**

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

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

120.923.084-40

MATEUS OLIVEIRA BARBOSA DA SILVA

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

5 - Nome completo: MATEUS OLIVEIRA BARBOSA DA SILVA 6 - CPF: 120.923.084-40
7 - Profissão: REC. INF 8 - Endereço: 20 LAGOA NOVA 9 - Número: 11 10 - Complemento: CASA
11 - Bairro: LAGOA NOVA 12 - Cidade: SURUBIM 13 - Estado: PE 14 - CEP: 55750-000
15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD): 81-99700-1998

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

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

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

☐ CONTA POUPANÇA (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: NUBANK

AGÊNCIA: CONTA: (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: 0001 CONTA: 266242840 (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34

Impressão
digital da
vítima ou
beneficiário
não alfabetizado

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

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

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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, SURUBIM 25/11/2019

x Mateus Oliveira Barbosa da Silva

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 04/12/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: MATEUS OLIVEIRA BARBOSA DA SILVA

BANCO: 260

AGÊNCIA: 00001

CONTA: 000026624284-0

Nr. da Autenticação 56200451CCA04DA4

Companhia Energética de Pernambuco
Av. João de Barros, 111. Boa Vista, Recife - PE. CEP 50050-902
CNPJ 10.835.932/0001-08 | Insc. Est. 0005943-93 | www.celpe.com.br

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
LO LAGOA NOVA 11

LAGOA NOVA/LAGOA NOVA
SURUBIM PE
55750-000

DATA CONTRATO	4003479558	RECEBANDO	11/2019
DATA DE VENCIMENTO	22/11/2019	DATA DE PAGAMENTO LÍQUIDA	17/12/2019
TOTAL A PAGAR (R\$)		132,76	

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo até 30 kWh	30,0000000	0,26247243	7,87
Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh	70,0000000	0,44995274	31,49
Consumo Ativo superior a 100 até 220 kWh	93,0000000	0,67492911	62,78
Acrescimo Bandeira AMARELA			1,53
Acrescimo Bandeira VERMELHA			3,78
Contrib. Ilum. Pública Municipal			22,30
Multa por atraso-NF 081069203 - 15/10/19			2,18
Juros por atraso-NF 081069203 - 15/10/19			0,53
Atualização IGPM-NF 081069203 - 15/10/19			0,34

132.76

Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR		ATUAL		Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (kWh)
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA				
50238560	CAT	15-10-2019	23 729,00	14-11-2019	23 922,00	30	1,00000		193,00

HISTÓRICO DE CONSUMO		INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS			COMPOSIÇÃO DO CONSUMO		
Mês/ano kWh		BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	Descrição	R\$	%
NOV 19 193					Geração de Energia	R\$ 36,30	35,56%
OUT 19 190					Transmissão	R\$ 3,83	3,57%
SET 19 134		ICMS 107,41	25,00	26,95	Distribuição (Cetpe)	R\$ 23,29	21,88%
AGO 19 163		PIS 107,41	0,92	0,98	Perdas de Energia	R\$ 7,33	6,82%
JUL 19 165		COFINS 107,41	4,25	4,56	Encargos Setoriais	R\$ 2,27	2,11%
JUN 19 191					Tributos	R\$ 32,38	30,18%
MAI 19 230					Total	R\$ 107,41	100%
ABR 19 174		TARIFAS APLICADAS					
MAR 19 173		Consumo Ativo até 30 kWh:					0,98705469
FEV 19 172		Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh:					0,31420200
JAN 19 198		Consumo Ativo superior a 100 até 220 kWh:					0,47130300
DEZ 18 214		RESERVAÇÃO AO FIM					
NOV 18 186		52B0 618D 14B0 7A98 3ADD 4E2A 4F84 79D5					

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Pague no ponto mais perto de você! Localize sua moradia e visite os guias de ruas e o Bf Centro/Híspido Velho e outros pontos de cobrança Bf controlada completa em www.celpe.com.br *Na data da leitura a bandeira em vigor é a Vermelha. Mais informações em www.anel.gov.br. O cliente é compensado quando há violação da continuidade individual ou do nível de tensão de fornecimento. Paga em stress por multa 2% (Resolução ANEEL), juros 1% (Lei Nº 4.398/02) e atualização monetária no mês. Desconto pela aplicação da Tarefa Social de Energia Elétrica criada pela Lei Nº 10.436 de 26/04/02 - R\$ 51,98. O Cliente é compensado quando há descumprimento do prazo definido para os padrões de atendimento comercial.

As condições gerais de fornecimento (Resolução ANEEL 414/2010), tarifas, produtos, prazos e prestações e tributos se encontram à disposição para consulta, em nossas unidades de atendimento e no site www.cetel.com.br

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPTORES					NÍVEL DE TENSÃO		
SRL	QUANTO	LIMITE MENSAL	LIMITE TRIMESTRAL	LIMITE ANUAL	TENSÃO NOMINAL (V)	LIMITE DE VARIAÇÃO (V)	
						MÍNIMO	MÁXIMO
DIC	1,01	5,55	11,10	22,21	220	217,7	222,3
FIC	1,00	3,36	6,72	13,45			
DMIC	1,01	3,20	0,00	0,00			

Limite DICR: 12,22

ELSO - Valor do Encargo de Uso do Sistema de Distribuição = 10,37 13

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO	DATA DE VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR (R\$)
4005478930	11/2019	22/11/2019	132,76



Tarifa Social de Energia Elétrica: Criada pela Lei 10.438, de 26/04/02

NOTA FISCAL - FATURA - CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

Companhia Energética de Pernambuco
Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife - PE. CEP 50050-902
CNPJ 10.835.932/0001-08 | Insc. Est. 0005943-93 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE

ADRIANA MARIA MOURA DE A. FERNANDES

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

RUA DEBEO BATISTA 370

CPF: 945.234.444-04

CENTRO/SURUBIM
SURUBIM PE
55750-000

CLASSIFICAÇÃO
BT RESIDENCIAL
RESIDENCIAL

CONTA CONTINUA	MÊS ANO
7005749888	10/2019
DATA DE VENCIMENTO	DATA DE VENCIMENTO
14/10/2019	07/11/2019
TOTAL A PAGAR (R\$)	102,74

Nº DA NOTA FISCAL	SÉRIE	EMIÇÃO
079726697	UNICA	07/10/2019
APRESENTAÇÃO	Nº DO CLIENTE	Nº DA INSTALAÇÃO
07/10/2019	2011168068	3753008

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL			
	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo(kWh)	108,0000000	0,81069952	87,55
Acrescimo Bandeira AMARELA			0,50
Acrescimo Bandeira VERMELHA			5,01
Contrib. Ilum. Pública Municipal			8,64
ICMS Subvenção-CDE-NF 066224778-04/07/19			0,78
ICMS Subvenção-CDE-NF 072044282-05/08/19			0,80
Multa por atraso-NF 075848284 - 04/09/19			1,35
Juros por atraso-NF 075848284 - 04/09/19			0,11

TOTAL DA FATURA

102,74

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL							
Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR	DATA	ATUAL	Nº DE DIAS	CONSTANTE	CONSUMO (kWh)
IC07914	CAT	04-09-2019	26-1-26-00	07-10-2019	26-237-00	33	1,00000

HISTÓRICO DE CONSUMO		INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS			COMPOSIÇÃO DO CONSUMO	
MÊS/ANO		BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO		
OUT 19 - 106		93,06	25,00	23,26	Geração de Energia	R\$ 29,45 31,65%
SET 19 - 81		93,06	1,29	1,20	Transmissão	R\$ 3,23 3,47%
AGO 19 - 113		93,06	5,95	5,53	Distribuição (Celpe)	R\$ 19,81 21,07%
JUL 19 - 113					Perdas de Energia	R\$ 6,17 6,63%
JUN 19 - 162					Encargos Setoriais	R\$ 4,61 4,95%
MAI 19 - 153					Tributos	R\$ 29,98 32,23%
ABR 19 - 172					Total	R\$ 93,06 100%
MAR 19 - 168						
FEV 19 - 162						
JAN 19 - 133						
DEZ 18 - 176						
NOV 18 - 165						
OUT 18 - 133						

INFORMAÇÕES IMPORTANTES
Pagamento pelo meio de acesso de voz e internet central. Atualização de dados de leitura e de bandeira em vigor é a Amarela. Mais informações em www.anel.gov.br. Cobrança ICMS sobre subvenção CDE, conforme Decreto Estadual 39.459/13. Cobrança ICMS sobre subvenção CDE, conforme Decreto Estadual 39.459/13. O cliente é compensado quando há violação na continuidade individual ou do nível de tensão de fornecimento. Pagto. em atraso gera multa 2% (Res 414/ANEL), Juros 1% (Lei 10.438/02) e atualização monetária no mês. O Cliente é compensado quando na descumprimento do prazo definido para os padrões de atendimento comercial.

As condições gerais de fornecimento (Resolução ANEL 414/2010), tarifas, produtos, serviços prestados e tarifas se encontram à disposição, para consulta, em nossas unidades de atendimento e no site www.celpe.com.br

CELPE
Serviços



DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECABWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

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

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

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

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

Pelo exposto, eu ADRIANA M. MOURA DE A. FERNANDES inscrito (a) no CPF 945.234.444 / 04, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário MATEUS OLIVEIRA BARBOSA DA SILVA inscrito (a) no CPF sob o Nº 120.923.084 / 40, do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDAÇÃO da Vítima MATEUS OLIVEIRA BARBOSA DA SILVA, inscrito (a) no CPF sob o Nº 120.923.084 / 40, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço <u>RUA JOÃO BATISTA</u>		Número <u>370</u>	Complemento <u>CASA</u>
Bairro <u>CENTRO</u>	Cidade <u>SURUBIM</u>	Estado <u>PE</u>	CEP <u>55750-000</u>
Email _____		Telefone comercial(DDD) <u>81-99700-1998</u>	Telefone celular (DDD) <u>81-99161-3907</u>

SURUBIM, 25 de NOVEMBRO de 2019.
Local e Data

Adriana M. M. de A. Fernandes
Assinatura do Declarante

IDENTIFICAÇÃO	MÉDICO REGULADOR <i>Dr. Tadel</i>			TARM		OPERADOR DE FROTA <i>neide</i>	
	DATA <i>20/08/19</i>	HORA <i>08:10</i>	ID	Nº OCORRÊNCIA <i>55919202</i>	UNIDADE MÓVEL <i>U.S.B</i>	BASE DA UNIDADE <i>Samu Orobó</i>	
	ENDEREÇO DA OCORRÊNCIA <i>PE-90</i>					Nº <i>S/N</i>	
	BAIRRO <i>Encruzilhada</i>			MUNICÍPIO <i>Bom Jardim</i>			
	PONTO DE REFERÊNCIA <i>Problema no Posto de gasolina Encruzilhada</i>						
	NOME DA VÍTIMA <i>Mateus Oliveira Barbosa da Silva</i>				IDADE <i>22</i>	SEXO <input checked="" type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	
SOLICITANTE/FONE <i>Mateus</i>				CARTÃO DE SAÚDE - SUS			
QUEIXA <i>Dor em M.I.D. + Sangramento</i>							
Comunicação	Saída da base <i>08:11</i>	Chegada no local <i>08:15</i>	Saída do local <i>08:50</i>	Chegada no destino <i>09:15</i>	Saída no destino <i>10:00</i>	Chegada na base <i>10:20</i>	

☐ Orientação ☒ Transporte ☐ Transferência ☐ Cancelada antes da regulação ☐ Local não encontrado ☐ Cancelada

☐ Transferência (senna)

Tipo do Trauma:

☒ Acidente Trânsito: *motocicleta*

- ☐ Pedestre
☒ Condutor do veículo
☐ Passageiro do veículo
☐ Agressão
☐ Clínico
☐ Desabamento/Soterramento

- ☐ Eletrocussão
☐ FAB
☐ FAF
☐ Gineco-obstétrico
☐ Lesões térmicas
☐ Pediátrico
☐ Psiquiátrico
☐ Quase Afogamento

- ☐ Queda: _____
☐ Queimadura
☐ Térmica
☐ Química
☐ Elétrica
☐ Outros:

Antecedente:

- ☐ AIDs
☐ Alcoolismo
☐ Alergia
☐ AVC
☐ Cirurgias Realizadas

- ☐ Convulsões
☐ Diabetes
☐ Doença Cardíaca
☐ Doença Infecto contagiosa
☐ Doença Mental
☐ Doença Renal

- ☐ Drogadição
☐ Hipertensão Arterial
☐ Internamentos anteriores
☐ Medicamento:
☐ Problemas Respiratórios
☒ Outros: *nao tem*

Exame Clínico:

- Principais sintomas / Queixas
☐ Agitação/agressividade
☐ Alergia
☐ Ausência de pulso
☐ Cianose

- ☐ Convulsão
☐ Diarréia
☐ Dificuldade Respiratória
☒ Dor Local
☐ Febre
☐ Inconsciente/Desmaio

- ☐ Palidez
☒ Sangramento
☐ Vômito
☐ Outros:

Início dos Sintomas: ☒ Menos de 1 hora ☐ 1 a 3 horas ☐ Mais de 4 horas ☐ Mais de 24 horas ☐ Não sabe

Dados Vitais:

	Hora	PA	Pulso	FR	Temp. Axilar	Glicemia	Saturação O ₂ %	Escala de Glasgow
Início	<i>08:20</i>	<i>120x80</i>	<i>21</i>	<i>101</i>	<i>36,5</i>	<i>102</i>	<i>99</i>	<i>15</i>
Fim	<i>09:20</i>	<i>120x80</i>	<i>21</i>	<i>101</i>	<i>36,5</i>	<i>102</i>	<i>99</i>	<i>15</i>

RESPIRAÇÃO:

Via Aérea:

- ☒ Livre
☐ Obstrução Parcial
☐ Total
☐ Corpo Estranho
☐ Bronco Aspiração
☐ Edema de Glote
☐ OBS

Respiração/Ventilação:

- ☒ Espontânea
☐ Parada Respiratória
☐ Assistida
☐ Ritmo Irregular

Ausculta:

- ☒ Normal
☐ Roncos/sibilos
☐ Estertores
☐ Diminuição MV
☐ Ausência MV

Expansibilidade:

- ☒ Normal
☐ Superficial
☐ Regular
☐ Irregular

Achados ☐ Crepitação ☐ Enfisema Subcutâneo ☐ Expectoração mucosa/purulenta ☐ Hemoptise ☐ Hálito Etilico ☐ Outros

CIRCULAÇÃO

- ☒ Pele ☐ Cianose ☐ Fria ☐ Úmida ☒ Normal ☐ Palidez ☐ Quente ☐ Seca ☐ Outros:
☒ Edema ☐ Ausente ☐ Palpebral ☐ M Inferiores ☐ Anasarca
☒ Perfusão ☐ Normal ☐ Retardada ☐ Ausente
☒ Pulso ☐ Regular ☐ Irregular ☐ Fino ☐ Cheio ☐ Ausente
☒ Ausculta ☐ Normal ☐ Hipofonese ☐ Atrito pericárdio ☐ Arritmia ☐ Sopro
☒ ECG ☐ Normal ☐ Alterado ☒ Não realizado

Principais lesões	Crânio	Face	Pescoço	Dorso	Tórax	Abdômen	Pelve	MS		MI	
								E	D	E	D
Amputação											
Contusão											
Escoriação											
Esmagamento											
Perfurante											
Contuso											
Frat. Fechada											
Frat. Aberta											
Aceleração											
Luxação											
Queimadura %											

OBSERVAÇÕES

Fratura
Exposta do
osso Fíbula
e tíbia +
Sangramento

EXAME NEUROLÓGICO:

- ☒ Agitação
- ☐ Sonolência
- ☐ Coma
- ☐ Contusão
- ☐ Convulsão
- ☐ Otorragia Direita

- ☐ Otorragia Esquerda
- ☐ Sinal Battle Direito
- ☐ Sinal Battle Esquerdo
- ☐ Sinal de Guaxinin direito
- ☐ Sinal de Guaxinin esquerdo
- ☐ Rigidez de nuca
- ☐ Afasia

- ☐ Miose Direita
- ☐ Miose Esquerda
- ☐ Midriase Direita
- ☐ Midriase Esquerda
- ☐ Paralisia
- ☐ Paresia
- ☐ Anestesia

- ☐ Parestesia
- ☐ Arreflexia
- ☐ Pupila reagente
- ☐ Pupila não reagente
- ☐ outros:

SEGMENTO:

Pescoço:

- ☐ Desvio Traqueal
- ☐ Turgência jugular
- ☐ Enfisema subcutâneo
- ☐ Outros:

Abdômen:

- ☐ Distensão
- ☐ Ascite
- ☐ Doloroso/Defesa
- ☐ Esplenomegalia
- ☐ Hepatomegalia
- ☐ Irritação peritoneal
- ☒ Normal
- ☐ Outros

Urogenital:

- ☒ Anúria
- ☐ Glândula Direita
- ☐ Glândula Esquerda
- ☐ Hematúria
- ☐ Outros:

GINECO-OBSTÉTRICO:

- ☐ Abortamento
- ☐ Hemorragia vaginal
- ☐ Normal
- ☐ semanas
- ☐ Outros:
- ☐ Trabalho de parto: ☐ 01 cont./10m
- ☐ 1-3 cont./10m
- ☐ 3-5 cont./10m
- ☐ Bolsa róta
- ☐ Sangramento
- ☐ Nascimento

- ☐ Parto único
- ☐ Gemelar
- ☐ Líquido Meconial

PROCEDIMENTOS:

- ☐ Desobstrução Vias Aéreas
- ☐ Entubação Nasotraqueal
- ☐ Cânula Orofaringea
- ☐ Cricotireoidostomia
- ☐ Ventilação Mecânica Ambu
- ☐ Respirador
- ☐ Inalação O2
- ☐ Toracocentose c/ Agulha Direita

APGAR:

- ☐ Toracocentose c/agulha esquerda
- ☐ Drenagem Torácica Direita
- ☐ Drenagem Torácica Esquerda
- ☐ Massagem Cardíaca Externa
- ☐ Desfibrilação/Cardioversão
- ☐ Controle Hemorragia
- ☐ Curativo
- ☐ Punção Venosa Periférica
- ☐ Punção Venosa Central

- ☐ Sonda Gástrica
- ☐ Sonda Vesical
- ☐ Sedação
- ☐ Imobilização Membros
- ☐ Colar Cervical
- ☐ Talas/Tração
- ☐ Entubação Orotraqueal
- ☐ Traqueostomia
- ☐ Monitoração cardíaca / Oximetria
- ☐ Outros

Diagnósticos:

TERAPÊUTICA:

Reposição Volêmica	Volume	Medicações	Dose	Via	Horário
Ringer lactado	500		1-	EV	08.20
Sol. fisiológico 0,9%					
Sol. Glicosado 0,5%					
Outros					

DESTINO:

UNIDADE HOSPITALAR:

MUNICÍPIO:

INTERCORRÊNCIA:

PERTENCES DO PACIENTE:

Assinatura e carimbo do médico
destino de destino)

HORA:

Descrição	Nome e função do receptor	Assinatura do receptor

EQUIPE:

Médico Regulador	Médico da viatura	Enfermeiro / Aux. / Téc. de Enferm.	Condutor
Dr. Tadeu		Rafael Rodolfo Edvaldo	

TERMO DE RECUSA:

Declaro para todos os fins que estou recusando o atendimento médico disponibilizado pelo SAMU 1º MACRO REGIÃO METROPOLITANO, nesta oportunidade:

RG ou CPF:

Assinatura:



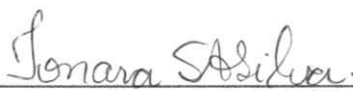
- DECLARAÇÃO -

Declaro para os devidos fins e efeitos legais, que o Sr. **Mateus Oliveira da Silva**, nascido no dia 24/09/1996, filho da **Sra. Maria Edilene Barbosa de Oliveira** e do Sr. **Ezequiel Barbosa da Silva**. Residente em Lagoa Nova nesta Cidade. Solicitou no dia 18/11/2019 cópia do seu prontuário de atendimento devido acidente (queda de moto).

Atendido nesta **Unidade de Pronto Atendimento (UPA 24 horas)** Dr. **Gentil Augusto de Miranda** no dia 20/02/2019 pelo médico plantonista Dr. **Pedro Henrique Araújo CRM – 25831**.

Surubim, 18 de novembro de 2019.

UPA - DR. GENTIL AUGUSTO DE MIRANDA
Av. Marilda de Arruda Guerra - Coqueiro
Surubim - PE
CNPJ: 08.937.139/0001-78



Ionara Soares de Andrade Silva
SAME - MAT. 910463

BOLETIM DE EMERGÊNCIA

Cor/Raça: PARDO

Nº Ocorrência: 00055742

Portuário: 31300

CNS: 164236721570018

Idade: 22 Anos 4 Meses 27 Dias

Sexo: MASCULINO

Nome: MATEUS OLIVEIRA BARBOSA DA SILVA

Nascimento: 24/09/1996

Est.Civil: SOLTEIRO(A)

End.: LAGOA NOVA

Nº:

Bairro: ZONA RURAL

CEP: 55750000

Cidade: SURUBIM

Nac.: BRASILEIRA

Doc nº: 9695900

Mãe: MARIA EDILENE BARBOSA DE OLIVEIRA

Pai: EZEQUIEL BARBOSA DA SILVA

Profissão: ESTUDANTE

Responsável:

Tel.: 81 99283275

Últimas Ocorrências:

Data: Hora: Nº Ocorrência: Situação/Sintomas/Queixas/Eventos:

20/02/2019 09:11 55742

CONSULTA

SAMU

10/03/2018 17:22 1459

CONSULTA

RE-CONSULTA: URGÊNCIA () NÃO URGÊNCIA () EMERGÊNCIA () ACIDENTE TRABALHO () ACIDENTE TRÂNSITO ()

HORÁRIO:	P.A.	FC	PULSO	PESO	ASSINATURA
					<i>Falta as 09:35</i>

QUEIXAS / DIAGNÓSTICO:

Perdeu o pé da do
not presença de
1 hora. Apresente
fratura exposta
em forma de
ACV/AR: NDW
Refere dor em perna

TRATAMENTO:

- 1 Duprofa Olaya
- 2 STQ 3:1000ml
- 3 Solicito Rx
série trauma

EXAMES COMPLEMENTARES:

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA:

CID:

Trauma: pé de direito

MOTIVO DA SAÍDA:

RESIDÊNCIA

☐

INTERNADO

☐

JUSTIFICATIVA:

ENCAMINHADO:

REMOVIDO:

ÓBITO:

às _____ h _____ m do dia _____

DATA SAÍDA:

HORA SAÍDA:

DATA: 20/02/2019 09:11:40

RECEPCIONISTA: CINTIA BARROS DOS SANTOS

☐ CURATIVO

☐ NEBULIZAÇÃO

☐ BÁSICO

☐ ESP

☐ RETIRADA DE PONTO

TÉCNICO / COREN

CONSULTAS / ATENDIMENTO MÉDICO:

☐ URGÊNCIA BÁSICA

☐ URG. ESPECIALIZADA

☐ OBS. BÁSICA

☐ OBS. ESPECIALIZADA

MÉDICO / CRM

Henrique Araújo

CRM-PE 25831

HORÁRIO:

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

TÉCNICO / CONSELHO

HORÁRIO

10:10 - Paciente estável hemodinamicamente
refere dor no local da fatura

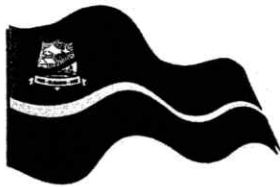
CD: 1) transadolet olampt 5F29x10cm

2) Ao catapédista-HOF

Serha: 5624341

Fate 10:29
Dulcinea Silva
Téc. Enfermagem
COREN PE 542.622

Pedro Henrique Araújo
Médico
CRM-PE 25837



Prefeitura Municipal do Surubim
Secretaria de Saúde do Surubim

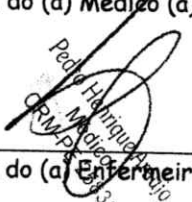
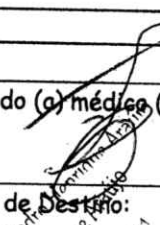
UPA24h
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO

Dr° Gentil Augusto de Miranda

5624341

LAUDO PARA TRANSPORTE DE PACIENTE

1° Via Hospital de destino/2° Via Hospital local

Hospital Local: 0 A Surubim		Município: Surubim			
Nome do Paciente: Leus Oliveira Bonfosa da Silva		data de Nascimento: 24/08/96			
Quadro Clínico: Acute, 22 anos, com quadro de queda de not na 02 horas. Apresentou fratura bilateral por trauma direta. RX evidenciou fratura da tíbia e fibula. ECG 15; PA: 120/70 mmHg Exat análise em Dr. F. G. L.					
Assinatura do (a) Médico (a) Assistente 		CRM: 25831 DATA:	DATA: 20/2/19		
Assinatura do (a) Enfermeiro (a) Chefe do Plantão		COREN:	DATA:		
1° REMOÇÃO	1° Hospital de Destino:		Município:	Hora Saída	Hora Chegada
	Motivo (Registro Detalhado) fratura de fêmur Rt e tibia l				
	Assinatura do (a) médico (a): 		CRM: 25831		
2° REMOÇÃO	2° Hospital de Destino:		Município:	Hora Saída	Hora Chegada
	Motivo (Registro Detalhado)				
	Assinatura do (a) médico (a):		CRM:		
Assinatura do Responsável					
Assinatura e carimbo do Técnico de Enfermagem			COREN:		
Assinatura do Motorista			Placa da Ambulância:		



SES

HOSPITAL OTÁVIO DE FREITAS

End. Rua Aprígio Guimarães S/N Tejipió-Recife-PE PABX 3182-8500

RECEITUÁRIO/REQUISIÇÃO DE EXAMES

Nome: MATEUS O. B. SILVA Registro: _____

Clínica: _____ Procedência: _____

Lumb

Relato para os exames em que o paciente
relatou estar sob tratamento
com analgésicos e fisio-
terapia. No momento, não
apresenta dor e função normal
do (L) - S8-L1

Dr. Alex Rocha
Ortopedia/Traumatologia
CRM-PE 23103

23/10/19

Data: ____/____/____

Médico-CRM

075-HOF



SES
HOSPITAL OTÁVIO DE FREITAS

End. Rua Aprigio Guimarães S/N Tejipió-Recife-PE PABX 3182-8500

RECEITUÁRIO/REQUISIÇÃO DE EXAMES

Nome: _____ Registro: _____

Clínica: _____ Procedência: _____

LAUDO MÉDICO

PAUCATE MATOS OLIVEIRA
BARBOSA M SILVA, 22, com
histórico de acidente de tráfego
em 20-1-2014 e tratamento
fisiológico de dor na perna
direita recebida de 120
centos e cinquenta mg de APRI-
TACET de 100 mg a cada 6 horas
na dose de 5800

20-5-14

Dr. Silvio Macedo
Ortopedia
CRM: 9758

Data: ____/____/____

Médico-CRM

075-HOF



** SES/FUSAM **

HOSPITAL GERAL OTÁVIO DE FREITAS

RESUMO DE ALTA - CLÍNICA CIRÚRGICA

Nome: MATHEUS OLIVEIRA SAIZEN
Reg.: 1080509 Enf.: 04 Leito: 3059

DATA DE ENTRADA: 16/03/19 DATA DE SAÍDA: 21/03/19

DIAGNÓSTICO DE ENTRADA: QUEBRA DE MÃO E
DE CINTURA TÍBIA DIREITA

DIAGNÓSTICO FINAL:

ROD VZ +
FILAR C / 2400 x
PARAFUSOS + LAZER
EVOLUÇÃO/EXAMES (EM ENFERMARIA): OK

DEVERÁ COMPARECER AO AMBULATÓRIO DE
PARA CONTROLE EM 21/03/19

Francisco J. Sussana Cavalcanti
Ortopedia - Traumatologia
CRM - 4568

MÉDICO RESPONSÁVEL - CRM



Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco
Hospital Otávio de Freitas

Dados do Atendimento:

Data/Hora Atend.: 20/02/2019 14:04

Prontuário: 1080564

Nº. Atendimento: 3301642

Serviço: CIRURGIA

Nome:
MATEUS OLIVEIRA BARBOSA DA SILVA

Idade:
22 Anos 8 Meses 28 Dias

Nasc.
24/09/1996

Sexo:
MASCULINO

CNS:
703406537886800

Contatos:
81. 97350648 | Celular: 81.

Mãe:
MARIA EDILENE BARBOSA DE OLIVEIRA

Endereço:

LAGOA NOVA, N.º 11 - : BAIRRO: ZONA RURAL - CIDADE: SURUBIM - UF: PE

Enfermaria/Leito:

Médico:
MEDICO PLANTONISTA

Admissão

Queixa Principal

DOR, DEFORMIDADE E EDEMA EM MID

História Clínica

PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO HÁ +-7H ENCAMINHADO DE SURUBIM COM DIAGNOSTICO DE FX EXPOSTA DA TIBIA DIREITA. CHEGA APENAS COM A IMOBILIZAÇÃO EM MID. NEGA DESMAIOS OU VOMITOS, NEGA DOR EM OUTROS SEGMENTOS OSTEOARTICULARES.

Exame Físico

VIAS AEREAS PERVIAS, EUPNÉICO, CORADO, GLASGOW 15, EDEMA IMPORTANTE EM MID, PERFUSÃO MANTIDA, NÃO CONSIGO PALPAR PULSO PEDIOSO NEM TIBIAL POSTERIOR NESTE MÊMBO, PRESENÇA DE FERIMENTO +-2CM ANTERIOR NA PERNA.

Observações

NEGA ALERGIA, NEGA COMORBIDADES
DT HÁ MAIS DE 10ANOS

Conduta

RX - FRATURA EXPOSTA TIBIA DIR

INTERNAMENTO PARA TRATAMENTO CIRURGICO DE URGÊNCIA

THIAGO LUIZ DE LIMA CINTRA - CRM: Nº.CRM18418

21/06/19
De aerob com
original.
Xoe
nat. 711

Paciente: 1080564 - MATEUS OLIVEIRA BARBOSA DA SILVA

Idade: 22 Anos 8 Meses 28 Dias

Data de Nascimento: 24/09/1996

Prestador Assistente: DANIEL CAMPOS DOS SANTOS

Conselho / Número Cons.: CRM - null - 15126

Função: MEDICO(A)

RELATÓRIO DE EVOLUÇÃO

Atendimento 3301698

Leito: TRAU 27-03 - POSTO III Admissão: 20/02/2019 15:46

Convênio: SUS - INTERNACAO

Plano: PLANO UNICO

EVOLUÇÃO: 472484 (FECHADO)Responsável: JANDERSON PEREIRA DE CARVALHO - CRM
27896 / ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIAData de Referência: 04/03/2019
Data/Hora do Documento: 04/03/2019 08:53

TRAUMATOLOGIA E ORTOPEDIA

PCT NO 12 DPO DE CIRURGIA DE CORREÇÃO DE FX EXPOSTA DE OSSOS DA PERNA D.

EXAMES PRE OPERATÓRIOS JA REALIZADOS.

PREVISÃO DE RETIRAR FIXADOR EXTERNO APÓS O CARNAVAL.

PCT EVOLUI SEM INTERCORRÊNCIAS, FO SEM SINAIS DE INFECCAO, PERNA DIREITA COM EDEMA (+2/+4)
CD MANTIDA.JANDERSON PEREIRA DE CARVALHO
CRM 27896

Paciente: 1080564 - MATEUS OLIVEIRA BARBOSA DA SILVA

Idade: 22 Anos 8 Meses 28 Dias

Data de Nascimento: 24/09/1996

Prestador Assistente: DANIEL CAMPOS DOS SANTOS

Conselho / Número Cons.: CRM - null - 15126

Função: MEDICO(A)

RELATÓRIO DE EVOLUÇÃO

Atendimento 3301698

Leito: TRAU 27-03 - POSTO III Admissão: 20/02/2019 15:46

Convênio: SUS - INTERNACAO

Plano: PLANO UNICO

EVOLUÇÃO: 473979 (FECHADO)Responsável: JANDERSON PEREIRA DE CARVALHO - CRM
27896 / ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIAData de Referência: 07/03/2019
Data/Hora do Documento: 07/03/2019 09:43

TRAUMATOLOGIA E ORTOPEDIA

PCT NO 14 DPO DE CIRURGIA DE CORREÇÃO DE FX EXPOSTA DE OSSOS DA PERNA D.
PCT EVOLUI SEM INTERCORRÊNCIAS, FO SEM SINAIS DE INFECCAO, PERNA DIREITA COM EDEMA (+1/+4).
AGUARDANDO RETIRADA DE FIXADOR EXTERNO.
CD: PRESCRIÇÃO MANTIDA.

JANDERSON PEREIRA DE CARVALHO
CRM 27896



HOSPITAL OTÁVIO DE FREITAS SES/PE



RELATÓRIO DA OPERAÇÃO

NOME DO PACIENTE: MATEUS OLIVEIRA BARBOSA DA SILVA		Nº DO REGISTRO: 1080564
CLÍNICO: ORTOPEDIA / TRAUMATOLOGIA		Nº DO LEITO: 04-01
OPERADOR: DR MAURÍCIO		
1º ASSISTENTE: DR JOAQUIM / DR ULYSSES	2º ASSISTENTE: DR ARTUR / DRA LIS	
INSTRUMENTADOR:	ANESTESISTA: DRA ANA JUCÁ	
ANESTESISTA: RAQUIANESTESIA + SEDAÇÃO	DURAÇÃO:	
DATA DA OPERAÇÃO: 29/03/2019	INÍCIO:	FIM:
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: DEFORMAÇÃO DE SINTESE DE FRATURA DE OSSOS DA PERNA A DIREITA		
DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO: O MESMO		
OPERAÇÃO PROPOSTA: CORREÇÃO DE DEFORMAÇÃO DE SINTESE DE FRATURA DE OSSOS DA PERNA A DIREITA + ENXERTO ÓSSEO		
OPERAÇÃO REALIZADA: A MESMA		

DESCRIÇÃO DO ATO OPERATÓRIO

1. PACIENTE EM DDH SOB RAQUIANESTESIA + SEDAÇÃO
2. ASSEPSSIA E ANTISSEPSIA
3. APOSIÇÃO CAMPOS ESTÉREIS
4. INCISÃO EM CICATRIZ PRÉVIA (ANTEROMEDIAL À DIREITA)
5. RETIRADA DE OSTEOSSÍNTESE PRÉVIA
6. RETIRADA DE FRAGMENTO ÓSSEO DA TÍBIA LATERAL EM CUNHA
7. REDUÇÃO CRUENTA DE FRAGMENTOS DISTAL E PROXIMAL DA TÍBIA
8. FIXAÇÃO DA REDUÇÃO COM PLACA DCP 4,5 E 8 PARAFUSOS CORTICAIS
9. INCISÃO EM CRISTA ILÍACA NA LINHA INTERMEDIÁRIA
10. DIVULSÃO POR PLANOS
11. RETIRADA DE ENXERTO ÓSSEO DA ÁREA INTERNA DA CRISTA ILÍACA
12. COLOCAÇÃO DE ENXERTO ÓSSEO EM ÁREA DE DESCONTINUIDADE DA TÍBIA
13. FIXAÇÃO DE FRAGMENTO EM CUNHA COM 1 PARAFUSO CORTICAL DE COMPRESSÃO
14. SUTURA POR PLANOS DAS INCISÕES
15. CURATIVO
16. A SR

Isa Coelho Fortes
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PE 27890

OBS: SÍNTESE DE PROGNÓSTICO RESERVADO DEVIDO A GRAVIDADE DA LESÃO (PERDA ÓSSEA IMPORTANTE, COM PEQUENO CONTATO PRESERVADO ENTRE OS FRAGMENTOS)

OBS: PROGNÓSTICO RESERVADO TAMBÉM DEVIDO À REABORDAGEM EM UM PERÍODO CURTO DE TEMPO. PACIENTE SOFREU UM NOVO ACIDENTE HÁ 5 DIAS, ANGULANDO A PLACA COLOCADA E SENDO PORTANTO, NECESSÁRIA A REABORDAGEM

EMPRESA:	MATERIAL USADO:
ORTOMEDICA	PLACA DCP 4,5
	09 PARAFUSOS CORTICAIS

Lis Coelho Fortes
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PE 27890

Paciente: 1080564 - MATEUS OLIVEIRA BARBOSA DA SILVA

Idade: 22 Anos 8 Meses 28 Dias

Data de Nascimento: 24/09/1996

Prestador Assistente: DANIEL CAMPOS DOS SANTOS

Conselho / Número Cons.: CRM - null - 15126

Função: MEDICO(A)

RELATÓRIO DE EVOLUÇÃO

Atendimento 3301698

Leito: TRAU 27-03 - POSTO III Admissão: 20/02/2019 15:46

Convênio: SUS - INTERNACAO

Plano: PLANO UNICO

EVOLUÇÃO: 476458 (FECHADO)Responsável: JANDERSON PEREIRA DE CARVALHO - CRM
27896 / ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Data de Referência:

12/03/2019

Data/Hora do Documento:

12/03/2019 07:47

TRAUMATOLOGIA E ORTOPEDIA

PCT NO 18 DPO DE CIRURGIA DE CORREÇÃO DE FX EXPOSTA DE OSSOS DA PERNA D.

PCT EVOLUI SEM INTERCORRÊNCIAS, FO SEM SINAIS DE INFECCAO, PERNA DIREITA COM EDEMA (+1/+4).

AGUARDA SEGUNDO TEMPO CIRURGICO PROGRAMADO PARA HOJE.

JANDERSON PEREIRA DE CARVALHO
CRM 27896

Paciente: 1080564 - MATEUS OLIVEIRA BARBOSA DA SILVA

Idade: 22 Anos 8 Meses 28 Dias

Data de Nascimento: 24/09/1996

Prestador Assistente: DANIEL CAMPOS DOS SANTOS

Conselho / Número Cons.: CRM - null - 15126

Função: MEDICO(A)

RELATÓRIO DE EVOLUÇÃO

Atendimento 3301698

Leito: TRAU 27-03 - POSTO III Admissão: 20/02/2019 15:46

Convênio: SUS - INTERNACAO

Plano: PLANO UNICO

EVOLUÇÃO: 477106 (FECHADO)

Responsável: JANDERSON PEREIRA DE CARVALHO - CRM
27896 / ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Data de Referência:

13/03/2019

Data/Hora do Documento:

13/03/2019 07:57

TRAUMATOLOGIA E ORTOPEDIA

HD: DE FX EXPOSTA DE OSSOS DA PERNA D.
PCT EVOLUI SEM INTERCORRÊNCIAS, FO SEM SINAIS DE INFECCAO.
SEGUE AGUARDANDO REALIZAÇÃO DE CX.

JANDERSON PEREIRA DE CARVALHO
CRM 27896

Paciente: 1080564 - MATEUS OLIVEIRA BARBOSA DA SILVA

Idade: 22 Anos 8 Meses 28 Dias

Data de Nascimento: 24/09/1996

Prestador Assistente: DANIEL CAMPOS DOS SANTOS

Conselho / Número Cons.: CRM - null - 15126

Função: MEDICO(A)

RELATÓRIO DE EVOLUÇÃO

Atendimento 3301698

Leito: TRAU 27-03 - POSTO III Admissão: 20/02/2019 15:46

Convênio: SUS - INTERNACAO

Plano: PLANO UNICO

EVOLUÇÃO: 477731 (FECHADO)

Responsável: JANDERSON PEREIRA DE CARVALHO - CRM
27896 / ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Data de Referência:

14/03/2019

Data/Hora do Documento:

14/03/2019 07:53

TRAUMATOLOGIA E ORTOPEDIA

HD: DE FX EXPOSTA DE OSSOS DA PERNA D.

PCT EVOLUI EM BEG. VEM APRESENTANDO FASCIE DE TRISTEZA, DEPRESSIVO. SEM INTERCORRÊNCIAS, FO SEM SINAIS DE INFECCAO.

SEGUE AGUARDANDO REALIZAÇÃO DE CX.

SOLICITO PARECER DO PSICÓLOGO.

JANDERSON PEREIRA DE CARVALHO

CRM 27896

Atendimento: 3314171

Dt Atendimento: 20/02/2019 - 10:08

Dt Alta: 01/04/2019 - 17:15

Paciente: 1080564 MATEUS OLIVEIRA BARBOSA DA SILVA

Serviço: 37 ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Convênio: 1 SUS - INTERNACAO

Leito: 120 TRAU 04-01 - POSTO I

Plano: 1 PLANO UNICO

Motivo Alta: 5 ALTA COM PREVISAO DE RETORNO P

Usuário: EDINEIDETSF

Diretor Clínico:

CID: S822

FRATURA DA DIAFISE DA TIBIA

Procedimento de Alta

- Procedimento não Informado

Observação de Alta

Scanned by CamScanner

HOSPITAL OF ANDERSON
NAME _____
ADDRESS _____
CITY _____ STATE _____ ZIP _____
PHONE _____

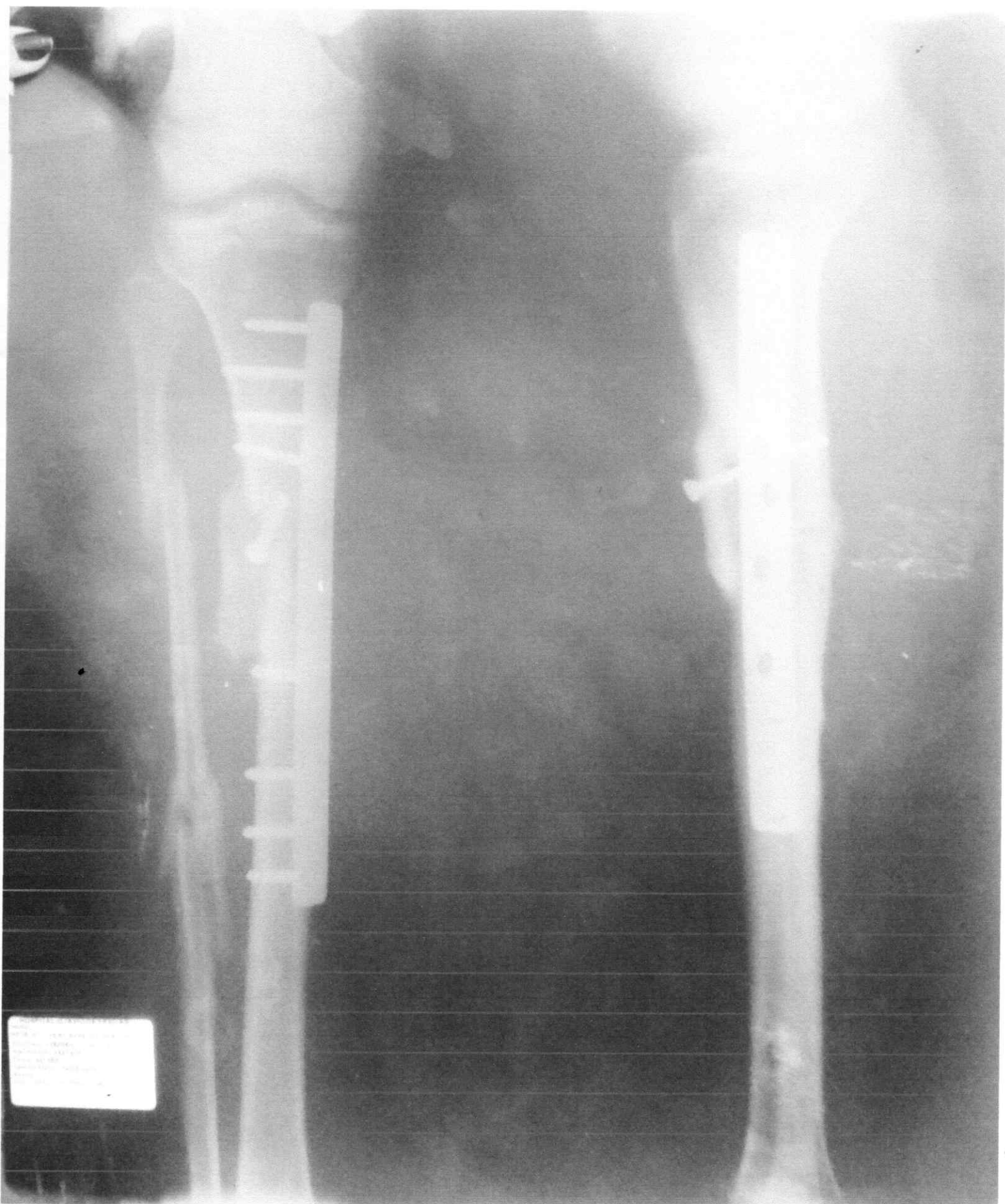
COMPANY: 272-262-0988
NAME: Mr. James Anderson
ADDRESS: 1234 Main St.
CITY: New York, NY 10001
STATE: NY
ZIP: 10001
PHONE: 212-555-1234
FAX: 212-555-5678
EMAIL: janderson@company.com
WEBSITE: www.company.com

A313011









REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

PB

NOME
MATEUS OLIVEIRA BARBOSA DA SILVA

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR UF
9695900 SDS PE

CPF
120.923.084-40

DATA NASCIMENTO
24/09/1996

FILIAÇÃO
EZEQUIEL BARBOSA DA SILVA
MARIA EDILENE BARBOSA DE OLIVEIRA

PERMISSÃO
ACC CAT. HAB.
AB

Nº REGISTRO
05684022475

VALIDADE
04/05/2021

1ª HABILITAÇÃO
18/08/2016

OBSERVAÇÕES

Assinatura do Portador

LOCAL
CAMPINA GRANDE, PB

DATA EMISSÃO
30/08/2017

Assinatura do Emissor

11504565587
PB035275197

PARAÍBA

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
1494491570

PROIBIDO PLASTIFICAR
1494491570

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

PE

NOME
ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR / UF
4810389 SSP PE

CPF
945.234.444-04

DATA NASCIMENTO
26/07/1974

FILIAÇÃO
JOSE GOMES DE MOURA
ISMARTE FERREIRA DE MOURA

PERMISSÃO
ACC
CAT. HAB.
B

Nº REGISTRO
02378605879

VALIDADE
08/04/2022

1ª HABILITAÇÃO
17/06/2002

OBSERVAÇÕES

Adriana M. Moura de A. Fernandes.

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
SURUBIM - PE

DATA EMISSÃO
10/04/2017

Charles Andrews Sousa Ribeiro
Diretor Presidente
ASSINATURA DO EMISSOR

53286755000
PE078665272

PERNAMBUCO

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
1421884961

PROIBIDO PLASTIFICAR
1421884961

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PE

Nº 013816902099

10250124505

CERTIFICADO DE REGISTRO DE VEÍCULO

VIA 1 764417908 RNTRO *****

LUISMAR PAULINO DE ANDRADE
RUA MANOEL ANASTACIO RODRIGUES 1
15 CS LAGOA NOVA
SURUBIM-PE 55750-000

010.113.196-11 PLACA EJE5148

ANTONIO FRANCISCO DE MOURA NETO

PLACA ANT/UF ***** CHASSI 9C2MD28001R020997

ESPECIE TIPO PAS /MOTOCICLETA COMBUSTIVEL GASOLINA

MARCA/MODELO HONDA/XR 200R ANO FAB 2001 ANO MOD 2001

CAP/POT/CL 22/196CL CATEGORIA PARTIC COR PREDOMINANTE BRANCA

20185380 OBSERVAÇÕES

SEM RESERVA

LOCAL DATA

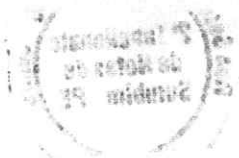
SURUBIM-PE 05/06/18

Charles Andreus Sousa Ribeiro

Diretor Administrativo DETRAN/PE

DETRAN

CONTRON



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0417336/19

Vítima: MATEUS OLIVEIRA BARBOSA DA SILVA

CPF: 120.923.084-40

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

Data do acidente: 20/02/2019

Titular do CPF: MATEUS OLIVEIRA
BARBOSA DA SILVA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES : 945.234.444-04

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

MATEUS OLIVEIRA BARBOSA DA SILVA : 120.923.084-40

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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.

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 26/11/2019

Nome: ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES
CPF: 945.234.444-04

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 26/11/2019

Nome: Marta Marinho dos Santos
CPF: 492.294.514-87

ANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Marta Marinho dos Santos

SURUBIM (PE), 04 DE DEZEMBRO 2019.

À LÍDER

CONVÊNIO DPVAT

ASSUNTO: REANÁLISE DO PROCESSO PELO VALOR RECEBIDO

VÍTIMA: MATEUS OLIVEIRA BARBOSA DA SILVA

TIPO DE INDENIZAÇÃO: INVALIDEZ

SINISTRO n° 3190659301

Prezado Senhor(a),

Solicito de V.S^a, que meu processo de INVALIDEZ seja REANALISADO, uma vez que eu fui vítima de acidente de trânsito, fato ocorrido no dia 20/02/2019, onde sofri FRATURA EXPOSTA NA MINHA PERNA DIREITA COLOQUEI PLACA E PARAFUSO fiz todo tratamento médico e mesmo assim ENCONTRO-ME ATUALMENTE COM SEQUELAS. Não fui submetido a PÉRICIA por um médico indicado pela Líder para avaliar minha seqüela e foi liberado para mim um valor muito inferior ao que tenho Direito. Em contato com o atendimento da Líder fui orientado a fazer uma carta explicando a situação para que então eu possa ser avaliado por um médico indicado pela Líder e receba a importância a que tenho Direito.

DIANTE DO EXPOSTO, solicito de V.S^a, que meu processo seja REANALISADO e que seja liberado o valor que realmente me é de direito, uma vez que estou com seqüelas. Estou a disposição da seguradora para ser avaliada por qualquer médico indicado pela Líder.

Certo de vossa atenção

Fico no aguardo.



MATEUS OLIVEIRA BARBOSA DA SILVA

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190659301 **Cidade:** João Alfredo **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MATEUS OLIVEIRA BARBOSA DA SILVA **Data do acidente:** 20/02/2019 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DE OSSOS DA PERNA DIREITA

Descrição do exame físico: APRESENTA DEFORMIDADE EM ANTECURVATO DA PERNA DIREITA COM PERADA CO ALINHAMENTO E PRESENÇA IMPORTANTE

Resultados terapêuticos: LEVE DESVIO DE EIXO DA PERNA DIREITA

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU LEVE DO MEMBRO INFERIOR DIREITO

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 23/12/2019

Conduta mantida: Sim

Observações: VITIMA JÁ INDENIZADA POR DANO LEVE DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

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
		Total	0 %	R\$ 0,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190659301 **Cidade:** João Alfredo **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MATEUS OLIVEIRA BARBOSA DA SILVA **Data do acidente:** 20/02/2019 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 12/12/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DIAFISÁRIA DA TÍBIA E FÍBULA DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA E PARAFUSOS / ENXERTO ÓSSEO P.11,13)
ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

Observações: IMAGEM P.2,3 **VÍTIMA JÁ INDENIZADA EM GRAU LEVE DO MEMBRO INFERIOR DIREITO(25%) - R\$2.362,50. 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 médio - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE

NOME: MATEUS OLIVEIRA BARBOSA DA SILVA
NACIONALIDADE: BRASILEIRA
PROFISSÃO: REC. INFORMAR
IDENTIDADE: 9695900 SDS/PE – CPF: 120.923.084-40
DATA DO ACIDENTE: 20/02/2019
COBERTURA: INVALIDEZ
VITIMA: MATEUS OLIVEIRA BARBOSA DA SILVA
ENDEREÇO: LO LAGOA NOVA , Nº 11, LAGOA NOVA, SURUBIM – PE

OUTORGADO

NOME- ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES
NACIONALIDADE- BRASILEIRA
PROFISSÃO- RECUSO INFORMAR
IDENTIDADE- 4.810.389 SSP/PE CPF: 945.234.444-04
ENDEREÇO- RUA JOÃO BATISTA, Nº 370, CENTRO, SURUBIM-PE.

PELO PRESENTE INSTRUMENTO PARTICULAR DE PROCURAÇÃO, NOMEIO E CONSTITUO MEU BASTANTE PROCURADOR E OUTORGADO, ACIMA QUALIFICADO, A QUEM CONFIO PODERES PARA REPRESENTAR-ME PERANTE AS SEGURADORAS QUE CONSTITUI O **CONSÓRCIO DE SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT**. PODENDO O SEU DITO PROCURADOR REQUERER E SOLICITAR DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO E CÓPIAS DE PRONTUÁRIOS JUNTO A HOSPITAIS ONDE A VÍTIMA RECEBERA ATENDIMENTO E DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO JUNTO A UNIDADES DO SAMU RESPONSÁVEIS PELO SOCORRO A VÍTIMA.

SANTA MARIA DO CAMBUCA- PE 20 DE NOVEMBRO 2019



Mateus Oliveira Barbosa da Silva

ASSINATURA DO OUTORGANTE

(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)

TABELIONATO DE NOTAS E PROTESTOS DE SURUBIM-PE
Rua Sete de Setembro, 10, Centro - Surubim-PE
Fone: (81) 3634-1413 E-mail: cartorio2notassurubim.creuz@brasil.com

2º TABELIONATO

Reconheço por AUTENTICIDADE 1 firma(s) de: (1) MATEUS OLIVEIRA BARBOSA DA SILVA
Dou fe. Surubim, sexta-feira, 22 de novembro de 2019 - 10:23h
Em Testemunho _____ da verdade.
Elizabete Lira de Andrade Cadena 2ª Substituta
Total: 4,91 *VALIDO SOMENTE COM SELO DE AUTENTICIDADE*
Selo(s): 0073214.G0010201902.02826-Rua Sete de Setembro, nº 10 - Centro - SURUBIM-PE



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0417336/19

Número do Sinistro: 3190659301

Vítima: MATEUS OLIVEIRA BARBOSA DA SILVA

CPF: 120.923.084-40

CPF de: Próprio

Data do acidente: 20/02/2019

Titular do CPF: MATEUS OLIVEIRA
BARBOSA DA SILVA

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Documentação médico-hospitalar

Outros

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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.

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 11/12/2019

Nome: ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES

CPF: 945.234.444-04

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 11/12/2019

Nome: Marta Marinho dos Santos

CPF: 492.294.514-87

ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Marta Marinho dos Santos