

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, 14 de Fevereiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200075091

Vítima: DAILTON SILVA RALF

Data do Acidente: 24/11/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ROSSANA LIGIA FERNANDES DANTAS

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), DAILTON SILVA RALF

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, 27 de Fevereiro de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200075091 **Vítima: DAILTON SILVA RALF**

Data do Acidente: 24/11/2019 **Cobertura: INVALIDEZ**

Procurador: ROSSANA LIGIA FERNANDES DANTAS

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), DAILTON SILVA RALF

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\$ 843,75

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos punhos

25%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 25%) 6,25%

Valor a indenizar: 6,25% x 13.500,00 = R\$ 843,75

Recebedor: DAILTON SILVA RALF

Valor: R\$ 843,75

Banco: 237

Agência: 000002080-0

Conta: 000000508562-4

Tipo: CONTA CORRENTE

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

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorno ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha(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:

043.734.244-69

4 - Nome completo da vítima:

DALTON SILVA RAJF

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP N° 945/2012

5 - Nome completo:

DALTON SILVA RAJF

6 - CPF:

043.734.244-69

7 - Profissão:

VIGILANTE

8 - Endereço:

AVENIDA AURÉLIA JACOBINA N° 416

9 - Complemento:

esq

11 - Bairro:

Centro

12 - Cidade:

Porto Alegre

13 - Estado:

RS

14 - CEP:

53550-540

15 - E-mail:

Daltonrajf@hotmai.com

16 - Telefone:

(31) 999464109 (31) 3538-0069

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)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

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

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

CONTA:

AGÊNCIA: 2081

CONTA:

0508562 4

(Inserir 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 consciente após a efetivação do crédito, cútioção total do valor recebido.

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

INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de prestar à justiça o laudo do Instituto Médico Legal (IMI) para os fins da requisição de indenização, devido ao motivo que me impede de permanecer. Uma vez que (assinalar uma das opções):

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

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

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

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

MORTE

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado: Solteiro Casado (na Chilé) Divorciado Separado/Reconciliado Viúvo(a) Outro (escolha)

24 - Data da

25 - Se a vítima é menor de idade: Sim Não 27 - Se a vítima deixou herdeiro(s), informar o nome completo:

26 - Se a vítima é menor de idade:

26 - Vítima deixou companheira(s): Sim Não

32 - Se tem irmãos, informar

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

28 - Vítima Sim Não

29 - Se tinha filhos, informar

32 - Se tem irmãos, informar

29 - Vítima Sim Não

30 - Vítima deixou

32 - Se tem irmãos, informar

29 - Vítima Sim Não

31 - Vítima Sim Não

32 - Se tem irmãos, informar

29 - Vítima Sim Não

31 - Vítima Sim Não

32 - Se tem irmãos, informar

29 - Vítima Sim Não

31 - Vítima Sim Não

32 - Se tem irmãos, informar

29 - Vítima Sim Não

31 - Vítima Sim Não

32 - Se tem irmãos, informar

29 - Vítima Sim Não

31 - Vítima Sim Não

32 - Se tem irmãos, informar

29 - Vítima Sim Não

31 - Vítima Sim Não

32 - Se tem irmãos, informar

29 - Vítima Sim Não

31 - Vítima Sim Não

32 - Se tem irmãos, informar

29 - Vítima Sim Não

31 - Vítima Sim Não

32 - Se tem irmãos, informar

29 - Vítima Sim Não

31 - Vítima Sim Não

32 - Se tem irmãos, informar

29 - Vítima Sim Não

31 - Vítima Sim Não

32 - Se tem irmãos, informar

29 - Vítima Sim Não

31 - Vítima Sim Não

32 - Se tem irmãos, informar

29 - Vítima Sim Não

31 - Vítima Sim Não

32 - Se tem irmãos, informar

29 - Vítima Sim Não

31 - Vítima Sim Não

32 - Se tem irmãos, informar

29 - Vítima Sim Não

31 - Vítima Sim Não

32 - Se tem irmãos, informar

29 - Vítima Sim Não

31 - Vítima Sim Não

32 - Se tem irmãos, informar

29 - Vítima Sim Não

31 - Vítima Sim Não

32 - Se tem irmãos, informar

29 - Vítima Sim Não

31 - Vítima Sim Não

32 - Se tem irmãos, informar

29 - Vítima Sim Não

31 - Vítima Sim Não

32 - Se tem irmãos, informar

29 - Vítima Sim Não

31 - Vítima Sim Não

32 - Se tem irmãos, informar

29 - Vítima Sim Não

31 - Vítima Sim Não

32 - Se tem irmãos, informar

29 - Vítima Sim Não

31 - Vítima Sim Não

32 - Se tem irmãos, informar

29 - Vítima Sim Não

31 - Vítima Sim Não

32 - Se tem irmãos, informar

29 - Vítima Sim Não

31 - Vítima Sim Não

32 - Se tem irmãos, informar

29 - Vítima Sim Não

31 - Vítima Sim Não

32 - Se tem irmãos, informar

29 - Vítima Sim Não

31 - Vítima Sim Não

32 - Se tem irmãos, informar

29 - Vítima Sim Não

31 - Vítima Sim Não

32 - Se tem irmãos, informar

29 - Vítima Sim Não

31 - Vítima Sim Não

32 - Se tem irmãos, informar

29 - Vítima Sim Não

31 - Vítima Sim Não

32 - Se tem irmãos, informar

29 - Vítima Sim Não

31 - Vítima Sim Não

32 - Se tem irmãos, informar

29 - Vítima Sim Não

31 - Vítima Sim Não

32 - Se tem irmãos, informar

29 - Vítima Sim Não

31 - Vítima Sim Não

32 - Se tem irmãos, informar

29 - Vítima Sim Não

31 - Vítima Sim Não

32 - Se tem irmãos, informar

29 - Vítima Sim Não

31 - Vítima Sim Não

32 - Se tem irmãos, informar

29 - Vítima Sim Não

31 - Vítima Sim Não

32 - Se tem irmãos, informar

29 - Vítima Sim Não

31 - Vítima Sim Não

32 - Se tem irmãos, informar

29 - Vítima Sim Não

31 - Vítima Sim Não

32 - Se tem irmãos, informar

29 - Vítima Sim Não

31 - Vítima Sim Não

32 - Se tem irmãos, informar

29 - Vítima Sim Não

31 - Vítima Sim Não

32 - Se tem irmãos, informar

29 - Vítima Sim Não

31 - Vítima Sim Não

32 - Se tem irmãos, informar

29 - Vítima Sim Não

31 - Vítima Sim Não

32 - Se tem irmãos, informar

29 - Vítima Sim Não

31 - Vítima Sim Não

32 - Se tem irmãos, informar

29 - Vítima Sim Não

31 - Vítima Sim Não

32 - Se tem irmãos, informar

29 - Vítima Sim Não

31 - Vítima Sim Não

32 - Se tem irmãos, informar

29 - Vítima Sim Não

31 - Vítima Sim Não

32 - Se tem irmãos, informar

29 - Vítima Sim Não

31 - Vítima Sim Não

32 - Se tem irmãos, informar

29 -

571930
0060764/20

GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 033ª CIRCUNSCRIÇÃO - CRUZ DE REBOUÇAS - DP33ªCIRC
DIM/8ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N.º **20E0123000020**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **03/01/2020** às **15:55**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado) que aconteceu no dia 24/11/2019 às 14:30

Fato ocorrido no endereço: **BAIRRO DE CRUZ DE REBOUCAS (BAIRRO), 1 - Bairro: CRUZ DE REBOUCAS - IGARASSU/PERNAMBUCO/BRASIL** - Ponto de Referência: **CEMITÉRIO VALE DA SAUDADE**

Local do Fato: **VIA PÚBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

PESSOA DESCONHECIDA (AUTOR/AGENTE)
DAILTON SILVA RALF (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): PESSOA DESCONHECIDA
VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): DAILTON SILVA RALF

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

DAILTON SILVA RALF (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **MARIA DO SOCORRO DA SILVA** Pai: **DILTON CORREIA RALF** Data de Nascimento: **19/5/1981** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **5425833/SSP/PE (RG), 04173424469 (CPF), 03340022350 (CNH)** Estado Civil: **CASADO(A)** Escolaridade: **2º GRAU COMPLETO** Profissão: **VIGILANTE** Telefones Celulares: **- 86539344**

Endereço Residencial: **TRAVESSA ANANIAS LACERDA DE ANDRADE, 416 - CEP: 0 - Bairro: PLANALTO - ABREU E LIMA/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

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

VEICULO MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **DAILTON SILVA RALF**, que estava em posse do(a) Sr(a): **DAILTON SILVA RALF**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/XR 200R** Objeto apreendido: **Não**
Cor **VERMELHA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **KJY2790** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO)

VEICULO VW KOMBI (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **PESSOA DESCONHECIDA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **PESSOA DESCONHECIDA**

Categoria/Marca/Modelo: **AUTOMÓVEL/VW/KOMBI** Objeto apreendido: **Não**

Cor: **BRANCA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Complemento / Observação

INFORMA O SENHOR DAILTON ,QUE VINHA PILOTANDO SUA MOTOCICLETA NATURALMENTE QUANDO FOI SUPREENDIDO POR UM VEICULO KOMBI QUE APARECEU DE REPENTE EM SUA FRENTES FAZENDO COM QUE O MESMO DESVIARSE DA SUA ROTA E NESSA TENTATIVA PERDEU O CONTROLE DA MESMA VINDO A CAIR AO SOLO JUNTAMENTE COM A MOTOCICLETA,SENDO SOCORRIDO POR PESSOA CONHECIDA PARA UPA DE CRUZ DE REBOUÇAS,IGARASSU-PÉ,PELO EXPOSTO VEIO A ESTA DELEGACIA COMUNICAR O FATO

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


 Dalton Silva Ralf

**DAILTON SILVA RALF
(VITIMA)**

B.O. registrado por: **JAIR GOMES DA SILVA** - Matrícula: **3811751**



UPA 24 HORAS - IGARASSU

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

Data e hora retirada da senha: 25/11/2019 08:21

PROTÓCOLO CLASSIFICAÇÃO REDE IMIP

Nome Paciente:	DAILTON SILVA RALF
Cód. Paciente:	
Data de Nascimento:	19/05/1981
Sexo:	Masculino
Idade:	38 anos.
Senha:	0066
Convênio:	
Atendimento:	
SAME:	

Período: 25/11/2019 08:44 - 25/11/2019 08:45

MIRELLA DE PAULA BARBOSA CORREIA - COREN: 452782 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - CLASSIFICAÇÃO

Prioridade:

Cor:

VERDE

Queixa Principal: DOR NO MSE APOS QUEDA DE MOTO ONTEM

Observação: DM-

HAS-

ALERGIA MEDICAMENTOSA: NEGA

Fluxograma sintoma: TRAUMA

Discriminador(es): - DOR LEVE (1-3/10)
- EVENTO (TRAUMA) HÁ MAIS DE 6H

Especialidade: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Sinais Vitais Lidos: - FREQUÊNCIA CARDIÁCA: 77,00 BPM
- P.A. DISTOLICA: 90,00 MMHG
- P.A. SISTOLICA: 160,00 MMHG

Acolhida(a) por: MIRELLA DE PAULA BARBOSA CORREIA - COREN: 452782 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data impressão: 25/11/2019 08:45

BRADESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 237 AGÊNCIA: 2373-6 CONTA: 000000429200-6

DATA DA TRANSFERENCIA: 20/02/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 843,75

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: DAILTON SILVA RALF

BANCO: 237

AGÊNCIA: 02080-0

CONTA: 000000508562-4

Nr. Autenticação

BRADESCO2002202005000000000237020800000050856284375 PAGO

CAIXA

SAUDE DA PESSOA IDADE DA VIDA



RECIBO DE ENVIAMENTO DE CORREIO

CTG RECÉM PE P.R. DATA DE POSTAGEM: 03/03/2018

DALTTON SILVA RALF
AV ANANIAS LACERDA DE ANDRA, 416
CAETES VELHO
53650-540 ABREU E LIMA PE



98272

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DINHEIRO
CIRCULAR SUSEP 445/12

Para maiores esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradora.com.br> ou ligue para 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=29638>

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 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 **ROSSANA LÍGIA FERNANDES DANTAS** inscrito (a) no **CPF/CNPJ 884.647.684-00**,
na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Dalton gilva Ralfe,
inscrito (a) no CPF sob o Nº 041.734.244-69, do sinistro de DPVAT cobertura **INVALIDEZ** da Vítima
Dalton gilva Ralfe, inscrito (a) no CPF sob o Nº 041.734.244-69,
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 no endereço informado.

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

Endereço	AVENIDA JOAQUIM NABUCO	Número	200	Complemento	CASA
Bairro	TIMBÓ	Cidade	ABREU E LIMA	Estado	PE
Email: balbinospe@hotmail.com			Telefone Comercial (DDD)	Telephone celular (DDD)	(81) 3538.0069 (81) 98721.5834

Assinatura do Declarante

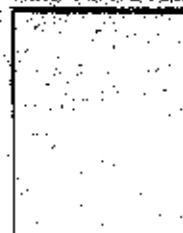
Assine o dia 11 de fevereiro de 2020
Rossana Lígia Fernandes Dantos

UPA 24 HORAS - IGARASSU

Resumo de Classificação de Risco - Protocolo

PROTÓCOLO CLASSIFICAÇÃO REDE IMP

Data e hora retirada da senha: 25/11/2019 08:21



Nome Paciente: DAILTON SILVA RALF
Cód. Paciente:
Data de Nascimento: 19/05/1981
Sexo: Masculino
Idade: 38 anos
Senha: 0056
Convênio:
Atendimento:
SAME:

Período: 25/11/2019 08:44 - 25/11/2019 08:45

MIRELLA DE PAULA BARBOSA CORREIA - COREN: 452782 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - CLASSIFICAÇÃO

Prioridade:

INTERVENÇÃO PREVENTIVA

Cor:

VERDE

Queixa Principal: DOR NO MSE APOS QUEDA DE MOTO ONTEM

Observação: DM-

HAS-

ALÉRGIA MEDICAMENTOSA: NEGA

Fluxograma sintoma: TRAUMA

Discriminador(es):
- DOR LEVE (1-3/10)
- EVENTO (TRAUMA) HÁ MAIS DE 6H

Especialidade: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Sinais Vitais Lidos:

- FREQUENCIA CARDIACA: 77.00 BPM
- P.A. DISTOLICA: 90.00 MMHG
- P.A. SISTOLICA: 160.00 MMHG

Acolhido(a) por: MIRELLA DE PAULA BARBOSA CORREIA - COREN: 452782 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data impressão: 25/11/2019 08:46

Atendimento: 1157948

Senha da Classificação:

Data e Hora: 25/11/2019 08:53

Paciente: 23705 DAILTON SILVA RALF

Sexo: MASCULINO

Nome Social:

Cor: Parda

Escolaridade: MEDIO (2º GRAU) COMPLETO

Data do Nascimento: 19/05/1981

idade: 38

anos

Convenio: 2

SUS - PRONTO ATENDIMENTO

Nome da Mãe: MARIA DO SOCORRO DA SILVA

Nome do Pai:

Estado Civil: SOLTEIRO

Nome do Médico: ORTOPEDISTA - PLANTONISTA

CRM: 1234567

Endereço: RUA ANANIAS LACERDA DE A -

416

Bairro: CENTRO

Cidade/UF: ABREU E LIMA

PE

Cep: 53560970

Unidade Atendimento: CECILIA MRS

RG (Identidade): 5425833

SSP/PE

Data de Emissão:

CNS: 704302525914192

CPF (Cadastro de Pessoa Física):

Fone: 86529344

CRN(Gertidão de Registro de Nasc):

Data de Emissão CRN:

PESO: ALTURA: TEMPERATURA: °C FC: bpm PR: bpm PA: mmHg

DATA: 25/11/19

HORA:

QUEIXA PRINCIPAL / DURAÇÃO / HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL

EXAME FÍSICO:

HIPÓTESE (S) DIAGNÓSTICA (S):

SOLICITAÇÃO DE EXAMES:

PRESCRIÇÃO MÉDICA

HORÁRIO

Médico / Cremepa:

ENCAMINHADO: Ambulatório Sala Verde Sala Amarela Sala Vermelha

Médico / Cremepa:

MARCELA LIMA GOMES
ORTOPEDISTA PLANTONISTA
CREMEPE 2160

EVOLUÇÃO CLÍNICA (pareceres, resultado de exames, etc.)

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM (ASS/COREN)

EVOLUÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL (ASS/GRESS)

DESTINO:

ALTA: Melhorada

Com Atestado

Com Prescrição

TRANSFERÊNCIA:

LOCAL:

30

SENHA:

ÓBITO:

Data:

ATESTADO DE ÓBITO SVO IML

MARIA LIMA GOMES
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA
CRMPE 2440

Médico / Cremape:

TERMO DE RESPONSABILIDADE DE ALTA A PEDIDO PARA MAIORES DE 18 ANOS

Responsabilizo-me pela recusa do tratamento médico proposto e saída deste serviço de saúde, assim como tenho absoluto conhecimento sobre todas as consequências que desse ato possam advir.

DATA: / /

HORA: _____

NOME LEGÍVEL:

RG:

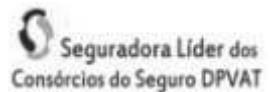
GRAU DE PARENTESCO:

ASSINATURA:

RECEPÇÃO / CARIMBOS:



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0060784/20

Vítima: DAILTON SILVA RALF

CPF: 041.734.244-69

CPF de: Próprio

Data do acidente: 24/11/2019

Titular do CPF: DAILTON SILVA RALF

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

ROSSANA LIGIA FERNANDES DANTAS : 884.647.684-00

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

DAILTON SILVA RALF : 041.734.244-69

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: 13/02/2020
Nome: ROSSANA LIGIA FERNANDES DANTAS
CPF: 884.647.684-00

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 13/02/2020
Nome: Isabelli Antonia dos Santos Ursulino
CPF: 106.719.384-79

ROSSANA LIGIA FERNANDES DANTAS

Isabelli Antonia dos Santos Ursulino

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3200075091 **Cidade:** Igarassu **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: DAILTON SILVA RALF **Data do acidente:** 24/11/2019 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 14/02/2020

Valorização do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DISTAL DO RÁDIO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR P.2
ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO PUNHO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DO PUNHO ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos punhos	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0060784/20

Vítima: DAILTON SILVA RALF

CPF: 041.734.244-69

CPF de: Próprio

Data do acidente: 24/11/2019

Titular do CPF: DAILTON SILVA RALF

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

ROSSANA LIGIA FERNANDES DANTAS : 884.647.684-00

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

DAILTON SILVA RALF : 041.734.244-69

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: 13/02/2020
Nome: ROSSANA LIGIA FERNANDES DANTAS
CPF: 884.647.684-00

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 13/02/2020
Nome: Isabelli Antonia dos Santos Ursulino
CPF: 106.719.384-79

ROSSANA LIGIA FERNANDES DANTAS

Isabelli Antonia dos Santos Ursulino