

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 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





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 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, retorno ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha 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

DADOS CADASTRAIS

5 - Nome completo: BRUNO JAKSON GOMES	6 - CPF: 031.400.944-26		
7 - Profissão: AUTONÔMO	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:	<input type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input checked="" type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00

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

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção):
 Bradesco (237) Itaú (341)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: _____	CONTA: _____	AGÊNCIA: 7474	CONTA: 22559
(Informar o dígito se existir)			

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

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

Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (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 Lider 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:	<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 <input type="checkbox"/> Sim teve filhos? <input type="checkbox"/> Não	29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:	30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	31 - Vítima teve irmãos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:	33 - Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
--	--	--	--	--	---

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

34 Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado	35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)	38 - 1º Nome: _____ CPF: _____
	36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)	Assinatura da testemunha
	37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)	39 - 2º 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)

FPS.001 V002/2019

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS



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 N°. **20E0115000696**

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

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado), 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 PÚBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

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

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEÍCULO (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)

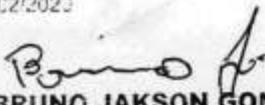
MOTO (VEÍCULO), que estava em posse do(a) Sr(a): **BRUNO JAKSON GOMES**
 Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/YAMAHA/FACTOR 125 I ED** Objeto apreendido: **Não**
 Cor: **ROXA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

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 FRENTES 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 N° 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: AUTONÔMO	8 - Endereço: AV JURACY	9 - Número: 110	10 - Complemento: 110
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:

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

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

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção):
 Bradesco (237) Itaú (341)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos):

Nome do BANCO: **ITAU**

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

AGÊNCIA: **7474** CONTA: **22559** (Informar o dígito se existir)

1

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

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

Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (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 Lider 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 Sim 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 Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34
Impressão
digital da
víma 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 - 1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2º | 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)

FPS.001 V002/2019

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

ITAU - 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: 00000022559-1

Autenticação:

3602BD50CBA8F3366C7DF1491DEAF820C24F70583AA8CD391586C1C34F209FC9

SENHA REGULAÇÃO:



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco

Hospital da Restauração

Ficha de Atendimento

CRACHÁ
APOIOONTOGRAFIA HR
Data: 25/10/19

Médico:

Assistente: *Fernanda*

ETIQUETA

Hospital da Restauração

Nº PRONTUÁRIO: 1698616	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	Numero 510 Complemento:

Endereço: RUA MARIA JURACY Bairro: AGUAZINHA Cidade: OLINDA	UF: PE	Telefone: PRÓTESE
--	---------------	--------------------------

Incorrências:

Ativo 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. Publico <input type="checkbox"/>	
--	--

Outros <input type="checkbox"/>	
---------------------------------	--

Observação:	Assistente Social
-------------	-------------------

História Clínica:

Paciente vítima de colisão moto-bracleta há cerca de 4h. Trazido pela equipe de SAMU, em uso de cinto de segurança e prancha nígida. Consciente e orientado, verbalizando e MSE. Apresenta suspeita de MSO e os demais sintomas mencionados acima de níveis suspeitos.

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 pélvia: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	O paciente fala: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Temp:
----------	--	--

Esgreg. Percebe e articula, eupneico, concorde

B: Respiratório MV+ em AHTX SI RA

C: Circulatório PA: X mm Pulso: bpm

RCR BNF 27 SIS

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

E: Exposição/Abdômen:

Abdome globoso, flácido e de pressão,
indolor à palpação.

ext. Dor à mobilização de MSC

Diagnóstico Inicial: Síndrome de Guillain-Barré <input checked="" type="checkbox"/> D <input checked="" type="checkbox"/> Ibraço <input checked="" type="checkbox"/> D	Cod. Procedimento
--	-------------------

Conduta:

- * co: 1. Sd. TC de Garro e Garro +
M. da NRC
- 2. Sd ar. da Tránsit.
- 3. Sd Rx da Tóx + Ril.

Evolução de Enfermagem: 1 d de Ibraço braço <input checked="" type="checkbox"/> E	Ass. Enfermagem Luzon de Faria I-CP-PE 2791
---	---

Definição do Caso:

<input type="checkbox"/> Internamento <input type="checkbox"/> Cirurgia <input type="checkbox"/> Óbito <input type="checkbox"/> Termo de Alta a Pedido <input type="checkbox"/> Evadiu-se <input type="checkbox"/> Alta

Internado na Clínica:

Transferido para:

<input type="checkbox"/> Curado <input type="checkbox"/> Melhorado
<input type="checkbox"/> Inalterado <input type="checkbox"/> Piorado
<input type="checkbox"/> Óbito

Condição de Alta:

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 nosocomio, 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 COILISÃO 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:
- ESCALA COMA DE GLASGOW ADULTO: 15
- REGUA DE DOR: 7

25.10.19. NCR. 23:45 h

consciente, orientado

sem r. fonel

gl. 15, frenesia e

TC | crânio | o. abn
col. cervical ncr

C - Alta NCR

CRMPE 9405
DIA - DIA
FREIBURG

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

Data Impressão: 25/10/2019 21:33



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-06)

Nº 061256

1º Via Fixa

Hospital:

Convênio: SUS

Cidade:

Nome do Paciente:

Data da Cirurgia:

Médico:

Membro Operado:

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

Dra. Thays Andrade Góes
Tutoria Clínica / Ortopedia
Unifacisa - PE - 2009

CONFIRMADO

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

NOME: BRUNO JAKSON GOMES	PRONTUÁRIO: 1698616	ATENDIMENTO: 01502061
DATA DE NASCIMENTO: 20/01/1980	FOI ATENDIDO EM: 25/10/2019 ÀS 21:38	
DATA DA ALTA: 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 NAPOLEAO - 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.



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 RÁDIO ESQUERDO (CID: S.52)

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

FO: LIMPA, SECA, SEM SINAIS FLOGÍSTICOS.

NEUROVASCULAR PRESERVADO.

CD:
ALTA MÉDICA.

*Dr. André Alencar
Médico
CRM-PE 22222*



NOME: BRUNO JAKSON GOMES

PRONTUÁRIO: 1698616

SEXO: Masculino

DATA NASC: 20/01/1980

DATA/HORA: 06/10/2019 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 FLOGÍSTICOS.

NEUROVASCULAR PRESERVADO.

*CD:
OBSERVAÇÃO CLÍNICA.
CLÍCITO RX POS OP.

Dr. Alvaro Alencar
Médico
CRM-PE 212.793



Paciente

Enfermaria/Leito

Registro

Bruno Tocino Gomes

J6986L6

EVOLUÇÃO CLÍNICA

27/10/19 # Traumatologia
Paciente submetido a tratamento cirúrgico
de Frx-Lx de Gallegazzi, sem entorse torácica.

edt = VPM

VS R

Co-banda apóio suspenso
ambulatório.

Dra. Teresinha Andrade Lobo
Traumatologista / Ortopedista
CRMPE - 24490

27.10.19

SNPA

PDI + o cirúrgico de fratura de luxação de
Gallegazzi, ader. 11:30h proced. so. GGreg.
coen-orientado, RE em an anest. IV p/
MDT, n nais vitais estóicos q dsg 100%
corrido, hidrocolo, dícte UD, TO & MS
q evolutivo ocorrido + fato de combustão
Sejam nos cuidados

Amorim



Paciente

Enfermaria/Leito

Registro

Giovanni Jackson

EVOLUÇÃO CLÍNICA

26.10.19

Ortopedia

Paciente, 39a, vítima de acidente motociclistico. Apresentava dor + deformidade em antebraços (E).

No exame:

BGG, espasmo, momedadado, consciente, orientado
USE: Doloribilidade + edema + infusão em antebraços (E)

Pele intacta, dgs, escorvação de crase em antebraços
(E)

Neurovasculos preservados

HO: Fratura - luxação de Galeazzi

ed: Indicado tratamento cirúrgico pela urgência

Dra. Simone Cristina
Ortopedista Traumatologista
CRMPE 27041

Assinatura com
Dr. Rodrigo Dobek

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

Unidade de Saúde : HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO

Paciente : Bruno Jason Gomes | Nº do Registro : J698616

Clínica : Radiologia | Nº do Leito :

Operador : Dr. Paulo G. Ribeiro | Assistentes :

1º Assistente : Pedro Walfur / 2º Assistente : Hugo Andrade / Stanley Nogueira

Instrumentador : Anestesista :

Anestesia : Bloqueio de fluxo | Duração :

Data da Operação : 27/10/19 | Início : Fim :

Diagnóstico Pré-Operatório : Fratura - luxação de
Golosso - C | O mimo

Diagnóstico Pós-Operatório :

Operação Proposta : tratamento exumado ob fratura
luxação ob Golosso - C

Operação Realizada : O mimo

DESCRÍÇÃO DO ATO OPERATÓRIO

- 1- Paciente em DOR no anestesista
- 2- Craniotomia + Cranioplastia + Aponéurose comper
utínea + gavota um NSC.
- 3- Realizado exumo de Thompson + d'auvergne
por planos + identificação de fratura de rádio
(é esse pedaço ósseo).
- 4- Realizada redução exumada + fixada com
placa DCP 3,5 + fios mi-tensionada + 6 parafusos
no contorno.
- 5- Observado colo ósseo óntico-metálico.
- 6- Retirado enxerto de ócicano (esparsivo),
moldado juntamente com hidroxipófato de
cálcio ósseo no rádio.
- 7- Retirado aparelho de NSC + incisão de tecidos
fisiológicos. →

3- Sutura por planos
Reabrido PRUD sintético, tornado
fók 2,5 mo PRUD para articol. sujeção
(Não havia fók 2,0 na caixa).

10 - Encerrado de feridas

Dra. Teresita Andrade Queluz
Traumatologia / Ortopedia
CREAE - PR 244

FICHA DE ANESTESIA

Data

HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO

PERNAMBUCO
GOVERNO DO ESTADO

Paciente	Bruno Jackson Gaines	Sexo	M	Cor	B	Idade	39	Risco	II
----------	----------------------	------	---	-----	---	-------	----	-------	----

CRM

Nome do Anestesista

Nome do Cirurgião

Paulo Grão

Medicação Pré-anestésica

Urgência Não Sim

Cirurgia

Tta cruríngio de fratura e luxação de
Colozi.

Horário

O₂N₂O

Líquidos

Sa O₂ 98 99 99 99ETCO₂ 28 21 28 28

ECG

240

220

200

180

160

140

120

100

80

60

40

20

Anotações

Drogas Usadas

Midazolam

Fentanil

Glicurina 1,5-

Bupivacaina 0,5-}

30

Dipiriqua

Dantoficina

Cefazolina

3 -

Quantidade

5mg

50

1,5-

0,5-}

Técnica Anestésica

1. Monitorização

2. Sedacão EV,

in & pi-

3. A+AT+BPB d

EN + Sifuplast

4. S/ interven-

vas.

Monitorização	<input type="checkbox"/> BIS
<input checked="" type="checkbox"/> Cardoscópio	<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"/> Eret. Pré-Cordial	<input type="checkbox"/> Linha Arterial
<input type="checkbox"/> Outros	<input type="checkbox"/> Volemia IBP Plus

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

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

Assinatura do Anestesista:

Vitor Alves
Anestesiologista
CRMPE 27988

COD. 0152

REGISTRO DE ENFERMAGEM CENTRO CIRÚRGICO HR

PACIENTE: Bruno Jairson Gomes REGISTRO: 16980-16
 IDADE: 20 ANOS SEXO: M ♂ F ♂ SETOR DE PROCEDENCIA: Hematologico

1-EQUIPE CIRÚRGICA

CIRURGIAO: Dra. Cláudia Gomes ANESTESISTA: Dra. Victoria
 1º AUXILIAR: Flávia 2º AUXILIAR: Thiago INSTRUMENTADOR: Thiago
 ENFERMEIRA: Kinéia CIRUJANTE: Bethânia

2-DADOS DA CIRURGIA:

CIRURGIA: Colectomy INICIO: 09:30 TÉRMINO: 11:20
 TIPO DE ANESTESIA: Anestesia 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: FREQUENCIA CARDIACA: 84 PULSO: 84 PA: -
 PEL: INTEGRA () LESIONADA () DIURESE: ESPONTÂNEA () SONDA () DISPOSITIVO URINARIO () ALERGIA: Não PERTENCES: Não
 PREPARO PARA CIRURGIA: BANHO PRE-OP () TRICOTOMIA () MARCAÇÃO DO SITIO CIRURGICO: SIM () NÃO () PROTESE DENTARIA: SIM () NÃO ()

4-TRANS-OPERATÓRIO

POSIÇÃO: FOWLER () LATERAL () DORSAL () VENTRAL () GINECOLOGICA () PROTEÇÃO OCULAR: SIM () NÃO () LOCAL DE PLACA CIRURGICA: Lateral
 CONTAGEM DE COMPRISSAS INICIO: 10 FINAL: - CONTROLE DE PERFUSO: FIO AGULHADO: INICIO: 0 FIM: 05
 ANTIBIÓTICO PROFILÁTICO: SIM () NÃO () QUAL: Teffnyl HORA: 09:30 PREENCHEU COTA: SIM () NÃO ()
 GARROTEAMENTO: SIM () NÃO () TEMPO DE GARROTE: INICIO: 09:30 FINAL: -
 CONTAGEM DE INSTRUMENTOS: 36 + 19 + 10 CONFERIDO POR: Bethânia HORA: 11:25

5-EQUIPAMENTOS/MATERIAIS

MONITOR () OXIMETRO () CAPNOGRAFO () PNI () ASPIRADOR MONTADO () MANTA TERMICA () AP.VIDEO () TORPEDO DE NITROGENIO () TORPEDO DE CO2 () BISTURI ELETRICO () MICOSCOPIO () CAVITRON () INTENSIFICADOR () BOMBA DE INFUSÃO () DIPRIFUSOR () ESTIMULADOR DE NERVOS () DERMATOMO () BISTURI ULTRASSONICO ()
 INSTRUMENTAIS CONSIGUINADOS SIM () NÃO ()

6-PEÇA CIRÚRGICA/EXAMES

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

HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO

RELAÇÃO DE MATERIAIS USADOS - EM CIRURGIA



HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO

REGISTRO

data 27/10/13 CIRURGIA

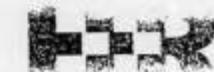
PACIENTE João Pedro de OliveiraCIRURGIA Cirurgia de Colutorio

QUANT.	MATERIAL	MATERIAL	QUANT. MEDICACAO	QUANT. MEDICACAO
1	Aguilha 25x07	Fio protene s/a	Adrenalina	Metoclopramida (plasti)
1	Aguilha 40x12	Fio de seda	Água destilada 10ml	Naloxona (narcan)
1	Aguilha 13x4	Fio simples	Alcurônio	Neocalina
1	Aguilha de bloqueio (flexo)	Fio simples	Alfentanila (rapifen)	Neostigmine
1	Atad. Crepe	Fita cardíaca	Antibiótico cefazolin 2g	Pancurônio
1	Atad. Gessada	Gase	Antibiótico	Pomada oftalmica
1	Capa microscópio	Hemostático	Atropina	Propofol
1	Capa de vídeo	Lâmina bisturi nº 12 ()	Bicarbonato de sódio	Ranitidina
1	Cat. Subclávia	Luva cirúrgica nº 7.0	Cedilanide	Rocúrtônio (esmeron)
1	Cat. venopuncção nº	Luva cirúrgica nº 7.5	Cetoprofeno	Sevorane
1	Cat. de oxigênio	Luva cirúrgica nº 8.0	Decadron	Sorobioticó
1	Céra óssea	Luva de procedimento	Dexametasona	Soro fisiológico
1	Côrula fechado () aberto ()	Seringa Insulina () 5cc ()	Diazepam	Soro glicosado
1	Compressa cirúrgica	Seringa 10cc () 20cc ()	Dipirona	Soro Ringer 500ml
1	Conexão 2 vias	Sistema de drenagem () ()	Dopamina	Suxametônio (quelichin)
1	Eletrodo	Sonda endotracheal ()	Dormonid	Tracrium
1	Eq. De bomba	Sonda de foley nº ()	Enflurano	Vitamina C
1	Eq. De soro	Sonda nosogástrica nº ()	Etiléfrina (efortil)	Vitamina K
1	Fio cromado	Sonda uretral nº ()	Fenitoína (hidantol)	Xilocalina C/A
1	Fio cromado	Torneira de 3 vias	Fentanil	Xilocalina S/A
1	Fio de aço	Vidro de aspiração	Furosemida (lasix)	Xilocalina 2ml
1	Fio de aço	Colost	Gelafundin	Xilocalina geléia
1	Fio de algodão c/a	Colost	Glicose 10ml	Xilocalina
1	Fio de algodão c/a	Colost	Gluconato de sódio	Xilocalina
1	Fio de algodão s/a	Colost	Heparina	Xilocalina
1	Fio de algodão s/a	Colost	Hidrocortisona	Xilocalina
1	Fio de nylon 2.0	Colost	Hypnomidate	Xilocalina
1	Fio de nylon	Colost	Isoflurano	Xilocalina
1	Fio protene c/a	Colost	Lanexat (flumazinil)	Xilocalina
1	Fio protene c/a	Colost	Manitol	Xilocalina
1	Fio protene s/a	Colost	Meperidina (Dolantina)	Xilocalina



LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE

LUTO (2) (3)



HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO

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 <i>Bruno Jackson Gomes</i>	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 HR União 25/10/19

SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO (S) ESPECIAL (S)

13 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL <i>TC de crânio e SIC</i>	14 - CÓD. PROCEDIMENTO QTDE
15 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL <i>TC de coluna cervical</i>	16 - CÓD. PROCEDIMENTO QTDE
17 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	18 - CÓD. PROCEDIMENTO QTDE
19 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	20 - CÓD. PROCEDIMENTO QTDE
21 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	22 - CÓD. PROCEDIMENTO QTDE

JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

Pelotanoma

23 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE <i>Dr. Anderson L. da C. CRM/PF 27.914</i>	PROFISSIONAL SOLICITANTE	24 - DATA DA SOLICITAÇÃO 25 , 10 , 19
---	--------------------------	--

25 - Nº DOCUMENTO (CNS / CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE	26 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO E CONSELHO) <i>DR. ANDERSON L. DA C. CRM/PF 27.914</i>
---	---

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)
---	---

Cod. 0421

MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

BRUNO JACSON GOMES

DOC. IDENTIDADE/ORG. EMISSOR/UF:
5701227 SSP PE

DT.: 031.400.944-26 DATA NASCIMENTO: 20/01/1980

MÍSCAO: JOSE MANOEL GOMES

MARIA JOSE GOMES

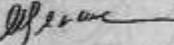
PERMISSÃO: ADR: CAT. HAB: AB

REGISTRO: 03373620884 VALIDEZ: 19/04/2021 INSERÇÃO: 03/09/2004

OBSERVAÇÕES:
A

Bruno Jackson Gomes

ASSINATURA DO PORTADOR: RECIFE - PE DATA EMISSÃO: 27/04/2016

Assinatura: 

02443641440
DETRAN-PE/PERNAMBUCO
ASSINATURA DO TITULAR

1224115640

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
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0068155/20

Vítima: BRUNO JAKSON GOMES

CPF: 031.400.944-26

CPF de: Próprio

Data do acidente: 25/10/2019

Titular do CPF: BRUNO JAKSON GOMES

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

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 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: RAPHAELA CRISTINA CAVALCANTI DA SILVA
CPF: 703.646.014-85

BRUNO JAKSON GOMES

RAPHAELA CRISTINA CAVALCANTI DA SILVA