



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0397753/19

Vítima: CARLOS ANTONIO BARBOSA DA SILVA

CPF: 110.571.194-31

CPF de: Próprio

Data do acidente: 10/08/2019

Titular do CPF: CARLOS ANTONIO BARBOSA DA SILVA

Seguradora: COMPREV SEGURADORA S/A

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 LIDER

CONVÊNIO DPVAT

ASSUNTO: REANÁLISE DO PROCESSO PELO VALOR RECEBIDO

VÍTIMA: CARLOS ANTONIO BARBOSA DA SILVA

TIPO DE INDENIZAÇÃO: INVALIDEZ

SINISTRO n° 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
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 **Data do acidente:** 10/08/2019 **Seguradora:** COMPREV SEGURADORA
 SILVA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 25/11/2019

Valorização 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 CONFIÓ 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

Firma Reconhecida

SURUBIM - PE 21 DE AGOSTO 2019.

Carlos Antonio Barbosa da Silva

ASSINATURA DO OUTORGANTE

(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)

SERVENTIA REGISTRAL E NOTARIAL DE VERTENTE DO LÉRIO
Titular: FAGUNDES RODRIGUES DE MELO
Telefone: (81) 3634-7274

Reconheço por AUTENTICIDADE a firma de CARLOS ANTONIO BARBOSA DA SILVA. Em testemunho da verdade, dou fé. A Escrivente, Geysa Thaciana Sales. Emol. R\$ 3,59, TSMR R\$ 0,80, FERC R\$ 0,40, Total R\$ 4,79.

Geysa Thaciana Sales

Selo: 0159491.JR009201901.00021 10/09/2019 09:27:57
Consulte autenticidade em www.tjpe.jus.br/selodigital

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

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0397753/19

Vítima: CARLOS ANTONIO BARBOSA DA SILVA

CPF: 110.571.194-31

CPF de: Próprio

Data do acidente: 10/08/2019

Titular do CPF: CARLOS ANTONIO BARBOSA DA SILVA

Seguradora: COMPREV SEGURADORA S/A

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

CPF de: Próprio

Data do acidente: 10/08/2019

Titular do CPF: CARLOS ANTONIO BARBOSA DA SILVA

Seguradora: COMPREV SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Documentação médica-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

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data da apresentação: 06/12/2019

Data do cadastramento: 06/12/2019

Nome: EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Nome: Marta Marinho dos Santos

CPF: 574.940.534-68

CPF: 492.294.514-87

EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Marta Marinho dos Santos

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

Rio de Janeiro, 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

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

Rio de Janeiro, 18 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: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), CARLOS ANTONIO BARBOSA DA SILVA

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Autorização de pagamento	Apresentar o formulário Pedido do Seguro DPVAT, disponível em nosso site, com preenchimento completo/correto de todos os campos dos Dados Cadastrais, sem abreviações e/ou rasuras, confirmando as informações bancárias de titularidade da própria vítima/beneficiário, pois o banco recusou a realização do depósito da indenização/reembolso na conta bancária inicialmente informada.
---------------------------------	---

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

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

Rio de Janeiro, 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

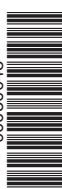
Agência: 000001295

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



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

Rio de Janeiro, 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:

310.571.194-31 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:

CARLOS BARBOSA DA SILVA

6 - CPF:

310.571.194-31

7 - Profissão:

R INFORMAR. RUA- LERIO DE BAIYO

8 - Endereço:

9 - Número:

13

10 - Complemento:

CASA

11 - Bairro:

GANCHO DO GALO

12 - Cidade:

SURUBIM

13 - Estado:

PE

14 - CEP:

55250-000

15 - E-mail:

16 - Tel.(DDD):

81-991613907

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:

RECUZO INFORMAR
 SEM RENDA

R\$1.00 A R\$1.000,00
 R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
 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 ECONÔMICA FEDERAL

AGÊNCIA: CONTA:

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: CONTA:

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, 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 atende a região do acidente ou da minha residência; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

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 Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima Sim Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:

30 - Vítima deixou nascituro (váfnascor)? Sim Não

31 - Vítima Sim Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:

33 - Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider 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

Impronta
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 - 1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

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

x Carlos Antonio Barbosa da Silva

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:	<input type="checkbox"/> DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)	<input checked="" type="checkbox"/> INVALIDEZ PERMANENTE	<input type="checkbox"/> MORTE
2 - Nº do sinistro ou ASL:	3 - CPF da vítima:	4 - Nome completo da vítima:	
510.571.194-31 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: CARLOS BARBOSA DA SILVA	6 - CPF: 510.571.194-31		
7 - Profissão: R INFORMAR. RUA- LERIO DE BAIYO	8 - Endereço: GANCHO DO GALO	9 - Número: 13	10 - Complemento: CASA
11 - Bairro: GANCHÔ DO GALO	12 - Cidade: SURUBIM	13 - Estado: PE	14 - CEP: 55250-000
15 - E-mail:	16 - Tel.(DDD): 81-991613907		

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:	<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00

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

<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)	<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
<input type="checkbox"/> Bradesco (237)	Nome do BANCO: _____
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001)	AGÊNCIA: _____
<input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)	CONTA: _____
AGÊNCIA: 1295	CONTA: 45205
(Informar o dígito se existir)	(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

<input checked="" type="checkbox"/> 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:
<ul style="list-style-type: none"> • 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:	<input type="checkbox"/> Solteiro	<input type="checkbox"/> Casado (no Civil)	<input type="checkbox"/> Divorciado	<input type="checkbox"/> Separado Judicialmente	<input type="checkbox"/> Viúvo	24 - Data do óbito da vítima:
25 - Grau de Parentesco com a vítima:	26 - Vítima deixou companheiro(a):	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:		
28 - Vítima teve filhos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:	30 - Vítima deixou nascituro (val nascer)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	31 - Vítima teve irmãos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:	33 - Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	

Este cliente 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 cliente, 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 declarante	35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)	38 - 1º Nome: _____ CPF: _____
	36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)	Assinatura da testemunha
	37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)	39 - 2º Nome: _____ CPF: _____
		Assinatura da testemunha

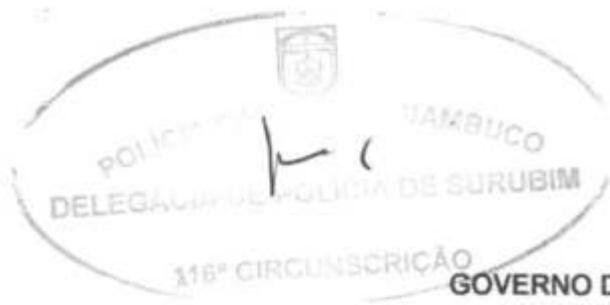
40 - Local e Data, **Surubim - PE 11/11/2019**

x Carlos Antônio Barbosa da Silva

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
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 116^a CIRCUNSCRIÇÃO - SURUBIM - DP116^aCIRC
DINTER1/16^aDESEC

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 - Culposo (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: **MUNICIPIO 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: **MUNICIPIO 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: **AUTOMOVEL/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, CLIDIU 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 DEVIDA GRAVIDADE DOS FERIMENTOS TRANSFERIDO PARA O HOSPITAL GETULIO VARGAS (HGV) NO RECIFE-PE, CONFORME APRESENTOU DECLARAÇÃO E BOLETIM DE EMERGÊNCIA N° 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 **Data do acidente:** 10/08/2019 **Seguradora:** COMPREV SEGURADORA
 SILVA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 25/11/2019

Valorização 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:

310.571.194-31 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:

CARLOS BARBOSA DA SILVA

6 - CPF:

310.571.194-31

7 - Profissão:

R INFORMAR. RUA- LERIO DE BAIYO

8 - Endereço:

9 - Número:

13

10 - Complemento:

CASA

11 - Bairro:

GANCHO DO GALO

12 - Cidade:

SURUBIM

13 - Estado:

PE

14 - CEP:

55250-000

15 - E-mail:

16 - Tel.(DDD):

81-991613907

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:

RECUZO INFORMAR
 SEM RENDA

R\$1.00 A R\$1.000,00
 R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
 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 ECONÔMICA FEDERAL

AGÊNCIA: CONTA:

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: CONTA:

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, 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 atende a região do acidente ou da minha residência; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

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 Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

Sim

Não

27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima Sim Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:

30 - Vítima deixou nascrito (vári nascos)? Sim Não

31 - Vítima Sim Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:

33 - Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider 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

Impronta
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 - 1º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

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

x Carlos Antonio Barbosa da Silva

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 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. JOSÉ 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 0810196

Atendimento ao deficiente auditivo ou de fala: 0800 281 0142

Ouvidoria 0800 282 5599

Agência de Regulação dos Serviços Públicos Delegados

do Estado de Pernambuco-ARPE: 0800 727 0167-

Ligação Gratuita de Telefones Fixos

Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL 167-

Ligação Gratuita de telefones fixos e tarifada

na origem para telefones celulares

DADOS DO CLIENTE! MARIA DOLORES DE LIMA	DATA DE VENCIMENTO 31/07/2019	DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL 24/07/2019	CONTA CONTRATO 7024418833
ENDERECO RUA LERIO DE BAIXO 13 CS-13 -SURUBIM/GANCHO DO GALO -55750-000 SURUBIM PE -	TOTAL A PAGAR R\$ 21,48	DATA DA APRESENTAÇÃO 24/07/2019	CLASSIFICAÇÃO RESIDENCIAL Monofásico B1
PERÍODO CONSUMO 22/06/2019 a 24/07/2019	CONSUMO 37	NÚMERO DA NOTA FISCAL 070878421	
ICMS - BASE DE CÁLCULO R\$ 0,00 Alíquota valor do imposto R\$ 0,00			

Destaque aqui

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA		VIA PARA PAGAMENTO		
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



Tarifas Sociais de Energia Elétrica: Criada pela Lei 10.430, de 25/04/02

NOTA FISCAL - FATURA - CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

Companhia Energética de Pernambuco
Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife - PE, CEP 50055-902
(81) 31.205.5333/5501-258 | Linha: 0300-561-451 | www.cepe.com.br

DADOS DO CLIENTE

DADOS DO CLIENTE:

ENDERECO DA UNIÃO DE CONSUMIDORA

EF 945.254.444.04

CENTRO/SURUBIM
SURUBIM/PE
CEP 59.000-000

**CLASSIFICAÇÃO
BIBLIOGRÁFICA
BIBLIOGRÁFICA**

PRELIMINARY

Project 1: Data Science

14/10/2019 07/11/2019

REF ID: A00000000000000000000000000000000

DESCRIÇÃO DO PRODUTO/FATURA	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ab-05(kWh)	100.000000	0,1089852	97,55
Achessimo Bandeira AMARELA			0,50
Achessimo Bandeira VE FIMELIA			5,01
Centro São Pública Municipal			6,84
ICMS Sistematizado CDE - NF 098234778-04/07/19			0,78
ICMS Sistematizado CDE - NF 073044282-05/06/19			0,80
Multa por atraso - NF 075040384 - 04/09/19			1,35
Valor por atraso - NF 075040384 - 04/09/19			0,11

102.74

ESTRUTURA FISCAL: RECONHECIMENTO DESTA NOVA FISCAL

NP DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR	ATUAL	NP DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (kWh)
DATA	LEITURA	DATA	LEITURA	DIAS			
11/05/2018	121.930,00	01/06/2018	121.237,00	59	1.000000		108,00

1100 J. Neurosci., November 1, 2006 • 26(44):1092–1100

COMMUNIQUE

CUMPOSIÇÃO DO CONSUMO

Date	Confirmed Cases
APR 16	400
APR 17	81
APR 18	113
APR 19	113
APR 20	162
APR 21	553
APR 22	172
APR 23	768
APR 24	162
APR 25	123
APR 26	176
APR 27	108

• 100 •

Other expenses 43 29.43

Requeremos que nos avisen de los resultados de la votación en las elecciones presidenciales de Estados Unidos de América. Muchas gracias.

CELPE
Servicios

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 fazenda 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 COAF²**.

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 nº 9.613/98.

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

SURUBIM, 10 de novembro de 2019
Local e Data:



Assinatura do Declarante



**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 (tibia e fibula) devido ao trauma, posteriormente foi encaminhado para a **unidade de pronto atendimento – upa**, Surubim-PE com o **código ID:S- 665281**.

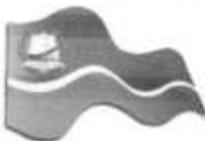

José Wagner Barbosa de Lima
Coordenador SAMU SURUBIM
MAT.10103
CORE/PE 399794 – ENF

PROTOCOLO RECEBIMENTO

RECEBI EM: _____/_____/_____

Rebedor

DOC: _____

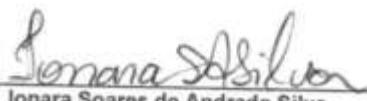


- DECLARAÇÃO -

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

Frontuário: 30102 CNS: _____
Nome: CARLOS ANTONIO BARBOSA DA SILVA
End.: _____
Idade: SURUBIM
Fam.: RISOLENE DE SOUSA BARBOSA
Profissão: _____

Idade: 27 Anos 8 Meses 14 Dias
Nascimento: 27/11/1991
Bairro: _____
Nac.: _____
Pai: JOSE ALEXANDRE FERREIRA DA SILVA
Responsável: _____

Sexo: MASCULINO
Est.Civil: SOLTEIRO
CEP: 55750000
Doc nº: 602142465
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:

SGS% Vizinho motorilônico h/ dor
de dor não evitável e forte.
Relata dor lombar
Ao exame: BPC, dor, dor cont
Mol. Atipic
Gut: perna direita (+) à dor

TRATAMENTO:

① Alívio da dor profunda
② Cetapropine 100 mg
③ Encaminho ao MGR (5745781)

XAMES COMPLEMENTARES:

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA:

CID:

INTIVO DA SAÍDA:

ESIDÊNCIA INTERNADO

CURATIVO BÁSICO ESP

TÉCNICO / COREN

USTIFICATIVA:

NEBULIZAÇÃO

RETIRADA DE PONTO

ENCAMINHADO:

CONSULTAS /ATENDIMENTO MÉDICO:

Dr. Marcos Vinten MÉDICO PGRM

REMOVIDO:

URGÊNCIA BÁSICA

URG. ESPECIALIZADA

MÉDICO

ÓBITO:

OBS. BÁSICA

OBS. ESPECIALIZADA

CRM PE 24799

HORÁRIO:

ás _____ h _____ m do dia _____

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

TÉCNICO / CONSELHO

HORÁRIO

DATA SAÍDA:

RECEPCIONISTA:

MARIA LUCINALDA PEREIRA DO NASCIMENTO

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

HORA SAÍDA:



UPA 24h
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:	1º Via Hospital de destino/2º Via Hospital local		
Nome do Paciente:	Município:	Surubim	
Quadro Clínico:	data de Nascimento: 27/11/91		
HD:	OT (E) 01 F (F) 01		
Assinatura do (a) Médico (a) Assistente	CRM:	DATA: 10.08.11	
Assinatura do (a) Enfermeiro (a) Chefe do Plantão	COREN:	DATA:	
5745781 1º REMOÇÃO	1º Hospital de Destino:	Município:	Hora Saída
	Motivo (Registro Detalhado)		
2º REMOÇÃO	2º Hospital de Destino:	Município:	Hora Chegada
	Motivo (Registro Detalhado)		
Assinatura do Responsável	CRM:		
Assinatura e carimbo do Técnico de Enfermagem	COREN:		
Assinatura do Motorista	Placa da Ambulância:		



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco

H O S P I T A L

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 diagnóstico 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 FIBULA 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

H O S P I T A L

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. Jeová Neto
Cirurgia de Trauma B&F
CRM-PE 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

SUMÁRIO DE ALTA

DATA DE ADMISSÃO	ENTRADA	LUTO	DATA DE ALTA	117 7563
DATA DE ADMISSÃO	DATA	DATA	DATA	
MOTIVO DA ADMISSÃO/EXAME/TESTE REALIZADO/CONSTITUENTE NO LAUDO MEDICO				
Comorbidade				
Procedimento solicitado				
Procedimento realizados/exames realizados (marcar no verso)				

Notas operatórias: 1) Pecten recto com feto

DATA DA INTERNAÇÃO	10/8/19	DATA DA ALTA	13/8/19	DIAS DE INTERNAÇÃO
COORDENADOR DO PROCEDIMENTO REALIZADO		CD	CARREGUEIRO/FATURAMENTO	

CDG	ÉQUIPE	NOME DO PROFISSIONAL	MATRÍCULA
1	DIRIGIÇÃO	Dr. Graciliano	
2	1º AUXÍLIO CIRÚRGICO	Dr. Fábio	
3	2º AUXÍLIO CIRÚRGICO		
4	ANESTESISTA		
5	CLÍNICO		

DIÁRIA DE ACOMPANHANTE	PROCEDIMENTOS ESPECIAIS
DIÁRIA DE UTI	<input type="checkbox"/> HEMODIALISE
MUDANÇA DE PROCEDIMENTO	<input type="checkbox"/> USO DE FATORES DE COAGULAÇÃO
USO DE ORTESE E FROTESE	<input type="checkbox"/> USO DE OXIGÉNIO

RESUMO DO CASO (LETRA LEGÍVEL)
ACHADOS CLÍNICOS, PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÉUTICOS REALIZADOS

Pecten recto com histerófeto
ancorado na borda do recto com
prani em M. V

MEDICAÇÕES UTILIZADAS E DE ALTA:

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL

Notas operatórias: 1) Pecten recto com feto

CONDICÕES CLÍNICAS NA ALTA:

MOTIVO DA ALTA:	<input type="checkbox"/> CURADO	<input checked="" type="checkbox"/> MELHORADO	<input type="checkbox"/> TRANSFERÊNCIA	ÓSTO
	<input type="checkbox"/> OUTROS			<input type="checkbox"/> IMI <input type="checkbox"/> SVD <input type="checkbox"/> BO

ORIENTAÇÃO QUANTO ACOMPANHAMENTO (AMBULATÓRIO DE RETORNO/ DATA DE RETORNO)

repetição / mês / hystofeto / dentro de 1 mês / telefone 4098 (R.W. 1)

OBSEVAÇÃO: Enviar ao Faturamento com todos os dados devidamente preenchidos no prazo máximo de 48 horas após a alta do paciente

Obs: Agende BAF p/ alta hospitalar

13/8/19
DATA

Dr. Carliomano Maciel
CRM-PE 100062
CRM-UEM/CRM-MG/CRM
SBOT 8929



Paciente

Relatório de Alta Hospitalar
Cirurgia Bucal-Maxilo-Facial

Reg: 1127563

PRONTO-ESCRITÓRIO DE MEDICINA DO TRAUMA E MACEV

Internado: 10/08/2019

Cirurgião

Dr. Edmundo Fernandes

Dr. Jerval Neto

Dr. Italo Biniac

Dr. Emanuela Gialvão

Alta: 13/08/2019

Dr. Jerval Neto

Dr. Italo Biniac

Dr. Emanuela Gialvão

Retornar ao ambulatório De Dra Thaisa, dia 19/08/19, Segunda-feira, as 07h.
(Favor Abrir pronto-área)

Condições clínicas (no momento da alta Hospitalar)

PACIENTE EM SEU 3º DIA DE REDUÇÃO E FIXAÇÃO DE FRACTURA BILATERAL DE MANDÍBULA. EVOLUI EM EBG, CONSCIENTE, ORIENTADO, NORMOCORADO, EUPNEICO, AFEBRIL AO TOQUE AO EXAME FÍSICO. APRESENTA SUTURAS EM POSIÇÃO SEM SINAL DE DESCÊNCIA, DISCRETO EDEMA EM FACE, BOA ABERTURA BUCAL. OCCLUSÃO ADEQUADA. PACIENTE SEM QUEIXAS ALGICAS EM CONDIÇÃO DE ALTA HOSPITALAR.

CD:

- 1- ORIENTAÇÃO E PRÉ-SERVIÇO DOMICILIAR
- 2- ACOMPANHAMENTO AMBULATÓRIO
- 3- ALTA HOSPITALAR

exf, 13 de Agosto de 2019.

Dr. Jerval Neto
(Início de mandado)
Cirurgião: 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 história acidente motociclistico cursando com trauma em face. **CID: S02.6.** Realizou cirurgia de Redução e Fixação de fratura bilateral de mandíbula no dia 10/08/2019. Recebeu alta no dia 13/08/2019, permanecendo em acompanhamento ambulatorial.

Dr.  Neto
Cirurgião Trauma BMS
CRM-PE 11519

RECIFE, 13 DE AGOSTO DE 2019



Ministério da Saúde do Estado da Paraíba
HOSPITAL
Getúlio Vargas



ATESTADO MÉDICO

ATESTO que o (a) Sr (a) Carlo

Antônio Bonfaze Filho

necessita de 15

01/10/85 dias de

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

582

CID _____

HGW

HOSPITAL OU AMBULATÓRIO

Recife 10/10/19

LOCALIDADE E DATA

Dr. Carlomano Magalhães
Ortopedia
CRM-PE 12978
CRF-PE 8929

Assinatura do Médico - CRM nº

NOTA: Este atestado é válido para finalidades
previstas no Art. 86 do RGPS aprovado pelo Decreto
nº 50.501 de 14/03/1967 e será expedido para
justificativa de 01 a 15 dias de afastamento do
trabalho.

Av. das Gerais San Martin s/n - Coronel

Rio do Pe - CEP 58.600-000

Fone (033) 31.2784-8880

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 OSTEOSÍNTESE COM HASTE INTRAMEDULAR NA TÍBIA DIREITA + REDUÇÃO + OSTEOSÍNTESE COM PLACA E PARAFUSOS DA MANDÍBULA.

5. Observação: ACIDENTE MOTOCICLÍSTICO.

DATA: 22.10.2019

HORA: 13:00:38

PASTA: 01.10.2019

GSL

RS

Gustavo Souza Leão
CRM - 13.075

Dr. Gustavo Souza Leão.

1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome: CARLOS ANTONIO BARBOSA DA SILVA
 Data Nasc.: 27/11/1991 Idade: 27 S
 CPF: RG: 602142465

Endereço: SITIO LERIO DE BAIXO

Bairro: CENTRO

Cidade: SURUBIM

CEP: 55750971 Fone: 98893411

Nome da Mãe: RISOLENE SOUZA BARBOSA

Acompanhante:

Nome do Conjugue:

Local de Procedência: OUTROS HOSPITAIS

Clinica: ORTOPEDIA 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:

Atropelamento: Sim Não Motorista: Passageiro:

Vítima de Ferimento: Sim Não Local de Impacto:

Queimadura: Sim Não Sofreu Queda: Sim Não Altura m

Condições de imobilização adequadas: Sim Não Por:

Observações: Transporte Realizado por:

Por que:

Exame Físico:

A: Geral

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

B: Respiratório

C: Circulatório

PA: x mmm Pulso: bpm

D: Exames Neurológico

Deficiência motora: MSD MSE MID MIE Pupilas: Isocôricas Anisocôricas

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:

Norton Nunes
Ass. Médico + Carimbo

Tratamento / Procedimentos:

Código Procedimento:

Piperacile 4 - 240g/500ml a 1000ml qd 20

SPC - 500ml qd 20

SPC - 2000ml qd 20

1 = 3 = 6

Ass. Médico + Carimbo

Indicação Cirúrgica: Sim Não Motivo:

Evolução de Enfermagem:

Ass. Enfermeira + Carimbo

SA 1000ml qd 20

500ml qd 20

500ml qd 20

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

Assist. Social:

Confirmação do Nome:

Confirmação do Endereço:

Providências: Alta Transferência Estudo de Caso Exames Externos Assist. Social

Observações:

Autorização para Alta / internamento / Transferência

Médico:

CRM/CRO:

Data:

Hora:

Termo de Responsabilidade Para Internamento :

- Estou ciente das normas existentes 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 nosocomio, 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 THIAGOBM impressão: 10/08/2019 14:04 h THIAGOBM

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

NAME:

Nº DO REGISTRO:

SETOR:

DATA DE ADMISSÃO

ASSINALAR COM X TODOS OS ITENS DE RISCO IDENTIFICADOS.

ASSINALAR SOMENTE OS ITENS DE RISCO E NÃO ASSINALAR SOMENTE OS ITENS DE RISCO.

- 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: HIPOGlicemíA)~~
 - ~~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:

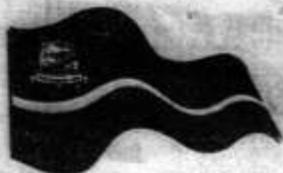
ENTREGA DO PODER: SIM NÃO ASSINATURA (ORIENTADO): _____

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 enfermaria 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:

Avenida General San Martín s/n – Cordero
Recife/P.E – CEP 50.630-060
Fone: (81) 211845600



UPA 24h
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:	Município:		
Nome do Paciente:	data de Nascimento:		
Quadro Clínico:	1º Hospital de destino/2º Via Hospital local		
HD:	OTC E lata Ø Fratura mandibular Ø Fratura exp. tibial O		
Assinatura do (a) Médico (a) Assistente	CRM:	DATA:	
<i>Marcos Vinícius D. P. Pamparo</i>	Dr. Vinícius D. P. Pamparo DATA: 10-08-10 MÉDICO CRM-PE 24799	10-08-10	
Assinatura do (a) Enfermeiro (a) Chefe do Plantão	COREN:	DATA:	
5745781 1ª REMOÇÃO	1º Hospital de Destino: <i>Hu-V</i>	Município:	Hora Saída
	Motivo (Registro Detalhado)		
2ª REMOÇÃO	Assinatura do (a) médico (a):	CRM:	
	2º Hospital de Destino:	Município:	Hora Saída
Motivo (Registro Detalhado)			
Assinatura do Responsável			
Assinatura e carimbo do Técnico de Enfermagem	COREN:		
Assinatura do Motorista	Placa da Ambulância:		



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 Bupivacaína 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 HUOC / FOP / UPe
CRO/PE: 13615

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL		04/08/2015	60.214.246-5	1 VIA	DATA DE EMISSÃO	04/08/2015
CARLOS ANTONIO BARBOSA DA SILVA		PREFEITO JOSE ALDENOR DE FERREIRA DA SILVA				
CARLOS ANTONIO BARBOSA DA SILVA		RESOLUÇÃO DE SÓUSA BARBOSA				
PREFEITO JOSE ALDENOR DE FERREIRA DA SILVA		MATERIAL DE EDIFICAÇÃO				
S.PAULO - SP		DATA DE MAGISTERIUM				
27/11/1991		DOC. ORIGINAIS				
SÃO PAULO - SP SANTO AMARO CN:LV.M466/F.59092/N.323764		110571194/31				
ASSINATURA DO DIRETOR		LEI N° 7.116 DE 28/06/83				