

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

VALIDA EM TODOS
OS TERRITORIOS NACIONAIS
1219484604

1219484604

PROBADO PLASTIFICAR
1219484604

NOME
EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES

DOC. IDENTIDADE / CNH EMISSOR / UF
3092038 SSP PE

CPF
574.940.534-68

DATA NASCIMENTO
04/06/1968

FILIAÇÃO
AMARO FERNANDES DE
OLIVEIRA SOBRINHO
DALVANI COSTA DE
ALBUQUERQUE FERNANDES

PERMISSAO
ACC

CIC. NME
AD

Nº REGISTRO
01410781208

VALIDADE
16/12/2030

EMISSÃO
25/09/1986

OPERAÇÕES
A

LOCAL
SANTA CRUZ DO CAPIBARIPE - PE

DATA EMISSÃO
16/12/2015

47507074391
PR070259467

DETRAN - PE (PERNAMBUCO)

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0397753/19

Vítima: CARLOS ANTONIO BARBOSA DA SILVA

CPF: 110.571.194-31

Seguradora: COMPREV SEGURADORA S/A

Data do acidente: 10/08/2019

Titular do CPF: CARLOS ANTONIO
BARBOSA DA SILVA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES : 574.940.534-68

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

CARLOS ANTONIO BARBOSA DA SILVA : 110.571.194-31

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: 12/11/2019
Nome: EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES
CPF: 574.940.534-68

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 12/11/2019
Nome: Marta Marinho dos Santos
CPF: 492.294.514-87

EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Marta Marinho dos Santos

SURUBIM (PE), 02 DE DEZEMBRO 2019.

À LÍDER

CONVÊNIO DPVAT

ASSUNTO: REANÁLISE DO PROCESSO PELO VALOR RECEBIDO

VÍTIMA: CARLOS ANTONIO BARBOSA DA SILVA

TIPO DE INDENIZAÇÃO: INVALIDEZ

SINISTRO nº 3190635409

Prezado Senhor(a),

Solicito de V.S^a, que meu processo de INVALIDEZ seja REANALISADO, uma vez que eu fui vítima de acidente de trânsito, fato ocorrido no dia 10/08/2019, onde sofri FRATURA EXPOSTA DA MINHA PERNA DIREITA E FRATURA DA MANDIBULA, fiz todo tratamento médico e mesmo assim ENCONTRO-ME ATUALMENTE COM SEQUELAS. Não fui submetido a PÉRICIA por um médico indicado pela Líder para avaliar minha seqüela e foi liberado para mim um valor muito inferior ao que tenho Direito. Em contato com o atendimento da Líder fui orientado a fazer uma carta explicando a situação para que então eu possa ser avaliado por um médico indicado pela Líder e receba a importância a que tenho Direito.

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

Certo de vossa atenção

Fico no aguardo.


CARLOS ANTONIO BARBOSA DA SILVA

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190635409 **Cidade:** Surubim **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: CARLOS ANTONIO BARBOSA DA SILVA **Data do acidente:** 10/08/2019 **Seguradora:** COMPREV SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 11/12/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA BILATERAL DE MANDÍBULA.
FRATURA DE TÍBIA E FÍBULA DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (HASTE INTRAMEDULAR E PARAFUSOS/ FIXAÇÃO DE MANDÍBULA). ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LESÕES DE ÓRGÃOS E ESTRUTURAS CRÂNIO-FACIAIS.
LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida: Sim

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICA DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL: RESIDUAL DE ÓRGÃOS E
ESTRUTURAS CRÂNIO-FACIAIS E DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DE MEMBRO INFERIOR DIREITO.

**Documentos
complementares:**

Observações: ANEXO 1 - PÁG 5/7/8_CIRURGIA
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: 3190635409 **Cidade:** Surubim **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: CARLOS ANTONIO BARBOSA DA SILVA **Data do acidente:** 10/08/2019 **Seguradora:** COMPREV SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 25/11/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA BILATERAL DE MANDÍBULA.
FRATURA DE TÍBIA E FÍBULA DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (HASTE INTRAMEDULAR E PARAFUSOS/ FIXAÇÃO DE MANDÍBULA). ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LESÕES DE ÓRGÃOS E ESTRUTURAS CRÂNIO-FACIAIS.
LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICA DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL:
RESIDUAL DE ÓRGÃOS E ESTRUTURAS CRÂNIO-FACIAIS E DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DE MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Documentos complementares:

Observações: PÁG 5/7/8_CIRURGIA.

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
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	100 %	Em grau residual - 10 %	10%	R\$ 1.350,00
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			27,5 %	R\$ 3.712,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190635409 **Cidade:** Surubim **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: CARLOS ANTONIO BARBOSA DA SILVA **Data do acidente:** 10/08/2019 **Seguradora:** COMPREV SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 11/12/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA BILATERAL DE MANDÍBULA.
FRATURA DE TÍBIA E FÍBULA DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (HASTE INTRAMEDULAR E PARAFUSOS/ FIXAÇÃO DE MANDÍBULA). ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LESÕES DE ÓRGÃOS E ESTRUTURAS CRÂNIO-FACIAIS.
LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida: Sim

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICA DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL: RESIDUAL DE ÓRGÃOS E ESTRUTURAS CRÂNIO-FACIAIS E DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DE MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Documentos complementares:

Observações: ANEXO 1 - PÁG 5/7/8_CIRURGIA 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

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE

NOME: CARLOS ANTONIO BARBOSA DA SILVA
NACIONALIDADE: BRASILEIRA
PROFISSÃO: RECUSO INFORMAR
IDENTIDADE: 60.214.246-5 SSP/SP CPF: 110.571.194-31
DATA DO ACIDENTE: 10/08/2019
COBERTURA: INVALIDEZ
VÍTIMA: CARLOS ANTONIO BARBOSA DA SILVA
ENDEREÇO: RUA LERIO DE BAIXO, 13, GANCHO DO GALO, SURUBIM-PE

OUTORGADO

NOME: EDUARDO JOSÉ DE ALBUQUERQUE FERNANDES
NACIONALIDADE: BRASILEIRO
PROFISSÃO: FUNCIONÁRIO PÚBLICO APOSENTADO
IDENTIDADE: 3.092.028 SSP/PE CPF: 574.940.534-68
ENDEREÇO: RUA JOÃO BATISTA, Nº370, BAIRRO CENTRO, SURUBIM-PE.

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

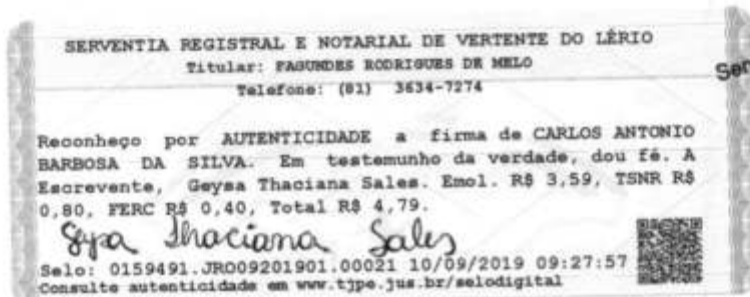
SURUBIM - PE 21 DE AGOSTO 2019.



Carlos Antonio Barbosa da Silva

ASSINATURA DO OUTORGANTE

(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)



Serventia Registral e Notarial
Vertente do Lério/PE
Geysa Thaciana Sales
Escrevente Autorizada

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0397753/19

Vítima: CARLOS ANTONIO BARBOSA DA SILVA

CPF: 110.571.194-31

Seguradora: COMPREV SEGURADORA S/A

Data do acidente: 10/08/2019

Titular do CPF: CARLOS ANTONIO
BARBOSA DA SILVA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES : 574.940.534-68

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

CARLOS ANTONIO BARBOSA DA SILVA : 110.571.194-31

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: 12/11/2019
Nome: EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES
CPF: 574.940.534-68

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 12/11/2019
Nome: Marta Marinho dos Santos
CPF: 492.294.514-87

EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Marta Marinho dos Santos

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0397753/19

Número do Sinistro: 3190635409

Vítima: CARLOS ANTONIO BARBOSA DA SILVA

CPF: 110.571.194-31

Seguradora: COMPREV SEGURADORA S/A

Data do acidente: 10/08/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: CARLOS ANTONIO BARBOSA DA SILVA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Documentação médico-hospitalar

Outros

ATENÇÃO

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

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 06/12/2019

Nome: EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES

CPF: 574.940.534-68

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 06/12/2019

Nome: Marta Marinho dos Santos

CPF: 492.294.514-87

EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Marta Marinho dos Santos

Rio de Janeiro, 13 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190635409

Vítima: CARLOS ANTONIO BARBOSA DA SILVA

Data do Acidente: 10/08/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), CARLOS ANTONIO BARBOSA DA SILVA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

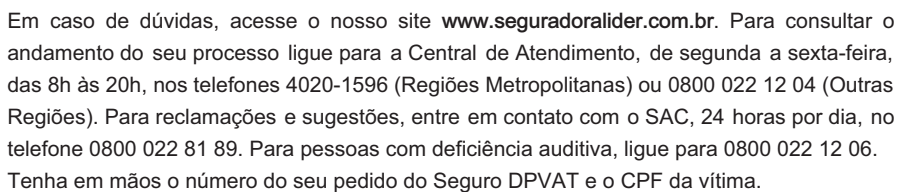
Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 06 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190635409

Vítima: CARLOS ANTONIO BARBOSA DA SILVA

Data do Acidente: 10/08/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), CARLOS ANTONIO BARBOSA DA SILVA

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 3.712,50

Dano Pessoal: Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital 100%

Graduação: Em grau residual 10%

% Invalidez Permanente DPVAT: (10% de 100%) 10,00%

Valor a indenizar: 10,00% x 13.500,00 = R\$ 1.350,00

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

Graduação: Em grau leve 25%

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

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

Recebedor: CARLOS ANTONIO BARBOSA DA SILVA

Valor: R\$ 3.712,50

Banco: 104

Agência: 000001295

Conta: 0000045205-0

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, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.



Rio de Janeiro, 12 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190635409

Vítima: CARLOS ANTONIO BARBOSA DA SILVA

Data do Acidente: 10/08/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Assunto: REANÁLISE DO PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), CARLOS ANTONIO BARBOSA DA SILVA

Após revisão da Análise Médica Documental ou perícia em 11/12/2019, verificou-se que a lesão permanente apresentada já foi adequadamente indenizada, nos termos da Lei nº 6.194, de 1974, não tendo sido identificado agravamento da invalidez permanente da vítima, ou nova lesão permanente decorrente do mesmo acidente de trânsito.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

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

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

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):

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

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

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) ☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104) ☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos) Nome do BANCO: CAIXA ECONOMICA FEDERAL AGÊNCIA: 1295 CONTA: 45.205

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

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: 25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: 28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vários)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

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

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

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

38 - 1ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Surubim - PE 12/11/2019.

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

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

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

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):

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

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

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos) ☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) ☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104) Nome do BANCO: AGÊNCIA: CONTA:

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

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: 25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: 28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34 - Imprensa digital ou eletrônica não alfabetizado 35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo) 36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo) 37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1ª | Nome: CPF: Assinatura da testemunha 39 - 2ª | Nome: CPF: Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Surubim - PE 11/11/2019.

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **19E0206002320**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **25/09/2019** às **20:15**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia **10/8/2019** às **07:30**

Fato ocorrido no endereço: **SÍTIO GANCHO DO GALO, TREVO DO GANCHO DO GALO - SURUBIM/PERNAMBUCO/BRASIL** Próximo a: **MUNICÍPIO DE SURUBIM, 1, ZONA RURAL - Bairro: CENTRO - SURUBIM/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **RODOVIA ESTADUAL / PE 106**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR \ AGENTE)
LAURILSON DE SOUSA BARBOSA (OUTRO)
CARLOS ANTONIO BARBOSA DA SILVA (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**
VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): **CARLOS ANTONIO BARBOSA DA SILVA**

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

CARLOS ANTONIO BARBOSA DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: RISOLENE DE SOUSA BARBOSA Pai: **JOSÉ ALEXANDRE FERREIRA DA SILVA** Data de Nascimento: **27/11/1991** Naturalidade: **SAO PAULO / SAO PAULO / BRASIL** Documentos: **602142465/SSP/SP (RG), 11057119431 (CPF)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **1º. GRAU INCOMPLETO** Telefones Celulares: **- 81999290974**

Residencial: **RUA LERIO DE BAIXO, PRÓXIMO A LAVANDERIA - SURUBIM/PERNAMBUCO/BRASIL** Próximo a: **MUNICÍPIO DE SURUBIM, 13, ZONA RURAL - SÍTIO GANCHO DO GALO - CEP: 55750-000 - Bairro: CENTRO - SURUBIM/PERNAMBUCO/BRASIL, PRÓXIMO A LAVANDERIA**

LAURILSON DE SOUSA BARBOSA (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: RISOLENE DE SOUSA BARBOA Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

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

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

VEÍCULO 01 (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **LAURILSON DE SOUSA BARBOSA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **CARLOS ANTONIO BARBOSA DA SILVA**

Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/NXR 150 BROS MIX ES** Objeto apreendido: **Não**

Cor: **LARANJA** - Quantidade: **01 (UNIDADE)**

Placa: **PEI4898** (PERNAMBUCO/SURUBIM) Renavam: **251951766** Chassi: **9C2KD0520AR052593**
Ano Fabricação/Modelo: **2010/2010** Combustível: **ALCO/GASOL**

VEÍCULO 02 (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**, que estava em posse do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**

Categoria/Marca/Modelo: **AUTOMOVEI/TOYOTA/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**
Quantidade: **01 (TONELADA)**

Descrição: **TOYOTA BANDEIRANTE.**

Complemento / Observação

COMPARECEU NESTA DP A PESSOA DE CARLOS ANTONIO BARBOSA DA SILVA, NOTICIANDO QUE NO DIA 10/08/2019, POR VOLTA DAS 07:30 HORAS DIRIGIA A MOTOCICLETA HONDA/NXR 150/BROS ES, COR LARANJA, ANO/NOD 2010/2010, PLACA PEI-4898-PE, NA RODOVIA PE 106, SÍTIO GANCHO DO GALO, NESTE MUNICÍPIO, QUENDO NO REFERIDO TREVO, NO SENTIDO VERTENTE DOLERIO/SURUBIM, COLIDIU COM LATERAL ESQUERDA DE UM VEÍCULO TOYOTA/BANDEIRANTE DE PLACA DE MOTORISTA DESCONHECIDOS, QUE TRAFEGAVA EM SENTIDO CONTRÁRIO. QUE DEVIDO A COLISÃO O MESMO SE FERIU GRAVEMENTE E FOI SOSORRIDO PELO SERVIÇO DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA (SAMU) PARA A UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO (UPA) DESTA CIDADE E LOGO APÓS DEVIDOA GRAVIDADE DOS FERIMENTOS TRANSFERIDO PARA O HOSPITAL GETULIO VARGAS (HGV) NO RECIFE-PE, CONFORME APRESENTOU DECLARAÇÃO E BOLETIM DE EMERGÊNCIA Nº 00083374 DA UPA.

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

CARLOS ANTONIO BARBOSA DA SILVA
(VITIMA)

Carlos Antonio Barbosa da Silva

B.O. registrado por: **JOSÉ ROBERTO DA SILVA** - Matrícula: **119534-4**



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190635409 **Cidade:** Surubim **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: CARLOS ANTONIO BARBOSA DA SILVA **Data do acidente:** 10/08/2019 **Seguradora:** COMPREV SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 25/11/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA BILATERAL DE MANDÍBULA.
FRATURA DE TÍBIA E FÍBULA DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (HASTE INTRAMEDULAR E PARAFUSOS/ FIXAÇÃO DE MANDÍBULA). ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LESÕES DE ÓRGÃOS E ESTRUTURAS CRÂNIO-FACIAIS.
LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICA DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL:
RESIDUAL DE ÓRGÃOS E ESTRUTURAS CRÂNIO-FACIAIS E DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DE MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Documentos complementares:

Observações: PÁG 5/7/8_CIRURGIA.

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
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	100 %	Em grau residual - 10 %	10%	R\$ 1.350,00
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			27,5 %	R\$ 3.712,50

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

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

110.571.194-31 CARLOS ANTONIO BARBOSA DA SILVA

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

5 - Nome completo: 6 - CPF: 7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento: 11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP: 15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD):

CARLOS BARBOSA DA SILVA 110.571.194-31 R. INFORMAR. RUA- LERIO DE BAIRO 13 CASA GANCHO DO GALO SURUBIM PE 55250-000 82-991613907

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

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

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) ☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: CONTA: (Informar o dígito se existir)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: CAIXA ECONOMICA FEDERAL

AGÊNCIA: 1295 CONTA: 45.205 (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vairasor)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

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

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

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

38 - 1ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

Surubim - PE 12/11/2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 29/11/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 3.712,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: CARLOS ANTONIO BARBOSA DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01295

CONTA: 000000045205-0

Nr. da Autenticação A59F266F1C8F6E86

Pedido de serviço para Via para Pagamento Grupo B nº 1398870088

NOTA FISCAL | FATURA | CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

COMPANHIA ENERGÉTICA DE PERNAMBUCO

AV. JOÃO DE BARROS 111 BOA VISTA
RECIFE, PERNAMBUCO
CEP: 50050-902
CNPJ: 10.835.932/0001-08
INSCRIÇÃO ESTADUAL 0005943-93



Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de 26/04/02
COMERCIAL 0800 0810120 PRONTIDÃO 0800 0810195
Atendimento ao deficiente auditivo ou de fala: 0800 281 0142
Ouvidoria 0800 282 5559
Agência de Regulação dos Serviços Públicos Delegados
do Estado de Pernambuco-ARPE: 0800 727 0167-
Ligação Gratuita de Telefones Fixos
Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL 167-
Ligação Gratuita de telefones fixos e tarifada
na origem para telefones celulares

DADOS DO CLIENTE! MARIA DOLORES DE LIMA	DATA DE VENCIMENTO 31/07/2019 TOTAL A PAGAR R\$ 21,48	DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL 24/07/2019 DATA DA APRESENTAÇÃO 24/07/2019 NÚMERO DA NOTA FISCAL 070878421	CONTA CONTRATO 7024418833 CLASSIFICAÇÃO RESIDENCIAL Monofásico B1
ENDEREÇO RUA LERIO DE BAIXO 13 CS-13 -SURUBIM/GANCHO DO GALO -55750-000 SURUBIM PE -			

PERÍODO CONSUMO 22/06/2019 a 24/07/2019	CONSUMO 37
---	----------------------

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

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

VIA PARA PAGAMENTO

Destaque aqui

CONTA CONTRATO 7024418833	MÊS/ANO 07/2019	TOTAL A PAGAR R\$ 21,48	VENCIMENTO 31/07/2019	TALÃO DE PAGAMENTO Evite dobrar e perfurar ou rasurar. Este canhoto será usado em leitora ótica.
-------------------------------------	---------------------------	-----------------------------------	---------------------------------	---

838800000003 214800110075 024418833106 141694499831



AUTENTICAÇÃO MECÂNICA



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

NOTA FISCAL - FATURA - CARTA DE ENERGIA ELÉTRICA

Companhia Energética de Pernambuco
Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife - PE, CEP 50050-902
CNPJ 10.830.932/0001-08 | Ins. Est. 0005843-93 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE

ALFONSO MARIA MOURA DE A. FERNANDES

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

RESIDUO SANTISTA 310

CPF: 945.234.444-04

CENTRO/SURUBIM
SURUBIM-PE
55750-000CLASSIFICAÇÃO
BT RESIDENCIAL
RESIDENCIAL

CÓDIGO DE CONSUMO: 7005749888 MÊS ANO: 10/2019

DATA DE EMISSÃO: 14/10/2019 DATA DE VENCIMENTO: 07/11/2019

TOTAL A PAGAR (R\$) 102,74

Nº DA NOTA FISCAL: 07/10/2019

APRESENTAÇÃO: 07/10/2019 Nº DO CLIENTE: 2011105038 Nº DA INSTALAÇÃO: 375.000

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo At-0 (kWh)	108,000000	0,91089957	97,55
Adesão Bandeira AMARELA			0,50
Adesão Bandeira VERMELHA			5,01
Código: 3401 - Fábria Municipal			8,84
ICMS Subvenção CDE - NF 086234779-04/07/19			0,78
ICMS Subvenção CDE - NF 073044293-05/08/19			0,80
Multa por atraso - NF 075948264-04/09/19			1,35
Juros por atraso - NF 075948264-04/09/19			0,11

TOTAL DA FATURA

102,74

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

IP DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR	ATUAL	Nº DE	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (kWh)
537918	LAT	04-09-2019 38.128,00	01-10-2019 38.237,00	03	7.00000		108,00

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

PERÍODO DE CONSUMO	INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS	COMPOSIÇÃO DO CONSUMO
OUT 19 - 108	BASE DE CÁLCULO: 93,06	Geração de Energia R\$ 26,45 25,96%
SET 19 - 91	%: 25,00	Transmissão R\$ 3,23 3,17%
AGO 19 - 113	VALOR DO IMPOSTO: 22,38	Distribuição (Celpe) R\$ 10,81 10,57%
JUL 19 - 143	ICMS: 33,06 1,28	Perdas de Energia R\$ 5,17 5,02%
JUN 19 - 162	PIS: 93,06 5,35	Energia Setorial R\$ 4,51 4,38%
MAY 19 - 153	COFINS: 93,06 5,35	Tributos R\$ 21,00 20,37%
ABR 19 - 172		Total R\$ 102,88 100%

Consumo At-0 (kWh) 108,00

TAXAS APLICADAS 7,9400000

RESERVAÇÃO FISCAL

EBSA BE-25 EDDU BRP C-000 3100 FCS BS12

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Apresentamos aqui parte de informações contidas em nosso sistema de gestão de dados. As informações aqui apresentadas são apenas para fins informativos e não devem ser utilizadas para fins de cobrança ou para fins de litígio. A Celpe não se responsabiliza por danos ou prejuízos decorrentes do uso indevido das informações aqui apresentadas. Para mais informações, consulte o site www.celpe.com.br.

A Celpe, por meio de seu Sistema de Gestão de Dados, oferece aos seus clientes, por meio de seu site, o acesso às informações aqui apresentadas, para que possam acompanhar o consumo de energia elétrica e a evolução das tarifas e impostos. Para mais informações, consulte o site www.celpe.com.br.

CELPE
Serviços

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

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

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

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

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

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

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

Pelo exposto, eu EDUARDO JOSE DE A FERNANDES inscrito (a) no CPF 574.940.534 / 68, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário CARLOS ANTONIO BARBOSA DA SILVA inscrito (a) no CPF sob o Nº 110.571.194 / 31, do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima CARLOS ANTONIO BARBOSA DA SILVA, inscrito (a) no CPF sob o Nº 110.571.194 / 31, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

☒ Recuso informar

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

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

Endereço <u>RUA JOAO BATISTA</u>		Número <u>370</u>	Complemento <u>CASA</u>
Bairro <u>CENTRO</u>	Cidade <u>SURUBIM</u>	Estado <u>PE</u>	CEP <u>55750-000</u>
Email <u>PF SEGUROS 1994@YAHOO.COM.BR</u>		Telefone comercial(DDD) <u>81-99665-0454</u>	Telefone celular (DDD) <u>81-98133-5022</u>

SURUBIM, 10 de NOVEMBRO de 2019
Local e Data


Assinatura do Declarante



Prefeitura Municipal de Surubim



SAMU
192

PREFEITURA DE
SURUBIM
Compromisso de cuidar das pessoas
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Ofício nº 77/2019

Surubim, 18 de outubro de 2019.

DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO

Declaro para os devidos fins que o paciente **CARLOS ANTÔNIO BARBOSA DA SILVA**, DN: 27/11/1991, portador do RG nº. 60.214.246-5 SSP-SP, consta em nossos registros que o(a) mesmo(a) foi atendido(a) pelo **Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU)** deste município, no dia **10/08/2019 as 08:45 h**, colisão moto x carro, paciente recebeu os cuidados imediatos no local apresentando deformidades em região da face e MID (tíbia e fibula) devido ao trauma, posteriormente foi encaminhado para a **unidade de pronto atendimento – upa**, Surubim-PE com o código ID:S- 665281.

José Wagner Barbosa de Lima
Coordenador SAMU SURUBIM
MAT.10103
CORE/PE 399794 – ENF

PROTOCOLO RECEBIMENTO

RECEBI EM: ____/____/____

Recebedor

DOC: _____



- DECLARAÇÃO -

Declaro para os devidos fins e efeitos legais, que o Sr. **Carlos Antonio Barbosa da Silva**, nascido no dia 27/11/1991, filho da Sra. **Risolene de Sousa Barbosa** e do Sr. **José Alexandre Ferreira da Silva**. Residente na, nesta Cidade. Solicitou no dia 21/08/2019 cópia do seu prontuário de atendimento devido acidente motociclistico.

Atendido nesta **Unidade de Pronto Atendimento (UPA 24 horas)** Dr. **Gentil Augusto de Miranda** no dia 10/08/2019 pelo médico plantonista **Dr. Marcos Vinicius D. P.** CRM – 24799 .

Surubim, 21 agosto de 2019.

Ionara Soares de Andrade Silva
SAME - MAT. 910463

BOLETIM DE EMERGÊNCIA

Cor/Raça: PARDA

Nº OCORRÊNCIA: 00083374

Identificador: 30102

CNS:

Idade: 27 Anos 8 Meses 14 Dias

Sexo: MASCULINO

Nome: CARLOS ANTONIO BARBOSA DA SILVA

Nascimento: 27/11/1991

Est.Civil: SOLTEIRO

End.: Nº:

Bairro:

CEP: 55750000

Idade: SURUBIM

Nac.:

Doc nº: 602142465

Mãe: RISOLENE DE SOUSA BARBOSA

Pai: JOSE ALEXANDRE FERREIRA DA SILVA

Profissão:

Responsável:

Tel.: 81 81827215

Últimas Ocorrências:

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

10/08/2019 08:58 83374 ACIDENTE

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

HORÁRIO:	P.A.	FC	PULSO	PESO	ASSINATURA
	130X90	90			

QUEIXAS / DIAGNÓSTICO:

59,8% Análise morfológica do sangue
de Daninho não, irregular e ECE.
Relata dor nasal
Ao exame: BPE, Uvula, AAR corr
Mucosa Ativa
Dent: pulso dentar (+) e dentes

TRATAMENTO:

1) Almo novo perfumado
2) Cetoprofeno 100 mg
3) Enxágio com AGV (5745781)

EXAMES COMPLEMENTARES:

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA:

CID:

MOTIVO DA SAÍDA:

RESIDÊNCIA ☐ INTERNADO ☐

JUSTIFICATIVA:

ENCAMINHADO:

REMOVIDO:

ÓBITO:

às _____ h _____ m do dia _____

DATA SAÍDA:

HORA SAÍDA:

DATA: 10/08/2019 08:58:14

☐ CURATIVO ☐ BÁSICO ☐ ESP
☐ NEBULIZAÇÃO ☐ RETIRADA DE PONTO

TÉCNICO / COREN

CONSULTAS / ATENDIMENTO MÉDICO:

☐ URGÊNCIA BÁSICA ☐ URG. ESPECIALIZADA
☐ OBS. BÁSICA ☐ OBS. ESPECIALIZADA

Dr. Marcos Vinícius P. da Silva
MÉDICO
CRM DE 24799
HORÁRIO:

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	TÉCNICO / CONSELHO	HORÁRIO

RECEPCIONISTA: MARIA LUCINALDA PEREIRA DO NASCIMENTO



UPA24h
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO

Prefeitura Municipal do Surubim
Secretaria de Saúde do Surubim

Drº Gentil Augusto de Miranda

LAUDO PARA TRANSPORTE DE PACIENTE

Hospital Local: <u>UPA</u>		Município: <u>Surubim</u>		1ª Via Hospital de destino/2ª Via Hospital local	
Nome do Paciente: <u>Jonas Antonio B. Silva</u>		data de Nascimento: <u>27, 12, 41</u>			
Quadro Clínico: <u>Quinto Vítima de acidente de trânsito no TCE queixa de dor no braço direito. Não pode se movimentar.</u>					
HD: <u>TCE em trânsito rodoviário. Fratura exposta.</u>					
Assinatura do (a) Médico (a) Assistente <u>Marcelo Vinício D. P. Pamplona</u>		CRM: DATA: <u>10.08.11</u>		DATA: <u>10.08.11</u>	
Assinatura do (a) Enfermeiro (a) Chefe do Plantão		COREN:		DATA:	
<u>5745781</u> 1ª REMOÇÃO	1º Hospital de Destino:		Município:	Hora Saída	Hora Chegada
	Motivo (Registro Detalhado)				
	Assinatura do (a) médico (a): CRM:				
2ª REMOÇÃO	2º Hospital de Destino:		Município:	Hora Saída	Hora Chegada
	Motivo (Registro Detalhado)				
	Assinatura do (a) médico (a): CRM:				
Assinatura do Responsável					
Assinatura e carimbo do Técnico de Enfermagem			COREN:		
Assinatura do Motorista			Placa da Ambulância:		



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco

HOSPITAL

Getúlio Vargas



Paciente: CARLOS ANTONIO BARBOSA DA SILVA

Prontuário: 01127563

Data de Nascimento: 27/11/1991

Idade: 27a 9m 15d

Sexo: MASCULINO

RELATÓRIO MÉDICO

O Paciente Supra-citado, foi atendido nesta data, com diagnostico de:

S82.7

Feito o Exame de RADIOGRAFIA + HISTÓRIA CLÍNICA + EXAME FÍSICO

Observação:

PACIENTE COM HISTÓRIA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO NO DIA 10/08/2019, APRESENTOU FRATURA DE TÍBIA E FÍBULA DIREITA. NECESSITOU PASSAR POR PROCEDIMENTO CIRÚRGICO COM APOSIÇÃO DE HASTE INTRAMEDULAR, APRESENTA DORES E DIFICULDADE DE DEAMBULAÇÃO. ATUALMENTE ESTÁ EM ACOMPANHAMENTO AMBULATORIAL.

Dr. José Victor M. Lucena
Médico
CRM-PE 27709

Dr. José Victor M. Lucena
Médico
CRM-PE 27709

Recife, 11 DE SETEMBRO DE 2019

JOSE VICTOR MADEIRO DE LUCENA - CRM: Nº.27709



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco

HOSPITAL

Getúlio Vargas

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

ATESTADO MÉDICO

Atesto que o (a) Sr. (a) **CARLOS ANTÔNIO BARBOSA DA SILVA** necessita de 30 (TRINTA) dias de afastamento das atividades trabalhistas e estudantis, a partir desta data, por motivo de doença.

CID: S02.6

Recife, 13/08/2019

Dr. Jovial Neto
Cirurgia e Trauma BMF
CRM 11.519

Assinatura do Cirurgião Buco-Maxilo-Facial

NOTA: Este atestado é válido para finalidades previstas no Art. 86 do RGPS
aprovado pelo Decreto nº 60501 de 14/03/1967



Unidade de Pronto Socorro

Atendimento

Relatório de Alta Hospitalar

Clínica Buco-Maxilo-Facial

Paciente: CARLOS ANTÔNIO BARBOSA DA SILVA

Regi:

1127563

PACIENTE CONSTITUÍDO POR NÚCLEO DE ENFERMAGEM E EQUIPE DE TRATAMENTO

Internado: 10/08/2019

Clínica: 10/08/2019

Alta: 13/08/2019

Cirurgião

Dr. Eduardo Fernando

1. Auxiliar

Dr. Jovival Neto

2. Auxiliar

Dr. João Elias

Anestesiista

Dra. Emmanuela Calvão

Retornar ao ambulatório De Dra. Taciana, dia 19/08/19, Segunda-feira, às 07h.
(Favor Abrir prontuário)

Condições clínicas (no momento da alta Hospitalar)

PACIENTE EM SEU 3º PO DE REDUÇÃO E FIXAÇÃO DE FRATURA BILATERAL DE MANDÍBULA. EVOLUI EM EBG, CONSCIENTE, ORIENTADO, NORMOCORADO, EUPNEICO, AFÉBRIL AO TOQUE AO EXAME FÍSICO APRESENTA SUTURAS EM POSIÇÃO SEM SINAL DE DEISCÊNCIA, DISCRETO EDEMA EM FACE, BOA ABERTURA BUCAL, OCLUSÃO ADEQUADA. PACIENTE SEM QUEIXAS ALGUMAS EM CONDIÇÃO DE ALTA HOSPITALAR.

CD:

1- ORIENTAÇÕES E PRESCRIÇÃO DOMICILIAR

2- ACOMPANHAMENTO AMBULATORIAL

3- ALTA HOSPITALAR

escr, 13 de Agosto de 2019.

Dr. Jovival Neto
(Assinatura e Rubrica)
CRCO 11.512



Nome	CARLOS ANTÔNIO BARBOSA DA SILVA	REG:	1127563
------	---------------------------------	------	---------

LAUDO MÉDICO

Declaro para os devidos fins de trabalho e de direito que o Sr. supracitado deu entrada no serviço no dia 10/08/2019 com historia acidente motociclistico cursando com trauma em face. CID: S02.6. Realizou cirurgia de Redução e Fixação de fratura bilateral de mandibula no dia 10/08/2019. Recebeu alta no dia 13/08/2019, permanecendo em acompanhamento ambulatorial.

Dr. Jovial Neto
Cirurgia de Trauma BMF
CROCE 11519

RECIFE, 13 DE AGOSTO DE 2019



HOSPITAL
Getúlio Vargas



ATESTADO MÉDICO

ATESTO que o (a) Sr (a)

Antônio Bonifácio FLP

necessita de

15

dias

de

afastamento do trabalho, a partir desta data por motivo
de doença

CID

S82

HG

HOSPITAL OU AMBULATÓRIO

Recife 10/8/19

LOCALIDADE E DATA

Dr. Carliomano Maciel
Ortopedista
CRM-PE 12978
CRO-PE 8929

Assinatura do Médico - CRM nº

NOTA: Este atestado é válido para finalidades previstas no Art. 56 do RGPS aprovado pelo Decreto nº 60.501 de 14/03/1967 e será expedido para justificativa de 01 a 15 dias de afastamento do trabalho.

Av. General Sar Marín, 111 - Gondim
Recife/PE - CEP 51.030-020

Fone: (081) 2154-0300

MACV 1917 V 1 2012



HOSPITAL GETÚLIO VARGAS
SERVIÇO DE DOCUMENTAÇÃO CIENTÍFICA



BOLETIM DE ESCLARECIMENTO

NOME: CARLOS ANTONIO BARBOSA DA SILVA

1. Ocorrência da Emergência: 755369

1.1 - Atendimentos em: 10/08/19

1.2 - Às 14 horas e 04 minutos.

1.3 - Internado:

1.4 - Retirou-se às hr. e min.

2. Internamento Eletivo - Reg. Geral No. 1127563

2.1 - Internado em:

2.2 - Alta em:

3. Hipótese Diagnóstica: FRATURA EXPOSTA DE TÍBIA DIREITA + FRATURA COMPLEXA DE MANDÍBULA.

4. Tratamento: CIRURGIA EM 10/08/19 - LIMPEZA MECÂNICO CIRÚRGICA E OSTEOSSÍNTESE COM HASTE INTRAMEDULAR NA TÍBIA DIREITA + REDUÇÃO + OSTEOSSÍNTESE COM PLACA E PARAFUSOS DA MANDÍBULA.

5. Observação: ACIDENTE MOTOCICLISTICO.

DATA: 22.10.2019

HORA: 13:00:38

PASTA: 01.10.2019

GSL

RS

Gustavo Souza Leão
CRM - 14075

Dr. Gustavo Souza Leão.

HOS

HGV- Hospital Getúlio Vargas

756379

Prontuário: 1127563

1127563

Atendimento

CNS: 898001484003502

Paciente: CARLOS ANTONIO BARBOSA DA SILVA

Clínica: SALA DE RECUPERAÇÃO

Leito: 3R 58

Nascto: 27/11/1991 Idade: 27 Anos 8 Meses

Sexo: MASCULINO

Mãe: RISOLENE SOUZA BARBOSA

Fone: 9889-3411

Endereço: SÍTIO LERIO DE BAIXO, 0 - CENTRO - SURUBIM - PE - Cep: 55750971

Prestador: 1 HOSPITAL GETULIO V DATA: 10/08/2019 Hr: 14:41 Usuário: EDSONAV

1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome: CARLOS ANTONIO BARBOSA DA SILVA

Data Nasc.: 27/11/1991 Idade: 27 S

CPF: RG: 602142465

Endereço: SÍTIO LERIO DE BAIXO

Bairro: CENTRO

CEP: 55750971

Fone: 98893411

Cidade: SURUBIM

Nº: 0

Estado: PE

Nome da Mãe: RISOLENE SOUZA BARBOSA

Acompanhante:

Nome do Conjuge:

Local de Procedência: OUTROS HOSPITAIS

Clínica: ORTOPIEDIA E TRAUMATOLOGIA

Ocorrência: REFERE ACIDENTE DE MOTO COM FERIMENTO, SANGRAMENTO EM MID, EDEMA E DEFORMIDADE DE FACE, NE

Acidente de Trabalho: Sim ☐ Não ☐

2 - ATENDIMENTO DATA 10/08/2019 HORA: 14:04 h Médico:

Queixa Principal / HDA:

História do Trauma

Perda da Consciência: Sim ☐ Não ☐Episódio Emético: Sim ☐ Não ☐ Acidente de Trabalho: Sim ☐ Não ☐Acidente de Trânsito: Sim ☐ Não ☐

Tipo:

Colisão: Sim ☐ Não ☐

Tipo:

Motorista: ☐ Passageiro: ☐Atropelamento: Sim ☐ Não ☐

Local de Impacto:

Vítima de Ferimento: Sim ☐ Não ☐

Tipo:

Sofreu Queda: Sim ☐ Não ☐ Altura mQueimadura: Sim ☐ Não ☐

Por:

Transporte Realizado por:

Condições de imobilização adequadas: Sim ☐ Não ☐

Por que:

Observações:

Exame Físico:

A: Geral

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

B: Respiratório

C: Circulatório

PA: x mmHg Pulso: bpm

D: Exames Neurológico

Deficiência motora: MSD ☐ MSE ☐ MID ☐ MIE ☐ Pupilas: Isocóricas ☐ Anisocóricas ☐

Glasgow: Abertura Ocular

Glasgow: Resposta Verbal

Glasgow: Resposta Motora

Escore: Hora:

Escore: Hora:

Escore: Hora:





HOSPITAL GETULIO VARGAS

EMERGÊNCIA



E: Abdômen

Diagnóstico Inicial:

Exames Solicitados : 1 - Patologia Clínica

Exames Solicitados : 1 - Especializados

Resultado de Exames:

Código Procedimento:

Tratamento / Procedimentos:

Ass. Médico + Carimbo
Código Procedimento:

Ass. Médico + Carimbo

Indicação Cirúrgica: Sim ☐ Não ☐ Motivo:

Evolução de Enfermagem:

Ass. Enfermeira + Carimbo

Diag. Definitivo:

Definição do Caso:

Condição de Alta:

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

☐ Curado ☐ Melhorado
☐ Inalterado ☐ Piorado
☐ Óbito

Informação do Serviço Social

Confirmação do Nome:

Assist. Social:

Confirmação do Endereço:

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

Assist. Social

Observações:

Autorização para Alta / internamento / Transferência

Médico:

CRM/CRO:

Data:

Hora:

Termo de Responsabilidade Para Internamento :

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

Data: _____ Nome completo legível: _____

Nº da Identidade: _____ Assinatura: _____

Termo de Responsabilidade de Alta a Pedido :

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

Data: _____ Nome completo legível: _____

Nº da Identidade: _____ Assinatura: _____

Cadastramento: 10/08/2019 14:04 h THIAGO BM

impressão: 10/08/2019 14:04 h THIAGO BM

Médico

HOSPITAL GETULIO VARGAS

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

MANCHESTER_V2

Data e hora retirada da senha: 10/08/2019 13:47

Nome Paciente: CARLOS ANTONIO BARBOSA DA SILVA
Cód. Paciente:
Data de Nascimento: 27/11/1991
Sexo: Masculino
Idade: 27
Senha: E0023
Convênio:
Atendimento:
SAME:

Período: 10/08/2019 13:49 - 10/08/2019 13:52

ZENAIDE MARIA PEREIRA DA SILVA BARROS - COREN: 56525 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - CLASSIFICAÇÃO

Prioridade: **AMARELO - URGENTE**

Cor: **AMARELO**

Queixa Principal: REFERE ACIDENTE DE MOTO COM FERIMENTO + SANGRAMENTO EM MID + EDEMA E DEFORMIDADE DE FACE HÁ +/- 7H, NEGA DESMAIO E VOMITO

Observação: VINDO SURUBIM SENHA 5745781

Fluxograma sintoma: PROBLEMAS EM EXTREMIDADES

Discriminador(es): - FRATURA EXPOSTA?

Especialidade: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Sinais Vitais Lidos: - ESCALA DE GLASGOW ADULTO: 15
- REGUA DE DOR: 7

Acolhido(a) por: ZENAIDE MARIA PEREIRA DA SILVA BARROS - COREN: 56525 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 10/08/2019 13:52



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
HOSPITAL
Getúlio Vargas



FICHA PARA AVALIAÇÃO DE
RISCO DE QUEDA

NOME:

Carlos Antunes Barboza de Silva

Nº DO REGISTRO:

SETOR:

Externa

DATA DE ADMISSÃO:

10/08/19

ASSINALAR COM X TODOS OS ITENS DE RISCO IDENTIFICADOS.

CONSIDERAR A EXISTÊNCIA DO RISCO QUANDO ASSINALAR UM OU MAIS ITENS.

☐ IDADE > OU IGUAL 65 ANOS

☐ CRIANÇAS < OU IGUAL 5 ANOS

☐ COMPROMETIMENTO NEUROLÓGICO

☐ DEPRESSÃO E/OU ANSIEDADE

☒ PREJUÍZO DO EQUILÍBRIO DA MARCHA

☒ DÉFICIT SENSITIVO, ACUIDADE AUDITIVA, TATO E VISUAL DIMINUÍDA

☒ HISTÓRIA PRÉVIA DE QUEDA

☐ ALTERAÇÃO METABÓLICA (EX:HIPOGLICEMIA)

☐ OBESIDADE MÓRBIDA OU BAIXO ÍNDICE DE MASSA CORPÓREA

☐ SEDAÇÃO/ANESTESIA

☐ MEDICAMENTO QUE ALTERAM O SISTEMA NERVOSO CENTRAL

☐ URGÊNCIA URINÁRIA/INTESTINAL

☐ HIPOTENSÃO ORTOSTÁTICA

☐ PACIENTE CIRÚRGICO

CASO O PACIENTE APRESENTE UM OU MAIS FATORES DE RISCO, COLOCAR PULSEIRA ROXA NO MSD.

☒ COLOCADO PULSEIRA ROXA

☐ NÃO SE APLICA

ENTREGA DO FOLDER DE ORIENTAÇÃO AO PACIENTE/ACOMPANHANTE:

☐ SIM

☐ NÃO

ASSINATURA (ORIENTADO):

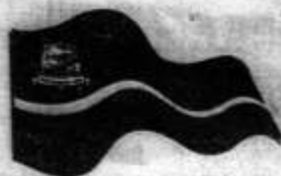
RECOMENDAÇÕES:

1. Orientar paciente e acompanhante quanto ao risco de queda e necessidade de solicitação da enfermagem para sua locomoção e mobilização;
2. Manter a cama na posição baixa, com rodas travadas e grades de proteção elevadas;
3. Orientar a não trancar portas;
4. Orientar a não andar nem circular na enfermagem ou corredor no momento da limpeza;
5. Manter a área de circulação, livre de móveis e utensílios;
6. Auxiliar na deambulação dos pacientes que apresentarem dificuldade de marcha ou déficit sensitivo ou motor;
7. Estimular o uso de acessórios de apoio;
8. Conscientizar a família sobre a importância da presença de um acompanhante e comunicar a enfermagem quando houver necessidade de ausentar-se;
9. Manter iluminação adequada durante a noite;
10. Orientar a evitar apoiar-se na cama, móveis e parapeitos de janelas;
11. Manter o acompanhamento da enfermagem no momento do transporte;
12. Orientar o acompanhante para ficar atento às brincadeiras das crianças e a utilização de brinquedos;
13. Não deixar o paciente sozinho no banheiro ou durante o banho;
14. Intensificar a atenção a pacientes que estão em uso de sedativo e hipnótico, tranquilizante, diurético, anti-hipertensivo, anti-parkinsonianos.

ENFERMEIRA/COREN:

[Assinatura]
Zelinda M. P. de S. Barros
Enfermeira COREN 254525
Módulo 357 - HGV

Avenida General San Martín s/n - Candeiro
Recife/PE - CEP 50.630-060
Fone: 0XX81-31845800



UPA24h
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO

Prefeitura Municipal do Surubim
Secretaria de Saúde do Surubim

Drº Gentil Augusto de Miranda

LAUDO PARA TRANSPORTE DE PACIENTE

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

Hospital Local: <u>UPA</u>	Município: <u>Surubim</u>
Nome do Paciente: <u>Jonas Antonio B. Silva</u>	data de Nascimento: <u>27/11/91</u>
Quadro Clínico: <u>Quilinto vítima de acidente motorista dentro do TCE queixa-se de dor lateral e pernas doridas. Não perde a consciência</u> <u>do nariz: Seta, sem ADG, WSP</u> <u>Plumas dentárias (+) e direita</u>	
HD: <u>TCE com fratura mandibular e fratura exp. tibia</u>	
Assinatura do (a) Médico (a) Assistente <u>Marcelo Vinício D. P. Pamplona</u>	CRM: <u>Dr. Marcelo Vinício D. P. Pamplona</u> MÉDICO CRM-PE 24799
DATA: <u>10.08.19</u>	
Assinatura do (a) Enfermeiro (a) Chefe do Plantão	COREN: <u>[assinatura]</u>
DATA:	
1ª REMOÇÃO <u>5745781</u>	1º Hospital de Destino: <u>HCV</u>
	Município: <u>Surubim</u>
	Hora Saída
	Hora Chegada
Motivo (Registro Detalhado)	
Assinatura do (a) médico (a):	CRM:
2ª REMOÇÃO	2º Hospital de Destino:
	Município:
	Hora Saída
	Hora Chegada
Motivo (Registro Detalhado)	
Assinatura do (a) médico (a):	CRM:
Assinatura do Responsável	
Assinatura e carimbo do Técnico de Enfermagem	COREN:
Assinatura do Motorista	Placa da Ambulância:



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
HOSPITAL
GETÚLIO VARGAS



Secretaria Estadual de Saúde

RELATÓRIO DA OPERAÇÃO

Nome do paciente: CARLOS ANTÔNIO BARBOSA DA SILVA Registro: 1127563

Data da operação: 10/08/2019

Operador: Dr. Eduardo Moreno 1º auxiliar: Dr. José Romar

2º auxiliar: Dr. Jeoval Neto / Italo Binas

Anestesista: Dra Emanuela Galvão

Tipo de operação: Redução e fixação de fratura de corpo E e ângulo D de mandíbula.

Descrição operatória:

- 1) Paciente em decúbito dorsal horizontal sob anestesia geral
- 2) Antissepsia e aposição dos campos cirúrgicos
- 3) Colocação de tampão orofaríngeo
- 4) Infiltração anestésica com Bupivacaina 0,5% + epinefrina 1:200.000
- 5) Incisão e descolamento dos tecidos em região de corpo mandibular esquerdo
- 6) Incisão e descolamento dos tecidos em região de ângulo mandibular esquerdo
- 7) Redução e fixação de fratura complexa de corpo mandibular esquerdo com 2 placas (1x 4 furos, 1x 5 furos) e 8 parafusos do sistema 2.0
- 8) Redução e fixação de fratura complexa de ângulo mandibular direito com 1 placa (7 furos) e 5 parafusos do sistema 2.0
- 9) Limpeza e lavagem das feridas operatórias com S.F. 0,9%
- 10) Sutura por planos com fio reabsorvível Vicryl 4.0
- 11) Remoção do tampão orofaríngeo
- 12) Irrigação copiosa
- 13) À SRPA

Italo Binas
Cirurgia e Traumatologia
Buco-Maxilo-Facial
Residente HUGC / FOP / UPE
CRO/PE: 13615

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 ESTADO DE SÃO PAULO
 SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA
 INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO RICARDO GUILHERME DA SILVA
 8000-2

ASSINATURA DO TITULAR
Carlos Antonio Barbosa da Silva

FOTO

POLÍCIA DELEGADO

NÃO PLASTIFICAR

CPF: 110571194/31
 DOC ORDEM: SÃO PAULO - SP
 CN: LV.4446/FLS.092/N.323764
 NATURALIDADE: S. PAULO - SP
 FILIAÇÃO: JOSÉ ALEXANDRE FERREIRA DA SILVA
 RIZOLENE DE SOUSA BARBOSA
 NOME: CARLOS ANTONIO BARBOSA DA SILVA
 REGISTRO GERAL: 60.214.246-5
 DATA DE EMISSÃO: 04/08/2015
 DATA DE NACIMENTO: 27/11/1991
 ASSINATURA DO DIRETOR
 LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 ESTADO DE SÃO PAULO
 SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA
 INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO RICARDO GUILHERME DA SILVA
 8000-2

ASSINATURA DO TITULAR
Carlos Antonio Barbosa da Silva

FOTO

POLÍCIA DELEGADO

NÃO PLASTIFICAR

CPF: 110571194/31
 DOC ORDEM: SÃO PAULO - SP
 CN: LV.4446/FLS.092/N.323764
 NATURALIDADE: S. PAULO - SP
 FILIAÇÃO: JOSÉ ALEXANDRE FERREIRA DA SILVA
 RIZOLENE DE SOUSA BARBOSA
 NOME: CARLOS ANTONIO BARBOSA DA SILVA
 REGISTRO GERAL: 60.214.246-5
 DATA DE EMISSÃO: 04/08/2015
 DATA DE NACIMENTO: 27/11/1991
 ASSINATURA DO DIRETOR
 LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL