

# 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
		<b>Total</b>	<b>17,5 %</b>	<b>R\$ 2.362,50</b>

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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, 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



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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 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, 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](http://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 França			
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:		
Eduardo Silva França		326.278.214-74	
7 - Profissão:	8 - Endereço:	9 - Número:	
Recepcionista	AV. Joaquim Inacio	371	
11 - Bairro:	12 - Cidade:	13 - Estado:	14 - CEP:
Novo Horizonte	Cupira	PE	55460-000
15 - E-mail:	16 - Tel.(DDD): (81) 9.258-3087		

## DADOS CADASTRAIS

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

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

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

### 20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

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

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

- |  |   |
|--|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) | <input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos) |
| <input type="checkbox"/> Bradesco (237)  | Nome do BANCO: _____                                      |
| <input type="checkbox"/> Itaú (341)  |   |
| <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001)   |   |
| <input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)                                      |   |

AGÊNCIA: 0051 CONTA: 107 595 (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.

## INVALIDEZ PERMANENTE

## MORTE

## NÃO ALFABETIZADO

### DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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 - 1º | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, \_\_\_\_\_

Cupira 28/02/2020  
Eduardo Silva França

41- Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42- Assinatura do Representante Legal (se houver)

43- Assinatura do Procurador (se houver)

## TESTEMUNHAS



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
 SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
 POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO  
 DELEGACIA DE POLÍCIA DA 094ª CIRCUNSCRIÇÃO - CUPIRA - 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 - Culposo (Consumado)** que aconteceu no dia **26/9/2019** no período da **Tarde**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICIPIO DE CUPIRA, 1, POR TRÁS DO FORUM DE CUPIRA** - Bairro: **CENTRO - CUPIRA/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: **CUPIRA / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **10090421/SDS/PE (RG), 12627821474 (CPF)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Telefones Celulares: **- 97404247**

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

**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:	
126.278.214-74 Eduardo Silva França			
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:		
Eduardo Silva França		326.278.214-74	
7 - Profissão:	8 - Endereço:	9 - Número:	
Recepcionista	AV. Joaquim Inacio	371	
11 - Bairro:	12 - Cidade:	13 - Estado:	14 - CEP:
Novo Horizonte	Cupira	PE	55460-000
15 - E-mail:	16 - Tel.(DDD): (81) 9.258-3087		

## DADOS CADASTRAIS

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

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

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

### 20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

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

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

- |   |  |
|---|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção): | <input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos): |
| <input type="checkbox"/> Bradesco (237)   | Nome do BANCO: _____                                       |
| <input type="checkbox"/> Itaú (341)   |  |
| <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001)  |  |
| <input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)                                       |  |

AGÊNCIA: 0051 CONTA: 107 595 (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.

## INVALIDEZ PERMANENTE

## MORTE

## NÃO ALFABETIZADO

### DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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 - 1º | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, \_\_\_\_\_

*Cupira 28/02/2020*

*Eduardo Silva França*

41- Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42- Assinatura do Representante Legal (se houver)

43- Assinatura do Procurador (se houver)

## TESTEMUNHAS



NOTA FISCAL • FATURA • CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

Companhia Energética de Pernambuco  
Av. João de Barros, 111, Boa Vista, 510-000-902  
CNPJ 10.835.032/0001-08 | Inscrição Estadual: 0065043-43 | [www.cepepe.com.br](http://www.cepepe.com.br)

### DADOS DO CLIENTE

SIMONE BARROS DA SILVA DE MELO

**ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA**

AV JOAQUIM INÁCIO 171

CPF 062 964 284-21

## CLASSIFICAÇÃO

## B1 RESIDENCIAL RESIDENCIAL

NOVO HORIZONTE/CUPIRA

CLIPIRA PI

CLIPIRA PI

Nº DA NOTA FISCAL	DATA	VALOR
080793123	04/10/2019	R\$ 100,00
14/10/2019	2011980137	R\$ 100,00

CEP/CEP CONTRAÍDO: 7008631403 DATA DE VENCIMENTO: 21/10/2019 DATA DE PAGAMENTO: 13/11/2019 TOTAL, A PAGAR (R\$): 167,55

#### DISCUSSÃO DA SOTIA FISCAL

Consumo Ativo(MWh)	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Acréscimo Bandeira AMARELA	156.00000000	0.81069952	126,09
Acréscimo Bandeira VERMELHA			1,47
Contrib. Ilum. Pública Municipal			5,35
ICMS Subvenção-COE-NF 073087557-13/08/19			19,98
Retenção de União da Consumidora			0,95
Multa por atraso-NF 073087557 - 13/08/19			7,98
Juros p. atraso-NF 073087557 - 13/08/19			2,15
			1,55

### TOTAL DA FATURA

167,55

Demonstrativo de Ponto de Vista desta Nota Fiscal

Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR		ATUAL		Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (KWH)
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA				
301118300	CAT	11/08/2018	12.276,00	14/10/2018	13.493,00	33	1.00000		155,00

Downloaded from www.asmscience.org by

CONJUNTO	VALORES ESTIMADOS	LIMITE MENSAL	LIMITE TRIMESTRAL
OCIC	0,00	6,03	15,00
PIIC	0,00	3,43	6,86
	0,00	1,54	0,00

PHOTO: VISITOR TO THE CEMETERY OF LIMA, PERU

10 of 10

TENSÃO NOMINAL (V) 220 LIMITE DE VARIAÇÃO (%) -5/+10

四

21 MAR 2020

PROTOCOLO

## 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

M

MÃE: MARCIA BARROS DA SILVA

CIDADE: CUPIRA

ENDEREÇO: RUA RUI BARBOSA

N° 10 BAIRRO: NOVO HORIZONTE

ESTADO CIVIL: SOLTEIRO (A)

DOCUMENTO: SUS 161 1903 5665 0003

PROFISSÃO:

 ENFERMEIRO: *Geóz, Andrade*

TÉCNICO:

MÉDICO:

## ÚLTIMOS ATENDIMENTOS

DATA:	ATENDIMENTO N°	MOTIVO	Pac. vítima de acidente, refere
26/09/2019	153879	CONSULTA	laje cedro de cano c/ mato, e
29/07/2019	147122	QUEDA	em seguida, SIC, o mes no
23/10/2017	81830	CONSULTA	por cima da MIE. este apresenta

## INFORMAÇÕES

*anterior exame no catá*

HORÁRIO	PA	TEMPERATURA	PULSO	PESO	HGT	ASSINATURA

Queixas / Diagnóstico:

Tratamento:

*(Atrofia periorbita p/ corne)*

Exames Complementares:

Impressão diagnóstica:

*D SF - 100 ml furosem + deprimere (EV)*

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

*...to Silve*





## HOSPITAL REGIONAL DO AGreste EMERGÊNCIA



3 - Evolução / Exames

### Termo de Responsabilidade de Alta a Pedido

Paciente  Familiar

Responsabilizo-me pela imediata retirada do paciente desse nosocomio, bem como tenho absoluto conhecimento sobre todas as consequencias que esse ato possa acarretar.

**Name:** \_\_\_\_\_ **RG:** \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Tel.: \_\_\_\_\_  
Endereço: \_\_\_\_\_

Data: 1 1 1

**Assinatura**

### Autorização de Procedimento

( ) Paciente ( ) Familiar

Nome: \_\_\_\_\_ RG: \_\_\_\_\_

**Endereço:** \_\_\_\_\_ Tel.: \_\_\_\_\_

**Procedimento:** \_\_\_\_\_

### Diagnóstico:

## Destino do Paciente

Alta  Cirurgia  Óbito  Evadiu-se  Termo de Alta a Pedido

Transferência: ✓ IT ( ) Internamento \_\_\_\_\_

### Condição de Alta

Curado  Melhorado  Inalterado  Óbito

Data: / / Hora: Médico: CRM:

26/09/2019 16:22:03

2 de 2

## Usuario do Atendimento

Bezorgs

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

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

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

**CLEDSÓN 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, RAIOS X EVIDENCIANDO FRATURA DE TIBIA FECHADA EM MIE. NEGA ALERGIAS.

Fluxograma sintoma: QUEDAS

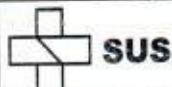
Discriminador(es):  
- DEFORMAÇÃO?  
- EDEMA?

Especialidade: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

---

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

Data Impressão: 26/09/2019 16:14



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

2 - CNES

2427419

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

4 - CNES

### Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

*Edson dos Santos Ferreira*

6 - N° DO PRONTUÁRIO

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

71004510179131377615119

8 - DATA DE NASCIMENTO

30/06/99

9 - SEXO

1  
 2

10 - RACA/COR

3

11 - NOME DA MÃE

*Marcia Barros da Silva*

12 - TELEFONE DE CONTATO

N° DO TELEFONE

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

*Ruan Ruy Barbosa - Novo Horizonte*

14 - TELEFONE DE CONTATO

N° DO TELEFONE

15 - ENDEREÇO (RUA, N°, BAIRRO)

*Rua Ruy Barbosa - Novo Horizonte*

*nº 10*

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

( )CNS ( )CPF

32 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO

35 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)

36 - ( )ACIDENTE DE TRÂNSITO

37 - ( )ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

38 - ( )ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

39 - CNPJ DA SEGURADORA

40 - N° DO BILHETE

41 - SÉRIE

42 - CNPJ EMPRESA

43 - CNAE DA EMPRESA

44 - CBOR

45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - CÓD. ÓRGÃO EMISSOR

48 - DOCUMENTO

49 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

( )CNS ( )CPF

( )EMPREGADO ( )EMPREGADOR

( )AUTÔNOMO ( )DESEMPREGADO

( )APOSENTADO ( )NÃO SEGURADO

### AUTORIZAÇÃO

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

51 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)

52 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

HOSPITAL JE  
PEQUENIN  
BEZERROS  
3728-1099  
3728-1585



HOSPITAL  
JESUS PEQUENINO

NOME: Ellenete Oliveira Farias

REG.: 124781

DATA DE NASCIMENTO: 30/06/1975

DATA DA CIRURGIA: 30/09/2015

DIAGNÓSTICO: Fractura de apófise (fratura  
do calcâneo esquerdo, 1cm S3-32-3)

TRATAMENTO: Capuzine "u" HBT

DATA DE SAÍDA: 14/10/2015 - 6003

MOTIVO DO RETORNO: Parcial

Retorno para exames  
no dia 1º/11/2015

*DR. JOSÉ  
SANTOS  
M.D.*



HOSPITAL 37  
**JESUS PEQUENINO**

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

NAME: Ellen Wiley Frye

REG.: 124761

DATA DE NASCIMENTO: 30 / 06 / 1993

DATA DA CIRURGIA: 30/09/2013  
DIAGNÓSTICO: Era tumor de a paca (fer)  
tumor esquerdo cm 5x3x1

TRATAMENTO: Caprigue e HBT

CATADOR FONDO: 14110 - 20/9 - Lote 7

MOTIVO DO RETORNO: Visita

Lições modernas para fortalecer  
os laços entre o Brasil e o mundo

卷之三



**JESÚS PEQUERINO**

NAME: Charles L. & his Father

## LAUDO MÉDICO

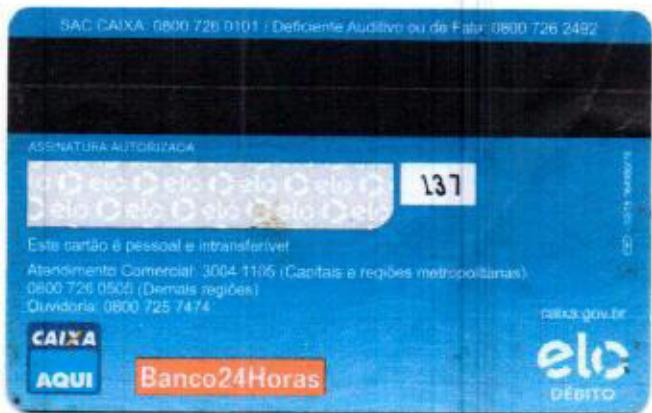
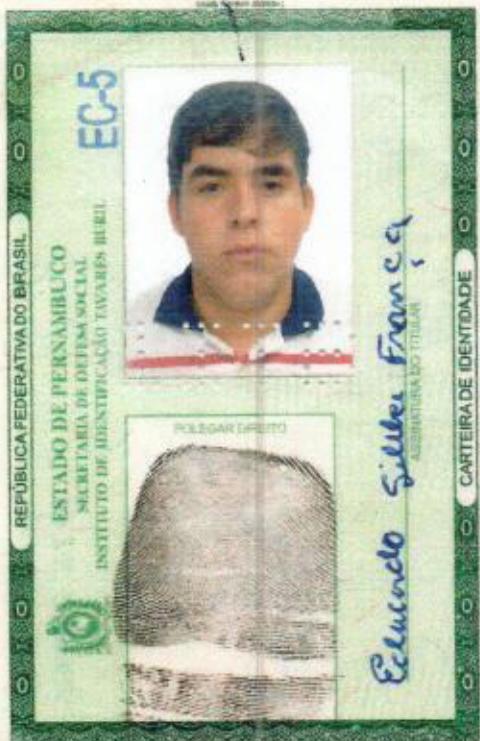
O paciente supracitado foi vítima de trauma, tendo apresentado o ~~desenvolvimento de hérnia~~ para ~~infarto~~ 10.5.121, no momento a tratamento cirúrgico nesta unidade hospitalar no dia.

Atualmente se encontra em acompanhamento ambulatorial.

Pro operar pelos an-  
tigos a HBT.  
E o paciente é ambulante  
Pq. Subjetiva

卷之三

1000. proportion as before  
11/1000  
1/1000



# 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:**

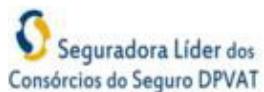
**Observações:**

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
		<b>Total</b>	<b>17,5 %</b>	<b>R\$ 2.362,50</b>

# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0100463/20

**Vítima:** EDUARDO SILVA FRANCA

**CPF:** 126.278.214-74

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 26/09/2019

**Titular do CPF:** EDUARDO SILVA FRANCA

**Seguradora:** BRASILSEG COMPANHIA DE SEGUROS

## 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](http://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

EDUARDO SILVA FRANCA

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

JONATAN BARBOSA DE BARROS