

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Declaração de Inexistência de IML



Eu, SEVERINO GOMES DA SILVA FILHO portador da carteira de identidade nº 2.869.109 e inscrito no CPF/MF sob o nº 509.438.184-00 residente e domiciliado na JULIO CRISTOFAL W: 305 Cidade OLINDA Estado PERNAMBUCO, 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:

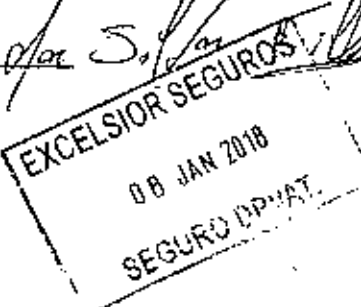
- (☒) Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou
- (☐) O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- (☐) O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido;

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento a análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.

Severino Gomes da Silva Filho

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação



Olinda 08 de janeiro 2018

Local e data



PREFEITURA MUNICIPAL DE OLINDA
SECRETARIA DE SAÚDE
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MOVEL DE URGÊNCIA/SAMU



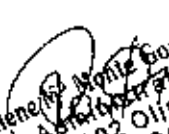
SAMU
192

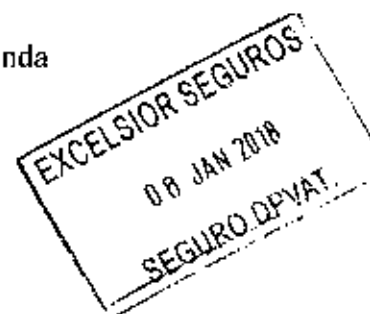
Comprovado de ato declaratório

DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins, que o Sr. **SEVERINO GOMES DA SILVA FILHO**, R.G. 2.869.109-SDS-PE, foi socorrido pelo Serviço Móvel de Urgência/ SAMU 192 Olinda, Nº ocorrência 386646, no dia 28/09/2017, aproximadamente a 12:05h, na Av. Presidente Kennedy - Peixinhos - Olinda-PE, em frente a Rádio Tamandaré e próximo a central da Celpe, via pública causas externas (atropelamento).

Olinda, 21 de novembro de 2017.


Rosilene M. Gomes
Téc. Adm. SAMU 192 Olinda
Mat. 141.724-8
Téc. Adm. SAMU 192 – Olinda



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: 15/03/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 4.725,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: SEVERINO GOMES DA SILVA FILHO

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00917

CONTA: 000000037223-1

Nr. da Autenticação D90D0DDC60500DE9

**NOTA FISCAL**

Compacto Energética de Pernambuco
Av. João de Barros, 116, São Tadeu, Recife
CNPJ 10.535.932/0001-08 (Insc. Est. 000557)

Comprovante de residência



DADOS DO CLIENTE
ADEILDO DAMASCENO DO NASCIMENTO

ENDERECO DA UNIDADE CONSUMIDORA
RUA JULIO DE CESTO, 235 D
CASA: D

CPF 313.804.414-04

PERMUNHOS/OLINDA
OLINDA PE
53260-110

CLASSIFICAÇÃO
B1 RESIDENCIAL
RESIDENCIAL
Monofásico

CONTA CONTRATADA	4007113051	PERÍODO	07/2017
DATA DE VENCIMENTO	31/07/2017	DATA DE PAGAMENTO	23/08/2017
TOTAL A PAGAR (R\$)		134,15	

Nº DA NOTA FISCAL	002787108	GÊNERO	UNICA	EMISSÃO	24/07/2017
DATA DE EMISSÃO	24/07/2017	Nº DO CLIENTE	7001328234	Nº DA FISCALIZAÇÃO	3043755

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO UNITÁRIO	VALOR (R\$)
Consumo de energia elétrica			
Atendimento Doméstico AMARELA			2,50
Contribuição Iluminação Pública			6,32
Relação de Urgência			37,28
Multa por atraso - NF 002818997 - 23/03/17			1,12
Multa por atraso - NF 000882239 - 24/04/17			1,12
Juros por atraso - NF 002882237 - 24/04/17			1,12
Juros por atraso - NF 002818887 - 23/03/17			2,08

TOTAL DA FATURA

134,15

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL									
Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	DATA	ANTERIOR	LETURA	DATA	ATUAL	LETURA	Nº DE DIAS	CONSUMO (KWH)
3170/3547	CAT	10/01/2017	1.01		24/07/2017	59.00		18	1.000
9148046	CAT	27/08/2017	18.100,00		10/07/2017	10.114,00		13	475,0000
9148058	CAT	27/07/2017	18.100,00		27/06/2017	10.140,00		5	1,0000

TAXAS E CONTRIBUIÇÕES		TAXAS DE CANCELAMENTO		TAXAS DE RECONEXÃO		TAXAS DE RECONEXÃO		TAXAS DE RECONEXÃO	
ICMS	12,00	ICMS	12,00	ICMS	12,00	ICMS	12,00	ICMS	12,00
PIS	0,57	PIS	0,57	PIS	0,57	PIS	0,57	PIS	0,57
COFINS	0,57	COFINS	0,57	COFINS	0,57	COFINS	0,57	COFINS	0,57
TAXAS APLICADAS		TAXAS APLICADAS		TAXAS APLICADAS		TAXAS APLICADAS		TAXAS APLICADAS	
0,10075000		0,10075000		0,10075000		0,10075000		0,10075000	

Informações sobre a Nota Fiscal

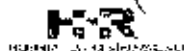
Em caso de suspensão de pagamento, o encerramento do contrato poderá ocorrer após 2 ciclos de pagamento, podendo também ser cancelado o caso de descumprimento no ato em que ocorrer a suspensão.

O cliente é compensado quando há violação da continuidade individual ou do nível de tensão de fornecimento.

Pagamento em atraso gera: Multa 2% (Lei 10.433-2002) no próximo mês.

O cliente é compensado quando há descumprimento do prazo de entrega para os padrões de atendimento comercial.

EXCELSIOR SEGUROS
08 JAN 2018
SEGURADORA



Secretaria de Saúde de
Hospital da

Ficha de A:

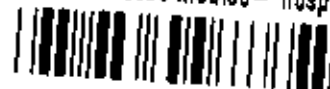
Numero do Registro

Atendimento: 872526
Paciente: SEVERINO GOMES DA SILVA FILHO
Nome Mãe: ARIMACY APOLUCENA DOS SANTOS
End: RUA JULIO DE CRISTO LEAL
Bairro: PEIXINHOS Cidade: OLINDA
Nascimento: 24/07/1966
Localização: TRAUMATOLOGIA ADULTO SUL - GA
Lote: 600-132 Serviço: CLINICA GERAL
Data e Hora Atendimento: 28/09/2017 19:03

Prevenção 995266

Nº 308
PE

Documentação médica - hospitalar



XL

872046		Data e H 28/09/2017	
Cod. Paciente: 995266 Paciente: SEVERINO GOMES DA SILVA FILHO			
Data de nascimento: 24/07/1966		Idade: 51a 2m 5d	
Estado Civil: CASADO		Sexo: MASCULINO	
Profissão:		Acompanhante: DJANICER PURCIANA	
DOC ID / Data expedição 2869109 / 10-Aug-10		Mãe: ARIMACY APOLUCENA DOS SANTOS Pai: SEVERINO GOMES DA SILVA	
Endereço: RUA JULIO DE CRISTO LEAL Bairro: PEIXINHOS Cidade: OLINDA		Cartão SUS: 705405453189497 Número 305 Complemento: D UF: PE Telefone: 84200584	
Ocorrências:			
Motivo do atendimento: VITIMA DE ATROPELAMENTO			
Procedência: VIA PUBLICA			
Informações do Serviço Social:			
Confirmação de nome:		Fones:	
Confirmação de endereço:		Assistente Social	
Providências: Alta ☐ Caso Social ☐		Assistente Social	
Encaminhamentos: Rede de Apoio ☐ GPCA ☐ Cons.Tutelar ☐ Delegacias ☐ Minist. Publico ☐		Assistente Social	
Outros ☐		Assistente Social	
Observação:			
História Clínica: Paciente vítima de atropelamento de moto há 2 horas aproximadamente, mega perda de consciência / vômitos ou outras sinais de alerta. Queixa-se de dor no abd. MED.			
Atendimento Médico			
Perda de consciência: Sim ☐ Não ☒ Episódio Emético: Sim ☐ Não ☒ Acidente de Trabalho: Sim ☐ Não ☒			
Acidente de Trânsito: Sim ☒ Não ☐ Tipo: Atropelamento Transporte realizado Por: SAMU			
Imobilização Cervical: Sim ☒ Não ☐ Sofreu Queda: Sim ☐ Não ☒ Altura:			
Condições de imobilização adequadas: Sim ☒ Não ☐ Por Que?			
Exame Físico:			
A: Geral Via aérea está pervia: Sim ☒ Não ☐ O paciente fala: Sim ☒ Não ☐ Temp:			
EG Regular, consciente, orientado, eufórico.			
B: Respiratório MV (+) em AHT, SIRA			
C: Circulatório PA: X mm Pulso: 84 bpm			

D: Exame Neurológico		Deficiência motora: MSD ☐ MSE ☐ MID ☐ MIE ☐		Pupilas: Isocóricas ☒ Anisocóricas ☐	
Glasgow: Abertura Ocular	Glasgow: Resposta Verbal	Glasgow: Resposta Motora			
Score: 4	Score: 5	Score: 6			
Hora: 13:05	Hora: 13:05	Hora: 13:05			

lesão contusa em região fronto-temporal (E) ☐

E: Exposição/Abdômen:

- Abdome depressível, indolor, sem sinais de irritação peritoneal.
- Ausência de captação ou dor à manobras da pele.
- Fratura em MID.

Diagnóstico Inicial:

Cod. Procedimento

Conduta:

Solicito Rx de tórax, ~~abdominal~~, hígado e MID
Solicito TAC de crânio e cervical M/C.
Tramadol 100 mg: 1 AMP + 100ml SFO, 9%, agora. OK!
Painel NCR + Tramadol

Ass. Médico

Evolução de Enfermagem:

Rogério Thirhard
C.R. Oncológico
CRM: 15012
RGT Nº 578

Ass. Enfermagem

Definição do Caso:

Condição de Alta:

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

☐ Curado ☐ Melhorado
☐ Inalterado ☐ Piorado
☐ Óbito

Internado na Clínica:

Transferido para:

Autorização para Alta / Internamento / Transferência:

Médico: _____ CRM: _____ Data: _____ Hora: _____

Termo de responsabilidade para Internamento:

- Estou ciente das normas existentes neste hospital, as quais aceito integralmente e autorizo a realização de tratamento, clínicos e/ou cirúrgicos inclusive transfusões e sem exames complementares e transporte se forem necessários.

Data: _____ Nome completo legível: _____

No. da identidade: _____ Assinatura: _____

Termo de responsabilidade de alta a pedido:

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

Data: _____ Nome completo legível: _____

No. da identidade: _____ Assinatura: _____

Data e Hora Impressão: 28-Sep-17

15.25in. HCGH

Paciente vítima de atropelamento, apresentando-se consciente, orientado, normais; síndrome física apneustica, indolor a palpação sem sinais de irritação peritoneal. Rx tórax e pulmão sem alterações, diagnóstico de hemo e/ou pneumo

Rx tórax e pulmão sem alterações, diagnóstico de hemo e/ou pneumo

15.25in. HCGH



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco



HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO

PERNAMBUCO
GOVERNO DO ESTADO

Paciente

Enfermaria/Leito

Registro

Sereno Gomes

872046

EVOLUÇÃO CLÍNICA

C+BME Paciente vítima de atropelamento
28-09-14 por moto do 1º ou 4º km.
16:00 visto consciente, orientado, eupneico, normotenso, portador de lesão
esquelética, EGRG.
Ao exame físico BME apresenta
teste de motricidade e acuidade
visual preservados.
OPN e maxila inferiores 3 polpa-
discretas mobilidade em mandi-
bula, occlusão pouco funcional
permanente em região anterior
e superior @ não suturado.
CD: Solicito TC de face + 3D
ag. momento para
Solicito avaliação ortopédica
Em tempo,
Realiza sutura de ferimento
região front. e superior @
CD: Ag. TC de Face + 3D
ag. avaliação ortopédica.

29.09.2017

foi realizado Anest. Simples em FOG. Rite

CURATIVO

ITAL DA RESTAURACAO

Classificação de Risco - Protocolo

MANCHESTER_V2

12:54

Nome Paciente: SEVERINO GOMES DA SILVA FILHO
Cód. Paciente:
Data de Nascimento: 24/07/1966
Sexo: Masculino
Idade: 51
Senha: U0023
Convênio:
Atendimento:

28/09/2017 12:54 - CLAUDECI ALVES DIAS - COREN: 44911 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - classificação

Prioridade: LARANJA - MUITO URGENTE

Cor: LARANJA

Queixa Principal: PACIENTE VITIMA DE ATROPELAMENTO POR MOTO HA 1H NEGA DESMAIO EVOMITO
APRESENTA TCE GRAVE E FRATURA FECHADA EM MID.COM QUEIXAS DE DOR
INTENSA EM MID

Observação: SEM SENHA TRAZIDO PELO SAMU

Fluxograma sintoma: TRAUMA MAIOR

Discriminador(es): - MECANISMO DE TRAUMA SIGNIFICATIVO?

Especialidade: NEUROCIRURGIA ADULTO

Alergia(s):

Sinais Vitais Lidos: - ESCLA COMA DE GLASGOW ADULTO: 15
- REGUA DE DOR: 9

19:30

= não =

28/09/17

paciente segue estável
e intervenção
- engulir, de, (11)

na sala e carrega a moto

Acolhido(a) por: CLAUDECI ALVES DIAS

Data: 28/09/2017 12:54



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO



NOME: SEVERINO GOMES DA SILVA FILHO

PRONTUÁRIO: 995266

SEXO: Masculino

DATA NASC: 24/07/1966

DATA/HORA: 30/09/2017 07:17

ATENDIMENTO: 872526

Leito 600-L12

EVOLUÇÃO CLÍNICA

Data: 30/09/2017

Hora: 07:16

#TRAUMATOLOGIA:

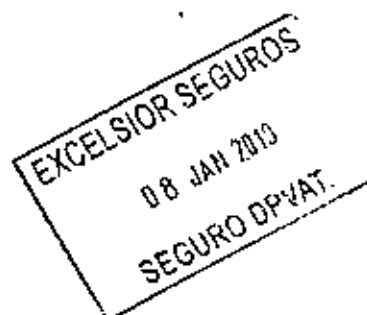
HD: FRATURA FECHADA DE OSSOS DA PERNA E

PACIENTE VÍTIMA DE ATROPELAMENTO, APRESENTANDO FRATURA DE OSSOS DA PERNA E. REALIZADO IMOBILIZAÇÃO COM TALA GESSADA COXO-PODÁLICA.

PACIENTE SEM QUEIXAS NO MOMENTO.

AO EXAME: REG, AAA, HIDRATADO, NORMOCORADO

CD: AGUARDANDO TRANSFERÊNCIA



3/05/17

CRUPEP 17 A

(A) 20

(H) 20.09.17

20.09.17

no exame físico

no exame físico

em OTM

em OTM

28.09.17

17:36

#trunk#

checo no corpo

HD: 1- Fim de fecho de fecho de

em OTM

em OTM

em OTM

EXCEL 3000
08 JAN 2018
SEGURANÇA

28-09-17
17:00
Grupos e Traumatologia
CRM/PE 28.501

Daniel L. Montezuma
Residente Ortopedia/Traumatologia
CRM/PE 28.501

em tempo, TC de face no
He positivo em OTM
CD: 28.09.17
em exames de ortopedia



Hospital da Restauração / Neurocirurgia

PERNAMBUCO

Evolução de Enfermagem

Paciente: 5687 NO 5043

Data: 08/05/12

Enfermagem: Leito: Hipótese Diagnóstica:

Glasgow	
Abertura Ocular	☐ Espontânea (4 pts.) ☐ Ao comando verbal (3 pts.) ☐ A dor (2 pts.) ☐ Sem resposta (1 pts.)
Resposta Verbal	☐ Orientado / Conversando (5 pts.) ☐ Desorientado / Conversando (4 pts.) ☐ Palavras inadequadas (3 pts.) ☐ Sons incompreensíveis (2 pts.) ☐ Sem resposta (1 pts.)
Total: _____ pontos.	

FRANQUEI: ☐ Sim ☒ Não	
A - Perda motora e sensível completa	
B - Apenas sensibilidade preservada	
C - Motricidade não funcional presente	
E - Retorno sensível e motor completo (pode haver anormalidade de reflexos)	
Sistema Respiratório: ☒ Espontâneo ☐ TOT ☐ JH ☐ Outros	
Ventilador: ☒ AVP ☐ AVC ☐ JH ☐ Sem Acesso	
Dieta: ☐ Zero ☐ Via Oral	
Eliminação Intestinal: ☐ Normais ☐ Constipação ☐ Diarreia	
Diurese: ☐ Espontânea ☐ Dispositivo Urinário ☐ SVA ☐ SVD	
Pele: ☐ Inteira ☐ Lesionada	
Localização: ☐ Ferida Operatória: Data da Cirurgia: ☐ Úlcera de decúbito	
Quedas: ☐ Exames: ☐ Parâmetros: ☐ Observações (Dinâmicas / Normais):	
Ass: _____	

Glasgow	
Abertura Ocular	☐ Espontânea (4 pts.) ☐ Ao comando verbal (3 pts.) ☐ A dor (2 pts.) ☐ Sem resposta (1 pts.)
Resposta Verbal	☐ Orientado / Conversando (5 pts.) ☐ Desorientado / Conversando (4 pts.) ☐ Palavras inadequadas (3 pts.) ☐ Sons incompreensíveis (2 pts.) ☐ Sem resposta (1 pts.)
Total: 15 pontos.	

FRANQUEI: ☐ Sim ☒ Não	
A - Perda motora e sensível completa	
B - Apenas sensibilidade preservada	
C - Motricidade não funcional presente	
E - Retorno sensível e motor completo (pode haver anormalidade de reflexos)	
Sistema Respiratório: ☒ Espontâneo ☐ TOT ☐ JH ☐ Outros	
Ventilador: ☒ AVP ☐ AVC ☐ JH ☐ Sem Acesso	
Dieta: ☐ Zero ☐ Via Oral	
Eliminação Intestinal: ☒ Normais ☐ Constipação ☐ Diarreia	
Diurese: ☒ Espontânea ☐ Dispositivo Urinário ☐ SVA ☐ SVD	
Pele: ☐ Inteira ☒ Lesionada	
Localização: ☐ Ferida Operatória: Data da Cirurgia: ☐ Úlcera de decúbito	
Quedas: ☐ Exames: ☐ Parâmetros: ☐ Observações (Dinâmicas / Normais):	
Ass: _____	



LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO (S) ESPECIAL (S)



Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

Hospital da Restauração

2 - CNES

0000655

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

Serapiao Gomes da Silva Filho

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

8422.40

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

9 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

10 - TELEFONE DE CONTATO

11 - ENDEREÇO DE RESIDÊNCIA

12 - TELEFONE DE CONTATO

SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO (S) ESPECIAL (S)

13 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

TAC de Cefalosporina

15 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

TAC de Cefalosporina

17 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

19 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

21 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

14 - CÓD. PROCEDIMENTO QTDE

16 - CÓD. PROCEDIMENTO QTDE

18 - CÓD. PROCEDIMENTO QTDE

20 - CÓD. PROCEDIMENTO QTDE

22 - CÓD. PROCEDIMENTO QTDE

JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

TCE

23 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

PROFISSIONAL SOLICITANTE

24 - DATA DA SOLICITAÇÃO

28, 09, 19

25 - Nº DOCUMENTO (CNS / CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

26 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO E CONSELHO)

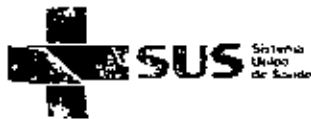
27 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

AUTORIZAÇÃO

28 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

29 - Nº DOCUMENTO (CNS / CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

30 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO E CONSELHO)



LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO (S) ESPECIAL (S)



Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE
Hospital da Restauração

2 - CNES
0000655

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

HR

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

Severino Gomes da Silva

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

87.2046

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

24-04-66

9 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

Priscilla Apolônio dos Santos

10 - TELEFONE DE CONTATO

11 - ENDEREÇO DE RESIDÊNCIA

12 - TELEFONE DE CONTATO

SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO (S) ESPECIAL (S)

13 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

TC de fce e 3D

14 - CÓD. PROCEDIMENTO QTDE

15 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

16 - CÓD. PROCEDIMENTO QTDE

17 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

18 - CÓD. PROCEDIMENTO QTDE

19 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

20 - CÓD. PROCEDIMENTO QTDE

21 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

22 - CÓD. PROCEDIMENTO QTDE

JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

em face

23 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

24 - DATA DA SOLICITAÇÃO

28 / 09 / 17

25 - Nº DOCUMENTO (CNS / CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

26 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO E CONSELHO)

AUTORIZAÇÃO

27 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

28 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

29 - Nº DOCUMENTO (CNS / CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

30 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO E CONSELHO)

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
Hospital da Restauração

PRESCRIÇÕES DE ENFERMAGEM E CONTROLE DE APLICAÇÃO

Paciente: _____
Enf/Leito: _____ Registro: 899046

DIA: 16 DIA: 25/09 DIA: _____ DIA: _____

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

(☒) Alteração de sinais vitais (3 vezes ao dia)

(☒) Higiene Corporal (1 vez ao dia e se necessário)

(☒) Higiene Oral (após cada refeição e se necessário)

() Mudança de decúbito (3 em 3 horas)

() Aspiração (3 em 3 horas e se necessário)

() Cateterismo Intermitente (6 em 6 horas e se necessário)

HORÁRIO	HORÁRIO	HORÁRIO	HORÁRIO	HORÁRIO
10 - 16 - 22	10 - 16 - 22	10 - 16 - 22	10 - 16 - 22	10 - 16 - 22
09	09	09	09	09
09-13-20	09-13-20	09-13-20	09-13-20	09-13-20
09 - 12 - 15 - 18 - 21 - 24 - 03 - 06	09 - 12 - 15 - 18 - 21 - 24 - 03 - 06	09 - 12 - 15 - 18 - 21 - 24 - 03 - 06	09 - 12 - 15 - 18 - 21 - 24 - 03 - 06	09 - 12 - 15 - 18 - 21 - 24 - 03 - 06
09 - 12 - 15 - 18 - 21 - 24 - 03 - 06	09 - 12 - 15 - 18 - 21 - 24 - 03 - 06	09 - 12 - 15 - 18 - 21 - 24 - 03 - 06	09 - 12 - 15 - 18 - 21 - 24 - 03 - 06	09 - 12 - 15 - 18 - 21 - 24 - 03 - 06
12 - 18 - 24 - 06	12 - 18 - 24 - 06	12 - 18 - 24 - 06	12 - 18 - 24 - 06	12 - 18 - 24 - 06

ASSINATURA DA ENFERMEIRA

Assinatura da Enfermeira: _____
Data: _____

SINAIS VITAIS

Frequência Cardíaca

Frequência Respiratória

Temperatura

Pressão Arterial

ASSINATURA DO AUXILIAR / TÉCNICO DE ENFERMAGEM

HORÁRIO	REGISTRO	REGISTRO	REGISTRO	REGISTRO	REGISTRO
10		82			
16					
22					
10		39			
16					
22					
10		36,6°C			
16					
22					
10		350x40			
16					
22					

Assinatura do Auxiliar / Técnico de Enfermagem: _____
Data: _____

Nome do paciente: SEVERINO Gomes de Silva Filho			
Clínica: Ortopedia		Enfermagem: 12	Leito: 15
Nº prontuário: 138921		Nº AHS:	
Diagnóstico inicial (constante no laudo médico): Fratura fechada do fêmur direito		CID: S822	
Procedimento realizado: U Muscúlo		CID: S822	
Código	Equipe	Nome	Matrícula Nº
01	Cirurgião	W X Carlos Almeida	
02	1. Auxílio cirúrgico		
03	2. Auxílio cirúrgico		
04	3. Auxílio cirúrgico		
05	Demais auxílios cirúrgicos		
06	Anestesistas	W X Rodrigo Floro	
07	Clinico		
08	Clinico		
Procedimentos especiais ☐ Mudança de procedimento ☐ Diária de uti ☒ Diária de acompanhante ☐ Vacina Anti-Rh ☒ P.M. ☒ Uso de prótese óssea ☐ Uso de fatores de coagulação ☐ Uso de oxigenadores ☐ Nutrição parenteral			
Resumo do caso PACIENTE INTERNADO POR APRESENTAR PATOLOGIA ORTOPÉDICA, SENDO TRATADO ADEQUADAMENTE E RECEBE ALTA EM SEGUIDA ENCAMINHADO AO AMBULATORIO C/ ORIENTAÇÕES, MEDICAMENTOS E RETORNO.			
Diagnóstico principal: Fratura fechada do fêmur direito		CID: S822	
Diagnóstico secundário:		CID:	
Motivo de alta: Medicados			
Internado: 29/09/17		Alta: 13/10/17	
Dias de hospitalização:			

SECRETARIA DE SAÚDE - PERNAMBUCO
DGOB - Gerência de Gestão e Avaliação
Márcia Cecília Mac Dantas
Médica Auditora SUS - CRM: 8922
CPF: 298.725.884-49

Dr. João Paulo Romeiro
Ortopedia Traumatologia
CREMEPE 22622

Convênio: S.A.S. - INTERNAÇÃO

Atendimento: 138921

Nascimento: 24/07/1966

Responsável:

Prontuário: 744380

Sexo: Masculino

Nome: SEVERINO GOMES DA SILVA FILHO

Data e Hora de Atendimento: 29/09/17 21:26:24

Idade: 51 Anos, 2 Meses e 5 Dias

Profissão:

E escolaridade:

CPF:

Identidade: 2869109

Telefone:

Conjuge:

Estado Civil:

Cartão SUS: 705405453189497

Nome da Mãe: ARIMACY APOLUCENA DOS SANTOS

Nome do Pai: SEVERINO GOMES DA SILVA

Endereço: RUA JULIO DE CRISTO LEAL, PEIXINHOS, CEP: 53260110, Nº 305, OLINDA - PE

OBSERVAÇÃO:

Lado de Internação: CLINICA CIRURGICA ORTOPEDICA

Enfermaria / Leito: ENF 17 - LEITO 05

Médico: MIRELLA PATRICIO RODRIGUES - CRM: 21971

CID:

RESUMO DE INTERNAMENTO

HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL:

PACIENTE ENCAMINHADO DO HR COM FRATURA DOS OSSOS DA PERNA D. PACIENTE REFERE TRAUMA EM ATROPELAMENTO POR MOTO HÁ 1 DIA. SEM QUEIXAS NO MOMENTO.

ANTECEDENTES PESSOAIS E HEREDITARIOS:

HAS+, NEGA OUTRAS COMORBIDADES E ALERGIA MEDICAMENTOSA

EXAME FÍSICO GERAL:

EGG, EUPNEICO, CORADO, HÍDRATADO, A.A.A. COSNCIENTE ORIENTADO

AP - CARDIO - VASCULAR:

RCR, 2T, BNF SEM SOPRO

- RESPIRATORIO:

V + EM AHT SEM RA

DOMEN:

- GENITO - URINARIO:

OUTROS:

HIPÓTESE DIAGNOSTICA:

FRATURA DOS OSSOS DA PERNA D

DIAGNOSTICO DEFINIVO:

CONDIÇÕES DE ALTA:

DATA:

HORA DE SAÍDA:

MIRELLA PATRICIO RODRIGUES - CRM: 21971

21/9/17

Relatório Geral de Cirurgias

Nome: SEVERINO GOMES DA SILVA FILHO

Prontuário: 744380

Atendimento: 138921

Unidade de Internação / Leito: ENF 17 - LEITO 04

Sexo: Masculino

Idade: 51 Anos, 2 Meses e 17 Dias

Diagnóstico Pré Operatório: S822 - FRATURA DA DIÁFISE DA TÍBIA

Risco Operatório:

Cirurgia(s) Realizada(s): 0408050500 - TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA DIÁFISE DA TÍBIA

Data: 27/10/2017

01. Cirurgião: CARLOS ANTONIO ROCHA CANDIDO FILHO

02. 1. Auxílio Cirúrgico: LUCAS MAIA GONCALVES DE MEDEIROS

2. Auxílio Cirúrgico: FRANCISCO DINIZ BORBOREMA

04. Instrumentador:

Anestesia:

05. Anestesia: RAQUI ANESTESIA

07. Anestesista: RODRIGO JOSE FLORO LUCIANO DA SILVA

Descrição da Cirurgia:

PAÇIENTE EM DECUBITO DORSAL SOB RAQUIANESTESIA
 ASSEPSIA E ANTISSEPSIA
 APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTEREIS
 ACESSO DE SCM TRANSTENDÃO PATELAR DIREITO
 ABERTURA POR PLANOS
 COLOCADO INICIADOR EM REGIÃO ANTERO-MEDIAL DA TÍBIA DIREITA
 FRESAGEM DO CANAL INTRAMEDULAR
 PASSAGEM DE HASTE INTRAMEDULAR ANTERÓGRADA
 BLOQUEIO DA PLACA COM PARAFUSOS DE BLOQUEIO DISTAL E PROXIMAL
 INSERIDO PARAFUSO TAMPÃO
 LAVAGEM COM SF0,9%
 SUTURA
 CIRIATIVO TIPO JONES

Dr. Carlos A. Rocha Candido Filho
 CRM: 25489
 27/10/2017
 14:42

FRANCISCO DINIZ BORBOREMA

CRM: 25489

Processo:

GESTÃO DE PESSOAS

CÓDIGO

F.AT.SAM.01

REVISÃO

00

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

NOME: Silveiro Gomes da Silva Filho

REGISTRO: 744380 DATA DE NASCIMENTO: 24, 07, 1966

RG: 2869109 ORGÃO EMISSOR: SDS - PR

ENDEREÇO: Rua Julio Gisto Leal n° 305-D
Pleiximões - Olinda

NOME DA MÃE: Animacy Apolucena dos Santos

DATA ADMISSÃO: 29, 09, 17 DATA ALTA: 13, 10, 17

DATA DO PROCEDIMENTO: 11, 10, 17 CID: S82.2

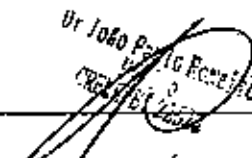
DIAGNÓSTICO: Fratura da tibia Direita

TRATAMENTO REALIZADO: Tratamento cirurgico de
Fratura da Diáfise da tibia
Direita

MÉDICO: Carlos Candido

CREMEPE: 18336

JABOATÃO DOS GURARAPES, 13 DE Dezembro DE 2017.


Dr. João Paulo Bezerra
CRM 18336

MÉDICO

2.869.109

10/08/2010

<< SEVERINO GOMES DA SILVA FILHO >>

<< SEVERINO GOMES DA SILVA >>
<< ARIMACY APOLUCENA DOS SANTOS >>

RECIFE - PE

24/07/1966

<< CN 15023 L 15-A F.8V CART.154ZONA
RECIFE-PE 10.08.1972 >>

Severino Gomes da Silva Filho

MINISTÉRIO DA FAZENDA
SECRETARIA DE RECEITAS

CPF

Cadastro de Pessoas Físicas
Número de Inscrição

502.418.184-00

Nome:
SEVERINO GOMES DA SILVA FILHONascimento:
24/07/1966

Documentos de Identificação



EXCELSIOR SEGUROS

11/1 JAN 2011

546



Seguradora Líder - DPVAT

SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS **ID**

Duques

IDENTIFICAÇÃO

VITIMA Severino Gomes da Silva Filho

DATA DO ACIDENTE 28-09-12 CPF DA VITIMA 502.918.184-00

PORTADOR DO DOCUMENTO

QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR () VITIMA () REPRESENTANTE LEGAL, CUID PARANTESCO COM A VITIMA E

ENDEREÇO DO PORTADOR

Nº _____ COMPLEMENTO _____ BAIRRO _____

CIDADE _____ UF _____ CEP _____

E-MAIL _____ TELEFONE (____) _____

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

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

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

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

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

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

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- MORTE - R\$ 13.500,00
- INVALIDEZ PERMANENTE - ATÉ R\$ 13.500,00
- VALORES DE INDENIZAÇÃO
- DESPESAS MÉDICAS (DAMS) - REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.000,00 (REEMBOLSO) ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.

- O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA
- COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO
- PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSSE WWW.DPVATSEGURODTRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA _____

IDENTIDADE _____

ASSINATURA _____

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA 04-01-18

NOME Renan

ASSINATURA _____

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180023936 **Cidade:** Olinda **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: SEVERINO GOMES DA SILVA FILHO **Data do acidente:** 28/09/2017 **Seguradora:** MAPFRE VIDA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 07/03/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: TCE GRAVE E FRATURA DA PERNA ESQUERDA

Resultados terapêuticos: A ESCLARECER

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: SOLICITO PERICIA PARA MELHOR ESCLARECIMENTO QUANTO AS SEQUELAS EXISTENTES. AVALIAR LIMITAÇÃO FUNCIONAL.

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

PRESTADOR

AMORIM E MATTOS SERVIÇOS MÉDICOS ESPECIALIZADOS LT

Nome do médico: MARIA TEREZA R DE A AMORIM

CRM do médico: 52.31475-9

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180023936 **Cidade:** Olinda **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: SEVERINO GOMES DA SILVA FILHO **Data do acidente:** 28/09/2017 **Seguradora:** MAPFRE VIDA S/A

PARECER

Diagnóstico: Fratura diafisária da tíbia e da fíbula da perna direita.

Descrição do exame médico pericial: Apresenta consolidação viciosa da fratura acarretando déficit da força do membro inferior direito e marcha atípica.

Resultados terapêuticos: Submetido a tratamento cirúrgico da fratura diafisária da tíbia e fíbula da perna direita (fixação metálica).
Realizou fisioterapia.
Recebeu alta médica em 02/2018.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 13/03/2018

Conduta mantida:

Observações: Vítima após término do tratamento, com quadro de restrição sequelar da mobilidade do membro inferior direito.

Médico examinador: LEONARDO DE FARIA NEVES

CRM do médico: 17742

UF do CRM do médico: PE

DANOS

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

PRESTADOR

TOLEDO ASSISTÊNCIA MÉDICA LTDA EPP

Médico revisor: SILVIO PANTALEAO GHIU

CRM do médico: 41141

UF do CRM do médico: SP

Assinatura do médico:

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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Número do Sinistro: 3180023936

Nome do(a) Examinado(a): SEVERINO GOMES DA SILVA FILHO

Endereço do(a) Examinado(a): Rua Julio de Cristo Leal, 305 - Olinda/PE -
CEP 53260-110

Identificação - Orgão Emissor/UF/Número : 2869109 - sds-pe - 10/08/2010

Data e Local do Acidente : 28/09/2017 - Olinda PE

Data e Local do Exame : 13/03/2018 AVENIDA GOVERNADOR AGAMENON
MAGALHÃES, 2615 - SALA 507 - RECIFE/PE - CEP 52021-170

Resultado da Avaliação Médica

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

fratura de tibia e fibula diafisárias direitas.

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

Tratado cirurgicamente com haste intra medular da tibia, evoluindo sem
complicações.

Fez fisioterapia.

Alta há cerca de 30 dias

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

vitima com alteração da marcha (+-++++), com deficit de força de grau
moderado do membro inferior direito, com consolidação viciosa da fratura,
prejuizo na mobilidade local, presença de cicatriz cirurgica,

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

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

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

Limitação funcional de grau moderado do membro inferior direito, com
consolidação viciosa

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

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

Vide motivo do impedimento no
campo das observações

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

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

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

Região Corporal

membro inferior direito

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

Região Corporal

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

Região Corporal

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

Região Corporal

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

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



LEONARDO DE FARIA NEVES CRM : 17742 / UF :PE

Rio de Janeiro, 15 de Janeiro de 2018

Aos Cuidados de: **SEVERINO GOMES DA SILVA FILHO**

Nº Sinistro: **3180023936**

Vitima: **SEVERINO GOMES DA SILVA FILHO**

Data do Acidente: **28/09/2017**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180023936**.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 12237750



Rio de Janeiro, 15 de Janeiro de 2018

Aos Cuidados de: SEVERINO GOMES DA SILVA FILHO
Nº Sinistro: 3180023936
Vitima: SEVERINO GOMES DA SILVA FILHO
Data do Acidente: 28/09/2017
Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180023936**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Autorização de pagamento não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **CIA EXCELSIOR DE SEGUROS**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Rio de Janeiro, 07 de Fevereiro de 2018

Aos Cuidados de: SEVERINO GOMES DA SILVA FILHO
Nº Sinistro: 3180023936
Vitima: SEVERINO GOMES DA SILVA FILHO
Data do Acidente: 28/09/2017
Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180023936**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Boletim de ocorrência infor. incorretas

A documentação deve ser entregue na **CIA EXCELSIOR DE SEGUROS**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 07 de Março de 2018

Aos Cuidados de: **SEVERINO GOMES DA SILVA FILHO**

Sinistro: **3180023936**

Vítima: **SEVERINO GOMES DA SILVA FILHO**

Data do Acidente: **28/09/2017**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Senhor(a),

Comunicamos que o prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido de indenização do sinistro cadastrado sob o **número 3180023936** foi **interrompido**, em razão da necessidade de apuração de dados e informações por parte desta seguradora.

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 21 de Março de 2018

Carta nº: 12550528

A/C: SEVERINO GOMES DA SILVA FILHO

Nº Sinistro: 3180023936
Vítima: SEVERINO GOMES DA SILVA FILHO
Data do Acidente: 28/09/2017
Cobertura: INVALIDEZ

Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO, COM MEMÓRIA DE CÁLCULO DE INVALIDEZ

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que estamos disponibilizando o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT cujo o valor e os dados disponibilizamos a seguir:

Creditado: SEVERINO GOMES DA SILVA FILHO

Valor: R\$ 4.725,00

Banco: 104

Agência: 000000917

Conta: 0000037223-1

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	4.725,00

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

Graduação: Em grau médio 50%

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

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

NOTA: O percentual indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, sendo este aplicável sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT





**AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - I
DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA**

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 PARA PREENCHIMENTO:

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

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

É obrigatório Representante Legal para:

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

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

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

Nome completo da vítima

509.418.184-00

SEVERINO GOMES DA SILVA FILHO

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo		CPF titular da conta		Profissão	
SEVERINO GOMES DA SILVA		509.418.184-00			
Endereço		Número		Complemento	
JULIO CRISTOFAL		305			
Bairro	Cidade	Estado	CEP		
PEIXINHOS	OLINDA	PE			
Email			Telefone (DDD)		
			811984200984		

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

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

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

☐ **CONTA POUPANÇA** (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

- ☐ BRADESCO (237)
 ☐ BANCO DO BRASIL (001)
 ☐ ITAÚ (341)
 ☐ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA NRO.	DIV	CONTA NRO.	DIV
0937	013	37293	1
(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)	

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

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

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

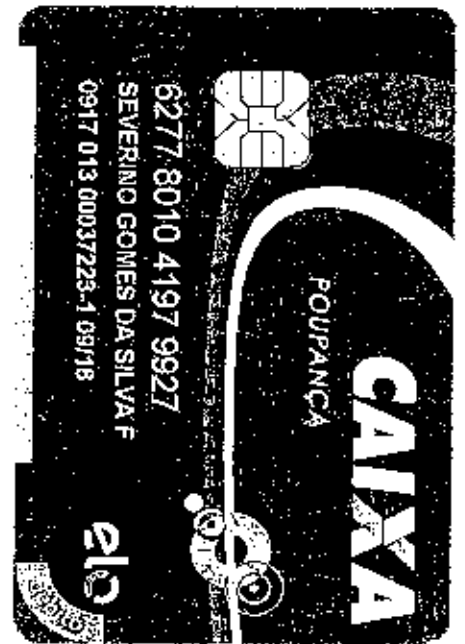
Olinda, 04 de janeiro de 2010

Local e Data

Severino Gomes da Silva Filho

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



EXCELSIOR SEGUROS
08 JAN 2018
SEGURANÇA

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o **0800 000 0000** ou **0800 221206** (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

Autorização de pagamento



INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

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

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

É obrigatório Representante Legal para:

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

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

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

Nome completo da vítima

509.438.184-00

SEVERINO GOMES DA SILVA FILHO

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo		CPF titular da conta		Profissão
SEVERINO GOMES DA SILVA		509.438.184-00		---
Endereço		Número	Complemento	
JULIO CRISTOFAL		305	Lado D	
Bairro	Cidade	Estado	CEP	
PEIXINHOS	OLINDA	PE	53260-110	
E-mail			Telefone (DDD)	
			3119842005	84

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

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

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

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ BRADESCO (237) ☐ BANCO DO BRASIL (001) ☐ ITAU (341)

☒ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

☐ CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO Nome NRO

AGÊNCIA NRO DUV CONTA NRO DUV

AGÊNCIA

NRO

0937

(Informar dígito se existir)

DUV

CONTA

NRO

013 37253

(Informar dígito se existir)

DUV

1

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

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

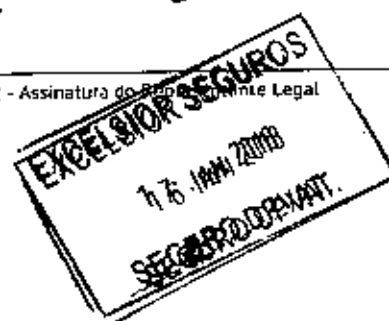
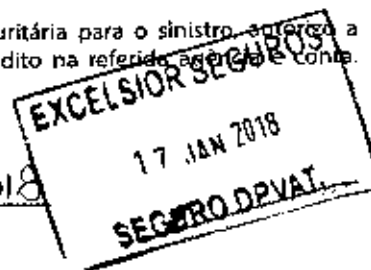
Olinda, 17 de janeiro de 2018

Local e Data

Severino Gomes da Silva Filho

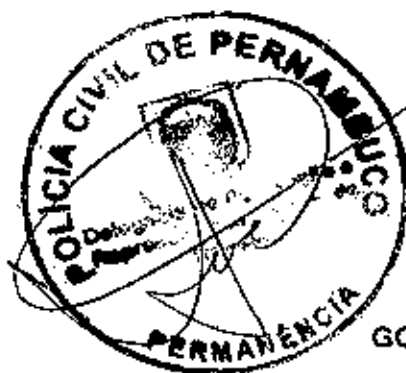
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal





EXCELSIOR SEGUROS
17 JAN 2018
SEGURO DPVAT



Boletim de ocorrência



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DEPATRI - DELEGACIA DE POLÍCIA DE DELITOS DE TRÂNSITO - DPDT

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 17E2093000388

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **11/12/2017** às **08:56**

ATROPELAMENTO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia **28/9/2017** no período da **Manhã**

Fato ocorrido no endereço: **AVENIDA PRESIDENTE KENNEDY, 1** - Bairro: **PEIXINHOS** -
OLINDA/PERNAMBUCO/BRASIL
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR/ AGENTE)
CARLOS HENRIQUE PEREIRA GUEDES ALCOFORADO (OUTRO)
SEVERINO GOMES DA SILVA FILHO (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**

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

SEVERINO GOMES DA SILVA FILHO (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **ARIMACY APULUCENA DOS SANTOS** Pai: **SEVERINO GOMES DA SILVA** Data de Nascimento: **24/7/1966** Naturalidade: **RECIFE / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **2869109/SSP/PE (RG)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **1º. GRAU COMPLETO** Profissão: **MOTORISTA**
Endereço Residencial: **BAIRRO DE PEIXINHOS (BAIRRO), 305, RUA JULIO CRISTOLFAL - CEP: 55000-000 - Bairro: PEIXINHOS - OLINDA/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

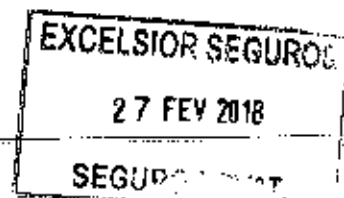
CARLOS HENRIQUE PEREIRA GUEDES ALCOFORADO (não presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

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

VEICULO (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **CARLOS HENRIQUE PEREIRA GUEDES ALCOFORADO**, que estava em posse do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/XRE300** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **VERMELHA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PCH9729** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO)

Complemento / Observação



INFORMA A VITIMA QUE, QUANDO TENTOU ATRAVESSAR A AVENIDA CITADA FOI ATROPELADO PELO VEICULO MENCIONADO, SENDO SOCORRIDO PELO SAMU PARA O HR, CONFORME PRONTUARIO DE NUMERO 872046, CASO ESTE AFETO A DELEGACIA DE PEXINHOS.

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

SEVERINO GOMES DA SILVA FILHO
(VITIMA)

Severino Gomes da Silva Filho

B.O. registrado por: **ADEILTON PEREIRA GOMES** - Matrícula: **159741-8**

