

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3200127265 **Cidade:** Cupira **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: EDUARDO SILVA FRANCA **Data do acidente:** 26/09/2019 **Seguradora:** BRASILSEG COMPANHIA DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 24/03/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DA DIÁFISE DA TÍBIA ESQUERDA

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO
ALTA

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR 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 DEFICIT FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO INFERIOR 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 funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

Rio de Janeiro, 23 de Março de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200127265

Vítima: EDUARDO SILVA FRANCA

Data do Acidente: 26/09/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), EDUARDO SILVA FRANCA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 05 de Abril de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200127265

Vítima: EDUARDO SILVA FRANCA

Data do Acidente: 26/09/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), EDUARDO SILVA FRANCA

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\$ 2.362,50

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: EDUARDO SILVA FRANCA

Valor: R\$ 2.362,50

Banco: 104

Agência: 000000051

Conta: 00000107595-0

Tipo: CONTA POUPANÇA

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

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

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 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:

126.278.214-74

Eduardo Silva Franca

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

5 - Nome completo:

Eduardo Silva Franca

6 - CPF:

126.278.214-74

7 - Profissão:

Recusou-se

8 - Endereço:

AV. Joaquim Inacio

9 - Número:

371

10 - Complemento:

11 - Bairro:

Nova Horizonte

12 - Cidade:

Cupira

13 - Estado:

PE

14 - CEP:

55460-000

15 - E-mail:

16 - Tel. (DDD):

(81) 9.9258-3087

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR

☐ R\$1.00 A R\$1.000,00

☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ SEM RENDA

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

0051

CONTA:

10759.5

0

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(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

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 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.

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 Líder 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 teve filhos?

☐ Sim

☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:

30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)?

☐ Sim

☐ Não

31 - Vítima teve irmãos?

☐ Sim

☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:

33 - Vítima deixou pais/avós vivos?

☐ Sim

☐ Não

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

34

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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

Cupira 28/02/2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

DADOS CADASTRAIS

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

NÃO ALFABETIZADO

TESTEMUNHAS



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 094ª CIRCUNSCRIÇÃO - CUIRA - DP94ªCIRC
DINTER1/14ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **19E0184000960**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **25/10/2019** às **10:10**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia **26/9/2019** no período da **Tarde**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICIPIO DE CUIRA, 1, POR TRÁS DO FORUM DE CUIRA** Bairro: **CENTRO - CUIRA/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **CALCADA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDA (AUTOR \ AGENTE)
EDUARDO SILVA FRANÇA (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Outros motivos), que estava em posse do(a) Sr(a): **DESCONHECIDA**

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

EDUARDO SILVA FRANÇA (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **MARCIA BARROS DA SILVA** Pai: **ANTONIO GILMAR DE FRANÇA** Data de Nascimento: **30/6/1999** Naturalidade: **CUIRA / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **10090421/SDS/PE (RG). 12627821474 (CPF)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Telefones Celulares: **- 97404247**

Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE CUIRA, , RUA RUI BARBOSA, N. 10, NOVO HORIZONTE - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - CUIRA/PERNAMBUCO/BRASIL**

DESCONHECIDA (não presente ao plantão) - Sexo: **Feminino** Mãe: . Pai: . Data de Nascimento: **1/1/1900** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL** Estado Civil: **DESCONHECIDO**

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

VEICULO (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **EDUARDO SILVA FRANÇA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **DESCONHECIDA**

Categoria/Marca/Modelo: **AUTOMOVEL/FORD/FIESTA** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **BEGE** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Complemento / Observação

INFORMA A VITIMA QUE ESTAVA ANDANDO PELA CALCADA QUANDO UM CARRO FIESTA ESTAVA SAINDO DA GARAGEM. ADUZ A VITIMA QUE QUANDO VIU O CARRO TENTOU SAIR, MAS CAIU NO CHÃO, TENDO O CARRO PASSADO POR CIMA DA SUA PERNA ESQUERDA. A CONDUTORA DO VEICULO PAROU PARA PRESTAR SOCORRO, MAS A VITIMA FOI CONDUZIDA POR UM AMIGO ATÉ O HOSPITAL DE CUIRA, SENDO



DEPOIS TRANSFERIDO PARA O REGIONAL DE CARUARU E, POSTERIORMENTE, PASSOU POR UMA CIRURGIA NO HOSPITAL DE BEZERROS. SEM MAIS A INFORMAR!!

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

EDUARDO SILVA FRANÇA
(VITIMA)

B.O. registrado por: **RODRIGO CESAR MERTENS FITTIPALDI** - Matrícula: **3873617**



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

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

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

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

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

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

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

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

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

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos) Nome do BANCO: ☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) ☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104) AGÊNCIA: 0051 CONTA: 3075950 AGÊNCIA: CONTA:

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- ☒ 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.

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

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

34 - 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

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

40 - Local e Data, Cupira 28/02/2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

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

NOTA FISCAL • FATURA • CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

Companhia Energética de Pernambuco
Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife - PE, CEP 50050-902
CNPJ 10.835.002/0001-08 | Insc. Est. 0065043-03 | www.cepne.com.br

DADOS DO CLIENTE

SIMONE BARROS DA SILVA DE MELO

ENDERECO DA UNIDADE CONSUMIDORA

AV JOAQUIM INACIO 171

CPF 062 964 284-21

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL
RESIDENCIAL

NOVO HORIZONTE/CUPIRA
CUIRA PE
55460-000

Nº DA NOTA FISCAL	SÉRIE	EMISSÃO
080793123	ÚNICA	14/10/2019
DATA DE EMISSÃO	Nº DO CLIENTE	Nº DA FISCALIZAÇÃO
14/10/2019	2011889137	5458153

CODICE COGNOME	nome cognome
7008631403	10/2019
DATA DI VERSAMENTO	DATA DI PAGAMENTO
21/10/2019	13/11/2019
TRASA, A Padova (ps)	167,55

DESCRIÇÃO DA ROTA FISCAL

	QUANTIDADE	Preço (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Advogado	100,0000000	0,81069952	128,09
Acrescimo Bandeira AMARELA			1,47
Acrescimo Bandeira VERMELHA			5,35
Contrib. Ium. Publica Municipal			19,99
ICMS Subvenção-COE-NF 073087557-13/08/19			0,85
Religação de Unidade Consumidora			7,99
Multa por atraso-NF 073087557 - 13/08/19			2,15
Juros p. atraso-NF 073087557 - 13/08/19			1,58

TOTAL DA FATURA

167.55

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOVA FISCAL

Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR		ATUAL		Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (kWh)
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA				
301182310	CAT	11/08/2019	12.078,00	14/10/2019	21.483,00	59	1.50000		158,00

RESUMO DO CONTRATO		INFORMAÇÕES DO CONTRATO			COMPOSIÇÃO DO CONTRATO		
OUT 19	158	ICMS PIS COFINS	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	Terço de Energia	R\$ 42,00 21,04%
SEI 19	137		134,91	25,00	33,72	Transmissão	R\$ 4,00 2,00%
AGO 19	139		134,91	1,25	1,74	Distribuição (Cabo)	R\$ 26,43 13,07%
JUL 19	134		134,91	5,99	8,02	Perda de Energia	R\$ 3,96 2,02%
JUN 19	153					Emissão Setorial	R\$ 0,58 0,29%
MAI 19	176					Tributação	R\$ 43,00 20,94%
ABR 19	157					Total	R\$ 134,91 100%
MAR 19	154						
FEV 19	145						
JAN 19	149						
DEZ 18	159						
NOV 18	140						
OUT 18	174						

1 - Valor de Referência: 134,91
 2 - Valor de Referência: 134,91

RESUMO DO PREÇO
 ADR6 07C6 E552 DC0C 56B2 4F74 F40B 7860

INFORMACIÓN IMPORTANTE

[illegible]

Gráfico de barras empilhadas mostrando a composição da produção de energia elétrica em 2012. O eixo Y representa a porcentagem (0% a 100%) e o eixo X representa o tipo de fonte (Hídrica, Eólica, Solar, Biomassa, Nuclear, Gás, Petróleo, Carvão).

Fonte	Porcentagem (%)
Hídrica	~65
Eólica	~10
Solar	~1
Biomassa	~1
Nuclear	~1
Gás	~15
Petróleo	~2
Carvão	~4

Fonte: ANEEL, 2013



Compromisso de todos por amor à nossa gente

COMPREV VIDA E PREVIDÊNCIA

21 MAR 2020

PROTOCOLO

Secretaria de Saúde
Av. Estelino Lima, s/n.
Centro - Cupira - PE | CEP 55460-000
CNPJ: 11.472.475/0001-05
Telefone: (81) 3738.0014 | www.cupira.pe.gov.br

FICHA DE ATENDIMENTO

FICHA DE ATENDIMENTO: 153879 IDADE: 20 ano(s) 3mês(es) 26 dia(s).

NOME: EDUARDO SILVA FRANCA

DATA DE NASCIMENTO: 30/06/1999

MÃE: MARCIA BARROS DA SILVA

CIDADE: CUPIRA

ENDEREÇO: RUA RUI BARBOSA

Nº 10

BAIRRO: NOVO HORIZONTE

ESTADO CIVIL: SOLTEIRO (A)

DOCUMENTO: SUS 161 1903 5665 0003

PROFISSÃO:

ENFERMEIRO: *Carla Amada*

TÉCNICO:

MÉDICO:

ÚLTIMOS ATENDIMENTOS

DATA:	ATENDIMENTO Nº	MOTIVO
26/09/2019	153879	Pac. vítima de acidente, refere CONSULTA leve colisão de cano de metal, e
29/07/2019	147122	QUEDA em seguida, SIC, o mesmo passou
23/10/2017	81830	CONSULTA por uma dor na M.I.E. Este apresentava

INFORMAÇÕES

*exatidão no cálculo
mes @ e adição + dos l*

HORÁRIO	PA	TEMPERATURA	PULSO	PESO	HGT	ASSINATURA

Queixas / Diagnóstico:

Tratamento:

(Atrofia do membro inferior direito)

Exames Complementares:

Impressão diagnóstica:

Outras Informações:

Motivo da Saída: () Residência () Internado () Encaminhado:

() Curativo () Nebulização () Med. Básico () Med. Espec. () Retirada de Ponto

() Urgência Básica () Urgência Especializada () Observação Básica () Observação Especializada

Assinatura do Técnico:

Assinatura do Médico:

26/09/2019 13:44:40

André Silva
26/09/2019 13:44:40

[illegible]

Data e hora retirada da senha: 26/09/2019 15:46

Nome Paciente: EDUARDO SILVA FRANCA
Cód. Paciente:
Data de Nascimento: 30/06/1999
Sexo: Masculino
Idade: 20
Senha: U0032
Convênio:
Atendimento:
SAME:

Período: 26/09/2019 16:12 - 26/09/2019 16:14

CLEDSON FERNANDES DE HORLANDO - COREN: N/SE - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - CLASSIFICAÇÃO

Prioridade: **POUCO URGENTE**

Cor: **VERDE**

Queixa Principal: PACIENTE VITIMA DE ATROPELAMENTO APRESENTANDO DOR E EDEMA EM MIE. RAO-
X EVIDENCIANDO FRATURA DE TIBIA FECHADA EM MIE. NEGA ALERGIAS.

Fluxograma sintoma: QUEDAS

Discriminador(es): - DEFORMAÇÃO?
- EDEMA?

Especialidade: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Acolhido(a) por: CLEDSON FERNANDES DE HORLANDO - COREN: N/SE - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 26/09/2019 16:14

**SUS****Sistema Único de Saúde**
Ministério da Saúde**LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR****Identificação do Estabelecimento de Saúde**

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE WALDEMIRO FERREIRA

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

2 - CNES

2 4 2 7 4 1 9

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

9 - SEXO

10 - RAÇA/COR

710104101791313177615119**30/06/99**Masculino ☒ 1Feminino ☐ 3

11 - NOME DA MÃE

Marcia Barros da Silva

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

12 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE

14 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE

15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

Rua Ruy Barbosa - Novo Horizonte NO10

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Cupira

17 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO

18 - UF

19 - CEP

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

22 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL

24 - CID 10 PRINCIPAL

25 - CID 10 SECUNDÁRIO

26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

29 - CLÍNICA

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

31 - DOCUMENTO () CNES () CPF

32 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO

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

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

39 - CNPJ DA SEGURADORA

40 - Nº DO BILHETE

41 - SÉRIE

36 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

37 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

38 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

42 - CNPJ EMPRESA

43 - CNAE DA EMPRESA

44 - CBOR

45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - CÓD. ÓRGÃO EMISSOR

52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

48 - DOCUMENTO () CNES () CPF

49 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

HOSPITAL JE
PEQUENINO
BEZERRAS -
3728-1099
3728-1586



HOSPITAL
JESUS PEQUENINO

NOME: Elaine Alves Farias

REG: 124761

DATA DE NASCIMENTO: 30/06/1995

DATA DA CIRURGIA: 30/09/2019

DIAGNÓSTICO: Enfermeira de plantão (H)
Exatidão diagnóstica em 15-30-3

TRATAMENTO: Captação e HBT

DATA DO RETORNO: 14/10/2019 - Com

MOTIVO DO RETORNO: Por PIS m

6 Unid. medicação por 15 dias
120 Unid. e 1 Unid. de

[Signature]
THIAGO OLIVEIRA
08/04/2019

HOSPITAL JESUS
PEQUENINO
BEZERROS - PE
3728-1099
3728-1586



HOSPITAL
JESUS PEQUENINO

NOME: Elaine Rita Farias

REG.: 124461

DATA DE NASCIMENTO: 30/06/1995

DATA DA CIRURGIA: 30/09/2019

DIAGNÓSTICO: Varicela de a pele (V)
1257 - Casos de Varicela em 2019

TRATAMENTO: Caprizina e HBT

DATA DO RETORNO: 14/10/2019

MOTIVO DO RETORNO: PAZ P/ 12

Li Casos notificados por telefone
120 Casos e 120 Casos

Assinatura
Tribunal
CRAPE 2019



HOSPITAL
JESUS PEQUENO

NOME C. Augusto Silva F. Almeida

LAUDO MÉDICO

O paciente supracitado foi vítima de trauma, tendo apresentado o diagnóstico de fratura do pé direito e fratura do pé esquerdo sendo submetido a tratamento cirúrgico nesta unidade hospitalar no dia 12/11/13. Atualmente se encontra em acompanhamento ambulatorial.

Por oportuno pedimos com
atenção a HBST
R. O. função e circulação
AD. MI Substância

Assinatura 12/11/13

Atenção para retorno em tratamento
01/02/2014
4/5 previdência

ASSINATURA
NOME
CARGO

EC-5

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE PERNAMBUCO

SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL

INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO TAVARES BUEL

POLEGAR DIREITO

Assinatura do Titular

Eduardo Silva França

CARTEIRA DE IDENTIDADE




VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 10.090.421 DATA DE EXPEDIÇÃO 31/07/2017

NOME << EDUARDO SILVA FRANÇA >>

PAIS << ANTONIO GILMAR DE FRANÇA >>

MATRICULA << MARCIA BARROS DA SILVA >>

NATURALIDADE CARUARU - PE DATA DE NASCIMENTO 30/06/1999

DOC. ORDEM << 002363 01 55 2000 1 00015 288 0016391 97 CUIPIRA - PE >>

CPF 126.278.214-74

ASSINATURA DO TITULAR *Paulo de Carvalho*

ASSINATURA DO AGENTE DE POLÍCIA CIVIL

LEI Nº 7.116 DE 1984

1017601341711171541.7587854

F-76 260.386 - 3023

CAIXA

POUPANÇA

5067 2251 5084 3193

5067

VALIDA ATÉ 10/24

EDUARDO SILVA FRANÇA

0051 013 00107595-0

elo

VALIDO SOMENTE NO BRASIL

SAC CAIXA: 0800 726 0101 / Deficiente Auditivo ou de Fala: 0800 726 2492

ASSINATURA AUTORIZADA

137

Este cartão é pessoal e intransferível

Atendimento Comercial: 3004-1105 (Capitais e regiões metropolitanas)

0800 726 0505 (Demais regiões)

Ouvdoria: 0800 725 7474

CAIXA

AQUI

Banco24Horas

elo

DÉBITO

caixa.gov.br

COMPREV

COMPREV VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

21 MAR 2020

PROTOCOLO

RECEBUE

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3200127265 **Cidade:** Cupira **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: EDUARDO SILVA FRANCA **Data do acidente:** 26/09/2019 **Seguradora:** BRASILSEG COMPANHIA DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 24/03/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DA DIÁFISE DA TÍBIA ESQUERDA

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO
ALTA

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR 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 DEFICIT FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO INFERIOR 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 funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0100463/20

Vítima: EDUARDO SILVA FRANCA

CPF: 126.278.214-74

Seguradora: BRASILSEG COMPANHIA DE SEGUROS

Data do acidente: 26/09/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: EDUARDO SILVA FRANCA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

EDUARDO SILVA FRANCA : 126.278.214-74

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: 21/03/2020
Nome: EDUARDO SILVA FRANCA
CPF: 126.278.214-74

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 21/03/2020
Nome: JONATAN BARBOSA DE BARROS
CPF: 703.787.774-32

EDUARDO SILVA FRANCA

JONATAN BARBOSA DE BARROS