
Rio de Janeiro, 17 de Junho de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200215256

Vítima: JACIEL REGINALDO DE SANTANA

Data do Acidente: 12/11/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JACIEL REGINALDO DE SANTANA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 01 de Julho de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200215256

Vítima: JACIEL REGINALDO DE SANTANA

Data do Acidente: 12/11/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JACIEL REGINALDO DE SANTANA

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\$ 675,00

Dano Pessoal: Dedos da pé-Perda funcional completa de qualquer

um dos dedos do pé 10%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 10%) 5,00%

Valor a indenizar: 5,00% x 13.500,00 = R\$ 675,00

Recebedor: **JACIEL REGINALDO DE SANTANA**

Valor: **R\$ 675,00**

Banco: **001**

Agência: **000002239-X**

Conta: **000010018515-0**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



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: 088.208.754-15 4 - Nome completo da vítima: Jaciel Reginaldo de Santana

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

5 - Nome completo: Jaciel Reginaldo de Santana 6 - CPF: 088.208.754-15
7 - Profissão: juiz 8 - Endereço: R. Antonio Batista Ramos 9 - Número: 49 10 - Complemento: _____
11 - Bairro: São Sebastião 12 - Cidade: Loga de Baenunga 13 - Estado: PE 14 - CEP: 55840-000
15 - E-mail: marceloassessoria@hotmail.com 16 - Tel. (DDD): (81) 97915.3756

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:

☒ RECURSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☒ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 2239 ☒ X CONTA: 18.515 ☒ 9
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

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

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

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

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

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima: _____

25 - Grau de Parentesco com a vítima: _____ 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____

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

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

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

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

38 - 1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, _____

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 054ª CIRCUNSCRIÇÃO - LAGOA DE ITAENGA - DP54ªCIRC
DINTER1/11ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **19E0144000875**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **21/11/2019** às **16:16**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia **12/11/2019** no período da **Manhã**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICIPIO DE LAGOA DO ITAENGA, 1, PE-53 - NOVA ITAENGA - CENTRO DA CIDADE DE LAGOA DE ITAENGA - Bairro: CENTRO - LAGOA DE ITAENGA/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

JACIEL REGINALDO DE SANTANA (AUTOR \ AGENTE)
DADO MOTOAXISTA (TESTEMUNHA)
MARCELLA BARBOSA DOS SANTOS (TESTEMUNHA) ✓
MANOEL RAMOS DA SILVA (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): JACIEL REGINALDO DE SANTANA
VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): MANOEL RAMOS DA SILVA

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

JACIEL REGINALDO DE SANTANA (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: MARILENE MOEMIA DA SILVA Pai: **REGINALDO SABINO DE SANTANA** Data de Nascimento: **15/3/1989** Naturalidade: **LAGOA DE ITAENGA / PERNAMBUCO / BRASIL**
Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE LAGOA DO ITAENGA, 49, RUA:: ANTONIO BATISTA RAMOS - MATADOURO -CENTRO DE LAGOA DE ITAENGA - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - LAGOA DE ITAENGA/PERNAMBUCO /BRASIL, CRECHE CASULO**

MANOEL RAMOS DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: SEVERINA MARIA DA SILVA Pai: **JOSE RAMOS DA SILVA** Data de Nascimento: **4/1/1972** Naturalidade: **PAUDALHO / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **4350718/SDS/PE (RG), 80982107404 (CPF)** Estado Civil: **CASADO(A)** Escolaridade: **1º. GRAU INCOMPLETO** Profissão: **PEDREIRO(A)** Telefones Celulares: **- 991160486**

Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE LAGOA DO ITAENGA, 45, RUA;SERGIO CORREIA DE LIMA - NOVA ITAENGA - CENTRO - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - LAGOA DE ITAENGA/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

MARCELLA BARBOSA DOS SANTOS (presente ao plantão) - Sexo: Feminino Mãe: MARIA DOS

PRAZERES BARBOSA DOS SANTOS Pai: **MANOEL RAMOS DA SILVA** Data de Nascimento: **29/12/1991** Naturalidade: **CARPINA / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **8715133/SDS/PE (RG). 09945595423 (CPF)** Estado Civil: **CASADO(A)** Escolaridade: **3º. GRAU COMPLETO** Profissão: **PROFESSOR(A)** Telefones Celulares: **- 989918002**

Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE LAGOA DO ITAENGA, 28, RUA: LEÔNCIO JOÃO BOTELHO - NOVA ITAENGA - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - LAGOA DE ITAENGA/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

AUTOMOVELO (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **MANOEL RAMOS DA SILVA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **MANOEL RAMOS DA SILVA**
Categoria/Marca/Modelo: **AUTOMOVELO/FIAT/PALIO** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **PRATA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **DWF7768** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Renavam: **931084547** Chassi: **9BD17140A85056537**
Ano Fabricação/Modelo: **2007/2008** Combustível: **GASOLINA**

MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **JACIEL REGINALDO DE SANTANA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **JACIEL REGINALDO DE SANTANA**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**
Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Complemento / Observação

COMPARECEU A ESTA DEPOL, O SR:MANOEL RAMOS DA SILVA, NARRANDO QUE NA MANHA DO DIA ACIMA CITADO, TERIA SE ENVOLVIDO EM ACIDENTE, NO BAIRRO DA NOVA ITAENGA, NESTA CIDADE. QUE SEGUNDO O SR. MANOEL RAMOS, O MESMO ESTAVA SAINDO DA RUA FELICIANO ISIDIRIO E SE DIRIGIA PARA A RUA JOSÉ DO REGO LIMA, AMBAS NO BAIRRO JA CITADO, TENDO ELE, MANOEL OBSERVADO A VIA PARA PODER CRUZAR A MESMA, TENDO EM DADO MOMENTO SURGIDO UMA MOTOCICLETA VERMELHA QUE NAO SABE INFORMA A MARCA, VINDO A REFERIDA MOTOCICLETA COLIDIR NO SEU VEICULO PALIO PLACA DWF 7768 JA NA PARTE DIANTEIRA, MAS PRECISAMENTE NA LATERAL ESQUERDA JUNTO AO FAROL. SEGUNDO O SR MANOEL A COLISAO FOI NA ENTRADA DA RUA JOSE DO REGO LIMA, OU SEJA, ACREDITANDO QUE O PILOTO DA MOTOCICLETA AO SE APROXIMAR DO VEICULO PROVAVELMENTE ESTAVA NA FAIXA CONTRARIA E TERIA OBSERVADO QUE O MESMO IRIA ENTRAR TENTOU PASSAR ENTRE O CARRO E A ESQUINA DA RUA, NAO SENDO POSSIVEL VINDO A COLIDIR CONFORME JA MENCIONADO. QUE RELATA QUE A SUA ESPOSA MARLI ACIONOU A AMBULANCIA DO HOSPITAL LOCAL PARA QUE FOSSE PRESTADO O SOCORRO, E QUE ELE, MANOEL ACOMPANHOU A AMBULANCIA AO HOSPITAL E TODO O MOMENTO PERMANECEU NO HOSPITAL ATÉ O PILOTO IDENTIFICADO COMO JACIEL REGINALDO SER ATENDIDO E TRANSFERIDO PARA O HOSPITAL GETULIO VARGAS, NO RECIFE. INFORMA QUE DESDE O DIA DO ACIDENTE VEM PRESTANDO AUXILIO FINANCEIRO CONFORME SUAS CONDIÇÕES FINANCEIRAS O PERMITE, ESCLARECENDO QUE TEM OS RECIBOS ASSINADOS PELA GENITORA DE JACIEL REGINALDO. INFORMA QUE OUVIU DIZER QUE JACIEL REGINALDO TEVE FRATURA NO FEMU, ESCORIAÇÕES NO PÉ E UM LESÃO NO TESTICULO. NAO PRETENDE REPRESENTAR CRIMINALMENTE CONTRA A PESSOA DE JACIEL REGINALDO DE SANTANA. DIANTE DOS FATO SOLICITA MEDIDA CABIVEIS QUE O CASO REQUER.

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

MANOEL RAMOS DA SILVA
(VITIMA)

MARCELLA BARBOSA DOS SANTOS
(TESTEMUNHA)

Condutor da ocorrência:

Nome: **RINALDO CLEMENTE DE SANTANA**

Cargo: **COMISSÁRIO** - Função: **NÃO INFORMADO** - Matrícula: **380990-0** - Prefixo da viatura: **54** - Unidade Operacional: **DELEGACIA DE POLÍCIA DA 054ª CIRCUNSCRIÇÃO - LAGOA DE ITAENGA - DP54ªCIRC DINTER1/11ªDESEC**

B.O. registrado por: **RINALDO CLEMENTE DE SANTANA** - Matrícula: **3809900**







GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 054ª CIRCUNSCRIÇÃO - LAGOA DE ITAENGA - DP54ªCIRC
DINTER1/11ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **20E0144000140**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **04/03/2020** às **13:21**

Complementa o BO Número: **19E0144000875**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia **12/11/2019** no período da **Manhã**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICIPIO DE LAGOA DO ITAENGA, 1, PE-53 - NOVA ITAENGA - CENTRO DA CIDADE DE LAGOA DE ITAENGA** - Bairro: **CENTRO - LAGOA DE ITAENGA/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

JACIEL REGINALDO DE SANTANA (AUTOR \ AGENTE)
ALEX DE SANTANA SILVA (OUTRO)
DADO MOTOAXISTA (TESTEMUNHA)
MARCELLA BARBOSA DOS SANTOS (TESTEMUNHA)
MANOEL RAMOS DA SILVA (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): **MANOEL RAMOS DA SILVA**
VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): **JACIEL REGINALDO DE SANTANA**

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

JACIEL REGINALDO DE SANTANA (não presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **MARILENE MOEMIA DA SILVA** Pai: **REGINALDO SABINO DE SANTANA** Data de Nascimento: **15/3/1989** Naturalidade: **LAGOA DE ITAENGA / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **7886117/SDS/PE (RG)** Profissão: **MOTOTAXISTA** Telefones Celulares: **- 991301112**

Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE LAGOA DO ITAENGA, 49, RUA:: ANTONIO BATISTA RAMOS - MATADOURO -CENTRO DE LAGOA DE ITAENGA - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - LAGOA DE ITAENGA/PERNAMBUCO /BRASIL, CRECHE CASULO**

MANOEL RAMOS DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **SEVERINA MARIA DA SILVA** Pai: **JOSE RAMOS DA SILVA** Data de Nascimento: **4/1/1972** Naturalidade: **PAUDALHO / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **4350718/SDS/PE (RG), 80982107404 (CPF)** Estado Civil: **CASADO(A)** Escolaridade: **1ª. GRAU INCOMPLETO** Profissão: **PEDREIRO(A)** Telefones Celulares: **- 991160486**

Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE LAGOA DO ITAENGA, 45, RUA;SERGIO CORREIA DE LIMA - NOVA**



ITAENGA - CENTRO - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - LAGOA DE ITAENGA/PERNAMBUCO/BRASIL

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

MARCELLA BARBOSA DOS SANTOS (presente ao plantão) - Sexo: Feminino Mãe: MARIA DOS PRAZERES BARBOSA DOS SANTOS Pai: MANOEL RAMOS DA SILVA Data de Nascimento: 29/12/1991 Naturalidade: CARPINA / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 8715133/SDS/PE (RG), 09945595423 (CPF) Estado Civil: CASADO(A) Escolaridade: 3ª. GRAU COMPLETO Profissão: PROFESSOR(A) Telefones Celulares: - 989918002

Endereço Residencial: MUNICIPIO DE LAGOA DO ITAENGA, 28, RUA: LEÔNCIO JOÃO BOTELHO - NOVA ITAENGA - - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - LAGOA DE ITAENGA/PERNAMBUCO/BRASIL

ALEX DE SANTANA SILVA - Ramo de Atividade: NAO INFORMADO

Nome do Representante: - Cargo do Representante: - Pessoa de Contato no estabelecimento comercial: - Telefone de Contato: -

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

AUTOMOVELO (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **MANOEL RAMOS DA SILVA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **MANOEL RAMOS DA SILVA**
Categoria/Marca/Modelo: **AUTOMOVELO/FIAT/PALIO** Objeto apreendido: Não
Cor: **PRATA** - Quantidade: **0 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **DWF7768** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Renavam: **931084547** Chassi: **9BD17140A85056537**
Ano Fabricação/Modelo: **2007/2008** Combustível: **GASOLINA**

MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **ALEX DE SANTANA SILVA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **JACIEL REGINALDO DE SANTANA**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/SUZUKI/EM 125 YES** Objeto apreendido: Não
Cor: **VERMELHA** - Quantidade: **0 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **KLD8933** (PERNAMBUCO/CARPINA) Renavam: **965276651** Chassi: **9CDNF41LJ8M147165**
Ano Fabricação/Modelo: **2008/2008**

Complemento / Observação

COMPARECEU A ESTA DEPOL, O SR:MANOEL RAMOS DA SILVA, NARRANDO QUE NA MANHA DO DIA ACIMA CITADO, TERIA SE ENVOLVIDO EM ACIDENTE, NO BAIRRO DA NOVA ITAENGA, NESTA CIDADE. QUE SEGUNDO O SR. MANOEL RAMOS, O MESMO ESTAVA SAINDO DA RUA FELICIANO ISIDIRIO E SE DIRIGIA PARA A RUA JOSÉ DO REGO LIMA, AMBAS NO BAIRRO JA CITADO, TENDO ELE, MANOEL OBSERVADO A VIA PARA PODER CRUZAR A MESMA, TENDO EM DADO MOMENTO SURGIDO UMA MOTOCICLETA VERMELHA QUE NAO SABE INFORMA A MARCA, VINDO A REFERIDA MOTOCICLETA COLIDIR NO SEU VEICULO PALIO PLACA DWF 7768 JA NA PARTE DIANTEIRA, MAS PRECISAMENTE NA LATERAL ESQUERDA JUNTO AO FAROL. SEGUNDO O SR MANOEL A COLISAO FOI NA ENTRADA DA RUA JOSE DO REGO LIMA, OU SEJA, ACREDITANDO QUE O PILOTO DA MOTOCICLETA AO SE APROXIMAR DO VEICULO PROVAVELMENTE ESTAVA NA FAIXA CONTRARIA E TERIA OBSERVADO QUE O MESMO IRIA ENTRAR TENTOU PASSAR ENTRE O CARRO E A ESQUINA DA RUA, NAO SENDO POSSIVEL VINDO A COLIDIR CONFORME JA MENCIONADO. QUE RELATA QUE A SUA ESPOSA MARLI ACIONOU A AMBULANCIA DO HOSPITAL LOCAL PARA QUE FOSSE PRESTADO O SOCORRO, E QUE ELE, MANOEL ACOMPANHOU A AMBULANCIA AO HOSPITAL E TODO O MOMENTO PERMANECEU NO HOSPITAL ATÉ O PILOTO IDENTIFICADO COMO JACIEL REGINALDO SER ATENDIDO E TRANSFERIDO PARA O HOSPITAL GETULIO VARGAS, NO RECIFE. INFORMA QUE DESDE O DIA DO ACIDENTE VEM PRESTANDO AUXILIO FINANCEIRO CONFORME SUAS CONDIÇÕES FINANCEIRAS O PERMITE, ESCLARECENDO QUE TEM OS RECIBOS ASSINADOS PELA GENITORA DE JACIEL REGINALDO. INFORMA QUE OUVIU DIZER QUE JACIEL REGINALDO TEVE FRATURA NO FEMU, ESCORIAÇÕES NO PÉ E UM LESÃO NO TESTICULO. NAO PRETENDE REPRESENTAR CRIMINALMENTE CONTRA A PESSOA DE JACIEL REGINALDO DE SANTANA. DIANTE DOS FATOS SOLICITA MEDIDA CABIVEIS QUE O CASO REQUER.##### BOE COMPLEMENTADO PARA CORREÇÃO DA PROPRIEDADE DA MOTOCICLETA ENVOLVIDA. NADA MAIS. ENCERRO.

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

MANOEL RAMOS DA SILVA
(VITIMA)



**MARCELLA BARBOSA DOS SANTOS
(TESTEMUNHA)**

Condutor da ocorrência:

Nome: **RINALDO CLEMENTE DE SANTANA**

Cargo: **COMISSÁRIO** - Função: **NÃO INFORMADO** - Matrícula: **380990-0** - Prefixo da viatura: - Unidade Operacional: **DELEGACIA DE POLÍCIA DA 054ª CIRCUNSCRIÇÃO - LAGOA DE ITAENGA - DP54ªCIRC DINTER1/11ªDESEC**

B.O. registrado por: **SERGIO DE ANDRADE SILVA** - Matrícula: **221069-0**



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: 088.208.754-15 4 - Nome completo da vítima: Jaciel Reginaldo de Santana

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

5 - Nome completo: Jaciel Reginaldo de Santana 6 - CPF: 088.208.754-15
7 - Profissão: Juiz de Paz 8 - Endereço: R. Antonio Batista Ramos 9 - Número: 49 10 - Complemento:
11 - Bairro: São Sebastião 12 - Cidade: Lagoa de Itaunga 13 - Estado: PE 14 - CEP: 55.840-000
15 - E-mail: marceloassessoria@hotmail.com 16 - Tel. (DDD): (81) 97915.3756

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:

☒ RECURSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☒ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 2239 X CONTA: 18.515 9

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima: _____

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____

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

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

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

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

38 - 1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, _____

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

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

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 25/06/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 675,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JACIEL REGINALDO DE SANTANA

BANCO: 001

AGÊNCIA: 02239-X

CONTA: 000010018515-0

Nr. da Autenticação C26CCD9728BFD538

NOTA FISCAL | FATURA | CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA 2a VIA

COMPANHIA ENERGÉTICA
DE PERNAMBUCO
AV. JOÃO DE BARROS, 111, BOA VISTA,
RECIFE, PERNAMBUCO
CEP 50050-902
CNPJ 10.835.932/0001-08
INSCRIÇÃO ESTADUAL 0005943-93



Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de 26/04/02
COMERCIAL 116 | PRONTIDÃO 116
Atendimento ao deficiente auditivo ou de fala: 0800 281 0142
Ouvidoria 0800 282 5599
Agência de Regulação dos Serviços Públicos Delegados do Estado
de Pernambuco-ARPE: 0800-727-0167-Ligação Gratuita de Telefones Fixos
Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL
167-Ligação Gratuita de telefones fixos e móveis

DADOS DO CLIENTE

MARILENE NOEMIA DA SILVA
CPF: 783.044.584-20 NIS: 16360619589

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

RUA ANTONIO BATISTA RAMOS 49
SAO SEBASTIAO/LAGOA ITAENGA
55840-000 LAGOA DE ITAENGA PE

As condições gerais de fornecimento (Resolução ANEEL 414/2010),
tarifas, produtos, serviços prestados e tributos se encontram à
disposição, para consulta em nossas unidades de atendimento e no
site www.celpe.com.br

DATA DE VENCIMENTO

05/06/2020

TOTAL A PAGAR (R\$)

0,00

DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL

22/05/2020

DATA DA APRESENTAÇÃO

29/05/2020

NÚMERO DA NOTA FISCAL

109502730

CONTA CONTRATO

007006673850

Nº DO CLIENTE

2001642501

Nº DA INSTALAÇÃO

0001829377

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL - BAIXA RENDA COM NIS
Monofásico

RESERVADO AO FISCO

14F5.5204.0957.2B66.E911.73CE.51D1.B24B

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)
Consumo-TUSD até 30 kWh	30,00	0,00000003	0,00
Consumo-TUSD superior a 30 até 100 kWh	52,00	0,00000002	0,00
Consumo-TE até 30 kWh	30,00	0,00000003	0,00
Consumo-TE superior a 30 até 100 kWh	52,00	0,00000002	0,00
TOTAL DA FATURA			0,00

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS								
ICMS			PIS			COFINS		
BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
0,00		0,00	0,00	0,88	0,00	0,00	4,07	0,00

Tarifas Aplicadas		HISTÓRICO DO CONSUMO	
Consumo-TUSD até 30 kWh	0,00000003	MAI 20	82
Consumo-TUSD superior a 30 até 100 kWh	0,00000002	ABR 20	112
Consumo-TE até 30 kWh	0,00000003	MAR 20	89
Consumo-TE superior a 30 até 100 kWh	0,00000002	FEV 20	88
		JAN 20	151
		DEZ 19	102
		NOV 19	67
		OUT 19	66
		SET 19	49
		AGO 19	54
		JUL 19	52
		JUN 19	52
		MAI 19	61

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO	
R\$	%
Geração de Energia	0,00 100,00
Transmissão	0,00 0,00
Distribuição (Celpe)	0,00 0,00
Encargos Setoriais	0,00 0,00
Tributos	0,00 0,00
Perdas de Energia	0,00 0,00
TOTAL	0,00 100

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

NÚMERO DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR		ATUAL		Nº DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO kWh
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA				
G72948	CAT	20/04/2020	23.970,00	21/05/2020	23.952,00	31	1,00000	0,00	82,00

DATA PREVISTA PARA A PRÓXIMA LEITURA: 19/06/2020

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPTÕES

DESCRIÇÃO	CONJUNTO	VALOR APURADO	METAS MENSAL	METAS TRIMESTRAL	METAS ANUAL
mar/2020					
DIC-No.de horas sem Energia	GLORIA DO GORTA	0,20	5,67	11,34	22,69
FIC-No.de vezes sem Energia		1,09	3,36	6,72	13,45
DMC-Duração máxima de interrupção contínua		0,20	3,30	5,00	5,00
DICRI-Duração de interrupção em dia crítico					Limite DICRI: 12,22
EUSD-Valor do Encargo de Uso = R\$ 0,00					
Todo Consumidor pode solicitar a aprovação dos indicadores DIC, FIC, DMC e DICRI a qualquer tempo.					

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Pague no ponto mais perto de você ag correios lagoa do ouro; rua papa joao xxiii centro / farmacia estado; praça maria aurora s-n centro. Lista completa em www.celpe.com.br.
MP 950/2020-Tarifa Social-Desconto no consumo até 220kWh.
Na data da leitura a bandeira em vigor é a Verde. Mais informações em www.aneel.gov.br.
O cliente é compensado quando há violação na continuidade individual ou de nível de tensão de fornecimento.
Pagto. em atraso gera multa 2%(Res414/ANEEL), Juros 1%a.m(Lei 10.438/02) e atualização monetária no próx. mês
Isenção do ICMS conforme art. 9, XLVIII, a, 2.2.2, do RICMS-PE.
Desconto pela aplicação da Tarifa Social de Energia Elétrica criada pela Lei Nº 10.438 de 26/04/02 - R\$ 47,37.
O Cliente é compensado quando há descumprimento do prazo definido para os padrões de atendimento comercial.
Coronavírus. Saiba como proteger você e sua família. Acesse saude.gov.br/coronavirus

NÍVEIS DE TENSÃO

TENSÃO NOMINAL(V)	LIMITE DE VARIAÇÃO(V)	
	MÍNIMO	MÁXIMO
220	202	231

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

DESTAQUE AQUI

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO	TOTAL A PAGAR(R\$)	VENCIMENTO	TALÃO DE PAGAMENTO
007006673850	05/2020	0,00	05/06/2020	Evite dobrar, perfurar ou rasurar. Este canhoto será usado em leitora ótica.

PAGAMENTO ATRAVÉS DE FICHA DE COMPENSAÇÃO

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA



PREFEITURA DE
LAGOA DE ITAENGA
AVANÇANDO NO RUMO CERTO

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
UNIDADE MISTA JOSEFA CAVALCANTE
DE PETRIBÚ

709604634588377

FICHA DE OBSERVAÇÃO/OU EMERGÊNCIA

Data:

12-11-2019

Hora de Chegada:

17:15

Hora de Saída:

Nome:

Jael Reginaldo de Santana

Registro Nº: 3046

Sexo:

M

Idade:

30

Cor:

M

Estado Civil:

Naturalidade:

Lagoa de Itaenga

Endereço:

Antônio Batista Romão

Responsável:

H.D.A.

Glasgow 15, eupneico, EGB

EXAME FÍSICO

Pressão Arterial:

120x80

Pulso:

Temperatura:

Peso:

Peso:

HGT:

Diagnóstico:

Vítima de colisão moto/carro com
traumas em MJD e quadril (Fraturas
expostas ??) + expensão de testículo dir**PRESCRIÇÃO MÉDICA****RELATÓRIO DE ENFERMAGEM**

1) Morfina 10mg / ml

4 amp + SF 0,31. 100 mg / ml

2) SKL 1.000 mg / ml

Dra Vivianne Moraes
Médica
CREMEPE 20.078



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco

HOSPITAL

Getúlio Vargas



Paciente: JACIEL REGINALDO DE SANTANA

Prontuário: 00756399

Data de Nascimento: 15/03/1989

Idade: 30a 11m 18d

Sexo: MASCULINO

RECEITUÁRIO

Laudo Médico

Paciente em acompanhamento ambulatorial para lesão de anel pélvico e fratura de pé direito.
No momento em uso de carga 100%, com melhora parcial da dor. Agricultor.
Solicito afastamento laborativo por 180 (CENTO E OITENTA) dias para reabilitação.

CID - S32.8; S92.9

Rodolfo de Amorim Silva
Ortopedista Traumatologia
TE01 - 13.406
CRM/PE 17.439

Recife, 02 DE MARÇO DE 2020

RODRIGO DE AMORIM SILVA - CRM: Nº.17439

HOSPITAL GETULIO VARGAS - HGV
Av. Gal. San Martín, S/N - Cordeliro - Recife - PE - 50630-060
CNPJ - 10.572.048/0005-51
Fone - (81) 3184-5600



HOSPITAL GETÚLIO VARGAS
SERVIÇO DE DOCUMENTAÇÃO CIENTÍFICA



BOLETIM DE ESCLARECIMENTO

NOME: JACIEL REGINALDO DE SANTANA.

1. Ocorrência da Emergência: 795762

1.1 - Atendimentos em: 12/11/2019.

1.2 - Às horas 09 e 25 minutos.

1.3 - Internado:

1.4 - Retirou-se às hr. e min.

2. Internamento Eletivo - Reg. 758399 Geral No.

2.1 - Internado em: 12/11/2019.

2.2 - Alta em: 04/12/2019.

3. Hipótese Diagnóstica: POLITRAUMATIZADO + TCE LEVE + TRAUMA DE TESTÍCULO DIREITO + FRATURA DE MALÉOLO MEDIAL ESQUERDO + FRATURA EXPOSTA DE 2º PDD + FRATURA FECHADA DE ILIACO ESQUERDO + FRATURA DE PATELA DIREITA.

4. Tratamento: LMC + DESBRIDAMENTO + SUTURA + FIXAÇÃO DE 2º PDD + IMOBILIZAÇÃO (12/11/2019); RAFIA DE TESTÍCULO DIREITO (12/11/2019).

5. Observação:

DATA: 3.4.2020

HORA: 09:33:19

PASTA: 01.03.2020

FL

LP


Dr. Fabio Luna.

Dr. Fabio L. E. da Fonte
Cir. Geral e do
Aparelho Digestivo
CRM 17515 - Mai. 2015/11-4



HOSPITAL GETULIO VARGAS EMERGÊNCIA



1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

ATENDIMENTO: 795762

Prontuário: 758399

Nome: JACIEL REGINALDO DE SANTANA

Data Nasc.: 15/03/1989

Idade: 30

Sexo: MASCULINO

Cor:

CPF:

RG:

CNS: 709604634588377

Endereço: RUA ANTONIO BATISTA RAMOS

Nº: 0

Bairro: CENTRO

Cidade: LAGOA DO ITAENGA

Estado: PE

CEP: 55840000

Fone: 36531270

Profissão:

Nome da Mãe: MARILENE NOEMIA DA SILVA

Acompanhante:

Nome do Conjuge:

Local de Procedência: OUTROS HOSPITAIS

Clínica: CIRURGIA GERAL

Ocorrência: HISTORIA DE COLISAO NMOTO / CARRO, EVOLUI COM TRAUMA ABERTO EM MID.

Acidente de Trabalho: Sim ☐ Não ☐

ATENDIMENTO DATA 12/11/2016 HORA: 09:25 h Médico:

Queixa Principal / HDA:

História do Trauma

Perda da Consciência: Sim ☐ Não ☐ Episódio Emético: Sim ☐ Não ☐ Acidente de Trabalho: Sim ☐ Não ☐Acidente de Trânsito: Sim ☐ Não ☐ Tipo:Colisão: Sim ☐ Não ☐ Tipo: Motorista: ☐ Passageiro: ☐Atropelamento: Sim ☐ Não ☐ Local de Impacto:Vítima de Ferimento: Sim ☐ Não ☐ Tipo: Sofreu Queda: Sim ☐ Não ☐ Altura: mQueimadura: Sim ☐ Não ☐ Por: Transporte Realizado por:Condições de imobilização adequadas: Sim ☐ Não ☐ Por que:

Observações:

Exame Físico:

A: Geral Via aérea esta pérvia: Sim ☐ Não ☐ O paciente fala: Sim ☐ Não ☐ Temp.: Cº

B: Respiratório

C: Circulatório PA: x mm Pulso: bpm:

D: Exames Neurológico Deficiência motora: MSD ☐ MSE ☐ MID ☐ MIE ☐ Pupilas: Isocóricas ☐ Anisocóricas ☐Glasgow: Abertura Ocular Glasgow: Resposta Verbal Glasgow: Resposta Motora
Escore: Hora: Escore: Hora: Escore: Hora:



HOSPITAL GETULIO VARGAS EMERGÊNCIA



E: Abdômen	
Diagnóstico Inicial:	
Exames Solicitados : 1 - Patologia Clínica	
Exames Solicitados : 1 - Especializados	
Resultado de Exames:	Código Procedimento:
Tratamento / Procedimentos:	Ass. Médico + Carimbo Código Procedimento:
Indicação Cirúrgica: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Motivo:	Ass. Médico + Carimbo
Evolução de Enfermagem:	Ass. Enfermeira + Carimbo
Diag. Definitivo:	
Definição do Caso: <i>Gabriel Claudio Silva</i> <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	Condição de Alta: <input type="checkbox"/> Curado <input type="checkbox"/> Melhorado <input type="checkbox"/> Inalterado <input type="checkbox"/> Piorado <input type="checkbox"/> Óbito
Informação do Serviço Social	
Confirmação do Nome:	Assist. Social:
Confirmação do Endereço:	
Providências: Alta <input type="checkbox"/> Transferência <input type="checkbox"/> Estudo de Caso <input type="checkbox"/> Exames Externo: <input type="checkbox"/>	Assist. Social:
Observações:	
Autorização para Alta / Internamento / Transferência	
Médico:	CRM/CRO: Data: Hora:
Termo de Responsabilidade Para Internamento :	
- Estou ciente das normas existente neste Hospital, as quais integralmente e autorizo a realização de tratamentos, clínicos e/ou cirúrgicos, inclusive transfusões e sem os 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 deste nosocômio, bem como tenho absoluto conhecimento sobre as consequências que deste ato possam advir.	
Data: _____	Nome completo legível: _____
Nº da Identidade: _____	Assinatura: _____
Cadastramento: 12/11/2019 09:26 h THIAGO BM	impressão: 12/11/2019 09:26 h THIAGO BM

Médico



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
HOSPITAL
Getúlio Vargas



FICHA PARA AVALIAÇÃO DE
RISCO DE QUEDA

NOME: _____

Nº DO REGISTRO: _____

SETOR: _____

DATA DE ADMISSÃO: ____/____/____

ASSINALAR COM X TODOS OS ITENS DE RISCO IDENTIFICADOS.
CONSIDERAR A EXISTÊNCIA DO RISCO QUANDO ASSINALAR UM OU MAIS ITENS.

☐ IDADE > OU IGUAL 65 ANOS

☐ CRIANÇAS < OU IGUAL 5 ANOS

☐ COMPROMETIMENTO NEUROLÓGICO

☐ DEPRESSÃO E/OU ANSIEDADE

☐ PREJUÍZO DO EQUILÍBRIO DA MARCHA

☐ DÉFICIT SENSITIVO, ACUIDADE AUDITIVA, TATO E VISUAL DIMINUIDA

☐ HISTÓRIA PRÉVIA DE QUEDA

☐ ALTERAÇÃO METABÓLICA (EX: HIPOGLICEMIA)

☐ OBESIDADE MÓRBIDA OU BAIXO ÍNDICE DE MASSA CORPÓREA

☐ SEDAÇÃO/ANESTESIA

☐ MEDICAMENTO QUE ALTERAM O SISTEMA NERVOSO CENTRAL

☐ URGÊNCIA URINÁRIA/INTESTINAL

☐ HIPOTENSÃO ORTOSTÁTICA

☐ PACIENTE CIRÚRGICO

CASO O PACIENTE APRESENTE UM OU MAIS FATORES DE RISCO, COLOCAR PULSEIRA ROXA NO
MSD.

☐ COLOCADO PULSEIRA ROXA

☐ NÃO SE APLICA

ENTREGA DO FOLDER DE ORIENTAÇÃO AO PACIENTE/ACOMPANHANTE:

☐ SIM

☐ NÃO

ASSINATURA (ORIENTADO): _____

RECOMENDAÇÕES:

1. Orientar paciente e acompanhante quanto ao risco de queda e necessidade de solicitação da enfermagem para sua locomoção e mobilização;
2. Manter a cama na posição baixa, com rodas travadas e grades de proteção elevadas;
3. Orientar a não trancar portas;
4. Orientar a não andar nem circular na enfermaria ou corredor no momento da limpeza;
5. Manter a área de circulação livre de móveis e utensílios;
6. Auxiliar na deambulação dos pacientes que apresentarem dificuldade de marcha ou déficit sensitivo ou motor;
7. Estimular o uso de acessórios de apoio;
8. Conscientizar a família sobre a importância da presença de um acompanhante e comunicar a enfermagem quando houver necessidade de ausentar-se;
9. Manter iluminação adequada durante a noite;
10. Orientar a evitar apoiar-se na cama, móveis e parapeitos de janelas;
11. Manter o acompanhamento da enfermagem no momento do transporte;
12. Orientar o acompanhante para ficar atento às brincadeiras das crianças e a utilização de brinquedos;
13. Não deixar o paciente sozinho no banheiro ou durante o banho;
14. Intensificar a atenção a pacientes que estão em uso de sedativo e hipnótico, tranquilizante, diurético, anti-hipertensivo, anti-parkinsonianos.

ENFERMEIRA/COREN: _____

Avenida General San Martin - Cordeiro
Rocha/PE - CEP 53.030-080
Fone: (0800) 81 2145800

10.11.2019

C. MARTINS

11.11.2019

12.11.2019

MANCHESTER_V2

13.11.2019

14.11.2019

CIEL REGINALDO DE SANTANA

03/03/1989

masculino

03

2/209

03/2019

03/2019

03/2019

12/11/2019 09:20

12/11/2019 09:20

CIEL REGINALDO DE SANTANA - COREN: 148626 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) -

12/11/2019

CIEL REGINALDO DE SANTANA

12/11/2019

LARANJA

12/11/2019

CIEL REGINALDO DE SANTANA - COREN: 148626 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) -
CIEL REGINALDO DE SANTANA - COREN: 148626 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) -
CIEL REGINALDO DE SANTANA - COREN: 148626 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) -
CIEL REGINALDO DE SANTANA - COREN: 148626 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) -

12/11/2019

CIEL REGINALDO DE SANTANA

12/11/2019

CIEL REGINALDO DE SANTANA

12/11/2019

CIEL REGINALDO DE SANTANA - COREN: 148626 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) -

12/11/2019

CIEL REGINALDO DE SANTANA

12/11/2019

CIEL REGINALDO DE SANTANA - COREN: 148626 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) -

CIEL REGINALDO DE SANTANA

CIEL REGINALDO DE SANTANA - COREN: 148626 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) -

CIEL REGINALDO DE SANTANA

CIEL REGINALDO DE SANTANA - COREN: 148626 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 12/11/2019 09:20



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
FUNDAÇÃO DE SAÚDE AMAURY DE MENEZES
HOSPITAL G. A. AMBRÓSIO

Usuário de Acesso: _____



SUMÁRIO DE

1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE Nº Atendimento

Nome: JACIEL REGINALDO DE SANTANA

Data Nascimento: 15/03/1989

Idade: 30

Sexo: MASCULINO

Cor: PARDA

Religião:

Prontuário: 758399

HGV- Hospital Getúlio Vargas



795844

Atendimento

Prontuário: 758399

CNS: 709604634588377

Paciente: JACIEL REGINALDO DE SANTANA

DO ITAENGA

Nº: 0

Estado: PE

Clinica: SALA DE RECUPERAÇÃO

Leito: SR 02

Nascido: 15/03/1989 Idade: 30 Anos 7 Meses

Sexo: MASCULINO

Mae: MARILENE NOEMIA DA SILVA

Fone: 3653-1270

End: RUA ANTONIO BATISTA RAMOS 0 - CENTRO - LAGOA DO ITAENGA - PE - Cep: 55540000

Prescrição: 1 HOSPITAL GETULIO V. DATA: 18/11/2018 Hr: 11:18 Usuário: RAUL TACCH

Fone: 36531270

2 - INTERNAR PARA

Clinica: CLINICA GERAL

Prestador: 1

Unidade de Internação:

Leito: SR 02

Exame Inicial

Constante do Laudo Médico):

CID: _____

Procedimento Solicitado: _____

CÓD.: _____

Procedimento Realizado: _____

CÓD.: _____

COD	EQUIPE	NOME DO PROFISSIONAL	MATRÍCULA
1.	Cirurgião	DR. Daniel S. de Almeida	
2.	1º Auxílio Cirúrgico	D. L. M.	
3.	2º Auxílio Cirúrgico	DR. Thiago Silva	
4.	3º Auxílio Cirúrgico	Carla Regina Cabral	
5.	Demais Auxílio Cirúrgico		
6.	Anestesista		
7.	Clinico		
8.	Neonatalogista		

PROCEDIMENTOS ESPECIAIS

<input type="checkbox"/> MUDANÇA DE PROCEDIMENTO	<input type="checkbox"/> USO DE FATORES DE COAGULAÇÃO	<input type="checkbox"/> 0415010012
<input type="checkbox"/> DIÁRIA DE UTI	<input type="checkbox"/> USO DE OXIGÊNIO	<input type="checkbox"/> 0415040035
<input type="checkbox"/> DIÁRIA DE ACOMPANHANTE	<input type="checkbox"/> NUTRIÇÃO PARENTERAL	<input type="checkbox"/> 040805042-C
<input type="checkbox"/> USO DE ÓRTESE E PRÓTESE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 0413040178

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO REALIZADO:

CID: 79.2

79.2

CARIMBO/REVISOR/ESTABECIMENTO:

RESUMO DO CASO (LETRA LEGÍVEL)

paciente portador de AVC em 11/11/18

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL

DIAGNÓSTICO SECUNDÁRIO

MOTIVO DA ALTA

DATA DA INTERNAÇÃO: 12/11/18

DATA DA ALTA: 04/12/18

DIAS DE INTERNAÇÃO: 22d

OBSERVAÇÃO: Enviar ao Faturamento com todos os dados devidamente preenchidos no prazo máximo de 48 horas após a alta do paciente.



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
FUNDAÇÃO DE SAÚDE AMAURY DE MEDEIROS - FUSAM
HOSPITAL GETULIO VARGAS

Usuário da Informação
RAULITACBS



733144

SUMÁRIO DE ADMISSÃO E ALTA

Consulta	0301010170	Pré. Transf I	0212010026	Via Urinária	0206020064
LABORATÓRIO		Pré. Transf II	0212010034	TOMOGRAFIA	
Globulina	0202060209	Nebulização	0301100101	Coluna Cervical	0206010010
Ac. Úrico	0202010120	Histopatológico	0203020030	Col Lombo Sacra	0206010028
Albumina	0202010627	ECG	0211020036	Col Torácica	0206010036
Bilirubina	0202010201	EDA	0209010037	Face	0206010044
Cálcio	0202010210	Punção	0401040019	Pescoço	0206010052
Cloreto	0202010260	Tração	0408060098	Seia Turcica	0206010060
Coolesterol	0202010295	RAIO X		Crânio	0206010078
Creatinina	0202010317	Antebraço	0204040019	Computadorizada	0206010087
Cultura Geral	0202080080	Abd Simples AP	0204050138	Membros Sup	0206020016
Desidrogenase	0202010368	Abdomen AP+-Lateral	0204050111	Seg Apendiculares	0206020023
Gama	0202010465	Braço	0204040051	Torax	0206020034
Gasometria	0202010732	Cotovelo	0204040078	Abdômen Superior	0206030010
Glicose	0202010473	Calcâneo	0204060109	Memb Inferiores	0206030028
Hemocultura	0202080153	Coluna Cervical	0204020034	Pelvis/ Bacia	0206030037
Hemograma	0202020380	Crânio PA + Lateral	0204010080	Fisiot Resp.	0302040021
Hemoglobina	0202020304	Crânio PA + Lat + Obli	0204010071	Fisiot Motora.	0306020030
Leucograma	0202020398	Coxa	0204060117	Curativo	0401010015
LCR	0202090600	Col. Toraco-Lombar	0204020107		
Fósforo	0202010430	Clavícula	0204040060		
Fósf. Alcalina	0202010422	Face	0204010144		
Magnésio	0202010562	Fêmur	0204060060		
Mielograma	0202090191	Joelho	0204060133		
Mucoproteína	0202010570	Joelho AP + Lateral	0204060125		
Parasitológico	0202040127	Mão	0204040086		
PCR	0202030202	Ombro	0204040116		
Proteínas Totais	0202010619	Pé	0204060150		
Pesquisa BK	0202080072	Torax AP	0204030170		
Potássio:	0202010600	Torax AP e Perfil	0204030153		
Sódio	0202010635	Punho	0204040124		
TSTC	0202020495	Perna	0204060188		
Temp. Sang.	0202020100	Mandíbula	0204010055		
Temp. Coag.	0202020070	ULTRASSONOGRAFIA			
Triglicerideo	0202010678	Abdômen Superior	0205020038		
TGO	0202010643	Abdômen Total	0205020046		
TGP	0202010651	Tórax	0205020135		
TPAE	0202020487	Pélvica	0205020160		
Ureia	0202010694	Transvaginal	0205020186		
VDRL	0202031110	Bolsa Escrotal Tireoide	0205020070		
Conc. Hemácia	0306020068	Tireoide	0205020127		
Conc. Plasma	0306020106	Mama	0205020097		
Conc. Plaqueta	0306020076	Prostata	0205020119		

Q.E.: E260000001

ESFERA: PÚBLICO

APRESENTAÇÃO: 02 / 2020

DATA: 05/02/2020

Num AIH: 262010155116-8 Situação: APURADA Tipo: 01-INICIAL Apresentação: 02/2020 Data Autorização: 12 / 11 / 2019

Especialidade: 01 - CIRURGICO Orgão Emissor: E260000001 CRC:
Doc autorizador: 170412883200006 Doc med resp: 133447448940006 Doc diretor clínico: 125323022260007 Doc médico solíc: 133447448940006
CNES: 2802783 - HOSPITAL GETULIO VARGAS CNS: 70960463458837-7
Paciente: JACIEL REGINALDO DE SANTANA Prontuário: 758399
Data Nasc.: 15 / 03 / 1989 Sexo: MASCULINO Nacionalidade: 010 - BRASIL Tipo Doc.: IGNORADO Doc.:
Responsável pac.: JACIEL REGINALDO DE SANTANA Nome da Mãe: MARILENE NOEMIA DA SILVA
Endereço: RUA ANTONIO BATISTA RAMOS 49 Bairro: CENTRO Raça/Cor: 03-PARDA Etnia: 0000-NAO SE APLICA
Município: 260850 - LAGOA DO ITAENGA UF: PE CEP: 55840-000 Telefone: (81)0355-31270 Muda Proc.?: NÃO
Procedimento solicitado: 04.15.01.001-2 - TRATAMENTO C/ CIRURGIAS MULTIPLAS
Procedimento principal: 04.15.01.001-2 - TRATAMENTO C/ CIRURGIAS MULTIPLAS
Diag. principal: I792-ANGIOPATIA PERIFERICA EM DOENCAS CLASSIFICADAS EM OUTRA PARTE Diag. secundário:
Complementar: Causa Óbito:
Caráter atendimento: 02 - URGENCIA Modalidade: HOSPITALAR
Data internação: 12 / 11 / 2019 Data saída: 04 / 12 / 2019 Mot saída: 12 - ALTA MELHORADO
Liberação SISAIO1: AIH Anterior: AIH Posterior:

[Causas Externas (Acidente ou Violência)]

CNPJ do Empregador: / - CNAER: -
Vínculo Previdência: CBOR: -

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

Linha	Procedimento	Documento	CBQ	CNES/CNPJ	Apurar Valor p/ Qlde	Cmppt	Descrição
1	0413040178	206790286430002	225225(1)	2802783	2802783	1	11/2019 TRATAMENTO CIRURGICO DE LESOES EXTENSAS
2	0413040178	124122501560003	225151(6)	2802783	2802783	1	11/2019 TRATAMENTO CIRURGICO DE LESOES EXTENSAS
3	0415040035	206790286430002	225225(1)	2802783	2802783	1	11/2019 DEBRIDAMENTO DE ULCERA / DE TECIDOS
4	0415040035	124122501560003	225151(6)	2802783	2802783	1	11/2019 DEBRIDAMENTO DE ULCERA / DE TECIDOS
5	0408060470	206790286430002	225225(1)	2802783	2802783	1	11/2019 TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA / LESAO
6	0408060470	124122501560003	225151(6)	2802783	2802783	1	11/2019 TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA / LESAO
7	0206030010			2802783	2802783	1	11/2019 TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ABDOMEN
8	0206030037			2802783	2802783	1	11/2019 TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE Pelve /
9	0802010199			2802783	2802783	16	11/2019 DIARIA DE PERMANENCIA A MAIOR
10	0202010260			2802783	2802783	1	11/2019 DOSAGEM DE CLORETO
11	0202010317			2802783	2802783	1	11/2019 DOSAGEM DE CREATININA
12	0202010600			2802783	2802783	2	11/2019 DOSAGEM DE POTASSIO
13	0202010635			2802783	2802783	1	11/2019 DOSAGEM DE SODIO
14	0202010694			2802783	2802783	1	11/2019 DOSAGEM DE UREA
15	0202020134			2802783	2802783	1	11/2019 DETERMINACAO DE TEMPO DE TROMBOPLASTINA
16	0202020142			2802783	2802783	1	11/2019 DETERMINACAO DE TEMPO E ATIVIDADE DA
17	0202020150			2802783	2802783	1	11/2019 DETERMINACAO DE VELOCIDADE DE
18	0202020290			2802783	2802783	1	11/2019 DOSAGEM DE FIBRINOGENIO
19	0202020380			2802783	2802783	1	11/2019 HEMOGRAMA COMPLETO
20	0202030083			2802783	2802783	1	11/2019 DETERMINACAO QUANTITATIVA DE PROTEINA C
21	0204040060			2802783	2802783	8	11/2019 RADIOGRAFIA DE CLAVICULA
22	0204040116			2802783	2802783	4	11/2019 RADIOGRAFIA DE ESCAPULA/OMBRO (TRES
23	0204060087			2802783	2802783	4	11/2019 RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO TIBIO-TARSICA
24	0204060095			2802783	2802783	1	11/2019 RADIOGRAFIA DE BACIA
25	0204060156			2802783	2802783	2	11/2019 RADIOGRAFIA DE PE? DEDOS DO PE
26	0301010170	206790286430002	225225	2802783	2802783	1	11/2019 CONSULTA/AVALIACAO EM PACIENTE INTERNADO

VALORES DA PREVIA

VALORES DA PRÉVIA	Serviço Hospitalar		Serviço Profissional				TOTAL
	Direto		Direto		Rateado		
	Próprio	Terceiro	Próprio	Terceiro	Próprio	Terceiro	
02.05.03-TOMOGRAFIA DO ABDOMEN, Pelve E	348,56						348,56
03.01.01-CONSULTAS MEDICAS/OUTROS					15,35		15,35
04.08.05-MEMBROS INFERIORES	197,82		47,09		193,55		398,46
04.13.04-OUTRAS CIRURGIAS	574,83		75,88		191,94		842,45
04.15.04-PROCEDIMENTOS CIRURGICOS GERAIS	306,72		80,96		191,94		579,62
08.02.01-DIARIAS	323,80						323,80
Total Geral:	1.849,73		203,73		552,78		2.606,24

Número de Nascidos: Número de Saídas: N° Pré-Natal:
Vivos: 0 Mortos: 0 Altas: 0 Transf.: 0 Óbitos: 0

De acordo com a Portaria SAS/MS N° 92 de 22 de agosto de 1995 publicada no Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 24.08.1995, Seção I, p. 12988, uma via deste relatório deve ser arquivada no prontuário do paciente.

ASSINATURA E CARIMBO
DIRETOR DO HOSPITAL



JACIEL REGINALDO DE SANTANA		00758399	709604634588
795844	MASCULINO	30a 8m 20d	CLINICA ORTOPEDIA, CLORT 101-07



Relatório de Alta Hospitalar

ORTOPEDIA/TRAUMATO

Diagnóstico:

HDA: PACIENTE RELATA ACIDENTE DE MOTOCICLETA, CURSANDO COM TRAUMA EM MID + EXPOSIÇÃO DE TESTÍCULO DIREITO
HD: FRATURA EXPOSTA DE 2º PDD + EXTENSO FERIMENTO EM PÉ DIREITO + FRATURA POR ABRASÃO DE PATELA DIREITA + FRATURA FECHADA DE ILÍACO ESQUERDO + LAC A ESQUERDA

Tratamento:

12/11/19: LMC + DESBRIDAMENTO + SUTURA + FIXAÇÃO DE 2º PDD + TALA BOTA EM MID
12/11/19: RAFIA DE TESTÍCULO DIREITO

OBS:

PACIENTE CLINICAMENTE ESTÁVEL, REFERINDO DOR EM BACIA E EM OMBRO ESQUERDO. DIURESE LIVRE, COM COLORAÇÃO AMARELA E SEM ALTERAÇÃO, SEM INTERCORRÊNCIA

Condições Clínicas (no momento da Alta)

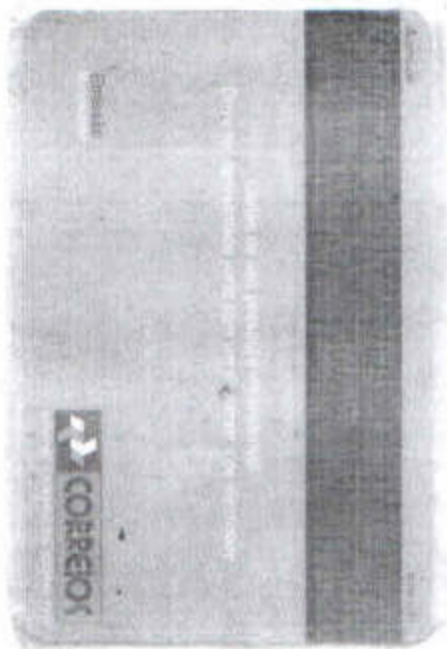
ORIENTA-SE ALTA HOSPITALR, USO DE CIPROFLOXACINO POR 10 DIAS. USAR MULETAS. LIMPEZA DIÁRIA DA FO
MARCAR RETORNO NO AMBULATORIO DO JOELHO COM 20 DIAS
MARCAR RETORNO NO AMBULATORIO DO QUADRIL COM 20 DIAS
MARCAR RETORNO NO AMBULATORIO DO OMBRO E COTOVELO COM 20 DIAS
MARCAR RETORNO NO AMBULATORIO DA UROLOGIA COM 20 DIAS

DATA DA INTERNAÇÃO	DATA DA ALTA
12/11/2019	04/12/2019

Recife, 04 DE DEZEMBRO DE 2019

Dr. Abílio Cruz
Ortopedia e Traumatologia
CREMEPE 27950

ABÍLIO AUGUSTO PIMENTEL CRUZ - CRM: Nº. 27950



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE PERNAMBUCO

SECRETARIA DE PROTEÇÃO SOCIAL

INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO E REGISTRO DE PERNAMBUCO

08 R - 33





Jaciel Reginaldo de Santana

CARTÃO DE IDENTIDADE

Ministério da Economia

Ministério da Fazenda

CPF

Cadastro de Pessoas Físicas

Número de inscrição

088.208.764-11

Nome

JACIEL REGINALDO DE SANTANA

Matrícula

1503489



VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

7.886.117

23/11/2009

<< JACIEL REGINALDO DE SANTANA >>

<< REGINALDO SABINO DE SANTANA >>

<< MARILENE NOEMIA DA SILVA >>

DATA DE NASCIMENTO

15/03/1989

LAGOA DE ITAENGA - PE

CM.13957 L.13A.F.73V CART.GLÓRIA

DO GOIÁS-PE 03.03.1989

CPF

DISC. 22.11.11.11

MINISTÉRIO DA ECONOMIA

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200215256 **Cidade:** Lagoa do Itaenga **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JACIEL REGINALDO DE SANTANA **Data do acidente:** 12/11/2019 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 19/06/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMATISMO CRANIANO.
FRATURA DO ILÍACO ESQUERDO.
TRAUMA CONTUSO EM TESTÍCULO DIREITO.
FRATURA DO MALÉOLO MEDIAL ESQUERDO.
FRATURA DO 2º PODODÁCTILO DIREITO..
FRATURA DA PATELA DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO COM OSTEOSÍNTESE DO 2º PODODÁCTILO DIREITO. DEMAIS CONSERVADORES. ALTA MÉDICA.
P3 / P11

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DE 2º PODODÁCTILO DIREITO.

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 MODERADO DE 2º PODODÁCTILO DIREITO.

**Documentos
complementares:**

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Dedos da pé-Perda funcional completa de qualquer um dos dedos do pé	10 %	Em grau médio - 50 %	5%	R\$ 675,00
Total			5 %	R\$ 675,00

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0166896/20

Vítima: JACIEL REGINALDO DE SANTANA

CPF: 088.208.754-11

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

Data do acidente: 12/11/2019

Titular do CPF: JACIEL REGINALDO DE SANTANA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

JACIEL REGINALDO DE SANTANA : 088.208.754-11

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: 16/06/2020
Nome: JACIEL REGINALDO DE SANTANA
CPF: 088.208.754-11

JACIEL REGINALDO DE SANTANA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 16/06/2020
Nome: MARIA ERICA ARAUJO COELHO
CPF: 010.626.514-80

MARIA ERICA ARAUJO COELHO