

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: 23/10/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 4.050,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: PAULO ROBERTO BEZERRA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 02192

CONTA: 00000089917-0

Nr. da Autenticação 8B3F5CD08FE95176

NOTA FISCAL | FATURA | CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA 2a VIA

COMPANHIA ENERGÉTICA
DE PERNAMBUCO
AV. JÉRÔMÉ DE BARROS, 111, BOA VISTA,
RECIFE, PERNAMBUCO
CEP 50050-002
CNPJ 10.835.932/0001-08
INSCRIÇÃO ESTADUAL 0005843-93



Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de 26/04/2002
COMERCIAL 116 | PRONTIDÃO 116
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 móveis

DADOS DO CLIENTE
ROSILENE MARIA BEZERRA
CPF: 264.838.654-44 NIS: 20925812816

| DATA DE VENCIMENTO | DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL | CONTA CONTRATO |
|---------------------|-----------------------------|----------------|
| 30/09/2019 | 23/09/2019 | 000891484011 |
| TOTAL A PAGAR (R\$) | DATA DA APRESENTAÇÃO | Nº DO CLIENTE |
| 29,00 | 23/09/2019 | 20925812816 |

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
RUA ANTONIO B VASCONCELOS 36
CENTRO/BEZERROS
55660-000 BEZERROS PE

| CLASSIFICAÇÃO | RESERVADO AD FISCO |
|--|---|
| B1 RESIDENCIAL - BAIXA RENDA COM NIS Monofásico | 5ABB.ED48.1F88.D802.49B5.7201.10A2.8AE8 |

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

DESCRÍÇÃO DA NOTA FISCAL

| DESCRIÇÃO | QUANTIDADE | PREÇO | VALOR (R\$) |
|--|------------|------------|--------------|
| Consumo Ativo até 30 kWh | 30,00 | 0,19188125 | 5,75 |
| Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh | 64,00 | 0,32911071 | 17,77 |
| Acréscimo Bandeira VERMELHA | | | 1,79 |
| Contrib. Ium. Pública Municipal | | | 3,15 |
| Multa por atraso-NF 071039838 - 24/07/19 | | | 0,36 |
| Juros por atraso-NF 071039838 - 24/07/19 | | | 0,15 |
| Atualização IQPM-NF 071039838 - 24/07/19 | | | 0,06 |
| TOTAL DA FATURA | | | 29,00 |

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS

| ICMS | PIS | COFINS | | | | | |
|-------------------|------------------|-------------------|------------------|-------------------|------------------|------|------|
| BASE DE CÁLCULO % | VALOR DO IMPOSTO | BASE DE CÁLCULO % | VALOR DO IMPOSTO | BASE DE CÁLCULO % | VALOR DO IMPOSTO | | |
| 0,00 | 0,00 | 26,31 | 0,81 | 6,26 | 26,31 | 3,72 | 0,94 |

EM ATÉ 15 DIAS, DÉBITOS EXISTENTES CAUSARÃO CORTÉ.

| Vencido | Dt. Refer. | Valor |
|----------|------------|-------|
| 30/08/19 | 23/08/19 | 18,50 |

Este comunicado NÃO substitui aviso de débitos anteriores e NÃO corrumpa discussão judicial. Caso o suspenso do fornecimento persista por dois ciclos de faturamento, poderá ocorrer o encerramento do contrato, podendo também existir reajuste nos valores de artigos definidos no art. 9º da Res. 414/2002. Pode ocorrer ação de cobrança, bem como inclusão nos registros de restrições da cotação SPC e SERASA.

| TARIFAS APLICADAS | HISTÓRICO DO CONSUMO |
|---|----------------------|
| Consumo Ativo até 30 kWh: 0,19188125 | SET 19 |
| Consumo Ativo Superior a 30 até 100 kWh: 0,32911071 | AGO 19 |
| | JUL 19 |
| | JUN 19 |
| | MAR 19 |
| | ABR 19 |
| | MAR 18 |
| | FEB 18 |
| | JAN 18 |
| | DEZ 17 |
| | NOV 17 |
| | OUT 17 |
| | SET 17 |

| DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES | | | | | |
|---|-----------|---------------|-------------|----------------------|------------|
| DESCRIÇÃO | COLUNTA 1 | VALOR APURADO | META MENSAL | META TRIM. | META ANUAL |
| EBC-Nº de horas sem Energia | SEZERROS | 0,00 | 5,79 | 11,58 | 22,16 |
| PIG-Nº de horas sem Energia | | 0,00 | 3,30 | 6,60 | 13,20 |
| DNCI-Duração máxima de interrupção contínua | | 0,00 | 3,31 | 0,00 | 0,00 |
| DNRI-Duração de interrupção em dia crítico | | | | Límite (DNRI): 12,23 | |
| EBC-Valor de Energia de Uso x R\$ 11,69 | | | | | |
| Pode Consumidor pedir solicitar a operadora dos subprodutos (EBC, PIG, DNCI e DNRI) a qualquer tempo. | | | | | |

DATA PREVISTA PARA A PRÓXIMA LEITURA: 20103030

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Pague no ponto mais perto de você e/ou correios bittings: rua martins junior centro / alenx satis: av pfm emaral 80 sas xaxatia lista completa em www.celpe.com.br.
Na data de leitura a bandeira em vigor é a Vermelha. Mais informações em www.aneel.gov.br.
O cliente é compensado quando há violação na continuidade individual ou no nível de tensão de fornecimento.
Paga em atraso gera multa 2% (Res.414/ANEEL), Juros 1% a.m (Lei 10.438/02) e atualização monetária no prazo, mês isenção do ICMS conforme art. 9º, XLVIII, a, 2.2.2, da RCM-PE.
Desconta pela aplicação da Tarifa Social de Energia Elétrica criada pela Lei N° 10.428 de 26/04/02 - R\$ 26,54.
O Cliente é compensado quando há descumprimento do prazo definido para os padrões de atendimento contínuo.
Em caso de suspensão de fornecimento, o encerramento do contrato poderá ocorrer após 2 ciclos de faturamento, podendo também ser cobrado o custo de disponibilidade no ciclo em que ocorrer a suspensão.

| NÍVEIS DE TENSÃO | | | |
|-------------------|-----------------------|--------|--|
| TENSÃO NOMINAL(V) | LIMITE DE VARIAÇÃO(V) | | |
| | MÍNIMO | MÁXIMO | |
| 220 | 202 | 231 | |

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

DESTAQUE AQUI

| CONTA CONTRATO | MÊS/ANO | TOTAL A PAGAR(R\$) | VENCIMENTO | TALÃO DE PAGAMENTO |
|----------------|---------|--------------------|------------|---|
| 000891484011 | 09/2019 | 29,00 | 30/09/2019 | Evite dobrar, perfurar ou rasurar. Este canhoto será usado em leitora ótica. |

838100000000 290000110009 891484011108 141934262334



AUTENTICAÇÃO MECÂNICA



898004016102253



Amarelo

| | | | | | |
|--|----------------|--------------------------------------|-------------|-----------------------|--|
| FICHA DE ATENDIMENTO | | CARTÃO DO SUS: | | REGISTRO: 897900 | |
| DATA: 13/07/2019 | | HORA: | | TELEFONE: 8115-0151 | |
| NOME: <u>Paulo Roberto Bezerra</u> | | | | IDADE: 13 anos | |
| NOME DA MÃE: <u>Luciene Maria da Conceição</u> | | | | | |
| DATA DE NASCIMENTO: 10/07/96 | | ACOMPANHANTE: <u>Daniellys Faria</u> | | | |
| END: <u>Rua Antônio Bezerra Vazconde</u> | | BAIRRO: <u>Santo Amaro</u> n.º 36 | | | |
| CIDADE: <u>Bezerrão</u> | | SINAIS VITAIS | | | |
| PA: 140 mmHg | HGT: 103 mg/dL | T: 36,2 °C | PESO: 70 kg | Téc. Enfermagem/COREN | |
| SBP: 90 mmHg | DBP: 62 mmHg | PI: 72 | HR: 18 | | |

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO/ ADULTO

I - Sinais de Emergência imediata

CLASSIFICAR COMO VERMELHO

- O Apneia O Clanose O Estridor O FC <50 ou >140bpm O FR <10 ou >32 ipm
- O Extremidades frias O Enchimento capilar letificado O Pulso fraco ou ausente O PCR O Sudorese
- O PAS < 80 ou >200mmhg O PAD < 40 ou > 130 mmhg HGT < 40 ou > HI mg/dl O Convulsão no momento
- O Politraumatizado/Glasgow <= 12 O Letargia O Queimaduras em mais de 25% do corpo/áreas críticas ou problemas respiratórios
- O Intoxicação exógena O PAF O PAB O Sangramento intenso
- O Broncoaspiração O Anafilaxia atipicada à insuficiência respiratória

II - Sinais de urgência – Atendimento preferencial sobre os pacientes classificados como VERDE, no consultório ou leito da sala de observação

CLASSIFICAR COMO AMARELO

- O Politraumatizado com Glasgow entre 13 e 15 O TCE leve O PAS < 90 ou >180mmhg O PAD < 50 ou > 110mmhg sem sintomas
- O Fiebre > 39°C O Fehre com imunodepressão O Histórico de convulsão nas últimas 24 horas O Impossibilidade de deambulação
- O Tugor pastoso O Mucosas ressecadas O Vômitos no momento
- O Queimaduras de 1º e 3º áreas não críticas SCQ< 10% O Vítima de abuso sexual ocorrido há até 72 horas
- O Fraturas sagitadas e luxações com comprometimento neuro vascular ou dor intensa
- O Dor Abdominal intensa O Dor Torácica intensa O Malena O Hematêmese O Enterorragia O Epistaxe
- O Acidente perfuro-curtante com material biológico O Crise astmática

III - Sem risco de morte – somente será atendida após todos os pacientes classificados como vermelho e amarelo

CLASSIFICAR COMO VERDE

- O Febre sem outros sintomas < 39°C O Retorno em período < 24 horas por ausência de melhora
- O Lombalgia intensa O Entorse, suspeita de fraturas, luxações
- O Dor abdominal sem alterações de sinais vitais O Dor de garganta com história de febre e com placas sem toxemia
- O Vômitos, diarreia sem sintomas de desidratação O Enxaquecas O Dor de ouvido moderada a grave
- O História de convulsão sem alteração do nível de consciência O Abcessos O Intercorrências ortopédicas

IV – Quadro crônico sem agudização ou esforço social (deverá ser encaminhado para atendimento em Unidade Básica de Saúde ou atendimento pelo Serviço Social)

CLASSIFICAR COMO AZUL

- O Queixas crônicas sem alterações agudas O Tisse, coriza, dor de garganta, obstrução nasal O Caxiza crônica ou recorrente
- O Queimaduras de 1º grau em áreas não críticas e há mais de 12 horas
- O Troca de curativos ou retiradas de pontos
- O Administração de medicamento O Mostra exames laboratoriais ou raios X. Não urgentes.
- O Solicitação de atestado de saúde ou ocupacional O Solicitação de exames e receitas não urgentes
- O Constipação intestinal sem outros sintomas O Troca ou retirada de sonda

CLASSIFICAÇÃO

- Vermelho → Plaio da cintopelvorrin
 Amarelo → Doce em USE + MIE + quadril
 Verde → Fractura aberta em USE
 Azul

Alergias: () NÃO () SIM, à

ENCAMINHADO:


Assinatura da enfermeira e carimbo

ORIENTAÇÕES


Assinatura da Assistente Social e carimbo

Quilometro:

Exame físico:

Trayido pelo (AM) c/ fx
 ex parte dos oncos da febre
 ② dor em fêmur proximal
 ① / bacia ② Nega TCE,
 H.D.
 flegon 15, concorrente,
 em prado PA: 140x100.

CONDUTA/REAVALIAÇÃO/CONDUTA MEDICAÇÃO

Conduta:

1/ Tramadol 100 mg + 100 mg
 2/ Dipirona 500 mg + 100 mg
 3/ Voltaren 50 mg

*Dr. José E. Góes
 Consultório: 2000-0000-0000*

*Dr. José E. Góes
 Consultório: 2000-0000-0000*

HRA 572674109

| TIPO DE CONSULTA | MOTIVO DA ALTA | ÓBITO | ATESTADO |
|--------------------------|----------------|-------------|--|
| Consulta simples | Melhora | Data: _____ | SIM () NÃO () |
| Consulta c/ Observação | Solicitação | | |
| Indicação (Internamento) | Transferência | Hora: _____ | DIAS: _____ |
| | Indisciplina | | |
| | Óbito | | |
| Data: _____ | | | |
| Hora: _____ | | | |
| | | | <i>Dr. José E. Góes Consultório: 2000-0000-0000</i> |
| | | | Médico - CRÈMEPE (Carimbo) |



Prefeitura Municipal de Bezerros
Secretaria Municipal de Saúde
Unidade Mista São José



Protocolo de Encaminhamento

Causa Externa: Acidente/Violência () Causa Clínica () Obstétrico () Psiquiátrico () SENHA 5726747
Em caso de Violência/acidente: Via Pública () Domicílio () Local de Trabalho ()

Nome do Paciente: Paulo Henrique Bezerra IDENTIFICAÇÃO Idade: 43 anos
Sexo: M () F () Profissão: _____ Fone: _____

Endereço Residencial: _____ Bairro: _____
Cidade: Bezerros - PE

CAUSA EXTERNA (ACIDENTE/VIOLENCIA)

Acidente de Trânsito: Ônibus () Caminhão () Carro de Passeio () Motocicleta ()
Atropelamento: Pedestre () Ciclista ()

Automóvel (Colisão): Passageiro () Motorista () Banco de Trás () Banco da Frente () Uso de cinto: S() N()
Motocicleta: Motociclista () Passageiro () Uso do Capacete: S() N()

Semi-Afogamento/Submersão () Soterramento ()

Intoxicação Exógena () Animais Peçonhentos () Agente Causador: _____

Exposição a: Fogo/Fumaça/Choque Elétrico ()

Quedas: 1º Grau () 2º Grau () 3º Grau ()

Queda () Altura Aproximada: _____ Metros

Agressões: () Por Arma de Fogo/Tipo: _____ Queda da Própria Altura: _____

Agressão Sexual () Maus Tratos () Outros () Cigarro: _____ Arma Branca/Tipo: _____

Mecanismo do Trauma: () Impacto Frontal () Impacto Lateral () Impacto Traseiro () Elevação () Capotamento

História Clínica Atual: Vítima de atropelamento avesso

Exposta ao sol desidratado

fora de casa desidratado

CAUSAS CLÍNICAS

fora de casa desidratado

AVALIAÇÃO CLÍNICA

fora de casa desidratado

FR: RN 35-50
< 1 ano 30-60
Crianças 20-30
Adulto 12-30

FC: RN 120-180
< 1 ano 90-140
Criança 80-110
Adulto 60-100

HOSPITAL REGIONAL DO AGreste EMERGÊNCIA

107

1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome: PAULO GABRIEL REZENDE

WILHE. FREDERICO ROBERTO BEZERRA
Data Nasc.: 12/01/1970 Idade: 43
CPF: 803

Endereço: RUA ANTONIO BEZERRAS DE VASCONCELOS

Bairro: SANTO AMARO 1 Cidade: BEZERRA

CEP: 55607130

五〇四

Nome da Mãe: LURINETE MARIA DA CONCEIÇÃO

Annexe 10:

Motivo do Atendimento: VITIMA DE ATROPELAMENTO

Clínica: ORTOPEDIADA ORTOPATOLOGIA

2-ATENDIMENTO

Medico: MEDICO PLANTONISTA

Perde con un intento autoimposto (Malignante), infatti, non può in un bar

Extreme Emission

3. Summary and Conclusions

PA: _____ FC: _____ FR: _____

FR.

Diseño. Revista de diseño

4. ~~Revised~~ ~~in~~ ~~1965~~ ~~1966~~

① Kite & the General, Kite on DMRP, Kite @ AP.
② Kite - in charge of open work Prof
234.26

Ovopedia

País de los pueblos de Diógenes de

Prescrição:

Diet 2

Horatio

11. *What is the primary purpose of the following statement?*

• fratura de ferme proximal à gomos.

can have palpites as well

do cirurgião geral

Alta da canina

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

(Unidade de Saúde: HOSPITAL REGIONAL DO AGreste)

| | | | |
|-----------------------------|---|---------|-------------------------------|
| Paciente: | Flávio Nascimento Piegma | | Nº do Registro: |
| Clínica: | Traumatologia | | Nº do Leito: |
| Operador: | Flávio Átila | | |
| 1º Assistente: | Nelson Gonçalves | | 2º Assistente: |
| Instrumentador: | | | Anestesista: Priscila Andrade |
| Anestesia: | Benzodiazepínicos + Sedativos | | Duração: |
| Data de Operação: | 11/07/19 | Inicio: | Termino: |
| Diagnóstico Pré-Operatório: | Fratura exposta do osso do entalheiro trapezoidal | | |
| Diagnóstico Pós-Operatório: | Umnus | | |
| Operação Proposta: | retratamento cirúrgico da fratura exposta do osso do entalheiro trapezoidal | | |
| Operação Realizada: | Retratamento | | |

DESCRÍÇÃO DO ATO OPERATÓRIO

- 1) Fazendo um DPO, fez anestesia.
- 2) Anestesia e antebraço maior apontado de cima para baixo
- 3) Umnusado. Técnicas punzicantes em retoar nasal e Ponto retoar do entalheiro trapezoidal
- 4) Retratamento nasal da Thompson entalheiro trapezoidal, com implante de fôrmento em entalheiro trapezoidal, com localização da fratura do lado esquerdo
- 5) Vértebra cervical esquerda exposta, com enlaçado de fôrmento e localização de fratura em cima esquerda, eliminando o ponto lângua
- 6) Limpeza de fratura esquerda com lâmina cirúrgica + enxardamento + fumantaria
- 7) Aproximação da borda da fratura em retoar nasal e Ponto lângua do entalheiro trapezoidal + curativo interno
- 8) Colocação de lata sobre palmar esquerda



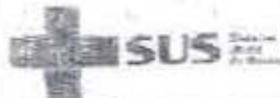
MEDICAMENTOS - MATERIAIS E TAXAS USADAS

Paciente: Paulo Roberto Bezerra Registro N° 90072
 Apt.: Enfermaria Data: 01/08/2000
 Cirurgia: Fistula Fíbrina E + Fisi Cirurgião: Dr. Ronaldo
 Anestesia: Raque + Bloqueio Pélvico Anestesista: DR. Lucio
 Início: _____ Término: _____

| Especificação | Quant. | Especificação | Quant. |
|----------------------|--------|---------------------------------|--------|
| MEDICAMENTOS | | | |
| Adrenalina | | Metronidazol 500mg | |
| Água Destilada | 04 | Nausedron | 01 Amp |
| Atropina | | Narcan | |
| Bicarbonato de Sódio | | Neomicina Pomada | |
| Cediladine | | Nipride | |
| Cisatracum | | Omeprazol | |
| Cloreto de Sódio | | Piasil | |
| Clorato de Potássio | | Propofol | |
| Clindamicina | | Prostagmine | |
| Dramin | | Quelicin | |
| Dexametazona Pomada | 01 Amp | Ranitidina | |
| Decadron | | Reviven | |
| Diazepam | | Ringer c/ Lactato | |
| Digirona | 02 Amp | Rocefin 1g | |
| Dimorf 0.1 | 01 Amp | Servofurano | |
| Dolantina | | Sintacinan | |
| Dormonid | | Soro Fisiológico 500ml | 03 |
| Efortil | | Soro Glicosado | |
| Enoxaparina 40mg | | Styptan | |
| Fenergan | | Sulfato de Magnésio | |
| Fentanil Espinal | | Tansamin | |
| Fentanil 5ml | | Tenoxicam | |
| Flumazenil | | Thionembutal | |
| Glicose | | Tramal | |
| Gluconato Cálcio | | Vitamina K | |
| Hidrocortizona 100mg | | Voluveram | |
| Hidrocortizona 500mg | | Xylocaína 2% s/a | 01 Amp |
| Ipsilon | | Xylocaína 1% s/a | |
| Ketfin | 01 Amp | Xylocaína Geléia | |
| Ketalar | | Xylocaína Spray | |
| Lasix | | Xylocaína Pesada | |
| Manitol | | MATERIAIS | |
| Marcaina c/a | | Açúcar | |
| Marcaina s/a | 01 Amp | Açúcar desc. 25x7/40x12/0,45x13 | 03 |
| Marcaina Pesada | 01 Amp | Açúcar de Puxo | 01 und |
| Mefenoxin | | Açúcar Raque 25 | 01 und |
| | | Algodão Hidrófilo | |

| Especificação | Quant. | Especificação | Quant. |
|-------------------------------------|----------|------------------------|--------|
| Algodão Ortopédico | 02 | Fio de Algodão | |
| Atadura Crepe 15 cm | 124 | Fio de Aço | |
| Atadura Gesso 150 cm | 03 | Fio Kirschner | |
| Azul de Metileno | | Fio Maleável | |
| Boleia p/ Colostomia | | Monocryl | |
| Caletor Nasal | 01 und | Mononylon 2.0 LT | 64 und |
| Clamp Umbílico | | Polycot | |
| Coletor Sistema Aberto | | Propelene | |
| Coletor Sistema Fechado | | PDS | |
| Comp. Cirúrgica | 01 und | Seda | |
| Dreno de Succção | | Vicryl | |
| Dreno Penrose | | LÍQUIDOS | |
| Dreno Tórax | | Água Oxigenada | 60ml |
| Eletrodos | 05 und | Álcool à 70% | 50 ml |
| Equipo Macro Gotas | | Glutaraldeído | |
| Escova de Dergemação | 04 und | Eter | 50 ml |
| Espanadrapo | TX | Formol | |
| Esperadrapo Micropore | TX | Cloroxidina Degermante | 180 ml |
| Gaze 7x5x7,5 | 01 | TAXAS | |
| Nausedaon | 06 | Oxímetro de Pulso | TX |
| infusor pradubles Parenteral 2 vias | | Aspirador | |
| Intracath | 1 L | Bisturi Elétrico | TX |
| Jelco N° 20, 22, 18 | 05 und | Desfibrilador | |
| Liga Clip | | Monitor | TX |
| Lâmina Bisturi | 21 L | OXIGÊNIO | TX |
| Látex 204 | 05 | Das gás | |
| Luva Esteril 5570 | 07 pares | | |
| Luva Descartável | 04 pares | | |
| Máscaras | 03 und | | |
| Polifix | | | |
| Pró-Pés | 04 pares | | |
| Scalp | | | |
| Seringa de 01 cc | | | |
| Seringa 03 cc | 01 und | | |
| Seringa 06 cc | 02 und | | |
| Seringa 10 cc | 01 und | | |
| Seringa 20 cc | 01 und | | |
| Sonda Nasogástrica n° | | | |
| Sonda Foley n° | | Tubos 570 209 | |
| Sonda Uretral n° | | | |
| Sonda 3v n° | | | |
| Transfix | | | |
| Pulseiras da RN | | | |
| Toucas | 04 und | | |
| FIOS | | | |
| CatGut Simples s/a | | | |
| CatGut Simples c/a | | | |
| CatGut Crom s/a | 01 | 02 und | |
| CatGut Crom c/a | 11 | 01 und | |

CHESS/PEH 4, 67-71



LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

| | | |
|---|-----------------------|---------------------|
| 1 - Nome do Estabelecimento Solicitante HOSPITAL JESUS PEQUENINO | Protocolo: 2019080648 | 2 - CNES 2344254 |
| 3 - Nome do Estabelecimento Executante HOSPITAL JESUS PEQUENINO | | 4 - CNE5 2344254 |

Identificação do Paciente

| | | | | |
|---|--|---|--|------------------------------|
| 5 - Nome do Paciente PAULO ROBERTO BEZERRA | | | 6 - Número do Prontuário 90072 | |
| 7 - Cartão Nacional de Saúde (CNS) 703205610150792 | 8 - Data Nascimento 12/03/1976 | 9 - Sexo FEMININO <input checked="" type="checkbox"/> 3 | 10 - Raça/Cor | 10.1 - Etnia |
| 11 - Nome da Mãe LUZINETE MARIA DA CONCEICAO | | | 12 - Telefone de Contato: | |
| 13 - Nome Responsável | | | 14 - Telefone de Contato: | |
| 15 - Endereço (Logradouro, nº, complemento, bairro) RUA ANTONIO BEZERRA DE VASCONCELOS, 36 () - SANTO AMARO I | | | | |
| 16 - Município da residência BEZERRAS | | 17 - Cod. IBGE município 2601904 | | 18 - UF PE |
| | | | | 19 - CEP 55660-000 |

JUSTIFICATIVA DA INTERNACÂO

20 - Principais sinais e sintomas clínicos
INTUÍT \rightarrow VELHÃO NUN NSE E NIE.
SON OF
NSE: DIFERENÇA ENTRE OS EIXOS DE FASE E AMPLITUDE DE 400-500 NMS
NIE: DIFERENÇA ENTRE OS EIXOS DE FASE E AMPLITUDE DE 100-200 NMS

21 - Condições que justificam a internação
Crisis

22. Principais resultados de provas diagnósticas (Resultados de exames realizados)
Rx, F450L4.

23 - Diagnósticos/ncal: **ALTO DA NO FUTURICO E FEVER ELETRON.** 24 - CID 10 Principais: **C0-15.04 C03-5**
 25 - CID 10 Sec.: **F18.02 043-3** 26 - CID 10 Causas associadas:

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - Descrição do Procedimento Sustentado: **INTERVENTO CIRÚRGICO.** 28 - Código do procedimento: **CH-08-25-051-01**

33 - Nome do Profissional Solicitante: **RAFAEL DE SOUZA LIMA** 34 - Data da solicitação: **3/7/2014** 35 - Assinatura do cartório (nr. do registro da carteira): **RAFAEL DE SOUZA LIMA** 

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)

| | | | |
|---------------------------------------|-------------------------|---|---------------------|
| 36 - () Acidente de Trânsito | 39 - CNPJ da Seguradora | 40 - Nr. do Bilhete 0.317.000.000-00 | 41 - Série |
| 37 - () Acidente de Trabalho típico | 42 - CNPJ da Empresa | 43 - CNA da Empresa | 44 - SOR |
| 38 - () Acidente de Trabalho traçado | | CPF: 111.111.111-11 | CPF: 111.111.111-11 |

45 - Vínculo com a Previdência
 Empregado Empregador Autônomo Desempregado Aposentado Não segurado

AUTORIZAÇÃO

| | | |
|--------------------------------------|--|---|
| 46 - Nome do Profissional Autorizado | 47 - Cód. Órgão Emissor | 52 - Nr. Autorização de Internação hospitalar |
| 48 - Documento () CNS () CPF | 49 - N. Documento (CNS/CNPJ) Profissional Autorizado | |
| 50 - Data da Autorização | 51 - Assinatura e Carimbo (N. do Registro do Conselho) | |

HOSPITAL JESUS PEQUENINO

FICHA DE ATENDIMENTO DE INTERNAÇÃO

| | | | | | | | | | |
|----------------|--|-------------|------------|---------------|-----------------|-------------|------------------------|--|--|
| Atendimento: | 552598 | Data: | 27/07/2019 | Horas: | 17:15 | Recepção: | MARIA DE LOURDES SILVA | | |
| Convênio: | SES - ORTOPEDIA | | | Matrícula: | 898004018102253 | | | | |
| Responsável: | | | | Identidade: | | | | | |
| Médico: | DR. ARTUR DOMINGOS DE SOUZA LEAO | | | Cartão SUS: | 703205610150792 | | | | |
| Paciente: | 90072 PAULO ROBERTO BEZERRA | Sexo: | FEMININO | | Cor: MORENO | | | | |
| Nascimento: | 12/03/1976 - 43 Anos e 4 Meses | Est. Civil: | | | | | | | |
| Endereço: | RUA ANTONIO BEZERRA DE VASCONCELOS, 36 | | | C.P.F. | 10042028493 | | | | |
| Bairro: | SANTO AMARO I | | | CEP: | 56660-000 | Identidade: | 7718193 | | |
| IBGE/Cidade: | 2601904 BEZERROS | UF: | PE | Telefone: | | | | | |
| Pai: | JOSE FRANCISCO BEZERRA | | | G. Instrução: | | | | | |
| Mãe: | LUZINETE MARIA DA CONCEICAO | | | Ocupação: | | | | | |
| Nacionalidade: | BRASIL | | | Naturalidade: | BEZERROS | | | | |
| Obs.: | SENHA ORTOPEDIA 601847 | | | | | | | | |

Queixa do Paciente:

FRUINHA → DORSO NI MSE E NIG.

H.D.A.:

Exame Físico:

2014 ER.
N.V.E: ERGICA NO BRAÇO → Ax: FAVOREC. DE ~~radio~~ radio.
N.G: ERGICA NO BRAÇO → Ax: FAVOREC. NO FEMUR.

H.D.: FAVOREC. NO ~~radio~~ BRAÇO. E NO FEMUR BRAÇO.

Tratamento:

CFLUR 500 mg.

Conferido Com Documento
Chapal Bezzins P. 2208-12-2019
Hospital Jesus Pequenino
Assistente Social
Assessoria N. 4411
Assinatura:

Paciente Necessita de Acompanhante

M. Artur de Souza
Médico: Dr. Artur de Souza
Nº CRM: 2601904-0
CNPJ: 00437242/0001-00

Acompanhante: Maria Regesca.

Bezerros, 27 de julho de 2019

Assinatura e Carimbo do Médico

HOSPITAL JESUS PEQUENINO

FICHA DE ATENDIMENTO DE INTERNAÇÃO (Complemento)

Atendimento: 552596 Data: 27/07/2019 Hora: 17:15 Recepção: MARIA DE LOURDES SILVA
 Convênio: SES - ORTOPEDIA Matrícula: 898004016102253
 Responsável: Identidade:
 Médico: DR. ARTUR DOMINGOS DE SOUZA LEAO Cartão SUS: 703205610150792

| | | | | | |
|----------------|--|---------------|-------------|------|--------|
| Paciente: | 90072 PAULO ROBERTO BEZERRA | Sexo: | FEMININO | Cor: | MORENO |
| Nascimento: | 12/03/1976 - 43 Anos e 4 Meses | Est. Civil: | | | |
| Endereço: | RUA ANTONIO BEZERRA DE VASCONCELOS, 36 | C.P.F. | 10042028493 | | |
| Bairro: | SANTO AMARO I | Identidade: | 7718193 | SDS | PE |
| IBGE/Cidade: | 2601904 BEZERROS | UF: | PE | | |
| Pai: | JOSE FRANCISCO BEZERRA | G. Instrução: | | | |
| Mãe: | LUZINETE MARIA DA CONCEICAO | Ocupação: | | | |
| Nacionalidade: | BRASIL | Naturalidade: | BEZERROS | | |

Repcionista:

Motivo Alta: () Curado () Melhorado () A Pedido () Transferido () Evasão Morte: () Antes de 48 horas () Após 48 horas
() Assinou o termo

Alta Hospitalar

Data: 3/3/19

Medieval

Annotation / CRM

Observação

Transferência Hospitalar

Data: / /

Medico

Diagnósticos

Diagnóstico Provisório:

Assinatura / CPM

Óbita

1432

Assinatura / CRM

Diagnósticos

Diagnóstico Provisório:

Diagnóstico Definitivo:

FACTURA / NO UNICO S.H.
/ NO FAVOR S.H.

Diagnóstico Secundário:

Confidential Comm Document
Original Status is P
Hospital: 1145 Peconning
Date: 12/03/06
By: *[Signature]*



Hospital Jesus Pequeno
JESUS PEQUENO

RELATÓRIO CIRÚRGICO

| | | |
|---|---------------------------|-----------------------------|
| NOME DO PACIENTE PAULO ROBERTO BEZERRA | | NUMERO DO REGISTRO 90072 |
| CLÍNICA ORTOPÉDICA | | |
| CIRURGÃO RONALDO EVANGELISTA | | |
| ANESTESIA PAQUIDIANA | ANESTESISTA DRA. LUCIA | |
| DATA DA OPERAÇÃO 01/05/2018 | | |
| DIAGNÓSTICO PRE-OPERATÓRIO FRATURA TRANSTROCANTÉRICA À ESQUERDA + FRATURA DOS OSSOS DO ANTEBRAÇO ESQUERDO + FERIMENTO EM PERNAS ESQUERDA | | |
| DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO FRATURA TRANSTROCANTÉRICA À ESQUERDA + FRATURA DOS OSSOS DO ANTEBRAÇO ESQUERDO + FERIMENTO EM PERNAS ESQUERDA | | |
| OPERAÇÃO PROPOSTA TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA TRANSTROCANTÉRICA À ESQUERDA + TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DOS OSSOS DO ANTEBRAÇO ESQUERDO + DEBRIDAMENTO DE FERIMENTO EM PERNAS ESQUERDA + OSTEOTOMIA DO FEMUR PROXIMAL + NEUROLISE DO INTEROSSEO POSTERIOR | | |
| OPERAÇÃO REALIZADA A PROPOSTA | | |

DESCRÍÇÃO DO ATO OPERATÓRIO

1. PACIENTE EM DECUBITO DORSAL
2. ASSEPSIA E ANTISSEPSIA DO CAMPO OPERATORIO
3. DEBRIDAMENTO DE FERIMENTO EM PERNAS ESQUERDA
4. INCISÃO NA FACE LATERAL DO QUADRIL ESQUERDO
5. ABERTURA DA APONEUROSE
6. DIVULSAO POR PLANOS
7. ABORDAGEM DO FOCO DA FRATURA
8. REDUÇÃO DA FRATURA + PASSAGEM DE FIO GUIA NO FEMUR PROXIMAL
9. OSTEOTOMIA DO FEMUR PROXIMAL
10. COLOCAÇÃO DE PINO DESLIZANTE + APOSIÇÃO DE PLACA DHS
11. COLOCAÇÃO DE PARAFUSOS CORTICais + CONTRAPINO
12. OBSERVADA BOA REDUÇÃO E FIXAÇÃO SOB FLUOROSCOPIA
13. FECHAMENTO POR PLANOS
14. CURATIVO
15. ISQUEMIA PREVIA COM FAIXA DE ESMARCH NO MSE
16. ASSEPsiA E ANTISSEPSiA DO CAMPO OPERATORiO DO MSE
17. INCISÃO NA FACE LATERAL DO ANTEBRAÇO ESQUERDO
18. ABERTURA DA APONEUROSE
19. DIVULSAO POR PLANOS
20. NEUROLISE DO INTEROSSEO POSTERIOR
21. ABORDAGEM DO FOCO DA FRATURA
22. REDUÇÃO DA FRATURA DO RÁDIO + FIXAÇÃO COM PLACA E PARAFUSOS
23. INCISÃO NA FA MEDIAL DO ANTEBRAÇO ESQUERDO
24. ABORDAGEM DO FOCO DA FRATURA + REDUÇÃO E FIXAÇÃO COM PLACA E PARAFUSOS
25. OBSERVADA BOA REDUÇÃO E FIXAÇÃO DAS FRATURAS
26. FECHAMENTO POR PLANOS
27. CURATIVO
28. RETIRADA DA FAIXA DE ESMARCH

Características
Quirurgia Bemposta
Hospital Jesus Pequeno no
Rio de Janeiro
Ana Amorim
Assistente Social
CRESS/PE nº 4.471

FICHA DE ANESTESIA

Nº _____
 Data: 03/05/19

Anestesia: Roquianestesia + bloqueio axilar NB
 Nome: Paulo Roberto Bezerra Nº do Registro _____ N.º na Clínica: _____
 Clínica: _____ Quarto: _____ Leito: _____ Idade: _____ Sexo: _____ Cor: _____
 Operador: Ronaldo Estrela Anestesista: Edilson Lima
 Diag. Préop.: _____ Diag. Posop.: _____
 Op. Proposta: Trat. fratura de oitava e oitava e fratura dos ossos de ameaço
 Premedicação: _____ Hora: _____ Resultado: (MO 1-2-3) (AO 1-2-3) Risco 1-2-3-4
 _____ de ameaço

PRÉ - MEDICAÇÃO - DOSE - HORA - EFEITO

EEG

| | 15 | 30 | 45 | | 15 | 30 | 45 | | 15 | 30 | 45 | | 15 | 30 | |
|---------------------------------|-----|-----|-----|--|-----|-----|-----|--|-----|-----|-----|--|-----|-----|--|
| A G E N T E S | N2O | | | | | | | | | | | | | | |
| | O2 | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | |
| Umidificadores | | | | | | | | | | | | | | | |
| PA | 100 | 100 | 100 | | 100 | 100 | 100 | | 100 | 100 | 100 | | 100 | 100 | |
| V | 140 | 140 | 140 | | 140 | 140 | 140 | | 140 | 140 | 140 | | 140 | 140 | |
| PULCO | 220 | 220 | 220 | | 220 | 220 | 220 | | 220 | 220 | 220 | | 220 | 220 | |
| ANOS | 260 | 260 | 260 | | 260 | 260 | 260 | | 260 | 260 | 260 | | 260 | 260 | |
| A | 180 | 180 | 180 | | 180 | 180 | 180 | | 180 | 180 | 180 | | 180 | 180 | |
| OP | 140 | 140 | 140 | | 140 | 140 | 140 | | 140 | 140 | 140 | | 140 | 140 | |
| TEMP | 120 | 120 | 120 | | 120 | 120 | 120 | | 120 | 120 | 120 | | 120 | 120 | |
| A | 100 | 100 | 100 | | 100 | 100 | 100 | | 100 | 100 | 100 | | 100 | 100 | |
| ASPIR | 80 | 80 | 80 | | 80 | 80 | 80 | | 80 | 80 | 80 | | 80 | 80 | |
| O | 60 | 60 | 60 | | 60 | 60 | 60 | | 60 | 60 | 60 | | 60 | 60 | |
| Expir | | | | | | | | | | | | | | | |
| Acess | | | | | | | | | | | | | | | |
| Contro | | | | | | | | | | | | | | | |
| PRESAS SISTENICAS | | | | | | | | | | | | | | | |
| SÍMBOLOS | | | | | | | | | | | | | | | |

PA
 ECG
 PRIMAVERA

| AGENTES | DOSES | TÉCNICA | ANOTACOES: |
|--------------------|--------|--|---|
| A. Midazolam | 5mg | Roquianestesia med | ⑧ Dexamefetamina 10mg |
| B. Niso. curar | 12,5mg | Síntesis L3/4 AG cor- | ⑨ Naloxon 4mg |
| C. Dimeff | 0,1mg | teut 90x25 ml | |
| D. Lipofolhina | 11 | lipofofia + bico | |
| E. Inj. local clad | 30mg | de flua roquial | |
| F. Bépincoacina | 150mcg | | |
| G. Difluna | 2g | | |
| LÍQUIDOS | | GÁNLIA - NASO/VOZ FARÍNDEA NASO/ORTRAQUEAL - CEGAS BAL - DMR - CALIBRE DO TUBO BOB - MÁSCARA DIFICULDADE TÉCNICA | Teste Com Documento Dr. Bezzentos P. 05/09 |
| 5F 0,9% - 2000ml | | Tempo de Anestesia | Teste Com Documento Dr. Bezzentos P. 05/09 |
| IDEAL | | | Teste Com Documento Dr. Bezzentos P. 05/09 |
| OPERAÇÃO: | | | Teste Com Documento Dr. Bezzentos P. 05/09 |
| ANESTESISTA: | | Laringo - Epiglótio - Escavação Depressão Respiratória - Hipoxia "BUCKING" + Vento | Respiração Artificial Brad - Tussicardia - Cianose |
| CIRURGÃO: | | Dr. Pedro Alves | Respiração Artificial Brad - Tussicardia - Cianose |
| PERDA SANGUÍNEA: | | | |

Dr. Alcides d'Andrade Lima
 Ana. Almorim
 Assistente Social
 CRESS/PE Nº 4.071



SERVIÇO DE ARQUIVO MÉDICO E ESTATÍSTICA – SAME

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins, que se fizerem necessários, que o paciente
Sr.(a) Paulo Roberto Bezerra

Encontra-se internado (a) nesta unidade hospitalar, na sala de recuperação do
bloco cirúrgico no leito 27. desde o dia 13/07/2019 (sem previsão de alta)

REGISTRO: 341761

Diagnóstico : Fratura Exposta de Antebraço .

Tratamento: Cirúrgico .

OBS: Vítima de Acidente de Trânsito. (atropelamento) CID: S52.

ESSAS INFORMAÇÕES ESTÃO CONTIDAS NO PRONTUÁRIO DO PACIENTE

Caruaru, 17 de Julho de 2019

109.794.975/0228-01
H.R.A. - Hospital Regional do Agreste

setor de arquivo(same)



HOSPITAL
JESUS PEQUENINO

NOME: Paulo Polycroto Beijer

LAUDO MÉDICO

O paciente supracitado foi vítima de trauma, tendo apresentado o
diagnóstico de: fratura fechada E 57.3 fractura aberta fechada 6 CID-10 E2.5, foi
submetido à tratamento cirúrgico nesta unidade hospitalar no dia
16/8/19. Atualmente se encontra em acompanhamento ambulatorial.

Bezerros, 16/8/19

Dr. Ronaldino Evangelista
Ortopedista
CRM-PB 3.784

Eu Paulo Roberto Bezerra de
CPF: 100.420.284-93 e RG: 7.718.193
dei entrada em um processo de
invalidez do seguro DPVAT com o
numero de sinistro 3190582180,
no dia do acidente 13.07.2019
fui socorrido pelo samu que me
lesteu para a unidade Misté São José
onde fui atendido e diagnosticado
com fratura exposta dos ossos do
antebraço esquerdo, e encaminhado
ao hospital Regional do Agreste onde
fui submetido a tratamento
cirúrgico do antebraço esquerdo.

No dia 27/07/2019 fui transferido
para o hospital Jesus Pequenino,
e no dia 01.08.2019 fui submetido
a outra cirurgia de fratura do
antebraço esquerdo e quadril
esquerdo (transbocantérica).

Foi realizado fisioterapia motora
e acupuntura, sem continuei
com dor e dificuldade de movimento,
a seguradora liberou o valor de
R\$ 4.050,00 sem a marcação de
pericia, vai junto dessa carta
um laudo relatando o grau da
minha lesão e venho por meio
desta carta pedir que marque
uma pericia junto ao medico
da seguradora Lider, para meu
processo ser melhor

avaliado.

Paul Abbott



Biana Maria Salvador da Cunha

Fisioterapia e acupuntura

CREFITO - 270448-F

Rua: D. Pedro II 212 centro - Bezerros - Pe

Laudo Fisioterapêutico

Paciente Paulo Roberto Bezerra portador do CPF: 100.420.284-93, vítima de acidente de trânsito no dia 13 de Julho de 2019, apresentando diagnóstico de fratura de Antebraço esquerdo e fratura do fêmur esquerdo. Com sinais e sintomas de dor, edema, limitação de ADM e deambulação.

Foi realizado 25 sessões de fisioterapia, com ênfase principal em Cinesioterapia, Eletroterapia com objetivo de diminuir dor, edema e recuperar a ADM. Porém, o mesmo ainda se encontra com limitação para deambular, com perca funcional dos movimentos 70% da perna e 60% do antebraço, dificultando realizar suas atividades diárias.

Bezerros, 14 de 11 de 2019.

Biana Maria Salvador da Cunha

Dr.ª Eliana Salvador

Fisioterapeuta

CREFITO 270448-F

Biana Maria Salvador da Cunha

Dr.ª Eliana Salvador da Cunha

Fisioterapeuta

CREFITO 270448-F







PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190582180 **Cidade:** Bezerros **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: PAULO ROBERTO BEZERRA **Data do acidente:** 13/07/2019 **Seguradora:** ALFA SEGURADORA

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DE RÁDIA DISTAL ESQUERDO
FRATURA DE ULNA DISTAL ESQUERDA
FRATURA DE CABEÇA DO FÉMUR À ESQUERDA

Descrição do exame físico: APRESENTA GRANDE LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS SOLICITADOS DO PUNHO ESQUERDO
físico: APRESENTA GRANDE LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DA ARTICULAÇÃO DO QUADRIL ESQUERDO E DEAMBULA COM AUXÍLIO DE MULETA UNILATERAL À ESQUERDA + PERDA DE FORÇA MUSCULAR EM ANTEBRAÇO E COXA E.

Resultados terapêuticos: OBTEVE BOA CONSOLIDAÇÃO ÓSSEA MAS FICOU COM RIGIDEZ ARTICULAR

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU INTENSO DO(A) PUNHO ESQUERDO E LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU INTENSO DO(A) QUADRIL ESQUERDO

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 05/12/2019

Conduta mantida: Não

Observações: REALIZOU 35 SESSÕES DE FISIOTERAPIA NAS REGIÕES ACOMETIDAS

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 % | Complemento por reanálise - 5 % | 1,25% | R\$ 168,75 |
| Perda completa da mobilidade de um quadril | 25 % | Em grau intenso - 25 % | 6,25% | R\$ 843,75 |
| Total | | | 7,5 % | R\$ 1.012,50 |

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190582180 **Cidade:** Bezerros **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: PAULO ROBERTO BEZERRA **Data do acidente:** 13/07/2019 **Seguradora:** ALFA SEGURADORA

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DE RÁDIA DISTAL ESQUERDO
FRATURA DE URNA DISTAL ESQUERDA
FRATURA DE CABEÇA DO FÉMUR À ESQUERDA

Descrição do exame físico: APRESENTA GRANDE LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS SOLICITADOS DO PUNHO ESQUERDO
Apresenta GRANDE LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DA ARTICULAÇÃO DO QUADRIL ESQUERDO E DEAMBULA COM AUXÍLIO DE MULETA UNILATERAL À ESQUERDA + PERDA DE FORÇA MUSCULAR EM ANTEBRAÇO E COXA E.

Resultados terapêuticos: OBTEVE BOA CONSOLIDAÇÃO ÓSSEA MAS FICOU COM RIGIDEZ ARTICULAR

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU INTENSO DO(A) PUNHO ESQUERDO E LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU INTENSO DO(A) QUADRIL ESQUERDO

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 05/12/2019

Conduta mantida: Não

Observações: REALIZOU 35 SESSÕES DE FISIOTERAPIA NAS REGIÕES ACOMETIDAS

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

| DANOS CORPORAIS COMPROVADOS | Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74) | Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74) | % Apurado | Indenização pelo dano |
|---|---|---|------------------|------------------------------|
| Perda completa da mobilidade de um dos punhos | 25 % | Complemento por reanálise - 5 % | 1,25% | R\$ 168,75 |
| Perda completa da mobilidade de um quadril | 25 % | Em grau intenso - 25 % | 6,25% | R\$ 843,75 |
| Total | | | 7,5 % | R\$ 1.012,50 |

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190582180 **Cidade:** Bezerros **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: PAULO ROBERTO BEZERRA **Data do acidente:** 13/07/2019 **Seguradora:** ALFA SEGURADORA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 26/11/2019

Valorização do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DOS OSSOS DO ANTEBRAÇO ESQUERDO.
FRATURA TRANSTROCANTÉRICA À ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO. ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: SOLICITO PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNOSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, CASO EXISTAM. NA VIGÊNCIA DESTAS INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

| DANOS CORPORAIS COMPROVADOS | Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74) | Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74) | % Apurado | Indenização pelo dano |
|---|---|---|------------------|------------------------------|
| Perda funcional completa de um dos membros superiores | 70 % | Em grau leve - 0 % | 0% | R\$ 0,00 |
| | | Total | 0 % | R\$ 0,00 |

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190582180 **Cidade:** Bezerros **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: PAULO ROBERTO BEZERRA **Data do acidente:** 13/07/2019 **Seguradora:** ALFA SEGURADORA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 26/11/2019

Valorização do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DOS OSSOS DO ANTEBRAÇO ESQUERDO.
FRATURA TRANSTROCANTÉRICA À ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO. ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO SUPERIOR E DO QUADRIL ESQUERDOS.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida: Sim

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEFICIT FUNCIONAL: LEVE DO MEMBRO SUPERIOR E MODERADO DO QUADRIL ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações: REANÁLISE CONCLUÍDA. NÃO FOI VISUALIZADA, DOCUMENTAÇÃO MÉDICA-HOSPITALAR NOVA, QUE EVIDENCIE AGRAVAMENTO DE SEQUELA JÁ INDENIZADA ANTERIORMENTE, SEGUNDO LEI VIGENTE. CONDUTA MANTIDA.

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: 3190582180 **Cidade:** Bezerros **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: PAULO ROBERTO BEZERRA **Data do acidente:** 13/07/2019 **Seguradora:** ALFA SEGURADORA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 15/10/2019

Valorização do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DOS OSSOS DO ANTEBRAÇO ESQUERDO.
FRATURA TRANSTROCANTÉRICA À ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE).PGS 6,12 ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO SUPERIOR E DO QUADRIL ESQUERDOS.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEFICIT FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO SUPERIOR E MODERADO DO QUADRIL ESQUERDOS.

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 superiores | 70 % | Em grau leve - 25 % | 17,5% | R\$ 2.362,50 |
| Perda completa da mobilidade de um quadril | 25 % | Em grau médio - 50 % | 12,5% | R\$ 1.687,50 |
| Total | | | 30 % | R\$ 4.050,00 |

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190582180 **Cidade:** Bezerros **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: PAULO ROBERTO BEZERRA **Data do acidente:** 13/07/2019 **Seguradora:** ALFA SEGURADORA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 17/10/2019

Valorização do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DOS OSSOS DO ANTEBRAÇO ESQUERDO.
FRATURA TRANSTROCANTÉRICA À ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE).PGS 6,12 ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO SUPERIOR E DO QUADRIL ESQUERDOS.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEFICIT FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO SUPERIOR E MODERADO DO QUADRIL ESQUERDOS.

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 superiores | 70 % | Em grau leve - 25 % | 17,5% | R\$ 2.362,50 |
| Perda completa da mobilidade de um quadril | 25 % | Em grau médio - 50 % | 12,5% | R\$ 1.687,50 |
| Total | | | 30 % | R\$ 4.050,00 |

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0356401/19

Número do Sinistro: 3190582180

Vítima: PAULO ROBERTO BEZERRA

CPF: 100.420.284-93

CPF de: Próprio

Data do acidente: 13/07/2019

Titular do CPF: PAULO ROBERTO BEZERRA

Seguradora: ALFA SEGURADORA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Documentação médica-hospitalar

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: 18/11/2019
Nome: PAULO ROBERTO BEZERRA
CPF: 100.420.284-93

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 18/11/2019
Nome: Steffany Caroliny Lins Veloso
CPF: 115.938.994-24

PAULO ROBERTO BEZERRA

Steffany Caroliny Lins Veloso

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0356401/19

Vítima: PAULO ROBERTO BEZERRA

CPF: 100.420.284-93

CPF de: Próprio

Data do acidente: 13/07/2019

Titular do CPF: PAULO ROBERTO BEZERRA

Seguradora: ALFA SEGURADORA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

PAULO ROBERTO BEZERRA : 100.420.284-93

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: 14/10/2019
Nome: PAULO ROBERTO BEZERRA
CPF: 100.420.284-93

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 14/10/2019
Nome: Steffany Caroliny Lins Veloso
CPF: 115.938.994-24

PAULO ROBERTO BEZERRA

Steffany Caroliny Lins Veloso

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 15 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190582180

Vítima: PAULO ROBERTO BEZERRA

Data do Acidente: 13/07/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), PAULO ROBERTO BEZERRA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

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

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 30 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190582180 **Vítima: PAULO ROBERTO BEZERRA**
Data do Acidente: 13/07/2019 **Cobertura: INVALIDEZ**

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), PAULO ROBERTO BEZERRA

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\$ 4.050,00 |

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros superiores 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

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

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

Recebedor: PAULO ROBERTO BEZERRA

Valor: R\$ 4.050,00

Banco: 104

Agência: 000002192

Conta: 0000089917-0

Tipo: CONTA POUPANÇA

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorno 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,

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 28 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190582180

Vítima: PAULO ROBERTO BEZERRA

Data do Acidente: 13/07/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), PAULO ROBERTO BEZERRA

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

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 25 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190582180 **Vítima: PAULO ROBERTO BEZERRA**
Data do Acidente: 13/07/2019 **Cobertura: INVALIDEZ**

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), PAULO ROBERTO BEZERRA

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\$ 1.012,50 |

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos punhos

25%

Graduação: Complemento por reanálise 5%

% Invalidez Permanente DPVAT: (5% de 25%) 1,25%

Valor a indenizar: 1,25% x 13.500,00 = R\$ 168,75

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

Graduação: Em grau intenso 75%

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

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

Recebedor: PAULO ROBERTO BEZERRA

Valor: R\$ 1.012,50

Banco: 104

Agência: 000002192

Conta: 0000089917-0

Tipo: CONTA POUPANÇA

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorno 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,



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do anexo ou ASL:

3 - CPF da vítima:

100.420.284-93

4 - Nome completo da vítima:

Paulo Roberto Bezerra

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

5 - Nome completo:

Paulo Roberto Bezerra

6 - CPF:

100.420.284-93

7 - Profissão:

revisor

8 - Endereço:

R. Antônio B. Vasconcelos

9 - Número:

36

10 - Complemento:

11 - Bairro:

Dentro

12 - Cidade:

Bezerra

13 - Estado:

PE

14 - CEP:

55600-000

15 - E-mail:

16 - Tel. (DDO):

(81) 994447590

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 8 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:

RECLUSO 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 (selecionar para os bancos abaixo. Ativite uma opção)

CONTA CORRENTE (bancos acima)

Bodesco (237)

Itaú (343)

Banco do Brasil (001)

Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 2192

CONTA: 89917

AGÊNCIA: _____

CONTA: _____

(Inserir o dígito de verificação)

Autorizo a Seguradora Lider 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 ALIENÍCIA DE IMI - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou imparcializado de alegar o crime do Instituto Médico Legal (IMI) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidade permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

Não há IMI que atende a região do acidente ou da minha residência; ou

O IMI que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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:

Sim

29 - Se tinha filhos, informar

30 - Vítima deixou

Sim

31 - Vítima

Sim

32 - Se tinha irmãos, informar

Sim

33 - Vítima deixou

Não

Vivos:

Falecidos:

Não

Vivos:

Falecidos:

Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso de óbito, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omisão 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 -

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

36 - 1º | Nome:

CPF:

35 -

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

37 -

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

38 -

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome:

CPF:

38 -

39 -

40 - Local e Data:

41 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

J Bezerra 07-10-19

Paulo Roberto Bezerra

44 - Assinatura da vítima/beneficiária (se houver)

45 - Assinatura do Procurador (se houver)

Assinatura da testemunha

46 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

47 - Assinatura do Procurador (se houver)

48 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

49 - Assinatura do Procurador (se houver)

50 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

51 - Assinatura do Procurador (se houver)

52 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

53 - Assinatura do Procurador (se houver)

54 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

55 - Assinatura do Procurador (se houver)

56 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

57 - Assinatura do Procurador (se houver)

58 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

59 - Assinatura do Procurador (se houver)

60 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

61 - Assinatura do Procurador (se houver)

62 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

63 - Assinatura do Procurador (se houver)

64 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

65 - Assinatura do Procurador (se houver)

66 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

67 - Assinatura do Procurador (se houver)

68 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

69 - Assinatura do Procurador (se houver)

70 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

71 - Assinatura do Procurador (se houver)

72 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

73 - Assinatura do Procurador (se houver)

74 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

75 - Assinatura do Procurador (se houver)

76 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

77 - Assinatura do Procurador (se houver)

78 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

79 - Assinatura do Procurador (se houver)

80 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

81 - Assinatura do Procurador (se houver)

82 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

83 - Assinatura do Procurador (se houver)

84 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

85 - Assinatura do Procurador (se houver)

86 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

87 - Assinatura do Procurador (se houver)

88 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

89 - Assinatura do Procurador (se houver)

90 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

91 - Assinatura do Procurador (se houver)

92 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

93 - Assinatura do Procurador (se houver)

94 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

95 - Assinatura do Procurador (se houver)

96 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

97 - Assinatura do Procurador (se houver)

98 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

99 - Assinatura do Procurador (se houver)

100 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

101 - Assinatura do Procurador (se houver)

102 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

103 - Assinatura do Procurador (se houver)

104 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

105 - Assinatura do Procurador (se houver)

106 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

107 - Assinatura do Procurador (se houver)

108 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

109 - Assinatura do Procurador (se houver)

110 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

111 - Assinatura do Procurador (se houver)

112 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

113 - Assinatura do Procurador (se houver)

114 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

115 - Assinatura do Procurador (se houver)

116 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

117 - Assinatura do Procurador (se houver)

118 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

119 - Assinatura do Procurador (se houver)

120 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

121 - Assinatura do Procurador (se houver)

122 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

123 - Assinatura do Procurador (se houver)

124 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

125 - Assinatura do Procurador (se houver)

126 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

127 - Assinatura do Procurador (se houver)

128 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

129 - Assinatura do Procurador (se houver)

130 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

131 - Assinatura do Procurador (se houver)

132 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

133 - Assinatura do Procurador (se houver)

134 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

135 - Assinatura do Procurador (se houver)

136 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

137 - Assinatura do Procurador (se houver)

138 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

139 - Assinatura do Procurador (se houver)

140 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

141 - Assinatura do Procurador (se houver)

142 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

143 - Assinatura do Procurador (se houver)

144 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

145 - Assinatura do Procurador (se houver)

146 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

147 - Assinatura do Procurador (se houver)

148 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

149 - Assinatura do Procurador (se houver)

150 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

151 - Assinatura do Procurador (se houver)

152 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

153 - Assinatura do Procurador (se houver)

154 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

155 - Assinatura do Procurador (se houver)

156 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

157 - Assinatura do Procurador (se houver)



AUTO-ATENDIMENTO - Ag Bezerros

DATA: 09/10/2019

HORA:

TERMINAL: 21921572

CONTROLE: 2192

AGÊNCIA: 2192 - BEZERROS

CONTA: 013.00089917-0

CLIENTE: PAULO ROBERTO BEZERRA

EXTRATO PARA SIMPLES CONFERÊNCIA

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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Número do Sinistro: 3190582180
Nome do(a) Examinado(a): Paulo Roberto Bezerra
Endereço do(a) Examinado(a): Rua Antonio B Vasconcelos, 36
Centro Bezerros PE CEP: 55660-000
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SSP / PE] 7718193
Data local do acidente: [13/07/2019]
Data local do exame: [05/12/2019] Garanhuns [PE]

Resultado da Avaliação Médica

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

**FRATURA DE RÁDIA DISTAL ESQUERDO
FRATURA DE URNA DISTAL ESQUERDA
FRATURA DE CABEÇA DO FÉMUR À ESQUERDA**

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

**Tratamento: TRATAMENTO CIRÚRGICO EM TODAS AS FRATURAS COM COLOCAÇÃO DE FIXADORES METÁLICOS.
Complicações: NENHUMA
Data da Alta: 14/11/2019**

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

**APRESENTA GRANDE LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS SOLICITADOS DO PUNHO ESQUERDO
APRESENTA GRANDE LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DA ARTICULAÇÃO DO QUADRIL ESQUERDO E DEAMBULA COM AUXÍLIO DE MULETA UNILATERAL À ESQUERDA + PERDA DE FORÇA MUSCULAR EM ANTEBRAÇO E COXA E.**

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

Sim Não

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

Sim Não

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

**RIGIDEZ ARTICULAR EM PUNHO ESQUERDO.
RIGIDEZ ARTICULAR EM QUADRIL ESQUERDO.**

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

- VII. Segundo 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):

PUNHO - Lado Esquerdo

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

Região Corporal (Sequela):

QUADRIL - Lado Esquerdo

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

Região Corporal (Sequela):

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

Região Corporal (Sequela):

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

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

Realizou 35 sessões de fisioterapia nas regiões acometidas

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





BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO

PRF

PROTOCOLO: N° 19040110B01



Maiores dúvidas acesse: www.prf.gov.br/portal



Para cópia do seu Boletim acesse o site: www.prf.gov.br/novobat /consultar Informe o número do protocolo e o CPF/CNPJ de um dos envolvidos no acidente; e Clique em imprimir.



Atenção: As vítimas de acidente têm direito ao recebimento do Seguro DPVAT. Para maiores informações, acesse: www.dpvatseguro.com.br Em casos de avaliação de danos com MÉDIA ou GRANDE MONTA, verificar os trâmites da Resolução 544 do CONTRAN. Procure o órgão estadual de trânsito (DETRAN) do seu Estado, antes de fazer reparos no veículo.



Assinatura
eletrônica

Documento assinado eletronicamente por TERENCIUS, matrícula 1480801, Policial Rodoviário Federal, em 27/07/2018, conforme foralio oficial da Brasília, com fundamento no § 2º do art. 15 da Medida Provisória N° 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto N° 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa N° 01-DG, de 13 de novembro de 2015.
A autenticidade desse documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar>, informando o protocolo 19040110B01 e o número de controle 530AAAD3C367AAC4A1D9DA7B3A72448.

191



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA RODOVIÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTÓCOLO N° 19040110801

INFORMAÇÕES GERAIS

Data: 13/07/2019 Hora: 17:55 Município: BEZERROS/PE

BR: 232 KM: 100,0 Sentido: Crescente

Policial responsável pelo atendimento: TERÊNCIO, 1480801

Relatório confeccionado com base no processo administrativo nº: 08654010942201931

ASPECTOS DO LOCAL

Tipo de via: Marginal

Tipo de pavimento: Asfalto

Tipo de pista: Dupla

Condição da Pista: Molhada

Estrutura Viária: Reta

Localidade urbanizada: Sim

Acostamento: Não

Canteiro Central: Não

Condição meteorológica: Ignorado

Fase do dia: Anoitecer

IMAGENS PANORÂMICAS



SENIDO DECRESCENTE



SENIDO CRESCENTE

NARRATIVA

No dia 13/07/2019, por volta das 17h55, no km 100, BR-232, via local, em Bezerros/PE, sentido Caruaru/PE, ocorreu um acidente, do tipo atropelamento, com vítima, em situação de lesões graves. O veículo envolvido, Fiat Uno Mille EX, de placas KLK-9368, conduzido pelo Sr. Napoleão Cordeiro do Nascimento Neto., qualificado neste BAT. Considerando que a PRF não foi acionada para atendimento desta ocorrência, houve prejuízo para confecção do croqui e da dinâmica do acidente. Com base nas informações colhidas em diligência na Unidade de atendimento do SAMU em Bezerros/PE, constatou-se a responsabilidade da vítima ao cruzar a pista de rolamento em local indevido, inapropriado para travessia de pedestres, e sem a devida atenção, sendo atingida por V1. A dinâmica do acidente encontra-se representada no croqui. Conforme constatações em levantamento de local de acidente, concluiu-se que o fator principal do acidente foi a falta de atenção da vítima ao atravessar a rodovia. Observações: 1 - O local foi desfeito, haja vista o não acionamento da PRF no momento do acidente. 2 - Velocidade regulamentar no local é de 60km/h. 3 - Sinalização por placas em boas condições. 4 - Sinalização horizontal em condições ruins. 5 - Pavimento da via em boas condições. 6 - Não houve preenchimento de termo de declaração de envolvido (indivíduo internado no Hospital regional do Agreste em Caruaru/PE). 7 - Existe comércio nas vias locais com câmeras de segurança com provável gravação de imagens do acidente. FOTOS DO LOCAL: Foto 1 - Hospital Jesus Pequeno - local de travessia do pedestre.



Este documento assinado eletronicamente por TERÊNCIO, matrícula 1480801, Policial Rodoviário Federal, em 7/7/2019, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto nº 6.529, de 8 de outubro de 2016 e no artigo 1º da Instrução nº 2º da Instrução Normativa nº 01-DG, de 13 de novembro de 2015.

A autenticidade desse documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobalhamento/>, informando o protocolo 19040110801 e o número de controle 533AAADCD02AAC4A10FDA283A77448.

191

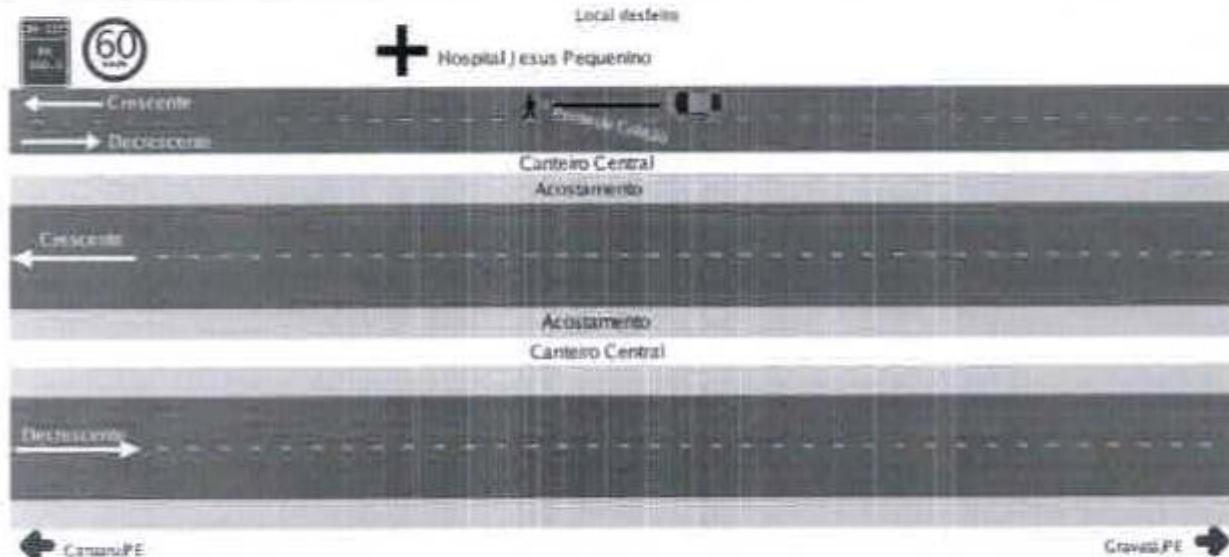


MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA RODOVIÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTÓCOLO N° 19040110B01

CROQUI DA CENA DO ACIDENTE



AMARRAÇÃO - NÃO REALIZADA

EVENTOS SUCESSIVOS

| Ordem | Tipo de Evento | Veículos Envolvidos |
|-------|---------------------------|---------------------|
| 1 | Atropelamento de Pedestre | V1 |

MARCAS NO PAVIMENTO

| Evento | Veículo | Frangüagem (m) | Derrapagem (m) | Arrastamento (m) |
|--------|---------|----------------|----------------|------------------|
| 1 | V1 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |

DANOS COLATERAIS - NÃO HOUVE

APOIO EXTERNO

| Tipo de Órgão | Solicitação | Comparecimento |
|---------------|-------------|----------------|
| | | |



Documento assinado eletronicamente por TERENICO, matrícula 14800811, Policial Rodoviário Federal, em 27/07/2018, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 1º da Medida Provisória nº 2.260-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto nº 6.536, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa nº 61-DG, da 13 de novembro de 2015.
A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novocat/validificar>, informando o protocolo 19040110B01 e o número de controle 535AAADCD07AC4A10FDA2B3A72448.

191



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA RODOVIÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTÓCOLO N° 19040110B01

IMAGENS COMPLEMENTARES



V1 - VEÍCULO 1 - KLK9368 - AUTOMÓVEL

V1 - Informações

Placa: KLK9368 Marca/modelo: FIAT/UNO MILLE EX

Renavam: 00703967576

Ano fabricação: 1998 Chassi: 9BD158018W4007880

Tipo de veículo: Automóvel

Espécie: Passageiro Categoria: Particular

Cor: Branca

Manobra no momento do acidente: Segundo o fluxo, na faixa de rolamento



Assinatura
eletrônica

Documento assinado eletronicamente por TERENCIÓ, matrícula 1480801, Policial Rodoviário Federal, em 17/07/2019, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória N° 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 8º do Decreto N° 5.530, de 8 de outubro de 2005 e no artigo 6º do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa N° 61-DG, de 13 de novembro de 2013.
A autenticidade desse documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobus/autenticar>, informando o protocolo 19040110B01 e o número de controle 535AAADCD62AAC4A10FDA2B3A77448.

191

MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA
PÓLICIA RODOVIÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTÓCOLO N° 19040110B01

V1 - Relatório de Avarias - Resolução nº 544/2015-CONTRAN

Veículo: V1 / FIAT/UNO MILLE EX

Placa: KLK9368

Nº BOAT: 19040110B01

Nome do Agente: TERENCIO

Matrícula do Agente: 1480801

Data: 13/07/2019

| Item | Descrição do item | Valor | Item danificado no acidente | | |
|------|--|-------|-----------------------------|-----|----|
| | | | Sim | Não | NA |
| 1 | Painel corta-fogo | | X | | |
| 2 | Longarina dianteira esquerda | | X | | |
| 3 | Caixa de roda dianteira esquerda | | X | | |
| 4 | Estrutura da soleira esquerda | | X | | |
| 5 | Air Bags Frontais | | X | | |
| 6 | Air Bags Laterais | | X | | |
| 7 | Estrutura da coluna dianteira esquerda | | X | | |
| 8 | Estrutura da coluna central esquerda | | X | | |
| 9 | Estrutura da coluna traseira esquerda | | X | | |
| 10 | Caixa de roda traseira esquerda | | X | | |
| 11 | Assoalho central esquerdo | | X | | |
| 12 | Longarina traseira esquerda | | X | | |
| 13 | Assoalho portamalas ou caçamba | | X | | |
| 14 | Longarina traseira direita | | X | | |
| 15 | Caixa de roda traseira direita | | X | | |
| 16 | Estrutura da coluna traseira direita | | X | | |
| 17 | Estrutura da soleira direita | | X | | |
| 18 | Estrutura da coluna central direita | | X | | |
| 19 | Estrutura da coluna dianteira direita | | X | | |
| 20 | Assoalho central direito | | X | | |
| 21 | Caixa de roda dianteira direita | | X | | |
| 22 | Longarina dianteira direita | | X | | |

Dano de Monta: Pequena

V1 - Imagens Obrigatorias



Documento assinado eletronicamente por TERENCIO, matrícula 1480801, Policial Rodoviário Federal, em 27/07/2019, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória nº 2.200-7, de 28 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto nº 6.539, de 8 de setembro de 2008 e na alínea h do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.

A autenticidade desse documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/verifica/verificar>, informando o protocolo 19040110B01 e o número de controle 591AAAD0C062AC4A10FDA2B3A72448.

191



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA
PÓLICIA RODOVIÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTÓCOLO N° 19040110B01

V1 - Proprietário

Nome: NAPOLEAO CORDEIRO DO NASCIMENTO NETO
Email: napoleao.cordeiro@gmail.com
Endereço: Avenida Dr José Sales, 14, BEZERROS-PE

CPF/CNPJ: 024.157.554-00
Telefone:

V1C - CONDUTOR DE V1 - NAPOLEAO CORDEIRO DO NASCIMENTO NETO

V1C - Informações

Nome: NAPOLEAO CORDEIRO DO NASCIMENTO NETO
CPF: 024.157.554-00
Sexo: Masculino
Usava cinto de segurança: Ignorado

Data de Nascimento: 08/09/1943
Estado civil: Não Informado
Estado físico: Ileso

V1C - Dados da Habilitação para Conduzir Veículo Automotor

Categoria: AE Primeira habilitação: 17/12/1961 Nº Registro: 00395726698
UF: PE Vencimento da habilitação: 06/12/2019 Motorista profissional: Não
Observações CNH: 99

V1C - Alterações da Capacidade Motora

Foi possível realizar teste do etilômetro: Não Condutor se recusou a realizar o teste: Não
Visíveis sinais de embriaguez: Não Sinais de uso de substâncias psicoativas: Não

V1C - Dados do Contato

Endereço: AV DR JOSE SALES, 0000000014, CASA, CENTRO, BEZERROS-PE
Telefone: Email: napoleao.cordeiro@gmail.com

E1 - PEDESTRE - PAULO ROBERTO BEZERRA

E1 - Informações

Nome: PAULO ROBERTO BEZERRA Data de Nascimento: 12/03/1976
Envolvimento: Pedestre CPF: 100.420.284-93
Sexo: Masculino Estado físico: Lesões Graves

E1 - Alterações da Capacidade Motora

Foi possível realizar teste do etilômetro: Não Condutor se recusou a realizar o teste: Não
Visíveis sinais de embriaguez: Não Sinais de uso de substâncias psicoativas: Não

E1 - Dados do Contato

Endereço: LUIZ GONZAGA SALVADOR, 45, SANTO AMARO I, BEZERROS-PE



Documento assinado eletronicamente por TERRÍCIO, matrícula 1480801, Policial Rodoviário Federal, em 21/03/2019, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória N° 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 8º do Decreto N° 6.538, de 8 de outubro de 2015 e no artigo 6º do Início IV do art. 2º da Instrução Normativa N° 61-DG, de 13 de novembro de 2013.
A autenticidade desse documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/evidencia/autenticar>, informando o protocolo 19040110B01 e o número de controle 53BAA0CD0AAC4A1DF0A253872448.

191



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA
PÓLICIA RODOVIÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTÓCOLO Nº 19040110B01

Telefone:

Email: paulo.bezerra@gmail.com



Assinatura
eletrônica

Documento assinado eletronicamente por TEFÉNICO, matrícula 1480001, Policial Rodoviário Federal, em 27/07/2019, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 8º do Decreto Nº 6.338, de 8 de outubro de 2005 e no artigo 6º do inciso II do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.

A autenticidade desse documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novoclient/autenticar>, informando o protocolo 19040110B01 e o número de controle 538AA0CD07AAC4A1D0F1A2E3A7244E.

191

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

1 - 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:

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 45/2012

5 - Nome completo: 6 - CPF:

7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento:

11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP:

15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD): (81) 991447590

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:

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> RECLUSO INFORMAR | <input type="checkbox"/> R\$1,00 A R\$1.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 |
| <input type="checkbox"/> SEM RENDA | <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 | <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00 |

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

CONTA POUPANÇA (Sómente para os bancos abaixo. Assinale uma opção): CONTA CORRENTE (Todos os bancos):

Itaú (237) Itaú (341)

Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (101)

AGÊNCIA: CONTA: 0

(Inserir o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: CONTA: 0

(Inserir o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider 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, desse já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

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

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

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica as custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.154/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado (não divorciado) Viúva. 24 - Data da óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): Sim Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima: Sim Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: Sim Não 30 - Vítima deixou herdeiros: Sim Não 31 - Vítima: Sim Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: Sim Não 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devidá, 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 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

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

36 - Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

37 - Local e Data: Assinatura da testemunha:

40 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

41 - Assinatura da Representante Legal (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



PREFEITURA MUNICIPAL DOS BEZERROS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
COORDENAÇÃO DO SAMU



SAMU
192

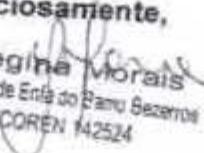
DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO DO SAMU BEZERROS – PE

Declaro para os dévidos fins e em atenção ao pedido da Sra. Rosilene Maria Bezerra, Identidade 7.081.317 SDS-PE, residente na Rua Antonio B. Vasconcelos n: 36, Centro, Bezerros - PE, que Constam nos registros de Ocorrências do SAMU- Bezerros, atendimento realizado ao Sr. Paulo Roberto Bezerra, Id: 7.7181993SDS-PE, na data 13/07/2019, Referente ao atropelamento, na Avenida Major Aprígio da Fonseca – Bezerro, numero da ocorrência: 5118, as 17hs e 55 min., o mesmo foi encaminhado a Unidade Mista São José.

Bezerros PE; 16/07/2019

Sem mais para o momento, elevamos votos de estima e apreço.

Atenciosamente,


Regina Moraes
Coord. de Enf do Bem Bezerros
COREN 142524

Coordenadora do SAMU/BEZERROS - PE
Dr. Enf. Regina Lolaia
COREN – PE Nº 142524

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: 18/12/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.012,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: PAULO ROBERTO BEZERRA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 02192

CONTA: 00000089917-0

Nr. da Autenticação 9574D84C8D77529F