

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, 05 de Fevereiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200057338

Vítima: BERIVALDO FIRMINO NERES

Data do Acidente: 27/10/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ROSSANA LIGIA FERNANDES DANTAS

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), BERIVALDO FIRMINO NERES

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



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:
074.186.404-55 **BERIVALDO Firmiano NEROS.**

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

5 - Nome completo:	BERIVALDO Firmiano NEROS		6 - CPF:	074.186.404-55
7 - Profissão:	MOTORISTA	8 - Endereço:	9 - Número: 64 10 - Complemento: 01-03 APTO 02	
11 - Bairro:	Fragoso	12 - Cidade:	Olinda	13 - Estado: PE 14 - CEP: 53090-500
15 - E-mail:	balbinospe@hotmail.com		(81)999441109	16 - Tel.(DDD): (81)3538-0069

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

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

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

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

<input type="checkbox"/> Bradesco (237)	<input type="checkbox"/> Itaú (341)
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001)	<input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: **1581** CONTA: **00031604 5**
 (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

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 por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado 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 <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	29 - Se tinha filhos, informar teve filhos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	30 - Vítima deixou nascituro (vel/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: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	33 - Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Vivos: Falecidos:				Vivos: Falecidos:	

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

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

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

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

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

40 - Local e Data:

Nordeste 03/01/2020
BERIVALDO Firmiano NEROS

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

576076
0046881/20

GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 026ª CIRCUNSCRIÇÃO - RIO DOCE - DP26ªCIRC
DIM/7ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **19E0116003671**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **06/12/2019** às **12:03**

ATROPELAMENTO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado) que aconteceu no dia **27/10/2019** às **16:00**

Fato ocorrido no endereço: **AVENIDA MEXICO, 01** - Bairro: **RIO DOCE - OLINDA/PERNAMBUCO /BRASIL** - Ponto de Referência: **PROXIMO A PRAÇA QQUE VAI PARA O TODO DIA**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

PESSOA NÃO IDENFICADA (AUTOR \ AGENTE)
BERIVALDO FIRMINO NERES (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): PESSOA NÃO IDENFICADA

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): BERIVALDO FIRMINO NERES

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

BERIVALDO FIRMINO NERES (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **ELIANE FIRMINO NERES**
Data de Nascimento: **30/9/1986** Naturalidade: **PALMARES / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **07418640455**
(CPF) Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **1º. GRAU COMPLETO** Profissão: **ASTRONOMO** Telefones Celulares:
- 996976459

Endereço Residencial: **RUA SETENTA, 02, BLOCO 03 APARTAMENTO 02 - CEP: 55000-000 - Bairro: RIO DOCE - OLINDA/PERNAMBUCO/BRASIL, ARMAZÉM DE SILVERIO**

PESSOA NÃO IDENFICADA (não presente ao plantão) - Sexo: **Desconhecido** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL** Estado Civil: **DESCONHECIDO** Escolaridade: **DESCONHECIDO**

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

BICICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **BERIVALDO FIRMINO NERES**, que estava em posse do(a) Sr(a): **BERIVALDO FIRMINO NERES**
Categoria/Marca/Modelo: **UTILITARIO/NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **PRETA** - Quantidade: **(UNIDADE)**

MOTO (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **PESSOA NÃO IDENFICADA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **PESSOA NÃO IDENFICADA**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**
Quantidade: **(UNIDADE)**

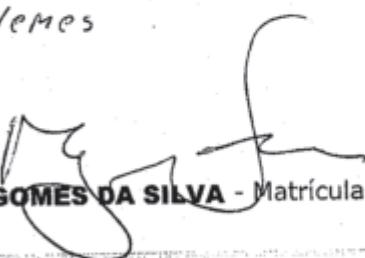
Complemento / Observação

VEIO A ESTA DELEGACIA INFORMAR QUE FOI VÍTIMA DE ATROPELAMENTO QUANDO ESTAVA TRANSITANDO -RUA MÉXICO COM SUA BICICLETA QUANDO DE REPENTE SURGIU UMA MOTO E LHE ATINGIU PELAS COS -TAS CAUSANDO AVARIAS EM SUA BICICLETA NO GUIDOM E A LUVA ESQUERDA, QUE ELE AO CAIR SOFREU -TRAUMA NO BRAÇO DIREITO E NO QUEIXO, QUE FOI SOCORRIDO POR POPULARES PARA A UPA DE OLINDA LOCAL ONDE RECEBEU OS PRIMEIROS SOCORROS E EM SEGUIDA FOI TRANSFERIDO PARA O HSPITAL MI -GUEL ARRAES DE ALENCAR ON FOI CIRÚGIADO E QUE PASSOU 05(CINCO) DIAS INTERNADO NAQUELE -HOSPITAL.SOLICITA PROVIDÊNCIAS POLICIAIS.XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

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

* *Berivaldo Firmino Nemes*

**BERIVALDO FIRMINO NERES
(VITIMA)**



B.O. registrado por: **ALDEMAR GOMES DA SILVA** - Matrícula: **3809323**

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:
074.186.404-55 **BERIVALDO Firmiano NEROS.**

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

5 - Nome completo:	BERIVALDO Firmiano NEROS		6 - CPF:	074.186.404-55
7 - Profissão:	MOTORISTA	8 - Endereço:	9 - Número: 64 10 - Complemento: 01-03 APTO 02	
11 - Bairro:	Fragoso	12 - Cidade:	Olinda	13 - Estado: PE 14 - CEP: 53090-500
15 - E-mail:	balbinospe@hotmail.com		(81)999441109	16 - Tel.(DDD): (81)3538-0069

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

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

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

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

<input type="checkbox"/> Bradesco (237)	<input type="checkbox"/> Itaú (341)
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001)	<input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: **1581** CONTA: **00031604 5**
 (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

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 por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado 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 nascituro (vel/nascer)? Sim Não 31 - Vítima teve irmãos? Sim Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora 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

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

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

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

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

40 - Local e Data:

Nordeste Litorâneo 03/01/2020

BERIVALDO Firmiano NEROS

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

UPA 24 HORAS - OLINDA

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

PROTOCOLO CLASSIFICAÇÃO REDE IMIP

Data e hora retirada da senha: 27/10/2019 16:55

	Nome Paciente:	BERIVALDO FIRMINO NEVES
	Cód. Paciente:	
	Data de Nascimento:	
	Sexo:	Masculino
	Idade:	33
	Senha:	0216
	Convênio:	-
	Atendimento:	
	SAME:	SAME

Período: 27/10/2019 16:56 - 27/10/2019 16:57

MARIA EUGENIA SOUSA PEREIRA - COREN: 595633 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - CLASSIFICAÇÃO

Prioridade:

Cor:

Queixa Principal: RELATO DE QUEDA DOR EM MSD

Observação: NG ALERGIA

...uxograma sintoma: TRAUMA

Discriminador(es): - DOR MODERADA (4 - 7/10)

Especialidade: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Acolhido(a) por: MARIA EUGENIA SOUSA PEREIRA - COREN: 595633 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 27/10/2019 16:57

Atendimento: 1543608

Senha da Classificação:

Data e Hora: 27/10/2019 17:08

Sexo: MASCULINO

Paciente: 176390 BERIVALDO FIRMINO NERES

Nome Social:

Data do Nascimento: 30/09/1986 Idade: 33 anos Convenio: 2 SUS - PRONTO ATENDIMENTO

Nome da Mãe: ELIANE FIRMINO NERES

Nome do Pai:

Estado Civil: SOLTEIRO

Nome do Médico: ORTOPEDISTA - PLANTONISTA

CRM: 1234567

Endereço: SAO MARCOS

111

Bairro: JANGA

Cidade/UF: PAULISTA

PE Cep: 53439700

Usuário Atendimento: DANIELEMS

RG (Identidade):

Data de Emissão:

Fone: 81 8768-9024 ESPOSA

CPF (Cadastro de Pessoa Física):

Data de Emissão CRN:

CRN(Certidão de Registro de Nasc):

RESUMO DE TRATAMENTO

Peso: _____ Altura: _____

Temperatura: _____

Hora: _____

Doença Principal

traumi contuso perna direita
 quebra na metade da perna
 perna dor - perna direita

Exame Físico

doe. deper. dor perna direita

Hipótese Diagnóstico

fratura nas metade da perna

C. Iuta Terapêutica

ambulante com uso de muletas (muletas em fixo).

Prescrição Médica

- curativo
- cefalosporina IV 250mg.clt
- etanercept 50mg 250mg 500mg 800mg
- diclofenaco 150mg 200mg 250mg
- FNG 1x100 ml/dia

18:03

Destino: () Encaminhado ao Ambulatório () Residência

MMA

Senha: _____

Transferido:

Para: _____

Sérgio Reis
Ortopedia / Traumatologia
UFSC/PE 23136
Carmo/Médico



1543608

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: 12/02/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

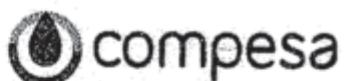
CLIENTE: BERIVALDO FIRMINO NERES

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01581

CONTA: 000000031604-5

Nr. da Autenticação 9CAE85DDB220B089



CNPJ 09.769.035/0001-64
INSC.EST. N° 18.1.001.0014398-2

ATENDIMENTO: AVENIDA PRES GETULIO VARGAS - NUM. - 00895 - BA
IRRO NOVO OLINDA PE 53030-010

DADOS DO CLIENTE BERIVALDO FIRMINO NERES		MATRÍCULA: 104874198 Set/2019		
R SETENTA, N. 00067 - BL 03 APT 002 - FRAGOSO OLINDA PE 53090-500				
INSCRIÇÃO: 096.360.785.2451.078 GRUPO: 18 DEB. AUTOMÁTICO: 104874198				
SITUAÇÃO ÁGUA LÍQUIDO	SITUAÇÃO ESGOTO LÍQUIDO	RESIDENCIAL	QUANTIDADE DE ECONOMIAS COMERCIAL INDUSTRIAL	PÚBLICA
HIDRÔMETRO A115122329	DATA LEIT. ANTERIOR 13/09/2019	DATA LEIT. ATUAL 14/10/2019	TIPO DE CONSUMO (A/E) REAL / N MEDIDO	
ÁGUA: LEIT ANT: 464 LEIT ATU: 471 LEIT FAT: 471		ESGOTO: LEIT ANT: VOLUME: 7 LEIT ATU: LEIT FAT:		
HISTÓRICO DE CONSUMO REFERÊNCIA CONSUMO				
PARAMETROS	NÚMERO DE AMOSTRAS			
	EXIG.	PORT.	ANALISES	ATENDEM.
	MS 2.914/11	REALIZ.	A LEGIS.	
	TURBIDEZ	132	132	128
	COR APARENTE	132	132	125
	CLORO RESIDUAL	132	132	123
	COLIF. TOTAIS E. COLI	132	132	130
MÉDIA: 07 /07	Qualidade de Água: www.compresa.com.br			

ATENDIMENTO: AVENIDA BRASIL - NUM. - 00931 - LOJA-5 - CENTRO
ABREU E LIMA PE 53525-790

DADOS DO CLIENTE MATRÍCULA: 103668667 - NOV/2019
ROSSANA LIGIA FERNANDES DANTAS
 R. JOAQUIM NABUCO, N. 00200 - TIMBO ABREU E LIMA PE 53520-170
 INSCRIÇÃO: 165.135.120.0443.000 GRUPO: 7 DEB. AUTOMÁTICO: 103668667

SITUAÇÃO ÁGUA LIGADO	SITUAÇÃO ESGOTO POTENCIAL	HABITACIONAL 1	QUANTIDADE DE ECONOMIAS COMERCIAL 1	INDUSTRIAL	PÚBLICA
HIDRÔMETRO A175224252	DATA LEIT. ANTERIOR 30/10/2019	DATA LEIT. ATUAL 29/11/2019		MÉDIA HD	

ÁGUA:

LEIT ANT: 4 CONSUMO: 1

LEIT ATU: 4

LEIT FAT: 4 HD PARADO

HISTÓRICO DE CONSUMO REFERÊNCIA CONSUMO

10/2019 01

09/2019 01

08/2019 01

07/2019 01

06/2019 01

05/2019 01

MEDIA: 01

Qualidade de Água: www.compresa.com.br

OBS.: (1) COLIFORMES TOTAIS AUSÊNCIA 95% DAS AMOSTRAS EXAMINADAS
 (2) OS PARAMETROS COFIFORMES TOTAIS, ESCHERICHIA COLI E CLORO RESIDUAL SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES SANITÁRIAS DA ÁGUA
 (3) OS PARAMETROS COR E TURBIDEZ SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES ASSOCIADAS AO ASPECTO VISUAL DA ÁGUA

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS**ÁGUA**

RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)

CONSUMO TOTAL(R\$)

1 M3 44,08

CONSUMO DE ÁGUA

0 M3 64,84

COMERCIAL 1 UNIDADE(S)

2,19

CONSUMO DE ÁGUA

0,96

MULTA P/IMPONTUALIDADE 10/2019

JUROS DE MORA 08/2019

TRIBUTOS	BASE DE CÁLCULO	PERCENTUAL	VALOR DO IMPPOSTO
PIB. COFINS	108,92	1,65	1,80
	108,92	7,60	8,28

VENCIMENTO: 15/12/2019 TOTAL A PAGAR: 112,07

MENSAGEM:

IDENTIFICAMOS A EXISTÊNCIA DE 0 (ZERO) PENDENTES, NO TOTAL DE R\$ 0,00. REGULARIZE SEU DÉBITO E EVITE A NEGATIVACAO E SUSPENSÃO DO FORNECIMENTO DE ÁGUA.

Para maiores esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoradora.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=29636>

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

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao 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 **BERIVALDO FIRMINO NEROS** inscrito (a) no CPF sob o Nº **074.186.404-55**, do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima **BERIVALDO FIRMINO NEROS**, inscrito (a) no CPF sob o Nº **074.186.404-55**, 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	AVENIDA JOAQUIM NABUCO	Número	200	Complemento	CASA
Bairro	TIMBÓ	Cidade	ABREU E LIMA	Estado	CEP 53520170
Email:	balbinospe@hotmail.com			Telefone Comercial (DDD) (81) 3538.0069	Telefone celular (DDD) (81) 98721.5834

Abreu e Dípoli 03 de Janeiro de 2020
Rossana Lígia Fernandes Dantas
 Assinatura do Declarante

UPA 24 HORAS - OLINDA

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

PROTÓCOLO CLASSIFICAÇÃO REDE IMP

Data e hora registrada da senha: 27/10/2019 16:55

Nome Paciente:	BERIVALDO FIRMINO NEVES
Cod. Paciente:	
Data de Nascimento:	
Sexo:	Masculino
Idade:	33
Sunha:	0216
Convértil:	-
Acompanhamento:	SAME

Período: 27/10/2019 16:55 - 27/10/2019 16:57

MARIA EUGENIA SOUSA PEREIRA - COREN: 595633 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - CLASSIFICAÇÃO

Prioridade:

Ocor:

AMARELO

Queixa Principal: RELATO DE QUEDA DOR EM MSD

Observação: NG ALÉRGIA

Uxograma sintoma: TRAUMA

Discriminador(es): -DOR MODERADA (4 - 7/10)

Especialidade: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Acolhido(a) por: MARIA EUGENIA SOUSA PEREIRA - COREN: 595633 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data impressão: 27/10/2019 16:57

Atendimento: 1543608

Senha de Classificação:

Data e Hora: 27/10/2019 17:08

Paciente: 176380 BERALDO FIRMINO NERES

Sexo: MASCULINO

Nome Social:

Data do Nascimento: 30/09/1985 Idade: 33 anos Convenio: 2 SUS - PRONTO ATENDIMENTO

Nome da Mãe: ELIANE FIRMINO NERES

Nome do Pai:

Estado Civil: SOLTEIRO

Nome do Médico: ORTOPEDISTA - PLÂNTONISTA

CRM: 1234567

Endereço: SÃO MARGOS

111

Bairro: JANGA

Cidade/UF: PAULISTA PE

Cep: 53430700

Usuário Atendimento: DANIELSMS

RG (Identidade):

Data de Emissão:

CPF (Cadastro de Pessoa Física):

Fone: 81 8766-9024 ESPOSA

CRN(Certidão de Registro de Nasc.):

Data de Emissão CRN:

RESUMO DE TRATAMENTO

Peso: _____ Altura: _____ Temperatura: _____ Hora: _____

Ocorrencia Principal

Travamento contínuo durante dias.
 Dolor intenso na região da Perna e Mão.
 Tumor duro na perna durante.

Exame Físico

DT: dor intensa na perna direita

Hipótese Diagnóstica

Frotas nela houve de: (Grau)

C. Inta Terapêutica

Solução Camisa médica (fazendo em fita)

Prescrição Médica

- Cetofenodol 100 mg 1x dia
 - Cefalotina 1g 1x dia
 - Zimox 1% 1x dia 1x dia
 - Paracetamol 500 mg 3x dia
 - Fito 400g 1x dia

Destino: () Encaminhado ao Ambulatório () Residência

Transferido:

Para: _____

Senha: _____

Sergio Ribeiro
27/10/2019
Assinado por Sergio Ribeiro
Carmo do Cajá



1543608

LEIA 24 HORAS - OLINDA

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

PROTÓCOLO CLASSIFICAÇÃO REDE IMIP

Data e hora retirada da senha: 27/10/2019 19:14

Nome Paciente:	BERIVALDO FIRMINO NEVES
Cód. Paciente:	178890
Data de Nascimento:	30/09/1986
Sexo:	Masculino
Idade:	33 anos
Serhne:	0580
Convênio:	
Atendimento:	
SAME:	

Período: 27/10/2019 19:15 - 27/10/2019 19:15

MIRELA DOS SANTOS SILVA - COREN: 6472 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - CLASSIFICAÇÃO

Prioridade:

Cor:

AMARELO

Queixa Principal: RELATO DE QUEDA COM TRAUMA EM FACE
JÁ ATENDIDO PELA TRAUMATO

Observação: ALERGIA -

Fluxograma sintomó: TRAUMA

Especializador(es): FERIMENTO SEM SANGRAMENTO ATIVO

Especialidade: CLÍNICA GERAL

Acolhido(s) por: MIRELA DOS SANTOS SILVA - COREN: 6472 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data impressão: 27/10/2019 19:15

Página 1 de 1

Identificação: 1543685
Data e Hora: 27/10/2019 10:17

Senha da Classificação:

Paciente: 178380 BERIVALDO FIRMINO NERES

Sexo: MASCULINO

Nome Social:

Data do Nascimento: 30/09/1986 Idade: 33 anos Convenio: 2 SUS - PRONTO ATENDIMENTO

Nome da Mãe: ELIANE FIRMINO NERES

Nome do Pai:

CRM: 123456

Estado Civil: SOLTEIRO

Nome do Médico: CLINICO - PLANTONISTA

Endereço: SAO MARCOS

111

Bairro: JANGA

Cidade/UF: PAULISTA PE

Cep: 53439700

Usuário Atendimento: ERIKATF

RG (Identidade):

Data de Emissão:

Fone: 61 8766-9024 ESPOSA

CPF (Cadastro de Pessoa Física):

Data de Emissão CRM:

CRN(Certidão de Registro de Nasc):

RESUMO DE TRATAMENTO

Peso: _____ Altura: _____ Temperatura: _____ Hora: _____

Queixa Principal:

*Queda de fios de barba há 4h.**Facetas / dor.**A dor é leve, sente-se na face, não tem febre.**Ecografia: 15 = 15, suspeito, biliar.**Exame Físico: dor ao estufamento da volta.**RPM: 130 = 21, alterado;*

Hipótese Diagnóstica:

Pelotão / dor

Intenção Terapêutica:

*Agora de sintese**Martim de Sá*
CRM-PE/123456

Prescrição Médica:

do Doutor
*10/2019*Destino: Encaminhado ao Ambulatório Residência

Transferido:

Senha:

Para:

Carimbos/Médico

1543685

HOSPITAL METROP. NORTE MIGUEL ARRAES

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

PROTÓCOLO CLASSIFICAÇÃO REDE MAP

Data e hora retirada da senha: 28/10/2019 02:46

	Nome Paciente: BERIVALDO FIRMINO NERES
	Cód. Paciente:
	Data de Nascimento: 30/09/1986
	Sexo: Masculino
	Idade: 33 anos
	Sexta: 0005
	Convênio:
	Atendimento: SAME

Período: 28/10/2019 03:14 - 28/10/2019 03:18

LAIS FERREIRA COSTA - COREN: 470137 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - CLASSIFICAÇÃO

Prioridade:

Cor:

VERMELHO

Queixa Principal: PACIEN'E PROVENIENTE DA UPA DE OLINDA , RELATA ACIDENTE COM BICICLETA, APRESENTA FRATURA EXPOSTA EM RÁDIO DISTAL DIREITO

Medicamento(s): FAZ USO DE METFORMINA E GLIBENCLAMIDA

Observação: NEGA ALÉRGIAS E HAS

DM +

Fluxograma sintoma: TRAUMA

Discriminador(es): • SUSPEITA DE FRATURA OU LUXAÇÃO COM DEFORMIDADE

Especialidade: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Sinais Vitais Lidos:

- S.A.C.R - REGUA DE DOR: 8
- GLICOSE: 149.00 MG/DL
- P.A. SISTOLICA: 130.00 MMHG
- P.A. DISTOLICA: 90.00 MMHG
- TEMPERATURA(C): 36.80 °C

READO
NCM-HMA

HMA - Hospital Miguel Arraes

Lesão de Pele

Sim () Não (X)

Local:

Enfermeiro

Assinado(a) por: LAIS FERREIRA COSTA - COREN: 470137 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 28/10/2019 03:18

Atendimento: 501318

Data e Hora: 28/10/2019 03:22

Senha da Classificação:

Paciente: 130784 BERIVALDO FIRMINO NERES

Sexo: MASCULINO

Nome Social:

Data de Nascimento: 30/09/1988 Idade: 33 anos Convenio: 2 SUS - EXTERNO / URGENCIA

Nome da Mae: ELIAJE FIRMINO NERES

Estado Civil: SOLTEIRO

Nome do Pai:

Nome do Médico: PLANTONISTA ORTOPEDIA

CRM: 12345

Endereço: RUA 70

67

Bairro: RIO DOCE

Cidade/UF: OLINDA PE

Usuário Atendimento: JULIANAPP

Informações Associadas a Pacientes Estrangeiros / Visitantes

Data Entrada Brasil:

Nr Documento Estrangeiro:

Nacionalidade: BRASILEIRA

Observação:

RESUMO DE TRATAMENTO

Peso:

Altura:

Temperatura:

Hora: 03:22

Graça Principal:

Homem encaminhado da UPA de Olinda, ciclista vítima de atropelamento por moto, apresentando deformidade e ferimento em membro (membro dominante) não suscito aparente, lesão aberta.

Exame Físico:

ExR: DTC esparsa e cibol. MSJ deformidade - ferimento em dorso de punho, com risco profundo + dor à manipulação local.
+ dor no dorso do punho.

Hipótese Diagnóstica:

FxRx distal de rádio

Classificação Médica:

+

encaminhado para Dr. Jefferson Calvane

encaminhamento ao setor de ORT

data zero

Salvo Rx AA

IPM

Assinatura e Carimbo/Médico

Desvio: () Encaminhado ao Ambulatório () Residência

() Transferido Para _____

() Encaminhado ao setor de internação

Senha: _____

HOSPITAL MIGUEL ARRAES
MV 2000 - Sistema de Centro Cirúrgico e Obstétrico
Flora de Cirurgia Descontiva

Página: 0001
Data: 25/10/2019
Hora: 18:10

Aviso da Cirurgia: 80520

Paciente: 130784

Convênio Afond: 1

Leito: 744

Dt. Infot: 28/10/2019 16:49

Cid.Fte Operatorio: S525

Cid Pos Operatorio: S525

Sala: 0002 SALA 02

BERIVALDO FIRMINO NERES

SUS - INTERNACAO

VERD245

Dt. Fim: 28/10/2019 18:10

Atendente: 591321

Cadêra:

Idade: 03 Anos

Procedimento: 0408029407

Convênio: 001

Anestesia:

TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA EXTREMIDADE METAFÍSE DISTAL DOS OSSOS
ANTEBRACO (PRINCIPAL)
SUS - INTERNACAO

CIRURGIA:

ESTÉSIA:

16863 FAGNER FONSECA DE ATHAYDE

11469 MARIA DA CONCEIÇÃO DOS SANTOS SILVA

Descrição Cirúrgica:

DIAGNÓSTICO: FRATURA DO RÁDIO DISTAL DIREITO
CIRURGIA: RFPE COM FIXADOR EXTERNO DE COLLES

CIRURGIA: DR. FAGNER ATHAYDE

1º AUXíLIO: DR. PEDRO CUNHA

2º AUXíLIO: DR. ICARO

ANESTESIA: DRA. CONCEIÇÃO

RELATO DE INTERVENÇÃO:

1. PACIENTE EM DDH SOB ANESTESIA;
2. ASSÉPSIA E ANTISSEPSIA;
3. APOIÇÃO DE CAMPOS ESTÉREIS;
4. REDUÇÃO INCRUENTA DE FRATURA DISTAL DO RÁDIO DIREITO;
5. APOIÇÃO DE FIXADOR EXTERNO DE COLLES COM 2 PINOS DISTAIS E 2 PINOS PRÓXIMAS
6. CONTROLE COM RX CURATIVO
7. BOA PERFUSÃO DISTAL

Achados Cirúrgicos:

Descrição Complementar:

DR(A) : FAGNER FONSECA DE ATHAYDE
CRM - 16863

HOSPITAL MIGUEL ARRAESMV-2000 Sistema de Centro Cirúrgico e Obstétrico
Ficha de Cirurgia Desolutiva

Página : 0001

Data : 31/10/2019

Hora : 11:42

Aviso da Cirurgia : 00586

Sala : 0002 SALA 02

Patiente : 130784

BERIVALDO FIRMINO NERES

Convenio Atend.

Atendimento:

Leito

Carteira

Dr. Início : 31/10/2019 09:50 Dr. Fim : 31/10/2019 11:20

Idade : 03 Anos

Cid Pré-Operatório : S525

FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DO RÁDIO

Cid Pos-Operatório : S625

FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DO RÁDIO

Procedimento: 0406020407

TRAT CIR FRAT EXTE META DISTAL OSSOS AN (PRINCIPAL)

Convenio: 001

SUS - INTERNACAO

Anestesia: 74

BLOQUEIO DE NERVOS DE MMSS

IRGIAO

10605 FABIO HENRIQUE DO COUTO SOARES

Descrição Cirúrgica:

DIAGNOSTICO: FRATURA DO RÁDIO DISTAL DIREITO

CIRURGIA: REDUÇÃO CRUENTA + OSTEOSÍNTESE COM PLACA 3,5MM E FIOS DE KIRSCHNER

CIRURGIAO: DR FABIO COUTO

1º AUX LIO: DR PEDRO / DR LIVIO (RESIDENTES CIR. MÃO)

INSTRUMENTADOR (A): PIERLA

ANESTESISTA: DR GENESIS

ANESTESIA: BLOQUEIO

1. PACIENTE EM DDH SOB ANESTESIA;

2. ASPIRASIA + ANTISSEPSIA

3. GARROTEAMENTO EM MSD

4. APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTÉREIS;

5. INCISÃO VOLAR (HENRY) DE 10CM

DISSECCAO POR PLANOS

VISUALIZADA FRATURA FRAGMENTO GRANDE DA COLUNA RADIAL COM CISALHAMENTO + FRAGMENTO VOLAR ULRNAR

REDUÇÃO CRUENTA DE FRATURA + FIXAÇÃO COM FIOS K 1,5MM

9. APOSIÇÃO DE PLACA 3,5MM EM T 5X4 FIXADA COM 3 PARAFUSOS PRÓXIMAS (Nº 18)

10. OBSERVADA BOA REDUÇÃO;

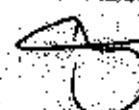
11. SUTURA POR PLANOS

12. RETIRADA DE GARROTE, BOA PERFUSÃO DISTAL

Achados Cirúrgicos:

Descrição Complementar

91



Dr. Pedro Thiago da Sodré
Gomes
CRM 10606

DR(A): FABIO HENRIQUE DO COUTO SOARES
CRM : 10605



PERNAMBUCO
MIGUEL CABRAS

Instituto de Medicina Integral
Professor Fernando Figueiredo

RESUMO DE ALTA HOSPITALAR/ESCLARECIMENTO

NOME: BEIRIVALDO FIRMINO NERES

IDADE: 33

SEXO: MASCULINO

DATA DA ADMISSÃO: 28/10/19

REG: 130784

DATA DA ALTA: 1/11/19

DIAGNÓSTICO:

- FRATURA DE RÁDIO DISTAL À DIREITA

TRATAMENTO REALIZADO:

- 28/10/19 RFFE COM FIXADOR EXTERNO DE COILLES
- 31/10/19 REDUÇÃO CRUENTA + OSTEOSÍTESE COM PLACA 3,5 MM E FIOS DE K

ORIENTAÇÕES:

- AGENDAR RETORNO AO AMBULATÓRIO DE ORTOPEDIA (SETOR DE AMBULATÓRIOS, NO TERREO DA G)
- SEGUNDAS ÀS SEXTAS-FEIRAS) EM 02 SEMANAS;
- NÃO LEVANTAR PESO COM O MÉMBRO SUPERIOR DIREITO ATÉ LIBERAÇÃO MÉDICA;
- PROCEDER AO SERVIÇO SOCIAL (2º ANDAR) PARA RECEBER ORIENTAÇÕES SOBRE ONDE REALIZAR FISIOTERAPIA;
- RETORNO PRECOCE PELA EMERGÊNCIA SE: FEBRE, INCHACO IMPORTANTE E VERMELHIDÃO NA PERNITA, SAÍDA DE SECREÇÃO EM GRANDE QUANTIDADE OU PURULENTA, DOR IMPORTANTE.

PROGRAMA APÓS ALTA:

AMBULATÓRIO DE EGRESO SIM NÃO
DATA DA CONSULTA AMBULATORIAL: _____

Dr. Ian Lacerda
CRM-PE 23542
CRM-PE 23542

ASSINATURA DO MÉDICO, CARIMBO E CRM

FICHA DE INTERNACÃO

Cód. Atendimento: 501321

Usuário: JULIANA APP

DADOS DO PACIENTE

Paciente: BERIVALDO FIRMINO NERES

Idade: 33a. 0m. 28d

Profissão:

R.G.: 7737759

Endereço: RUA 70

Sexo:

M.

Estado Civil: SOLTEIRO

Escolaridade:

C.P.F.: 07418640455

Telefone:

, 67 - RIO DOCE

Prontuário: 130789

Data de Nascimento: 30/09/1986

CEP: 53020970

- OLINDA

- PE

Origem: INTERNACAO

Convênios: SUS - INTERNACAO

Unidade Internação: VERDE 2 ORTOPEDIA Acomodação: ENFERMARIA DE OBSERVACAO Leito: VERDE-29

Médico Internação: PLANTONISTA ORTOPEDIA

Dados da Internação

Data e Hora da Internação: 28/10/2019, 04:41

Plano: GERAL

DADOS DO RESPONSÁVEL

Nome:

Endereço:

fone:

R.G.:

Número:

C.P.F.:

Cidade:

Estado civil:

14

10

DADOS DA LIBERAÇÃO DO PACIENTE

Data de Alta: 01/11/19

Hora da Alta: 12:20

Motivo: Melhorado A Pedido Transferência Óbito Evasão

Condições de Alta: Boas

Diagnóstico Principal.....

Fix nádeo - Piscina - DNE 170

Diagnóstico Secundário01.:

REVISAO
EVISAO
EVISAO

Diagnóstico Secundário02.:

Avaliação.....

28/10 RFFE com fratura externo colo t

31/10 lesão crural estreossinose com daca 35
+ FIOS K

Médico e CRM:

Assinatura do paciente:

Assinatura e RG:

Dr. C. O.
CRM: 123456789
Data: 20/10/2019

TERMO DE RESPONSABILIDADE

Autorizo a internação do paciente acima mencionado no HOSPITAL MIGUEL ARRAES bem como os tratamentos clínicos e cirúrgicos (Intervenção cirúrgica, anestesias, transfusões, exames de sangue, ou qualquer outro tipo de exame médico e laboratorial) que se fizerem necessários para o diagnóstico, tratamento, cura e o bem estar do paciente.

Em 26 de 10 de 19

BERIVALDO FIRMINO

Assinatura e RG do paciente ou pessoa responsável

EVOLUÇÃO CLÍNICA

NOME: BERIVALDO FIRMINO NERES
CLÍNICA:

ENFERMAGEM:

REG: 130784

LEITO:

DATA/HORA	
28/10/19	# SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
04:00	# ADMISSÃO PACIENTE ENCAMINHADA DA UPA DE OLINDA, CICLISTA VITIMA DE ATROPELAMENTO POR MOTOCICLETA NA GERA DE 12M, APRESENTANDO DEFORMIDADE + FERIMENTO COM SANGRAMENTO INATIVO EM PUNHO DIREITO (MEMBRO DOMINANTE). DIABÉTICO NÃO INSULINO-DEPENDENTE, NEGA ALÉRGIAS.
AO EXAME:	EGR, LOTE, EUPNEICO E AFEBRIL. MSD: DEFORMIDADE + FERIMENTO NÃO SANGRANTE EM DORSO DE PUNHO DIR, COM NVC PRESERVADO. RXG: FX LX DE TERÇO DISTAL DO RÁDIO DIREITO
HD:	FX LX DE TERÇO DISTAL DO RÁDIO DIREITO
CD:	ORIENTADO POR DR. JEFFERSON CALUME: INTERNAMENTO AO BLOCO AS 7H DIETA ZERO
28/10/19 09:14	# SOT # HD: Fr. 1/1x de terço distal do rádio. PO (28/10) RFFE com frardo externo de colas. Paciente estável, sem queixas. MSD com frardo externo sem perfuração em punho e mao b, curativo limpo e ade- quado, mobilização de articulações e boa palmar flexão. ETB: lote, empurra e abre?
	PO: Sollicito LTB + P- cardia p/ programar 23 tumos Cirúrgico
30/10/19 12:04	# SOT # HD: A mesma / PO: Q. molar Paciente estável, sem novas queixas. Frardo de colas. Sem perfuração em MSD, NVC preservado e curativo limpo e adequado. ETB: lote, empurra e abre? PO: Programar radiografia para amanhã

PERMANECE

MIGUEL ARRAS

Evolução Clínica

Name:

Bruno Filho Lameira

Service:

Enfermagem

Registers

Leito:

Date/Hora

18/11/19

#50-#

H. from 13 distal to knee

(D) (Rodo + Fix #).

Pain to see guard.

OF: Tolo CR. Noz varico Dr. Gracilis

Medico ASSISTENTE Dr. Tolino Gato

(B) Tratar Tolo.

01/11/19

PO OS Fx nro 201 #

Clinical

Nervousness present in MSO

For changing a rx

(C) (A) Work to fix

(B) Return in 3 months

(C) RX as shown

Atendimento: 501321

Dt. Atendimento: 26/10/2018 - 04:41

Dt. Alta: 05/11/2018 - 16:12

Paciente: 139784 BERIVALDO FIRMINO NERES

Serviço: 15 ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Convenio: 1 SUS - INTERNACAO

Leito: 70 ORTL-511-LEITO 002

Plano: 1 GERAL

Motivo Alta: 1 ALTA MELHORADA

Usuário: ALYNEKLB

CID:

Procedimento de Alta: 0301060070 - DIAGNOSTICO E/OU ATENDIMENTO DE URGENCIA EM CLINICA CIRURGICA

Observação de Alta:

EVAIR OLIVEIRA DIAS

Esta conta foi paga com recursos públicos provenientes de seus impostos e contribuições sociais

HOSPITAL METROPOLITANO NORTE MIGUEL ARRAES DE ALENÇAR

DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO

Atendimento.....: 501318 Prontuário: 130784 SAME: 117402 Hora Atend: 03:22 Data Atend: 28/10/2019
Paciente.....: SERIVALDO FIRMINO NERES Idade: 83 a
Endereço....: RUA 70
Bairro.....: RIO DOCE
Cidade.....: OLINDA
Convenio.....: SUS - EXTERNO / URGENCIA UF.: PE CEP: 53040070
CID Principais: Plano: PLANO UNICO
CID's Secundários:
Resultado.....: ENCAMINHADO AO SETOR DE INTERNACAO
Data Saida.....: 28/10/2019 Hora Saída: 04:39

PLANTONISTA ORTOPEDIA / 12346
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

HOSPITAL METROPOLITANO NORTE MIGUEL ARRAES DE ALMEIDA

Protocolo de Encaminhamento

TIPO DE OCORRÊNCIA

Causa Externa: Acidente/Violência () Causa Clínica () Obstétrico () Pediátrico () SENHA: 3602712
 Em caso de violência/accidente: Via Pública () Doméstico () Local de Trabalho ()

IDENTIFICAÇÃO

Nome do Paciente: _____ Idade: 33
 Sexo: M () F () Profissão: _____ Fone: _____
 Endereço Residencial: _____ Bairro: _____
 Cidade: PAULISTA PE

CAUSA EXTERNA (ACIDENTE/VIOLENCIA)

Acidente de Trânsito: Ônibus () Caminhão () Carro de Passeio () Motocicleta ()
 Atropelamento: Pedestre () Ciclista ()
 Automóvel (Colisão): Passageiro () Motorista () Banco de Trás () Banco de Frente () Uso de cinto: S() N()
 Motocicleta: Motociclista () Passageiro () Uso de Capacete: S() N()
 Semi-Afogamento/Submersão () Soterramento ()
 Inoxidação Exógena () Animais Peçonhentos () Agente Causador _____
 Exposição ao: Fogo/Fumaça/Choque Elétrico ()
 Queimaduras: 1º Grau () 2º Grau () 3º Grau ()
 Queda: () Altura Aproximada _____ Metros () Queda da Própria Altura ()
 Agressões: () Por Arma de Fogo/Tipo: _____ () Arma Branca/Tipo: _____
 Agressão Sexual () Maus-Tratos () Outros () Ditar: _____
 Mecanismo do Trauma: () Impacto Frontal () Impacto Lateral () Impacto Traseiro () Explosão () Capotamento

CAUSAS CLÍNICAS

História Clínica Atual: *Queda a queda de 3m e caiu de volta no chão*
desde já tem dor nas costas
mais dor na região lombar

Hipótese Diagnóstica: *Fraqueza generalizada*

AVALIAÇÃO CLÍNICA

Glicemia Capilar (HGT): _____ Temperatura: _____ FC: _____ P.A.: _____
 Vias Aéreas: FR: _____ Dispnéia S() N() Tiragem Intercostais S() N() Obstrução Vias Aéreas: S() N()
 Sibilos Expiratórios: S() N() BAN: S() N() Deformidade do Tórax: S() N() Gemitos/Estridor: S() N()
 Distúrbio Fala/Choro: S() N()
 Agitação Psicomotora: S() N() Lesões de face: S() N() Retração Xifóidea: S() N()
 Perfusion Periférica: Boa () Lentificada () Bifurcações Normotensivas () Hipotensivas ()
 P脉: Rítmico () Arritmico () Filitiforme () Fino ()
 Colocação da Pele: Normocorrada () Palidez () Clorose ()
 Sudorese: S() N() Desidratado: S() N() Ictérica: S() N()

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

FC: RN 120-160
< 1 ano 90-140
Criança 80-110
Adulto 60-100

EXAME NEUROLÓGICO

Avaliação Primária: Alerta () Resposta Verbal () Resposta ao Estímulo Doloroso () Irresponsivo ()
 Escala de Coma de Glasgow (ECG)

ABERTURA OCULAR

Abertura Ocular Espontânea 4
 Abertura Ocular à voz 3
 Abertura Ocular à dor 2
 Sem abertura ocular 1

RESPOSTA VERBAL

Orientado 5
 Confuso 4
 Resposta Inapropriada 3
 Sons Incapazes de Compreensão 2
 Sem resposta verbal 1

RESPOSTA MOTORA

Obedece ao comando 6
 Localiza Estímulo Doloroso 5
 Retirada ao Estímulo Doloroso 4
 Descondicionada 3
 Descerebrada 2
 Sem resposta motora 1

TOTAL DE PONTOS ECG:

Sinais de disfunção cerebral: Déficit Motor () Desvio comissura tabial ()

Avaliação Pupilar: Isocônicas () Anisocônicas () Midriase () Miose ()

Classificação TCE pelo ECG:
 ECG 3-6: TCE Grave
 ECG 7-12: TCE Moderado
 ECG 13-15: TCE Leve

NATUREZA DA LESÃO

Presença de sangramento externo: S() N()

Lesões intra-torácicas: S() N() Fratura Pélvis: S() N()

Lesões intra-abdominais: S() N() Fratura em Osso Longo: Fechada() Aberta()

USO DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS

Usou álcool: S() N() Informante: Vítima() Outros()

Habito Alcoólico () Alteração na Marcha () Sonolência/Agitação () Alteração no Humor ()

Usou outras drogas: S() N() informante: Vítima() Outros()

Lödo() Maconha() Cola() Cocaína() Crack() Lança-perfume() Anfetamina() Existe()

CONDUTA CLÍNICA/EVOLUÇÃO

Immobilização da Coluna Cervical: S() N()

Reanimação Cardiopulmonar: S() N()

Immobilização Tala Gessada: S() N()

RX: S() N() Analgesia: S() N()

Antibiotioterapia: S() N() Especificar:

Infusão de Fluidos: S() N() Especificar:

Oxigenoterapia: Cateter() Venturi() CPAP()

Volume de Fluidos Infundido:

Aspiração de Sangue e/ou secreções: S() N()

Outras Condutas:

Entubação Orotráqueal: S() N()

Intercorrências:

Ventilação Mecânica: Modalidade:

FIO2:

MOTIVO DA TRANSFERÊNCIA

Fractura Crânio facial + lesão óptica

CONCLUSÃO DO ATENDIMENTO

Hospital para onde foi encaminhado:

HMC

Médico Regulador:

Hora:

Transferência com acompanhamento Médico: S() N()

24/10/18

Local e data:

*Sergio Philipp
Traumatologia
Ortopedia e Traumatologia
TEC Médico Assistente*





Ministério da Fazenda
Secretaria da Receita Federal do Brasil

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: **074.186.404-55**

Nome: **BERIVALDO FIRMINO NERES**

Data de Nascimento: **30/09/1986**

Situação Cadastral: **REGULAR**

Data da Inscrição: **20/04/2005**

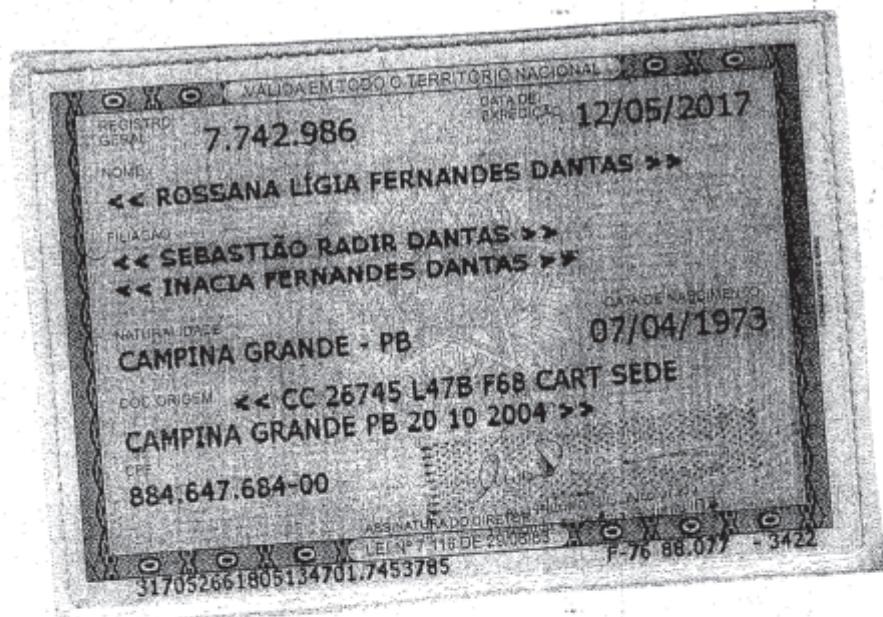
Dígito Verificador: **00**

Comprovante emitido às: **14:10:39** do dia **20/12/2019** (hora e data de Brasília).
Código de controle do comprovante: **F45F.EB46.E4C3.4562**



Este documento não substitui o "Comprovante de Inscrição no CPF".

(Modelo aprovado pela IN/RFB nº 1.548, de 13/02/2015.)



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0046881/20

Vítima: BERIVALDO FIRMINO NERES

CPF: 074.186.404-55

CPF de: Próprio

Data do acidente: 27/10/2019

Titular do CPF: BERIVALDO FIRMINO NERES

Seguradora: CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. 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

BERIVALDO FIRMINO NERES : 074.186.404-55

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: 04/02/2020
Nome: ROSSANA LIGIA FERNANDES DANTAS
CPF: 884.647.684-00

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 04/02/2020
Nome: JULIANA BEZERRA DE LUNA
CPF: 114.202.964-69

ROSSANA LIGIA FERNANDES DANTAS

JULIANA BEZERRA DE LUNA

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200057338 **Cidade:** Olinda **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: BERIVALDO FIRMINO NERES **Data do acidente:** 27/10/2019 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 07/02/2020

Valorização do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DISTAL DO RÁDIO DIREITO

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (FIXADOR EXTERNO/PLACA E PARAFUSOS- PAG 7,8) E ALTA MÉDICA

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

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 MODERADO DO PUNHO DIREITO.

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 médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200057338 **Cidade:** Olinda **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: BERIVALDO FIRMINO NERES **Data do acidente:** 27/10/2019 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 07/02/2020

Valorização do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DISTAL DO RÁDIO DIREITO

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (FIXADOR EXTERNO/PLACA E PARAFUSOS- PAG 7,8) E ALTA MÉDICA

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

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 MODERADO DO PUNHO DIREITO.

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 médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PROCURACÃO PARTICULAR

BENEFICIÁRIO/VÍTIMA:

Nome: BERIVALDO FIRMINO NEROS

Nacionalidade: BRASILEIRO Estado Civil: SOLTEIRO Profissão: MOTORISTA

Identidade: 7.737759 SDS/PE CPF: 074.186.404-55

Endereço: RUA SETENTA Nº 67, BL-03, APTº 02

Fragoso, Olinda/PE. CEP. 53.090.500.

PROCURADOR(A):

Nome: ROSSANA LÍGIA FERNANDES DANTAS

Nacionalidade: Brasileira Estado Civil: Divorciada Profissão: Empresária

Identidade: 7.742.986 SDS/PE CPF: 884.647.684-00

Endereço: Avenida Joaquim Nabuco nº 200, Timbó, Abreu e Lima/PE. Cep. 53.520-170

Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante quaisquer Seguradora pertencente ao Consórcio DPVAT, também perante aos pontos de atendimento da Seguradora Líder (Correios, Sincor (s) e Corretores), dar entrada em sinistro, enviar documentos relativo a pendências, receber correspondências, solicitar informações por escrito, e-mails ou por telefone, ter acesso ao número de sinistro ocorrido com a vítima no dia 27/10/2019, cobertura **INVALIDEZ**, em fim, acompanhar todo e qualquer andamento relativo ao sinistro em epígrafe do beneficiário (a)/vítima, até o término de sua liquidação, e finalmente praticar todos os atos necessários ao bom e fiel desempenho deste mandato. Obs.: É de responsabilidade do outorgante a veracidade das informações e documentos apresentados e disponibilizados ao outorgado.

4.ELIMA 21/11/2019

Local e data



BERIVALDO FIRMINO NEROS

Assinatura do Beneficiário/Vítima
(Reconhecer firma por autenticidade)

TABELIONATO DE NOTAS E PROTESTO - Abreu e Lima/PE
Rua Cel. Urbano Ribeiro de Sá, 53, Centro - Abreu e Lima/PE - (81) 3542-1381
Alfredo Mariano de Brito - Tabelião

Reconheço por AUTENTICIDADE a firma de BERIVALDO FIRMINO NEROS.

Abreu e Lima/PE, 21/11/2019 11:42:58, em testemunho da verdade.

Emolumentos: 3,99 TSNR: 0,80 FERM: 0,04 FUNSEG: 0,08 Total: 4,91.

RC-3-85046

Selo Digital: 0150607.GNQ11201901.00041
Dyogo Monteiro Valadares Pires - Escrivente



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0046881/20

Vítima: BERIVALDO FIRMINO NERES

CPF: 074.186.404-55

CPF de: Próprio

Data do acidente: 27/10/2019

BERIVALDO FIRMINO
NERES

Seguradora: CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. 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

BERIVALDO FIRMINO NERES : 074.186.404-55

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: 04/02/2020
Nome: ROSSANA LIGIA FERNANDES DANTAS
CPF: 884.647.684-00

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 04/02/2020
Nome: JULIANA BEZERRA DE LUNA
CPF: 114.202.964-69

ROSSANA LIGIA FERNANDES DANTAS

JULIANA BEZERRA DE LUNA