

---

**Rio de Janeiro, 21 de Fevereiro de 2020**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3200084589**

**Vítima: BRUNO JAKSON GOMES**

**Data do Acidente: 25/10/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT**

**Senhor(a), BRUNO JAKSON GOMES**

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, 08 de Março de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200084589

Vítima: BRUNO JAKSON GOMES

Data do Acidente: 25/10/2019

Cobertura: INVALIDEZ

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a), BRUNO JAKSON GOMES**

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

superiores 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: BRUNO JAKSON GOMES

Valor: R\$ 2.362,50

Banco: 341

Agência: 000007474

Conta: 0000022559-1

Tipo: CONTA CORRENTE

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

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, 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](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: 031.400.944-26 4 - Nome completo da vítima: BRUNO JAKSON GOMES

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

5 - Nome completo: BRUNO JAKSON GOMES 6 - CPF: 031.400.944-26  
7 - Profissão: AUTONOMO 8 - Endereço: AV JURACY 9 - Número: 110 10 - Complemento:  
11 - Bairro: SAPUCAIA 12 - Cidade: OLINDA 13 - Estado: PE 14 - CEP: 53270-000  
15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD): 81-99911-9391

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)

AGÊNCIA:   CONTA:    
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: ITAU

AGÊNCIA: 7474   CONTA: 22559  1  
(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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

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

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ 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 pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, OLINDA, 17 DE FEVEREIRO DE 2020.

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO  
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 025ª CIRCUNSCRIÇÃO - PEIXINHOS - DP25ªCIRC DIM/7ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **20E0115000696**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **14/02/2020** às **15:22**

**ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumados)** que aconteceu no dia **25/10/2019** no período da **Noite**

Fato ocorrido no endereço: **AVENIDA MARECHAL MASCARENHAS DE MORAIS, 1** - Bairro: **IMBIRIBEIRA - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL** - Ponto de Referência: **PROXIMO AO AEROPORTO**  
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR \ AGENTE)  
BRUNO JAKSON GOMES (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): **BRUNO JAKSON GOMES**

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

**BRUNO JAKSON GOMES (presente ao plantão)** - Sexo: **Masculino** Mãe: **MARIA JOSÉ GOMES** Pai: **JOSÉ MANOEL GOMES** Data de Nascimento: **20/1/1980** Naturalidade: **RECIFE / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **5701227/SDS/PE (RG)**, **03140094426 (CPF)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **2º. GRAU COMPLETO** Profissão: **AUTONOMO(A)**  
Endereço Residencial: **RUA MARIA JURACY, 110, SAPUCAIA - CEP: 55000-000 - Bairro: AGUAZINHA - OLINDA/PERNAMBUCO/BRASIL**

**DESCONHECIDO (não presente ao plantão)** - Sexo: **Masculino** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

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


**MOTO (VEICULO)**, que estava em posse do(a) Sr(a): **BRUNO JAKSON GOMES**  
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/YAMAHA/FACTOR 125 I ED** Objeto apreendido: **Não**  
Cor: **ROXA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PFP2344 (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO)**  
Ano Fabricação/Modelo: **2011/NÃO INFORMADO**  
Descrição: **PROPRIEDADE DE MARCIO MELO DA SILVA**

Complemento / Observação

**INFORMOU A VÍTIMA QUE SEGUIA PELA LOCALIDADE CITADA PILOTANDO A REFERIDA MOTOCICLETA QUANDO UM CICLISTA PASSOU EM SUA FRENTE REPENTINAMENTE E A VÍTIMA VEIO A DESVIAR PERDENDO O CONTROLE DA MOTO E CAIU NO CHÃO, SENDO SOCORRIDO PARA O HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO CONFORME ATENDIMENTO Nº 1698616.**

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

  
**BRUNO JAKSON GOMES**  
(VITIMA)



B.O. registrado por: **TITO FLAVIO DE ALMEIDA PIRES FALCAO** - Matrícula: **220.926-8**



# 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: 031.400.944-26 4 - Nome completo da vítima: BRUNO JAKSON GOMES

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

5 - Nome completo: BRUNO JAKSON GOMES 6 - CPF: 031.400.944-26  
7 - Profissão: AUTONOMO 8 - Endereço: AV JURACY 9 - Número: 110 10 - Complemento:  
11 - Bairro: SAPUCAIA 12 - Cidade: OLINDA 13 - Estado: PE 14 - CEP: 53270-000  
15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD): 81-99911-9391

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)

AGÊNCIA: CONTA: (Informar o dígito se existir)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: ITAU

AGÊNCIA: 7474 CONTA: 22559 1 (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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

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

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ 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 pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, OLINDA, 17 DE FEVEREIRO DE 2020.

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

# ITAÚ – UNIBANCO

## COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 341                    AGÊNCIA: 0477                    CONTA: 000000078857-4

---

DATA DA TRANSFERENCIA: 05/03/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: BRUNO JAKSON GOMES

BANCO: 341

AGÊNCIA: 07474

CONTA: 000000022559-1

---

Autenticação:

3602BD50CBA8F3366C7DF1491DEAF820C24F70583AA8CD391586C1C34F209FC9





CRACHÁ APOIO

FOTOGRAFIA HR

Data: 25/10/19

Médico: *Fininho*Assistente: *Fininho*

SENHA REGULACÃO:



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco

Hospital da Restauração

## Ficha de Atendimento

ETIQUETA

*Fininho*

Nº PRONTUÁRIO: <b>1698616</b>		Data e Hora de Atendimento: 25/10/2019 21:38		Local de Entrada: EMERGENCIA GERAL	
Nº. ATEND.: 1501622		Paciente: BRUNO JAKSON GOMES		Nm. Social:	
Data de nascimento: 20/01/1980		Idade: 39a 9m 5d		Sexo: MASCULINO	
Estado Civil: SOLTEIRO		Profissão:		Acompanhante:	
DOC ID / Data expedição /		Mãe: MARIA JOSE GOMES		Cartão SUS:	
Pai: JOSE MANOEL GOMES				PRÓTESE	
Endereço: RUA MARIA JURACY		Número 510		Complemento:	
Bairro: AGUAZINHA		UF: PE		Telefone:	
Cidade: OLINDA					
Condições:					
Motivo do atendimento: DOR		Notificado 14/11/19			
Procedência: OUTRO HOSPITAL		Vigilância Epidemiológica Hospitalar			
Informações do Serviço Social:		VEH-HR/NEPI ATT			
Confirmação de nome:		Fones:		Assistente Social	
Confirmação de endereço:					
Providências: Alta <input type="checkbox"/> Caso Social <input type="checkbox"/>					
Encaminhamentos: Rede de Apoio <input type="checkbox"/> GPCA <input type="checkbox"/> Cons. Tutelar <input type="checkbox"/> Delegacias <input type="checkbox"/> Minist. Público <input type="checkbox"/>					
Outros <input type="checkbox"/>					
Observação:				Assistente Social	
História Clínica:					
<p>Paciente vítima de colisão moto-bricleta há cerca de 1h. Traída pela equipe do SAMU, em uso de collar cervical e prancha rígida. Consciente e orientado, verbaliza, vindo da MSE. Apresenta escoriação na MSD e os membros apresentam manuseio ativo de membros inferiores.</p>					
Atendimento Médico					
Perda de consciência: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Episódio Emético: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Acidente de Trabalho: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>					
Acidente de Trânsito: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Tipo: Transporte realizado Por:					
Imobilização Cervical: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sofreu Queda: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Altura:					
Condições de imobilização adequadas: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Por Quê?					
Exame Físico:					
A: Geral Via aérea está pervia: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> O paciente fala: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Temp:					
Eg Reg. Consciente e Orientado, pupila e corado					
B: Respiratório MV+ em AHTX SI RA					
C: Circulatório PA: X mm Pulso: bpm					
RCR BNF 2 SIS					

D: Exame Neurológico	Deficiência motora: MSD <input type="checkbox"/> MSE <input type="checkbox"/> MID <input type="checkbox"/> MIE <input type="checkbox"/>	Pupilas: Isocóricas <input type="checkbox"/> Anisocóricas <input type="checkbox"/>
Glasgow: Abertura Ocular Escore: _____ Hora: _____	Glasgow: Resposta Verbal Escore: _____ Hora: _____	Glasgow: Resposta Motora Escore: _____ Hora: _____

E: Exposição/Abdômen:

Abdomen globoso, flácido e deprimível,  
indolor à palpação.

ext. dor à mobilização de MSE

Diagnóstico Inicial:

Síndrome de obstrução em a. h. baixa  
(D) e ~~alta~~ baixa (D)

Cod. Procedimento

Conduta:

\* co: 1. Sol. TC de Gado e Gr. Col +  
av. da NRC  
2. Sol. av. da T. amnt  
3. Sol. Rx de Tórax + Pélv

Ass. Médico

Evolução de Enfermagem:

1 de ~~MS~~ baixa (E)

Ass. Enfermagem

Definição do Caso:

☐ Internamento ☐ Cirurgia ☐ Óbito ☐ Termo de Alta a Pedido ☐ Evadiu-se ☐ Alta

Internado na Clínica:

Transferido para:

Condição de Alta:

☐ Curado ☐ Melhorado  
☐ Inalterado ☐ Piorado  
☐ Óbito

Autorização para Alta / Internamento / Transferência:

Médico: \_\_\_\_\_ CRM: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_

**Termo de responsabilidade para Internamento:**

- Estou ciente das normas existentes neste hospital, as quais aceito integralmente e autorizo a realização de tratamento, clínicos e/ou cirúrgicos inclusive transfusões e sem exames complementares e transporte se forem necessários.

Data: \_\_\_\_\_ Nome completo legível: \_\_\_\_\_

No. da identidade: \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_

**Termo de responsabilidade de alta a pedido:**

- Responsabilizo-me pela imediata retirada do paciente neste nosocômio, bem como tenho absoluto conhecimento sobre todas as consequências que deste ato possam advir.

Data: \_\_\_\_\_ Nome completo legível: \_\_\_\_\_

No. da identidade: \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_

Data e Hora Impressão: 25-out-19

# HOSPITAL DA RESTAURACAO

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

MANCHESTER V2

Data e hora retirada da senha: 25/10/2019 21:31

Nome Paciente:	BRUNO JAKSON GOMES
Cód. Paciente:	
Data de Nascimento:	20/11/1980
Sexo:	Masculino
Idade:	38
Senha:	U0041
Convênio:	-
Atendimento:	
SAME:	

Período: 25/10/2019 21:32 - 25/10/2019 21:32

MARIA DO SOCORRO G DA SILVA - COREN: 72364 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - CLASSIFICAÇÃO

Prioridade: **AMARELO - URGENTE**

Cor:  AMARELO

Queixa Principal: PACIENTE VÍTIMA DE COLISÃO MOTO- BICICLETA HÁ UMA HORA. NEGA SÍNCOPE/VÔMITO. APRESENTA TRAUMA EM MSE

Observação: SAMU

Fluxograma sintoma: TRAUMA MAIOR

Discriminador(es): - DOR MODERADA?

Especialidade: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Sinais Vitais Lidos: - ESCLA COMA DE GLASGOW ADULTO: 15  
- REGUA DE DOR: 7

25. 10. 19. . NCR. 23:40 h  
consciente, orientado  
sem feridas  
gl. 15, Frankel E  
TC | contusão  
col. cervical  
C - Alta NCR

Acolhido(a) por: MARIA DO SOCORRO G DA SILVA - COREN: 72364 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 25/10/2019 21:33

**Ortomédica**

COMÉRCIO ORTOPÉDICO LTDA.

Estrada do Encanamento, 61 - Parnamirim

CEP: 52.060-210 - Recife - PE

CNPJ. 24.061.657/0001-27 Insc. Est. 18.1.001.0140069-5

Fones: (81) 3268-8554 / 3441-6966 Fax: (81) 3269-6781

**CONTROLE DE MATERIAIS  
UTILIZADOS EM CIRURGIA**

(RQ-26)

Nº 061256

1º Via Fixa

Registro: 2698616

Hospital: Ortopédica Convênio: SUS Cidade: Recife - PE  
Nome do Paciente: Beema Jussien Gomes Data da Cirurgia: 27/10/19  
Médico: Dr. Paulo G. G. G. Membro Operado: JSK

MATERIAL	ESPECIFICAÇÃO	QUANT.	LOTE
1- Placa DCP 3,5	7 parafusos	01	

Dr. Terezinha Andreia Queiroz  
Téc. em Radiologia / Ortopedia  
CRM: 15.244

**ENTRADA**

PARAFUSOS CORTICAIS	Nº	6				
	QUANT.					
	LOTE					
PARAFUSOS DE BLOQUEIO	Nº					
	QUANT.					
	LOTE					
PARAFUSOS PARA HASTE BLOQUEADA	Nº					
	QUANT.					
	LOTE					
PARAFUSOS CANULADOS	Nº					
	QUANT.					
	LOTE					
PARAFUSOS DE INTERFERÊNCIA	Nº					
	QUANT.					
	LOTE					

VENDEDOR/INSTRUMENTADOR: \_\_\_\_\_



### FICHA DE ESCLARECIMENTO

<b>NOME:</b> BRUNO JAKSON GOMES	<b>PRONTUÁRIO:</b> 1698616	<b>ATENDIMENTO:</b> 01502061
<b>DATA DE NASCIMENTO:</b> 20/01/1980	<b>FOI ATENDIDO EM:</b> 25/10/2019 Às 21:38	
	<b>DATA DA ALTA:</b> 30/10/2019 ÀS 16:31	

**Diagnóstico Provável:**

FRATURA DE RADIO ESQUERDO (CID: S.52)

**Tratamento Realizado:**

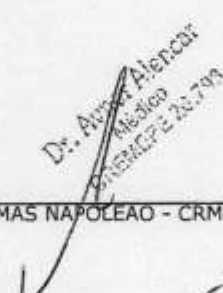
TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DE RADIO ESQUERDO.

**Observação:**

ALTA DA ORTOPEDIA;  
ANALGESIA + ANTIBIOTICOTERAPIA;  
AFASTAMENTO DAS ATIVIDADES LABORAIS POR 60 DIAS;  
CURATIVO DIARIO NO POSTO DE SAUDE;  
ORIENTAÇÕES GERAIS;

**Encaminhado para:**

RETORNAR PARA O AMBULATORIO DE MAO EM ORTOPEDIA, APOS 21 DIAS.

  
FRANCISCO STANLEY DAMAS NAPOLEÃO - CRM: Nº.7472

Recife, 30, OUTUBRO ,2019

**ATENÇÃO:**

Este documento destina-se a comprovação de atendimento hospitalar ou ambulatorial para INSS, Empresas, Escolas, Ministério do Trabalho, Continuidade do Tratamento Ambulatorial, segundo a recomendação Nº 04/2002 do Ministério Público do Estado de Pernambuco.



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco  
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO



NOME: BRUNO JAKSON GOMES

PRONTUÁRIO: 1698616

SEXO: Masculino

DATA NASC: 20/01/1980

DATA/HORA: 30/10/2019 16:29

ATENDIMENTO: 1502061

Leito 720-L1

## EVOLUÇÃO CLÍNICA

Data: 30/10/2019

Hora: 16:15

#TRAUMATOLOGIA#

\*HD: FRATURA DE RADIO ESQUERDO (CID: S.52)

PACIENTE ESTAVEL HEMODINAMICAMENTE, SEM QUEIXAS.  
DIURESE E EVACUAÇÃO PRESENTES.

FO: LIMPA, SECA, SEM SINAIS FLOGÍSTICOS.

VEUROVASCULAR PRESERVADO.

CD:  
ALTA MEDICA.

Dr. Amar Alencar  
Médico  
CREME 20.000



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco  
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO



NOME: BRUNO JAKSON GOMES

PRONTUÁRIO: 1698616

SEXO: Masculino

DATA NASC: 20/01/1980

DATA/HORA: 29/10/2019 10:00

ATENDIMENTO: 1502061

Leito 720-L1

## EVOLUÇÃO CLÍNICA

Data: 29/10/2019

Hora: 10:00

#TRAUMATOLOGIA#

\*HD: FRATURA DE RADIO ESQUERDO (CID: S.52)

PACIENTE ESTAVEL HEMODINAMICAMENTE, SEM QUEIXAS.  
DIURESE E EVACUAÇÃO PRESENTES.

FO: LIMPA, SECA, SEM SINAIS FLOGISTICOS.

NEUROVASCULAR PRESERVADO.

\*CD:  
OBSERVAÇÃO CLÍNICA.  
OLICITO RX POS OP.

Dr. Anderson Almeida  
Médico  
CREME 28.793



Paciente

Enfermaria/Leito

Registro

Bruno Tarcos Gomes

1698616

## EVOLUÇÃO CLÍNICA

27/10/19 # hematologia +  
Paciente submetido a tratamento cirúrgico  
de fx-lx de Gallegos, sem intercorrências.

edte= VPM

USR

O G-antico após recuperação  
anestésica.

Dra. Tereza Augusta Chelroz  
Tratamento / Hematologia  
CREME - PE 24490

27.10.19

SRPA

Por fim cirurgia de fixação de luxação de  
Gallegos, após 11:30h proced. so. GReg.  
coron. curado, RE em ar amb. IV p/  
H2O, sinais vitais estáveis e spO2 100%  
curado, hidratado, dieta VO, PO e ME  
e curativo ocular + fôrca de contenção  
Segue sob cuidados

Shulex





Paciente

Enfermaria/Leito

Registro

Bruno Jackson

## EVOLUÇÃO CLÍNICA

26.10.19

# Ortopedia #

Paciente, 39a, vítima de acidente motociclístico. Apresenta dor + deformidade em antebraço (E).

Ao exame:

BGG, eupneico, normotensado, consciente, orientado

USE: Deformidade + edema + inchaço em antebraço (E)

Pele intacta, d.p.s., escavação de anastomose por artéria (E)

Neurovasculares preservados

HD: Fratura - luxação de Galeazzi

Ed: Indicado tratamento cirúrgico pela urgência

Dra. Simone Cristina  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM 27041Desatendido com  
Dr. Rodrigo Pontes

HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO

# RELATORIO DE OPERAÇÃO

GOVERNO DO ESTADO

Unidade de Saúde : HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO		
Paciente : Bruno Toron Gomes	Nº do Registro : 1698646	
Clínica : Neuromotologia	Nº do Leito :	
Operador : Dr. Paulo Girão		
1º Assistente : Pedro Walter / Tuzza / Andreus / Stanley / Vitor	2º Assistente :	
Instrumentador :	Anestesista :	
Anestesia : Bloqueio de Flexo	Duração :	
Data da Operação : 27/10/19	Início :	Fim :
Diagnóstico Pré-Operatório : Fratura - luxação de Galeazzi (E)		
Diagnóstico Pós-Operatório : O mumo		
Operação Proposta : Tratamento cirúrgico de fratura de luxação de Galeazzi (E)		
Operação Realizada : O mumo		
DESCRÇÃO DO ATO OPERATÓRIO		
1- Paciente em DDH sob anestesia		
2- Cinesia + Antropia + Aponia de compen + garoto um USE.		
3 - Realizado o cmo de Thompson + deulad por planos + identificação de fratura de rádio (E) com pda omu.		
4- Realizada redução euenta + fraco com placa DEP 3,5 7 furos pré-tensionada + 6 pontos de sutura.		
5- Observado glio vms ôntio-medial.		
6- Retirado enxerto de olecrano (separado), usado juntamente com hidroxapatita sem defeito vms no rádio.		
7- Retirado aparelho de USE + curativo de feridas.		

- 8 - Sutura por planos  
9 - Recabido ARVD distal, parado  
70 K 2,5 na PRVD para estabilização  
(Não havia 70 K 2.0 na casa).  
10 - Evidência de fratura

Dra. Tereza Andreia Queiroz  
Traumatologia / Ortopedia  
CREME-PE 24244

<b>FICHA DE ANESTESIA</b>				Data <b>27.01.19</b>		<b>HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO</b> <small>HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO</small>		<b>PERNAMBUCO</b> <small>GOVERNO DO ESTADO</small>	
Paciente <b>Bruno Jackson Gomes</b>				Sexo <b>M</b>	Cor <b>B</b>	Idade <b>39</b>	Risco <b>II</b>		
CRM	Nome do Anestesiista <b>Victor A.</b>			Nome do Cirurgião <b>Paulo G. não</b>					
Medicação Pré-anestésica $\phi$							Urgência <input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/> Sim		
Cirurgia <b>Itac cingulo de fratura e luxação de Galeazzi</b>									

Hemóforo	<b>08.50</b>			
O <sub>2</sub>				
N <sub>2</sub> O				
Líquidos				
Sa O <sub>2</sub>	98	99	99	99
ETCO <sub>2</sub>	35	35	35	35
ECG				
240				
220				
200				
180				
160				
140				
120				
100				
80				
60				
40				
20				
Anotações				

Drogas Usadas	Quantidade
<b>Midazolam</b>	<b>5mg</b>
<b>Fentanyl</b>	<b>50</b>
<b>Lidocaina</b>	<b>1.0 - 1.5</b>
<b>Bupivacaína</b>	<b>0.5 - 1.0</b>
<b>Dipirone</b>	<b>3</b>
<b>Ranitidina</b>	<b>30</b>
<b>Cefazolina</b>	<b>3</b>

Técnica Anestésica
1. Monitorização
2. Sedação EV 1 W O <sub>2</sub> p4-
3. A+A+ BPB 4 EN + Stimplex -
4. S/ intubação

Monitorização	<input type="checkbox"/> BIS
<input checked="" type="checkbox"/> Cardioscópio	<input type="checkbox"/> Temperatura
<input checked="" type="checkbox"/> Oxímetro	<input type="checkbox"/> Swan-Ganz
<input checked="" type="checkbox"/> PNI	<input type="checkbox"/> Analisador Gases
<input type="checkbox"/> Sonda Vesical	<input type="checkbox"/> PVC
<input type="checkbox"/> Capnógrafo	<input type="checkbox"/> Estimulador de Nervo
<input type="checkbox"/> Esret. Pré-Cordial	<input type="checkbox"/> Linha Arterial
<input type="checkbox"/> Outros	<input type="checkbox"/> Volemia IBP Plus

Encaminhado
<input checked="" type="checkbox"/> Acordado
<input type="checkbox"/> Sonolento
<input type="checkbox"/> Intubado
Destino
<input checked="" type="checkbox"/> SRPA
<input type="checkbox"/> Apart. / Enl.
<input type="checkbox"/> UTI
<input type="checkbox"/> Externo

Intercorrência: <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim
Descrever:
Observações:

Assinatura do Anestesiista:
-----------------------------



**REGISTRO DE ENFERMAGEM CENTRO CIRÚRGICO HR**

PACIENTE: Duino Jansen Gomes REGISTRO: 1698016  
 IDADE: 30 anos SEXO: M F ( ) SETOR DE PROCEDENCIA: Traumatológico

**1-EQUIPE CIRÚRGICA**

CIRURGIÃO: Dr. Paulo César ANESTESISTA: Dr. Victor  
 1ª AUXILIAR: Dr. Vitor 2ª AUXILIAR: Dr. Roberto INSTRUMENTADOR: Dr. Stanley  
 ENFERMEIRA: Clínica CIRCULANTE: Christiane

**2-DADOS DA CIRURGIA:**

CIRURGIA: Doença do Fígado INICIO: 09:30 TÉRMINO: 11:20  
 TIPO DE ANESTESIA: Alquimia INICIO: 08:30 TÉRMINO: -

**3-DADOS PRÉ-OPERATÓRIOS**

ESTADO GERAL: BOM ( ) REGULAR ( ) GRAVE ( ) NÍVEL DE CONSCIÊNCIA: CONSCIENTE ( ) ORIENTADO ( ) SONOLENTO ( ) SEDADO ( ) INCONSCIENTE ( )  
 RESPIRAÇÃO: ESPONTÂNEA ( ) ENTUBADO ( ) TRAQUEOSTOMIZADO ( ) CIRCULAÇÃO: FREQUÊNCIA CARDÍACA 94 PULSO 94 PA -  
 PELE: ÍNTEGRA ( ) LESIONADA ( ) DIURESE: ESPONTÂNEA ( ) SONDA ( ) DISPOSITIVO URINÁRIO ( ) ALERGIA: Não PERTENCES: Não  
 PREPARO PARA CIRURGIA: BANHO PRÉ-OP ( ) TRICOTOMIA ( ) MARCAÇÃO DO SÍTIO CIRÚRGICO: SIM ( ) NÃO ( ) PROTESE DENTÁRIA: SIM ( ) NÃO ( )

**4-TRANS-OPERATÓRIO**

POSICÃO: FOWLER ( ) LATERAL ( ) DORSAL ( ) VENTRAL ( ) GINECOLÓGICA ( ) PROTEÇÃO OCULAR: SIM ( ) NÃO ( ) LOCAL DE PLACA CIRÚRGICA: Coxa  
 CONTAGEM DE COMPRISSAS INÍCIO: 10 FINAL: - CONTROLE DE PERFURDS: FIO AGULHADO: INÍCIO 0 FIM 05  
 ANTIBIÓTICO PROFILÁTICO: SIM ( ) NÃO ( ) QUAL: Kefzol HORA: 09:30 PREENCHEU COTA: SIM ( ) NÃO ( )  
 GARROTEAMENTO: SIM ( ) NÃO ( ) TEMPO DE GARROTE: INÍCIO: 09:30 FINAL: -  
 CONTAGEM DE INSTRUMENTAIS: 36 + 19 + 10 CONFERIDO POR: Christiane HORA: 11:25

**5-EQUIPAMENTOS/MATERIAIS**

MONITOR ( ) OXÍMETRO ( ) CAPNÓGRAFO ( ) PNL ( ) ASPIRADOR MONTADO ( ) MANTA TÉRMICA ( ) AP.VÍDEO ( ) TORPÊDO DE NITROGÊNIO ( ) TORPÊDO DE CO<sub>2</sub> ( ) BISTURI ELÉTRICO ( ) MICROSCÓPIO ( ) CAVITRON ( ) INTENSIFICADOR ( ) BOMBA DE INFUSÃO ( ) DIPRIFUSOR ( ) ESTIMULADOR DE NERVOS ( ) DERMATOMO ( ) BISTURI ULTRASSÔNICO ( )  
 INSTRUMENTAIS CONSIGUINADOS SIM ( ) NÃO ( )

**6-PEÇA CIRÚRGICA/EXAMES**

ANATOMO PATOLÓGICO: SIM ( ) NÃO ( ) NOME DA PEÇA: - MATERIAL: -  
 ECLUÇÃO: - IDENTIFICADO POR: -  
 CULTURA: SIM ( ) NÃO ( ) EXAMES LABORATORIAIS: SIM ( ) NÃO ( ) GASOMETRIA: SIM ( ) NÃO ( ) RX: SIM ( ) NÃO ( )

PACIENTE

REGISTRO 1008010

CIRURGIA

data 27/10/83 CIRCULANTE

QUANT.	MATERIAL	QUANT.	MATERIAL	QUANT.	MEDICAÇÃO	QUANT.	MEDICAÇÃO
1	Agulha 25x07		Fio protene s/a		Adrenalina		Metoclopramida ( plasil )
1	Agulha 40x12		Fio de seda	1	Agua destilada 10ml		Naloxona ( narcan )
	Agulha 13x4		Fio simples		Alcurônio	1	Neocalina
1	Agulha de bloqueio (bex)		Fio simples		Alfentanila ( rapifen )		Neostigmine
1	Atad. Crepe		Fita cardíaca	1	Antibiótico bexgel 2g		Pancurônio
1	Atad. Gessada	1	Gase		Antibiótico		Pomada oftálmica
	Capa microscópio		Hemostático		Atropina		Propofol
	Capa de vídeo	1	Lâmina bisturi nº 13 ( )		Bicarbonato de sódio		Ranitidina
	Cat. Subclávia		Luva cirúrgica nº 7.0		Cedilanide		Rocurônio (esmeron )
	Cat. venopunção nº	1	Luva cirúrgica nº 7.5		Cetoprofeno		Sevorane
1	Cat. de oxigênio	1	Luva cirúrgica nº 8.0		Decadron	1	Soro fisiológico
	Cêra óssea	1	Luva de procedimento		Dexametasona		Soro fisiológico
	C. de urina fechado ( ) aberto ( )	1	Seringa insulina ( ) 5cc (x)		Diazepan		Soro glicosado
1	Compressa cirúrgica	1	Seringa 10cc (x) 20cc (x)		Dipirona	1	Soro Ringer 500ml
	Conexão 2 vias	1	Sistema de drenagem ( ) ( )		Dopamina		Suxametônio ( quelicin )
1	Eletrodo		Sonda endotraqueal ( )	1	Dormonid		Tracrium
	Eq. De bomba		Sonda de foley nº ( ) *		Enflurano		Vitamina C
	Eq. De sorro		Sonda nosogástrica nº ( )		Etilefrina ( efortil )		Vitamina K
	Fio cromado		Sonda uretral nº ( )		Fenitoina ( hidantal )	1	Xilocalina C/A
	Fio de aço		Torneira de 3 vias	1	Fentanil	1	Xilocalina S/A
	Fio de aço	1	Vidro de aspiração		Furosemida ( lasix )		Xilocalina 2ml
	Fio de algodão c/a	1			Gelafundin		Xilocalina geléia
	Fio de algodão c/a	1			Glicose 10ml	1	
	Fio de algodão s/a	1			Gluconato de sódio	1	
	Fio de algodão s/a	1			Heparina		
	Fio de algodão s/a	1			hidrocortisona		
	Fio de nylon 2-0	1			Hypnomidate		
	Fio de nylon	1			isoflurano		
	Fio protene c/a	1			Lanexat ( flumazinil )		
	Fio protene c/a	1			Manitol		
	Fio protene s/a	1			Meperidina ( Dolantina )		

**Identificação do Estabelecimento de Saúde**

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

Hospital da Restauração

2 - CNES

0000655

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

4 - CNES

**Identificação do Paciente**

5 - NOME DO PACIENTE

Bruno Jackson Gomes

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

1698616

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

9 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

10 - TELEFONE DE CONTATO

11 - ENDEREÇO DE RESIDÊNCIA

12 - TELEFONE DE CONTATO

TOMOGRAFIA IR

Unidade 25/10/19

**SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO (S) ESPECIAL (S)**

13 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

TC de crânio SIC

15 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

TC de coluna cervical

17 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

19 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

21 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

14 - COD. PROCEDIMENTO

QTDE

16 - COD. PROCEDIMENTO

QTDE

18 - COD. PROCEDIMENTO

QTDE

20 - COD. PROCEDIMENTO

QTDE

22 - COD. PROCEDIMENTO

QTDE

**JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO**

Politrauma

23 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

**PROFISSIONAL SOLICITANTE**

Dr. Anderson de Lencastre  
CRM-PF 27.914

24 - DATA DA SOLICITAÇÃO

25 / 10 / 19

25 - Nº DOCUMENTO (CNS / CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

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

27 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

**AUTORIZAÇÃO**

28 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

29 - Nº DOCUMENTO (CNS / CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

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



0 TERRITÓRIO NACIONAL  
1224115640

PRIMEIRO PLASTIFICAR  
1224115640

MINISTÉRIO DAS CIDADES  
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO  
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

NOME  
BRUNO JACSON GOMES



DOC. IDENTIDADE/ORG. EMISSOR/UF

5701227 SSP PE

DT

DATA NASCIMENTO

031.400.944-26

20/01/1980

IRACÃO

JOSE MANOEL GOMES

MARIA JOSE GOMES

PERMISSÃO

ACC

CAL. HABIL

AB

Nº REGISTRO

03373620884

VALIDADE

19/04/2021

VALIDADE

03/09/2004

OBSERVAÇÕES



BRUNO JACSON GOMES



LOCAL

ASSINATURA DO PORTADOR

DATA EMISSÃO

RECIFE - PE

27/04/2016

02443441440

ASSINATURA DO EMISSOR

PE072369639

DETRAN - PE (PERNAMBUCO)





Seguradora Líder - DPVAT

## SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS **ID**

### IDENTIFICAÇÃO

VITIMA Bruno Jackson Gouveia

DATA DO ACIDENTE \_\_\_\_\_ CPF DA VITIMA \_\_\_\_\_

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO \_\_\_\_\_

QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR ( ) VITIMA ( ) REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COM

A VITIMA É \_\_\_\_\_

ENDEREÇO DO PORTADOR \_\_\_\_\_

Nº \_\_\_\_\_ COMPLEMENTO \_\_\_\_\_ BAIRRO \_\_\_\_\_

CIDADE \_\_\_\_\_ UF \_\_\_\_\_ CEP \_\_\_\_\_

E-MAIL \_\_\_\_\_ TELEFONE (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

### DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- ( ) REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- ( ) CARTeira DE IDENTIDADE DA VITIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTeira DE TRABALHO OU CARTeira NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ( ) CPF DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ( ) LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- ( ) NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML: DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML (ORIGINAL) ASSINADA PELA VITIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA
- ( ) BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ( ) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- ( ) AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VITIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

### DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

- ( ) CARTeira DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTeira DE TRABALHO OU CARTeira NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
  - ( ) CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
  - ( ) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL), OU DECLARAÇÃO DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VITIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

### DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

- ( ) REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- ( ) CARTeira DE IDENTIDADE DA VITIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTeira DE TRABALHO OU CARTeira NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ( ) CPF DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ( ) RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SOFRIDAS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ( ) COMPROVANTES (ORIGINALS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS
- ( ) NOTAS FISCAIS (ORIGINALS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITUÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ( ) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- ( ) AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VITIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

### DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

- ( ) CARTeira DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTeira DE TRABALHO OU CARTeira NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
  - ( ) CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
  - ( ) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VITIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

### INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- VALORES DE INDENIZAÇÃO
  - MORTE - R\$ 13.500,00
  - INVALIDEZ PERMANENTE - ATÉ R\$ 13.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/74.
  - DESPESAS MÉDICAS (DAMS) - REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO). ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.
- O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA
- COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO
- PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSSE [WWW.DPVATSEGURODOTRANSTO.COM.BR](http://WWW.DPVATSEGURODOTRANSTO.COM.BR) OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA \_\_\_\_\_

IDENTIDADE \_\_\_\_\_

ASSINATURA Bruno G.

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA 19/02/10

NOME Responde

ASSINATURA \_\_\_\_\_

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3200084589 **Cidade:** Recife **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** BRUNO JAKSON GOMES **Data do acidente:** 25/10/2019 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 28/02/2020

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DE RÁDIO ESQUERDO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO. (GALEAZZI- PAG.5) ALTA MÉDICA.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO.

**Sequelas:** Com sequela

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento faltante:**

**Apontamento do Laudo do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DE MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO.

**Documentos complementares:**

**Observações:** P10/11/12\_CIRURGIA.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

## DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros superiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3200084589 **Cidade:** Recife **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** BRUNO JAKSON GOMES **Data do acidente:** 25/10/2019 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 28/02/2020

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DE RÁDIO ESQUERDO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO. (GALEAZZI) ALTA MÉDICA.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO.

**Sequelas:** Com sequela

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento faltante:**

**Apontamento do Laudo do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DE MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO.

**Documentos complementares:**

**Observações:** P10/11/12\_CIRURGIA.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

## DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros superiores	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-0068155/20

**Vítima:** BRUNO JAKSON GOMES

**CPF:** 031.400.944-26

**Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

**Data do acidente:** 25/10/2019

**CPF de:** Próprio

**Titular do CPF:** BRUNO JAKSON GOMES

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

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

**BRUNO JAKSON GOMES : 031.400.944-26**

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: 19/02/2020  
Nome: BRUNO JAKSON GOMES  
CPF: 031.400.944-26

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 19/02/2020  
Nome: RAPHAELLA CRISTINA CAVALCANTI DA SILVA  
CPF: 703.646.014-85

BRUNO JAKSON GOMES

RAPHAELLA CRISTINA CAVALCANTI DA SILVA