



Número: **0018380-39.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção B da 21ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **07/04/2020**

Valor da causa: **R\$ 11.137,50**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
BRUNO JAKSON GOMES (AUTOR)		Rodrigo Alves Dias (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (REU)			
PAULO FERNANDO BEZERRA DE MENEZES FILHO (PERITO)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
67081065	27/08/2020 16:02	ANEXO 1	Outros (Documento)



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,

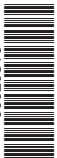
Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 15547030

Pag. 01631/01632 - carta_01 - INVALIDEZ

00020816





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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

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)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: ITAU

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: 7474

CONTA: 22559

(Informar o dígito se existir)

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 (a) (nascer)?

☐ Sim

☐ Não

31 - Vítima teve irmãos?

☐ Sim

☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:

☐ Sim

☐ Não

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)

FPS.001 V002/2019





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 (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 PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

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

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 (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



14/02/2020

Boletim de Ocorrência


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)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: ITAU

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: 7474

CONTA: 22559

(Informar o dígito se existir)

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 (a) (nascer)?

☐ Sim

☐ Não

31 - Vítima teve irmãos?

☐ Sim

☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:

☐ Sim

☐ Não

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)

FPS.001 V002/2019



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





(Pág.: 01/02)

CTC RECIFE PE PL6
GENILDA MARIA GOMES
AVEN JURACY 110
SAPUCAIA
53270-000 OLINDA PE

CARTÃO C&A

Fatura para pagamento mensal



BradesCard



7209036539418740000000079530161219

DT. POST.: 16/12/2019 - DT. VENC.: 25/12/2019



Em caso de pagamento inferior ao valor total, haverá cobrança de encargos do crédito rotativo apontados nesta fatura, incidentes sobre a diferença entre o valor total e o pago. No caso de pagamento mínimo, no próximo mês serão cobrados encargos contratuais de até R\$ 0,00. Se já optou pelo rotativo no mês anterior e o pagamento desta fatura for inferior ao total, o saldo remanescente poderá ser parcelado em até 24 vezes. Dúvidas, contate a Central de Atendimento. Operações financeiras geram cobrança de impostos (inclusive IOF).

NÚMERO DO CARTÃO 750 DATA DE VENCIMENTO 25/12/2019
1750.19**.*0531

Previsão para fechamento da próxima fatura é dia 11/01

LIMITE DE COMPRAS (C&A + REDE CREDENCIADA) R\$3.530,00
LIMITE DE SAQUE R\$130,00
LIMITE DE COMPRAS NA REDE CREDENCIADA R\$1.059,00

VALOR TOTAL DESTA FATURA A VISTA

R\$79,85

PAGAMENTO MÍNIMO

R\$79,85

PARCELAMENTO DA FATURA

Resumo da Fatura em R\$

SALDO ANTERIOR	37,83	CRÉDITOS E PAGAMENTOS	0,00	SALDO DA ÚLTIMA FATURA	37,83	DÉBITOS E DESPESAS	42,02	SALDO DA FATURA ATUAL	79,85
----------------	-------	-----------------------	------	------------------------	-------	--------------------	-------	-----------------------	-------

20/203

Confira limite disponível na data de 11/12/2019

Compras R\$ 3.450,15
Saque com cartão R\$ 130,00
Rede Credenciada R\$ 1.059,00

TELEFONES

PTF-SQP-PCJ

Central de Atendimento:

4004 9555 (princ. cap. e reg. metropolitanas)

0800 979 9555 (demais localidades)

Ouvidoria BradesCard: 0800 722 2073

SAC: 0800 730 5030

SAC Def. Auditivo: 0800 722 0099

DEMONSTRATIVO DE LANÇAMENTOS

Data	Referência	Parcela	Loja	Crédito	Débito
25/11	FATURA ANTERIOR				37,83
	GENILDA MARIA GOMES				
25/11	MULTA POR ATRASO	Nº 1750.19**.*0531			0,74
11/12	JUROS REMUNERATORIOS				5,01
11/12	JUROS DE MORA				0,37
11/12	ODONTOPREV RUBI				35,90
	TOTAL			0,00	42,02

Juros Remuneratórios

	% a.m.	% a.a.	CET a.a.
Crédito rotativo	13,50%	357,04%	384,91%
Parcelado rede	0,00%	0,00%	0,00%
Parcelado loja	7,90%	149,03%	164,46%
Retirada/saque (1)	17,90%	621,38%	666,36%

Parcelamento da fatura 12,90% 328,87% 355,32%
(1) Será cobrada tarifa de até R\$ 16,00 por operação.

* Multa 2,00% a.m.
* Juros Mora 1,00% pro rata
Taxa máxima de juros para a próxima fatura 13,90 %
* CET ao ano 465,87 %
* Serviços com incidência de IOF Adicional (0,38%) e IOF Diário (0,0082%).

Juros da(s) Parc.(s) de Compra R\$ 0,00
Juros da(s) Parc.(s) de Saque R\$ 0,00
Juros da Fatura Parcelada/Parcelado Fácil R\$ 0,00

	237-2	23794.15009 98703.083786 93000.224506 7 00000000000000
Nome do Pagador/CPF/CNPJ/Endereço GENILDA MARIA GOMES /711.140.764-49 /AVEN JURACY, 110 /SAPUCAIA /OLINDA -PE/53270-000		
Sacador/Avalista		
Nosso Número 87030837893	Nº do Documento 00000038	Data de Vencimento 25/12/2019
Valor do Documento R\$ 79,85		(-) Valor Pago
Nome do Beneficiário/CPF/CNPJ/Endereço BANCO BRADESCARD S.A. 04.184.779/0001-01 /Alameda Rio Negro, 585 - Alphaville - Barueri - SP.		
Agência/Código do Beneficiário 4150/0002245-4		Autenticação Mecânica

	237-2	23794.15009 98703.083786 93000.224506 7 00000000000000
Local de Pagamento PAGAVEL PREFERENCIALMENTE NA REDE BRADESCO E LOJAS C&A		Data de Vencimento 25/12/2019
Nome do Beneficiário/CPF/CNPJ/Endereço BANCO BRADESCARD S.A. 04.184.779/0001-01 /Alameda Rio Negro, 585 - Alphaville - Barueri - SP.		Agência/Código do Beneficiário 4150/0002245-4
Data do Documento 25/12/2019	Nº do Documento 00000038	Espécie DOC RECIBO
Uso do Banco 244	Carteira 09	Aceite N
Espécie R\$		Quantidade xValor
Informações de responsabilidade do beneficiário OS ENCARGOS PROVENIENTES DE PAGAMENTO ROTATIVO OU DE ATRASO SERAO COBRADOS NA PROXIMA FATURA. BOLETO VALIDO PARA PAGAMENTO NA REDE BANCARIA ATE 35 DIAS CORRIDOS APOS O VENCIMENTO DA FATURA.		Nosso Número 87030837893
		(-) Valor do Documento R\$ 79,85
		(-) Desconto/Abatimento *****
		(+) Juros/Multa *****
		(-) Valor Pago
Nome do Pagador/CPF/CNPJ/Endereço/Cidade/UF/CEP GENILDA MARIA GOMES /711.140.764-49/AVEN JURACY, 110 /SAPUCAIA /OLINDA /PE/53270-000		
Sacador/Avalista/CNPJ/CPF		
23797000000000000004150098703083789300022450		
Autenticação Mecânica - Ficha de Compensação		



SENHA / REGULAÇÃO:

Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
Hospital da Restauração

Ficha de Atendimento

CRACHÁ
APOIO

HISTÓRICO

Data: 25/10/19

Médico: *Frederico*Assistente: *Frederico*

ETIQUETA

Frederico

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 Pai: JOSE MANOEL GOMES	Cartão SUS:
Endereço: RUA MARIA JURACY Bairro: AGUAZINHA Cidade: OLINDA	UF: PE	Telefone:
Ocorrências:		
Atividade do atendimento: DOR	Notificado <u>14/11/19</u>	
Procedência: OUTRO HOSPITAL	Vigilância Epidemiológica Hospitalar	
Informações do Serviço Social:	VEH-HR/NEPI ATT	
Confirmação de nome:	Foras:	Assistente Social
Confirmação de endereço:		
Providências: Alta ☐ Caso Social ☐		
Encaminhamentos: Rede de Apoio ☐ GPCA ☐ Cons. Tutelar ☐ Delegacias ☐ Minist. Público ☐		
Outros ☐		
Observação:		Assistente Social
História Clínica:		
Paciente vítima de colisão moto-bricleta na área de 1h. Traída pela equipe do SAMU, em uso de placa an- tichoque e prancha rígida. Consciente e orientado, verbaliza dor no LMC. Apresenta dor no LMC e no LMC e no LMC Apresenta mobilização ativa de membros inferiores.		
Atendimento Médico		
Perda de consciência: Sim ☐ Não ☐	Episódio Emético: Sim ☐ Não ☐	Acidente de Trabalho: Sim ☐ Não ☐
Acidente de Trânsito: Sim ☐ Não ☐	Tipo:	Transporte realizado Por:
Imobilização Cervical: Sim ☐ Não ☐	Sofreu Queda: Sim ☐ Não ☐	Altura:
Condições de imobilização adequadas: Sim ☐ Não ☐	Por Quê?	
Exame Físico:		
A: Geral	Via aérea está pervia: Sim ☐ Não ☐	O paciente fala: Sim ☐ Não ☐ Temp:
Eg Reg. Consciente e Orientado, eupneico, corado		
B: Respiratório	MV+ em APTX SI RA	
C: Circulatório	PA: X mm	Pulso: bpm
RCR BNF 2x SIS		



D: Exame Neurológico		Deficiência motora: MSD ☐ MSE ☐ MID ☐ MIE ☐		Pupilas: Isocóricas ☐ Anisocóricas ☐	
Glasgow: Abertura Ocular		Glasgow: Resposta Verbal		Glasgow: Resposta Motora	
Score:	Hora:	Score:	Hora:	Score:	Hora:
E: Exposição/Abdômen:					
Abdomen globoso, flácido e deprimível, indolor à palpação. ext: dor à mobilização de MSE					
Diagnóstico Inicial: Sínc de desconexão em a.braço (D) e ext braço (D)				Cod. Procedimento	
Condução:				Ass. Médico	
* co: 1. sed. TC de crânio e cervical w. da NRC 2. sed. ar. da T1 a T12 3. sed. Rx de Tórax + Pelv.					
Evolução de Enfermagem: 1 de 12 braço (E)				Ass. Enfermagem	

Definição do Caso:		Condição de Alta:	
☐ Internamento ☐ Cirurgia ☐ Óbito ☐ Termo de Alta a Pedido ☐ Evadiu-se ☐ Alta		☐ Curado ☐ Melhorado ☐ Inalterado ☐ Piorado ☐ Óbito	
Internado na Clínica:			
Transferido para:			

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 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: - ESCLA COMA DE GLASGOW ADULTO: 15
- REGUA DE DOR: 7

25.10.19. NCR. 23:40 h
consciente, orientado
sem feridas
gl. 15, Frenkel, E
TC | crânio
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

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco

Página 1 de 1





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

Registro: 2698616

**CONTROLE DE MATERIAIS
UTILIZADOS EM CIRURGIA**

(RQ-06)

Nº 061256

1º Via Fixa

Hospital: *Ortomédica* Convênio: *SUS* Cidade: *Recife - PE*
Nome do Paciente: *Breno Jussien Gomes* Data da Cirurgia: *27/10/19*
Médico: *Dr. Paulo G. G. G.* Membro Operado: *JS E*

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

*Dr. Tereza Andreia Queiroz
Trans. Cirurgia / Ortomédica
Recife - PE 2019*

EXATIDÃO

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 DIÁRIO 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.





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.

NEUROVASCULAR PRESERVADO.

CD:
ALTA MEDICA.

Dr. Arner Alencar
Médico
CREMELE 2011





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 14:30~~

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.

*O: LIMPA, SECA, SEM SINAIS FLOGÍSTICOS.

*NEUROVASCULAR PRESERVADO.

*CD:
OBSERVAÇÃO CLÍNICA.
CLICITO RX POS OP.

Dr. Arthur Almeida
Médico
CREMELE 28.793





Paciente

Enfermaria/Leito

Registro

Bruno Jacson Gomes

J698626

EVOLUÇÃO CLÍNICA

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

edte = VPM

USR

OBS: 6 pontos após recuperação
anestésica.Dra. Tereza Andréia Cavalcanti
Traumatologia / Ortopedia
CREME-PE 24490

22.10.19

SRMA

Por frx. cirúrgica de fratura de luxação de
Gallegos, admi. 11:30h proad. - so. EReg.
coem. curado, RE em ar amb. IN p/
HIST. nãus vitais estáveis e sang. res-
torado, hidratado, dieta VO, FO e ME
e curativo ocular + fôrca de contenção
Segue sob cuidados





Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco



HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO

PERNAMBUCO
GOVERNO DO ESTADO

Paciente

Enfermaria/Leito

Registro

Antonio 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, dgo, elevação de anastor por alívio (E)

Neuromuscular preservado

HD: Fratura - luxação de Galeazzi

Ed: Indicado tratamento cirúrgico pela urgência

Dra. Simone Cristina
Ortopedia e Traumatologia
CRM 27041

Discutido com
Dr. Rodrigo Fortes



HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO

RELATORIO DE OPERAÇÃO

FLATACIÃO

Unidade de Saúde : HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO

Paciente : Bruno Josen Gomes

Nº do Registro : J698616

Clínica : Neurofisiologia

Nº do Leito :

Operador : Dr. Paulo Girão

1º Assistente : Pedro Walter / 2º Assistente : André / Stanley / Nê

Instrumentador :

Anestesista :

Anestesia : Bloqueio de Plexo

Duração :

Data da Operação : 27/10/19

Início :

Fim :

Diagnóstico Pré-Operatório : Fratura - luxação de Galeazzi U (E)

Diagnóstico Pós-Operatório : O mumo

Operação Proposta : Tratamento cirúrgico de fratura - luxação de Galeazzi U (E)

Operação Realizada : O mumo

DESCRIÇÃO DO ATO OPERATÓRIO

- 1- Paciente em DDH sob anestesia
- 2- Propria + Contrapropria + Aponévica de compen Utilizei + garrote um USE.
- 3 - Realizado exame de Thompson + deultra por planos + identificação de fratura de rádio (E) sem perda óssea.
- 4- Realizada redução eument + fixação com placa DEP 3,5 7 furos pré-tensionada + 6 pontos de cortear.
- 5- Ocurrido pulso omo antio-metá).
- 6- Retirado enxerto de olecrano (superfície), usado juntamente com hidroxapatita sem defeito omo no rádio.
- 7- Retirado aparelho de USE + curativo de feridas.

COD. 0342



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

Dra. Tereza Andreia Queiroz
Traumatologia / Ortopedia
CREME - PE 24204



FICHA DE ANESTESIA

Data 27/08/19

HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO

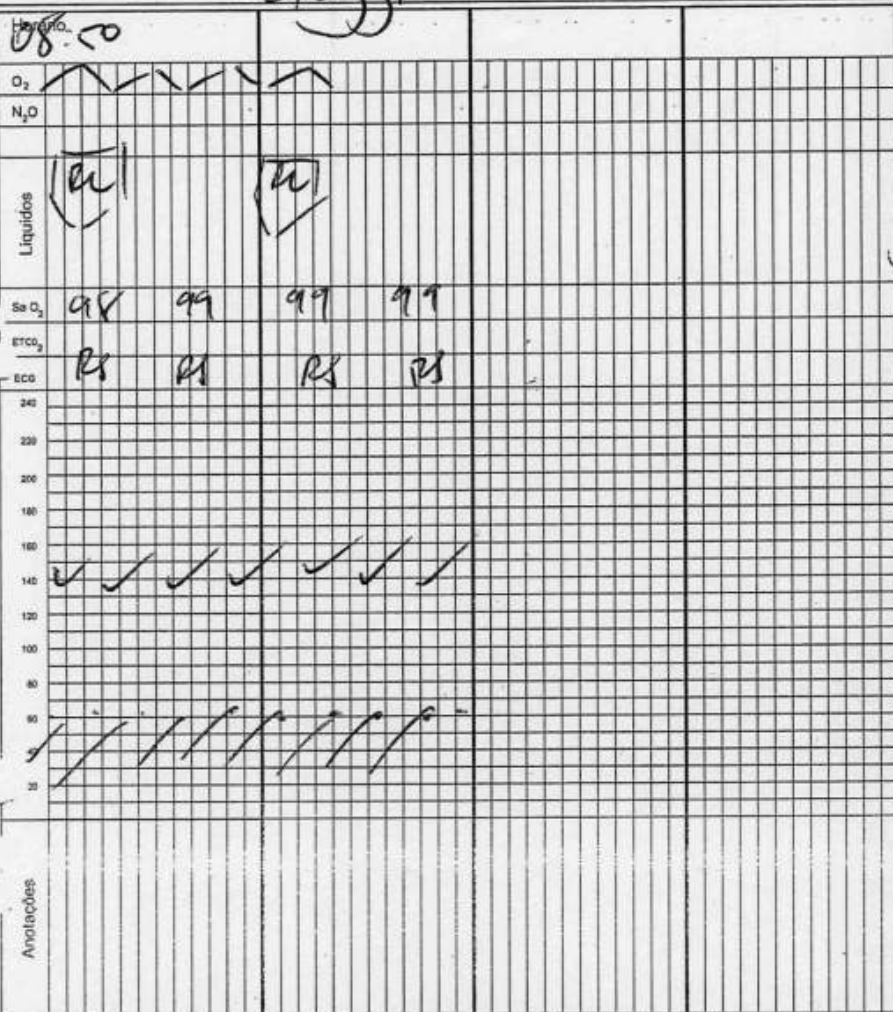
PERNAMBUCO

Paciente Bruno Jackson Gomes Sexo M Cor B Idade 39 Risco II

CRM Nome do Anestesiista Victor A. Nome do Cirurgião Paulo Grão

Medicação Pré-anestésica Urgência ☐ Não ☒ Sim

Cirurgia Tta crânio de fratura e luxação de Galeazzi



Drogas Usadas	Quantidade
Midazolam	5mg
Fentanyl	50µg
Lidocaina	1.5g
Bupivacaína	0.5g
Dipiridona	3g
Redutidina	3g
Cefazolina	3g

Técnica Anestésica

1. Monitorização
2. Sedação EV 1 W 2 p4-
3. A+A+BPB 4 EN + Spontâneo
4. S/ intubação

- Monitorização
- ☒ Cardioscópio
 - ☒ Oxímetro
 - ☒ PNI
 - ☐ Sonda Vesical
 - ☐ Capnógrafo
 - ☐ Esret. Pré-Cordial
 - ☐ Outros
 - ☐ BIS
 - ☐ Temperatura
 - ☐ Swan-Ganz
 - ☐ Analisador Gases
 - ☐ PVC
 - ☐ Estimulador de Nervo
 - ☐ Linha Arterial
 - ☐ Volemia IBP Plus

- Encaminhado
- ☒ Acordado
 - ☐ Sonolento
 - ☐ Intubado
 - ☒ SRPA
 - ☐ Apar. / Ent.
 - ☐ UTI
 - ☐ Externo

Interconferência: ☒ Não ☐ Sim

Descrever:

Observações:

Assinatura do Anestesiista: Victor Alves

COD. 0152





REGISTRO DE ENFERMAGEM CENTRO CIRÚRGICO HR

PACIENTE: Duino Jansen Gomes REGISTRO: 1698016
IDADE: 30 anos SEXO: M ☒ M ☐ F SETOR DE PROCEDENCIA: Traumato.

1-EQUIPE CIRÚRGICA

CIRURGIÃO: Dr. Paulo G. Leal ANESTESISTA: Dr. Victor
1ª AUXILIAR: Dr. Vitor 2ª AUXILIAR: Dr. Roberto INSTRUMENTADOR: Dr. Stanley
ENFERMEIRA: Renata CIRCULANTE: Christiane

2-DADOS DA CIRURGIA:

CIRURGIA: Reparo de fratura INICIO: 09:30 TÉRMINO: 11:20
TIPO DE ANESTESIA: sedação INICIO: 08:30 TÉRMINO: -

3-DADOS PRÉ-OPERATÓRIOS

ESTADO GERAL: BOM () REGULAR () GRAVE () NÍVEL DE CONSCIÊNCIA: CONSCIENTE () ORIENTADO () SONOLENTO () SEDADO () INCONSCIENTE ()
RESPIRAÇÃO: ESPONTÂNEA () INTUBADO () 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 SITO CIRÚRGICO: SIM () NÃO () PROTESE DENTÁRIA: SIM () NÃO ()

4-TRANS-OPERATÓRIO

POSICÃO: FOWLER () LATERAL () DORSAL () VENTRAL () GINECOLÓGICA () PROTEÇÃO OCULAR: SIM () NÃO () LOCAL DE PLACA CIRÚRGICA: 05
CONTAGEM DE COMPRESSAS: INÍCIO: 30 FINAL: - CONTROLE DE PERFUROS: FIO AGULHADO: INÍCIO: 0 FIM: 05
ANTIBIÓTICO PROFILÁTICO: SIM () NÃO () QUAL: cefazolin 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 () PNI () ASPIRADOR MONTADO () MANTA TÉRMICA () AP. VÍDEO () TORPÊDO DE NITROGÊNIO () TORPÊDO DE CO₂ () BISTURI ELÉTRICO () MICROSCÓPIO () CAVITRON () INTENSIFICADOR () BOMBA DE INFUSÃO () DIPRIFUSOR () ESTIMULADOR DE NERVOS () DERMATÔMO () BISTURI ULTRASSÔNICO ()
INSTRUMENTAIS CONSIGUINADOS: SIM () NÃO ()

6-PEÇA CIRÚRGICA/EXAMES

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





HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO

RELÇÃO DE MATERIAIS USADOS EM CIRURGIA

HR 40 anos

REGISTRO 108816

PACIENTE Bruno Pinheiro Gomes

data 27/08/2020

CIRURGIAS: 1. 2. 3. 4. 5. 6. 7. 8. 9. 10. 11. 12. 13. 14. 15. 16. 17. 18. 19. 20. 21. 22. 23. 24. 25. 26. 27. 28. 29. 30. 31. 32. 33. 34. 35. 36. 37. 38. 39. 40. 41. 42. 43. 44. 45. 46. 47. 48. 49. 50. 51. 52. 53. 54. 55. 56. 57. 58. 59. 60. 61. 62. 63. 64. 65. 66. 67. 68. 69. 70. 71. 72. 73. 74. 75. 76. 77. 78. 79. 80. 81. 82. 83. 84. 85. 86. 87. 88. 89. 90. 91. 92. 93. 94. 95. 96. 97. 98. 99. 100. 101. 102. 103. 104. 105. 106. 107. 108. 109. 110. 111. 112. 113. 114. 115. 116. 117. 118. 119. 120. 121. 122. 123. 124. 125. 126. 127. 128. 129. 130. 131. 132. 133. 134. 135. 136. 137. 138. 139. 140. 141. 142. 143. 144. 145. 146. 147. 148. 149. 150. 151. 152. 153. 154. 155. 156. 157. 158. 159. 160. 161. 162. 163. 164. 165. 166. 167. 168. 169. 170. 171. 172. 173. 174. 175. 176. 177. 178. 179. 180. 181. 182. 183. 184. 185. 186. 187. 188. 189. 190. 191. 192. 193. 194. 195. 196. 197. 198. 199. 200. 201. 202. 203. 204. 205. 206. 207. 208. 209. 210. 211. 212. 213. 214. 215. 216. 217. 218. 219. 220. 221. 222. 223. 224. 225. 226. 227. 228. 229. 230. 231. 232. 233. 234. 235. 236. 237. 238. 239. 240. 241. 242. 243. 244. 245. 246. 247. 248. 249. 250. 251. 252. 253. 254. 255. 256. 257. 258. 259. 260. 261. 262. 263. 264. 265. 266. 267. 268. 269. 270. 271. 272. 273. 274. 275. 276. 277. 278. 279. 280. 281. 282. 283. 284. 285. 286. 287. 288. 289. 290. 291. 292. 293. 294. 295. 296. 297. 298. 299. 300. 301. 302. 303. 304. 305. 306. 307. 308. 309. 310. 311. 312. 313. 314. 315. 316. 317. 318. 319. 320. 321. 322. 323. 324. 325. 326. 327. 328. 329. 330. 331. 332. 333. 334. 335. 336. 337. 338. 339. 340. 341. 342. 343. 344. 345. 346. 347. 348. 349. 350. 351. 352. 353. 354. 355. 356. 357. 358. 359. 360. 361. 362. 363. 364. 365. 366. 367. 368. 369. 370. 371. 372. 373. 374. 375. 376. 377. 378. 379. 380. 381. 382. 383. 384. 385. 386. 387. 388. 389. 390. 391. 392. 393. 394. 395. 396. 397. 398. 399. 400. 401. 402. 403. 404. 405. 406. 407. 408. 409. 410. 411. 412. 413. 414. 415. 416. 417. 418. 419. 420. 421. 422. 423. 424. 425. 426. 427. 428. 429. 430. 431. 432. 433. 434. 435. 436. 437. 438. 439. 440. 441. 442. 443. 444. 445. 446. 447. 448. 449. 450. 451. 452. 453. 454. 455. 456. 457. 458. 459. 460. 461. 462. 463. 464. 465. 466. 467. 468. 469. 470. 471. 472. 473. 474. 475. 476. 477. 478. 479. 480. 481. 482. 483. 484. 485. 486. 487. 488. 489. 490. 491. 492. 493. 494. 495. 496. 497. 498. 499. 500. 501. 502. 503. 504. 505. 506. 507. 508. 509. 510. 511. 512. 513. 514. 515. 516. 517. 518. 519. 520. 521. 522. 523. 524. 525. 526. 527. 528. 529. 530. 531. 532. 533. 534. 535. 536. 537. 538. 539. 540. 541. 542. 543. 544. 545. 546. 547. 548. 549. 550. 551. 552. 553. 554. 555. 556. 557. 558. 559. 560. 561. 562. 563. 564. 565. 566. 567. 568. 569. 570. 571. 572. 573. 574. 575. 576. 577. 578. 579. 580. 581. 582. 583. 584. 585. 586. 587. 588. 589. 590. 591. 592. 593. 594. 595. 596. 597. 598. 599. 600. 601. 602. 603. 604. 605. 606. 607. 608. 609. 610. 611. 612. 613. 614. 615. 616. 617. 618. 619. 620. 621. 622. 623. 624. 625. 626. 627. 628. 629. 630. 631. 632. 633. 634. 635. 636. 637. 638. 639. 640. 641. 642. 643. 644. 645. 646. 647. 648. 649. 650. 651. 652. 653. 654. 655. 656. 657. 658. 659. 660. 661. 662. 663. 664. 665. 666. 667. 668. 669. 670. 671. 672. 673. 674. 675. 676. 677. 678. 679. 680. 681. 682. 683. 684. 685. 686. 687. 688. 689. 690. 691. 692. 693. 694. 695. 696. 697. 698. 699. 700. 701. 702. 703. 704. 705. 706. 707. 708. 709. 710. 711. 712. 713. 714. 715. 716. 717. 718. 719. 720. 721. 722. 723. 724. 725. 726. 727. 728. 729. 730. 731. 732. 733. 734. 735. 736. 737. 738. 739. 740. 741. 742. 743. 744. 745. 746. 747. 748. 749. 750. 751. 752. 753. 754. 755. 756. 757. 758. 759. 760. 761. 762. 763. 764. 765. 766. 767. 768. 769. 770. 771. 772. 773. 774. 775. 776. 777. 778. 779. 780. 781. 782. 783. 784. 785. 786. 787. 788. 789. 790. 791. 792. 793. 794. 795. 796. 797. 798. 799. 800. 801. 802. 803. 804. 805. 806. 807. 808. 809. 810. 811. 812. 813. 814. 815. 816. 817. 818. 819. 820. 821. 822. 823. 824. 825. 826. 827. 828. 829. 830. 831. 832. 833. 834. 835. 836. 837. 838. 839. 840. 841. 842. 843. 844. 845. 846. 847. 848. 849. 850. 851. 852. 853. 854. 855. 856. 857. 858. 859. 860. 861. 862. 863. 864. 865. 866. 867. 868. 869. 870. 871. 872. 873. 874. 875. 876. 877. 878. 879. 880. 881. 882. 883. 884. 885. 886. 887. 888. 889. 890. 891. 892. 893. 894. 895. 896. 897. 898. 899. 900. 901. 902. 903. 904. 905. 906. 907. 908. 909. 910. 911. 912. 913. 914. 915. 916. 917. 918. 919. 920. 921. 922. 923. 924. 925. 926. 927. 928. 929. 930. 931. 932. 933. 934. 935. 936. 937. 938. 939. 940. 941. 942. 943. 944. 945. 946. 947. 948. 949. 950. 951. 952. 953. 954. 955. 956. 957. 958. 959. 960. 961. 962. 963. 964. 965. 966. 967. 968. 969. 970. 971. 972. 973. 974. 975. 976. 977. 978. 979. 980. 981. 982. 983. 984. 985. 986. 987. 988. 989. 990. 991. 992. 993. 994. 995. 996. 997. 998. 999. 1000. 1001. 1002. 1003. 1004. 1005. 1006. 1007. 1008. 1009. 1010. 1011. 1012. 1013. 1014. 1015. 1016. 1017. 1018. 1019. 1020. 1021. 1022. 1023. 1024. 1025. 1026. 1027. 1028. 1029. 1030. 1031. 1032. 1033. 1034. 1035. 1036. 1037. 1038. 1039. 1040. 1041. 1042. 1043. 1044. 1045. 1046. 1047. 1048. 1049. 1050. 1051. 1052. 1053. 1054. 1055. 1056. 1057. 1058. 1059. 1060. 1061. 1062. 1063. 1064. 1065. 1066. 1067. 1068. 1069. 1070. 1071. 1072. 1073. 1074. 1075. 1076. 1077. 1078. 1079. 1080. 1081. 1082. 1083. 1084. 1085. 1086. 1087. 1088. 1089. 1090. 1091. 1092. 1093. 1094. 1095. 1096. 1097. 1098. 1099. 1100. 1101. 1102. 1103. 1104. 1105. 1106. 1107. 1108. 1109. 1110. 1111. 1112. 1113. 1114. 1115. 1116. 1117. 1118. 1119. 1120. 1121. 1122. 1123. 1124. 1125. 1126. 1127. 1128. 1129. 1130. 1131. 1132. 1133. 1134. 1135. 1136. 1137. 1138. 1139. 1140. 1141. 1142. 1143. 1144. 1145. 1146. 1147. 1148. 1149. 1150. 1151. 1152. 1153. 1154. 1155. 1156. 1157. 1158. 1159. 1160. 1161. 1162. 1163. 1164. 1165. 1166. 1167. 1168. 1169. 1170. 1171. 1172. 1173. 1174. 1175. 1176. 1177. 1178. 1179. 1180. 1181. 1182. 1183. 1184. 1185. 1186. 1187. 1188. 1189. 1190. 1191. 1192. 1193. 1194. 1195. 1196. 1197. 1198. 1199. 1200. 1201. 1202. 1203. 1204. 1205. 1206. 1207. 1208. 1209. 1210. 1211. 1212. 1213. 1214. 1215. 1216. 1217. 1218. 1219. 1220. 1221. 1222. 1223. 1224. 1225. 1226. 1227. 1228. 1229. 1230. 1231. 1232. 1233. 1234. 1235. 1236. 1237. 1238. 1239. 1240. 1241. 1242. 1243. 1244. 1245. 1246. 1247. 1248. 1249. 1250. 1251. 1252. 1253. 1254. 1255. 1256. 1257. 1258. 1259. 1260. 1261. 1262. 1263. 1264. 1265. 1266. 1267. 1268. 1269. 1270. 1271. 1272. 1273. 1274. 1275. 1276. 1277. 1278. 1279. 1280. 1281. 1282. 1283. 1284. 1285. 1286. 1287. 1288. 1289. 1290. 1291. 1292. 1293. 1294. 1295. 1296. 1297. 1298. 1299. 1300. 1301. 1302. 1303. 1304. 1305. 1306. 1307. 1308. 1309. 1310. 1311. 1312. 1313. 1314. 1315. 1316. 1317. 1318. 1319. 1320. 1321. 1322. 1323. 1324. 1325. 1326. 1327. 1328. 1329. 1330. 1331. 1332. 1333. 1334. 1335. 1336. 1337. 1338. 1339. 1340. 1341. 1342. 1343. 1344. 1345. 1346. 1347. 1348. 1349. 1350. 1351. 1352. 1353. 1354. 1355. 1356. 1357. 1358. 1359. 1360. 1361. 1362. 1363. 1364. 1365. 1366. 1367. 1368. 1369. 1370. 1371. 1372. 1373. 1374. 1375. 1376. 1377. 1378. 1379. 1380. 1381. 1382. 1383. 1384. 1385. 1386. 1387. 1388. 1389. 1390. 1391. 1392. 1393. 1394. 1395. 1396. 1397. 1398. 1399. 1400. 1401. 1402. 1403. 1404. 1405. 1406. 1407. 1408. 1409. 1410. 1411. 1412. 1413. 1414. 1415. 1416. 1417. 1418. 1419. 1420. 1421. 1422. 1423. 1424. 1425. 1426. 1427. 1428. 1429. 1430. 1431. 1432. 1433. 1434. 1435. 1436. 1437. 1438. 1439. 1440. 1441. 1442. 1443. 1444. 1445. 1446. 1447. 1448. 1449. 1450. 1451. 1452. 1453. 1454. 1455. 1456. 1457. 1458. 1459. 1460. 1461. 1462. 1463. 1464. 1465. 1466. 1467. 1468. 1469. 1470. 1471. 1472. 1473. 1474. 1475. 1476. 1477. 1478. 1479. 1480. 1481. 1482. 1483. 1484. 1485. 1486. 1487. 1488. 1489. 1490. 1491. 1492. 1493. 1494. 1495. 1496. 1497. 1498. 1499. 1500. 1501. 1502. 1503. 1504. 1505. 1506. 1507. 1508. 1509. 1510. 1511. 1512. 1513. 1514. 1515. 1516. 1517. 1518. 1519. 1520. 1521. 1522. 1523. 1524. 1525. 1526. 1527. 1528. 1529. 1530. 1531. 1532. 1533. 1534. 1535. 1536. 1537. 1538. 1539. 1540. 1541. 1542. 1543. 1544. 1545. 1546. 1547. 1548. 1549. 1550. 1551. 1552. 1553. 1554. 1555. 1556. 1557. 1558. 1559. 1560. 1561. 1562. 1563. 1564. 1565. 1566. 1567. 1568. 1569. 1570. 1571. 1572. 1573. 1574. 1575. 1576. 1577. 1578. 1579. 1580. 1581. 1582. 1583. 1584. 1585. 1586. 1587. 1588. 1589. 1590. 1591. 1592. 1593. 1594. 1595. 1596. 1597. 1598. 1599. 1600. 1601. 1602. 1603. 1604. 1605. 1606. 1607. 1608. 1609. 1610. 1611. 1612. 1613. 1614. 1615. 1616. 1617. 1618. 1619. 1620. 1621. 1622. 1623. 1624. 1625. 1626. 1627. 1628. 1629. 1630. 1631. 1632. 1633. 1634. 1635. 1636. 1637. 1638. 1639. 1640. 1641. 1642. 1643. 1644. 1645. 1646. 1647. 1648. 1649. 1650. 1651. 1652. 1653. 1654. 1655. 1656. 1657. 1658. 1659. 1660. 1661. 1662. 1663. 1664. 1665. 1666. 1667. 1668. 1669. 1670. 1671. 1672. 1673. 1674. 1675. 1676. 1677. 1678. 1679. 1680. 1681. 1682. 1683. 1684. 1685. 1686. 1687. 1688. 1689. 1690. 1691. 1692. 1693. 1694. 1695. 1696. 1697. 1698. 1699. 1700. 1701. 1702. 1703. 1704. 1705. 1706. 1707. 1708. 1709. 1710. 1711. 1712. 1713. 1714. 1715. 1716. 1717. 1718. 1719. 1720. 1721. 1722. 1723. 1724. 1725. 1726. 1727. 1728. 1729. 1730. 1731. 1732. 1733. 1734. 1735. 1736. 1737. 1738. 1739. 1740. 1741. 1742. 1743. 1744. 1745. 1746. 1747. 1748. 1749. 1750. 1751. 1752. 1753. 1754. 1755. 1756. 1757. 1758. 1759. 1760. 1761. 1762. 1763. 1764. 1765. 1766. 1767. 1768. 1769. 1770. 1771. 1772. 1773. 1774. 1775. 1776. 1777. 1778. 1779. 1780. 1781. 1782. 1783. 1784. 1785. 1786. 1787. 1788. 1789. 1790. 1791. 1792. 1793. 1794. 1795. 1796. 1797. 1798. 1799. 1800. 1801. 1802. 1803. 1804. 1805. 1806. 1807. 1808. 1809. 1810. 1811. 1812. 1813. 1814. 1815. 1816. 1817. 1818. 1819. 1820. 1821. 1822. 1823. 1824. 1825. 1826. 1827. 1828. 1829. 1830. 1831. 1832. 1833. 1834. 1835. 1836. 1837. 1838. 1839. 1840. 1841. 1842. 1843. 1844. 1845. 1846. 1847. 1848. 1849. 1850. 1851. 1852. 1853. 1854. 1855. 1856. 1857. 1858. 1859. 1860. 1861. 1862. 1863. 1864. 1865. 1866. 1867. 1868. 1869. 1870. 1871. 1872. 1873. 1874. 1875. 1876. 1877. 1878. 1879. 1880. 1881. 1882. 1883. 1884. 1885. 1886. 1887. 1888. 1889. 1890. 1891. 1892. 1893. 1894. 1895. 1896. 1897. 1898. 1899. 1900. 1901. 1902. 1903. 1904. 1905. 1906. 1907. 1908. 1909. 1910. 1911. 1912. 1913. 1914. 1915. 1916. 1917. 1918. 1919. 1920. 1921. 1922. 1923. 1924. 1925. 1926. 1927. 1928. 1929. 1930. 1931. 1932. 1933. 1934. 1935. 1936. 1937. 1938. 1939. 1940. 1941. 1942. 1943. 1944. 1945. 1946. 1947. 1948. 1949. 1950. 1951. 1952. 1953. 1954. 1955. 1956. 1957. 1958. 1959. 1960. 1961. 1962. 1963. 1964. 1965. 1966. 1967. 1968. 1969. 1970. 1971. 1972. 1973. 1974. 1975. 1976. 1977. 1978. 1979. 1980. 1981. 1982. 1983. 1984. 1985. 1986. 1987. 1988. 1989. 1990. 1991. 1992. 1993. 1994. 1995. 1996. 1997. 1998. 1999. 2000. 2001. 2002. 2003. 2004. 2005. 2006. 2007. 2008. 2009. 2010. 2011. 2012. 2013. 2014. 2015. 2016. 2017. 2018. 2019. 2020. 2021. 2022. 2023. 2024. 2025. 2026. 2027. 2028. 2029. 2030. 2031. 2032. 2033. 2034. 2035. 2036. 2037. 2038. 2039. 2040. 2041. 2042. 2043. 2044. 2045. 2046. 2047. 2048. 2049. 2050. 2051. 2052. 2053. 2054. 2055. 2056. 2057. 2058. 2059. 2060. 2061. 2062. 2063. 2064. 2065. 2066. 2067. 2068. 2069. 2070. 2071. 2072. 2073. 2074. 2075. 2076. 2077. 2078. 2079. 2080. 2081. 2082. 2083. 2084. 2085. 2086. 2087. 2088. 2089. 2090. 2091. 2092. 2093. 2094. 2095. 2096. 2097. 2098. 2099. 2100. 2101. 2102. 2103. 2104. 2105. 2106. 2107. 2108. 2109. 2110. 2111. 2112. 2113. 2114. 2115. 2116. 2117. 2118. 2119. 2120. 2121. 2122. 2123. 2124. 2125. 2126. 2127. 2128. 2129. 2130. 2131. 2132. 2133. 2134. 2135. 2136. 2137. 2138. 2139. 2140. 2141. 2142. 2143. 2144. 2145. 2146. 2147. 2148. 2149. 2150. 2151. 2152. 2153. 2154. 2155. 2156. 2157. 2158. 2159. 2160. 2161. 2162. 2163. 2164. 2165. 2166. 2167. 2



LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE



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

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

ARMADA 1

TRATAMENTO FARMACOLÓGICO

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)

Dr. Anderson de Lencastre
CRM PF 27.914

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



MINISTERIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITACAO

BRUNO JAKSON GOMES

DOC. IDENTIFICACAO E DESCRITIV
5701227 SSP PE

CIT
031.400.944-26

DATA NASCIMENTO
20/01/1980

TRACAO
JOSE MARCOS GOMES
MARIA JOSE GOMES

PERMISSAO
ACC
CALIBRE
AB

Nº REGISTRO
03373620884

VALIDADE
19/04/2021

PROROGACAO
03/09/2004

OBSERVAÇÕES
A

BRUNO JAKSON GOMES

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
RECIFE - PE

DATA EMISSAO
27/04/2016

02643441440
PE072369639

ASSINATURA DO EMISSOR

DETRAN - PE (PERNAMBUCO)

PROIBIDA PLASTIFICACAO
1224115640



IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA

Bruno Jackson Gomes

DATA DO ACIDENTE

CPF DA VÍTIMA

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO

QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR () VÍTIMA () REPRESENTANTE LEGAL, CUIO PARANTESCO COM

A VÍTIMA É

ENDEREÇO DO PORTADOR

Nº COMPLEMENTO

BAIRRO

CIDADE

UF

CEP

E-MAIL

TEL/FONE ()

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 VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTeira DE TRABALHO OU CARTeira NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- () INAPSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML: DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML (ORIGINAL) ASSINADA PELA VÍTIMA 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 VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- () AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (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 VÍTIMA 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 VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTeira DE TRABALHO OU CARTeira NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () CPF DA VÍTIMA (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 (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS
- () NOTAS FISCAIS (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA ACOPRANHADAS DO RESPECTIVO RECEITUÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- () AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (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 VÍTIMA 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.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA

IDENTIDADE

ASSINATURA

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA

NOME

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
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

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 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

