

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, 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



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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

088.208.754-11

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:
088.208.754-11

7 - Profissão:

Juris. Cr.

8 - Endereço:

R. Antônio Batista Rauor

9 - Número:

49

10 - Complemento:

11 - Bairro:

São Sebastião

12 - Cidade:

Lagoa de Itaenga

13 - Estado:

PE

14 - CEP:

55860-000

15 - E-mail:

marcelo.arromica@hotmail.com

16 - Tel.(DDD):

(81) 99915-3756

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:

RECUSO INFORMAR
 SEM RENDA

R\$1.00 A R\$1.000,00
 R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
 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:

AGÊNCIA:

2239

X

CONTA: 18.515

9

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT 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 Lider 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

29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:

30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)?

Sim

Não

31 - Vítima teve irmãos?

Sim

Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:

33 - Vítima deixou pais/avós vivos?

Sim

Não

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

34

Impressão digital ou assinatura digitalizada
válida que não possa ser facilmente
reproduzida ou alterada.

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

38 - 1º | Nome:

CPF:

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

Assinatura da testemunha

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

39 - 2º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

Corpus, 02/06/2016
Jaciel Reginaldo de Santana

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

enc.oct.2016/2016

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

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 - DP54ª CIRC
 DINTER1/11ª DESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N°. **19E0144000875**

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

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado) que aconteceu no dia **12/11/2019** no periodo 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 SLIVA** 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 - 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 SANTOS**

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: **MUNICÍPIO 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)

AUTOMÓVEL (VEÍCULO) 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: **AUTOMÓVEL/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 (VEÍCULO) 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 VEÍCULO 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 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 PERNAMENCEU 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, ESCARRECENDO 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: **054** - 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 N°. **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 - Culposo (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: **1º. GRAU INCOMPLETO** Profissão: **PEDREIRO(A)** Telefones Celulares:

- **991150486**

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**

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)

AUTOMOVEL (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: **AUTOMOVEL/FIAT/PALIO** Objeto apreendido: **Não**

Cor: **PRATA** - Quantidade: **0 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **DWF7768** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Renavam: **931084547** Chassi: **9BD17140AB5056537**

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 PERNAMENCEU 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, ESCLAIRECENDO 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.##### 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 DINTER1/11ºDESEC**

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



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:

088.208.754-11

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:
088.208.754-11

7 - Profissão:

Juris. Cr.

8 - Endereço:

R. Antônio Batista Rauor

9 - Número:

49

10 - Complemento:

11 - Bairro:

São Sebastião

12 - Cidade:

Lagoa de Itaenga

13 - Estado:

PE

14 - CEP:

55860-000

15 - E-mail:

marcelo.arromica@hotmail.com

16 - Tel.(DDD):

(81) 99915-3756

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:

RECUSO INFORMAR
 SEM RENDA

R\$1.00 A R\$1.000,00
 R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
 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:

AGÊNCIA:

2239

X

CONTA: 18.515

9

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

CONTA:

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

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

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

34

Impressão digital ou
assinatura
que
não é
fazível

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

38 - 1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data,

Corpus, 02/06/2016
Jaciel Reginaldo de Santana

39 - 2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

enc.oct.2016/2016

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. JOSÉ DE BARROS, 111, BOA VISTA,
RECIFE, PERNAMBUCO
CEP 50050-902
CNPJ 16.835.932/0001-08
INSCRIÇÃO ESTADUAL 005943-83**



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 5595
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 | DATA DE VENCIMENTO 05/06/2020 | DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL 22/05/2020 | CONTA CONTRATO 007006673850 |
| MARILENE NOEMIA DA SILVA CPF: 783.044.584-20 NIS: 16380619589 | TOTAL A PAGAR (R\$) 0,00 | DATA DA APRESENTAÇÃO 29/05/2020 | Nº DO CLIENTE 2001642501 |
| ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA RUA ANTONIO BATISTA RAMOS 49 SAO SEBASTIAO/LAGOA ITAENGA 55840-000 LAGOA DE ITAENGA PE | NUMERO DA NOTA FISCAL 109502730 | Nº DA INSTALAÇÃO 0001629377 | CLASSIFICAÇÃO B1 RESIDENCIAL - BAIXA RENDA COM NIS Monofásico |
| RESERVADO AO FISCO 14F5.5204.0957.2B66.E911.73CE.51D1.B24B | | | 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 |

DESCRICA 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 |

ANSWER

TOTAL DA FATURA

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 |

| DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES | | | | | | |
|---------------------------------------------|-----------------|---------------|-------------------|------------|------------|--|
| DESCRIÇÃO | CONJUNTO | VALOR APURADÓ | META MENSAL | META TRIM. | META ANUAL | |
| mar/2020 | | | | | | |
| PC-No de horas sem Energia | GLORIA DO GOITÁ | 9,20 | 5,87 | 11,34 | 22,69 | |
| IC-No de vezes sem Energia | | 1,09 | 3,36 | 6,72 | 13,45 | |
| MC-Duração máxima de interrupções contínuas | | 0,20 | 3,29 | 9,06 | 9,08 | |
| RCI-Duração da interrupção em dia crítico | | | Limite RCI: 12,22 | | | |
| USD-Valor do Encargo de Uso = R\$ 0,00 | | | | | | |

<http://www.sciencedirect.com/science/journal/00406034>

| NÚMERO DO MEDIDOR | TIPO DA FUNÇÃO | ANTERIOR | | ATUAL | | Nº DIAS | CONSTANTE | AJUSTE | CONSUMO kWh |
|-------------------|----------------|------------|-----------|------------|-----------|---------|-----------|--------|-------------|
| | | DATA | LEITURA | DATA | LEITURA | | | | |
| G72948 | CAT | 20/04/2020 | 23.870,00 | 21/05/2020 | 23.952,00 | 31 | 1.000000 | 0,66 | 82,66 |

DATA PREVISTA PARA A PRÓXIMA LEITURA: 13/08/2023

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Pague no posto mais perto de você ag correios lagoa do euro: rua papa joao xxiii centro / farmacia estado praca maria aurora s-n centro, lista completa em www.celpe.com.br."

Na data da leitura a Bandeira em vigor é a Verde. Mais informações em www.sanei.gov.br.

O cliente é compensado quando há violação na continuidade individual ou de nível de fornecimento.

Pagto. em atraso gera multa 2% (Resolução ANEEL 10.436/02) e atualização monetária no pre-

Isenção do ICMS conforme art. 9º, XLVIII, a, XXZ, do RICMS-PF.

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](https://www.saude.gov.br/coronavirus)

NIVEIS DE TENSÃO

| TENSÃO NOMINAL(V) | LIMITE DE VARIAÇÃO(V) | |
|-------------------|-----------------------|--------|
| | MÍNIMO | MÁXIMO |
| 220 | 202 | 234 |

卷之三

| DESTQUE AQUI | CONTA CONTRATO | MÊS/ANO | TOTAL A PAGAR(R\$) | VENCIMENTO | TALÃO DE PAGAMENTO |
|--------------|----------------|---------|--------------------|------------|-----------------------------------------------------------------------------------------|
| | 007006673850 | 05/2020 | 0,00 | 05/06/2020 | <p>Evite dobrar, perfurar ou rasurar. Este caphoto será usado em leitura ótica.</p> |

PAGAMENTO ATRAVÉS DE FICHA DE COMPENSAÇÃO

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA



709604634588377

FICHA DE OBSERVAÇÃO/OU EMERGÊNCIA

| Data: | Hora de Chegada: | Hora de Saída: |
|------------|------------------|----------------|
| 12-83-2018 | 17:15 | |

Name: Jaciel Reginaldo de santana Registro N°: Soy
Savon: 2

Sexo: Masculino Idade: 30 Cor: Cinza Estado Civil: Solteiro

Naturalidade: Lagoa das Teixugueiras

Endercico: Antônio Batista Roma

Responsável:

H.D.A. • Gleeson IS - Beginning EGR

Stargate D, Europa, EBB

EXAME FÍSICO

Pressão Arterial: 100x80 P脉搏: Temperatura: Peso:

Diagnóstico: Víctima de colisión motox como daño traumático en MJD + óptico (Fracturas expuestas ?) + exposición de testículo dir.

| PRESCRIÇÃO MÉDICA | RELATÓRIO DE ENFERMAGEM |
|--------------------------------|-------------------------|
| ① Morfina 0,05 mg / m- | |
| 4 amp + 500 ml 0,9% 100 ml, rr | |
| ② SRL 1.000 ml rr | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco

HOSPITAL

Getúlio Vargas



Paciente: JACIEL REGINALDO DE SANTANA

Pronthário: 00758399

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; 592.9

Rodrigo de Amorim Silva
Ortopediatra/Transtornos
TEOT: N.466
CRMPE 17.439

Recife, 02 DE MARÇO DE 2020

RODRIGO DE AMORIM SILVA - CRM: Nº.17439

HOSPITAL GETULIO VARGAS - HGV
Av Gal. San Martin, S/N - Cordeiro - 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. Fábio L. F. da Fonte
Cir. Geral e do
Aparelho Digestivo
CRM 17515 - Mat. 209511-4

Dr. Fábio Luna.



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 Conjugue:

Local de Procedência: OUTROS HOSPITAIS

Clínica: CIRURGIA GERAL

Ocorrência: HISTÓRIA DE COLISÃO NMOTO / CARRO, EVOLUI COM TRAUMA ABERTO EM MID.

Acidente de Trabalho: Sim Não

- ATENDIMENTO DATA: 12/11/2015 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 está pélvia: Sim Não O paciente fala: Sim Não Temp: C°

B: Respiratório

C: Circulatório PA: x mmm Pulso: bpm:

| | |
|-------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| D: Exames Neurológico | Deficiência motora: MSD <input type="checkbox"/> MSE <input type="checkbox"/> MID <input type="checkbox"/> MIE <input type="checkbox"/> Pupilas: Isocôricas <input type="checkbox"/> Anisocôricas <input type="checkbox"/> |
| Glasgow: Abertura Ocular Escore: Hora: | Glasgow: Resposta Verbal Escore: Hora: Glasgow: Resposta Motora 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 Não Motivo:

Ass. Médico + Carimbo

Evolução de Enfermagem:

Ass. Enfermeira + Carimbo

Diag. Definitivo:

Definição do Caso:

Internamento Cirurgia Óbito Termo de Alta a Pedido Evadiu-se

Condição de Alta:

Curado
 Inalterado
 Óbito

Melhorado
 Piorado

Informação do Serviço Social

Confirmação do Nome:

Assist. Social:

Confirmação do Endereço:

Providências:

Alta Transferência Estudo de Caso Exames Externos

Assist. Social:

Observações:

Autorização para Alta / Internamento / Transferência

Médico

CRM/CRO

Data:

Hora:

Termo de Responsabilidade Para Internamento :

- Estou ciente das normas existentes 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 nosocomio, 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



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 | ASSINATURA (ORIENTADO): _____ |
| NÃO | |

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 à 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: _____

C 148626 RS

MANCHESTER_V2

JOEL REGINALDO DE SANTANA

Nascimento: 03/03/1989

Sexo: Masculino

Idade: 30

Data de óbito: 12/11/2009

Local:

Motivo:

Observações:

Entrada: 12/11/2009 09:20

SAÍDA: 12/11/2009 09:20
ALVES MARTINS MALTA - COREN: 148626 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) -
SITUAÇÃO: FATO URGENTE

LARANJA

COLERA DE CO. SÃO MOTO/CARRO. EVCLUI COM TRAUMA ABERTO EM MID +
ESTRANGULADO TESTICULO D
CERCA DE HORAS AL FRIGIAS
FONTE: MUITO SE DESMAIOS

DATA: 12/11/2009

HORA: 09:20

TIPO: SINTOMA DE TRAUMA SIGNIFICATIVO

LOCAL: HOSPITAL GERAL

ESCALA DE GLASSOW ADULTO: 15

ESCALA DE COR:

PULSO: 96 BPM (RÍTMICO)

TEMPERATURA: 32.00 °C

G.RIO. M. R. GONCALVES MARTINS MALTA - COREN: 148626 - FUNÇÃO:
ENFERMEIRO(A)

Este impressão: 12/11/2009 09:20



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
FUNDAÇÃO DE SAÚDE AMAURY DE MEDEIROS
HOSPITAL G

Usuario: _____ Data: _____

SUMÁRIO DE A

1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nº Atendimento:

Nome: JACIEL REGINALDO DE SANTANA

Hospital: HGV- Hospital Getúlio Vargas

Prontuário: 758399

Paciente: JACIEL REGINALDO DE SANTANA

Clinica: BALA DE RECUPERACAO

Nascido: 15/03/1989

Idade: 30 Anos 7 Meses

Mae: MARILENE NOEMIA DA SILVA

Endereço: RUA ANTONIO BATISTA RAMOS 0 - CENTRO - LAGOA DO ITAENGA - PE

Cep: 55840000

Prontuário: 1 HOSPITAL GETULIO V DATA: 13/11/2010 HN: 1110 Usuário: RAULTACBZ

Sexo: MASCULINO

Atendimento: 795844

CNS: 709604634588377

Leito: SR 02

Sexo: MASCULINO

Fone: 3653-1270

Cor: PARDA Religião:

CNS: 709604634588377

Nº: 0

Estado: PE

DO ITAENGA

Profissão:

Fone: 36531270

2 - INTERNAR PARA

Clinica: CLINICA GERAL

Prestador: 1

Unidade de Internação:

Leito: SR 02

Motivo Inicial

(constante do Laudo Médico):

CID: _____

Procedimento Solicitado: _____

CÓD.: _____

Procedimento Realizado: _____

CÓD.: _____

| COD | EQUIPE | NOME DO PROFISSIONAL | MATRÍCULA |
|-----|--------------------------|----------------------|-----------|
| 1. | Cirurgião | DR. Demétrio Leal | |
| 2. | 1º Auxílio Cirúrgico | Dra. Dani | |
| 3. | 2º Auxílio Cirúrgico | DR. Ennyce Silva | |
| 4. | 3º Auxílio Cirúrgico | DR. Ennyce Silva | |
| 5. | Demais Auxílio Cirúrgico | | |
| 6. | Anestesista | | |
| 7. | Clinico | | |
| 8. | Neonatologista | | |

PROCEDIMENTOS ESPECIAIS

| | | |
|--------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> MUDANÇA DE PROCEDIMENTO | <input type="checkbox"/> USO DE FATORES DE COAGULAÇÃO | <input type="checkbox"/> 0415C1CC12 |
| <input type="checkbox"/> DIÁRIA DE UTI | <input type="checkbox"/> USO DE OXIGÉNIO | <input type="checkbox"/> 0415C1CC35 |
| <input type="checkbox"/> DIÁRIA DE ACOMPANHANTE | <input type="checkbox"/> NUTRIÇÃO PARENTERAL | <input type="checkbox"/> 04C0E5C47-C |
| <input type="checkbox"/> USO DE ÓRTESE E PRÓTESE | | <input type="checkbox"/> 0413C4C178 |

| | | |
|-----------------------------------|------|------------|
| CÓDIGO DO PROCEDIMENTO REALIZADO: | CID: | 0415C1CC12 |
| | | 0415C1CC35 |

RESUMO DO CASO (LETRA LEGÍVEL)

Resumo resumido em 5 linhas

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL

DIAGNÓSTICO SECUNDÁRIO

MOTIVO DA ALTA

DATA DA INTERNAÇÃO: 12/11/19 DATA DA ALTA: 04/12/19 DIAS DE INTERNAÇÃO: 22 d

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



SUMÁRIO DE ADMISSÃO E ALTA

| | | | | | |
|------------------|------------|-------------------------|------------|-------------------|------------|
| Consulta | 0301010170 | Pré. Transf I | 0212010028 | Via Urinária | 0205020064 |
| 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 |
| Bilirrubina | 0202010201 | EDA | 0209010037 | Face | 0206010044 |
| Cálcio | 0202010210 | Punção | 0401040019 | Pescoco | 0206010052 |
| Cloreto | 0202010260 | Tração | 0408060098 | Seia Turcica | 0206010060 |
| Colesterol | 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 | Toráx | 0206020034 |
| Gasometria | 0202010732 | Cotovelo | 0204040078 | Abdômen Superior | 0206030016 |
| Glicose | 0202010473 | Calcâneo | 0204060109 | Memb Inferiores | 0206030029 |
| Hemocultura | 0202080153 | Coluna Cervical | 0204020034 | Pélvica/ Bacia | 0206030037 |
| Hemograma | 0202020380 | Crânio PA + Lateral | 0204010080 | Fisiol Resp. | 0302040021 |
| Hemoglobina | 0202020304 | Crânio PA + Lat + Obli | 0204010071 | Fisiol Motora. | 0306020030 |
| Leucograma | 0202020398 | Coxa | 0204060117 | Curativo | 0401010015 |
| LCR | 0202090600 | Col. Toraco-Lombar | 0204020107 | | |
| Fósforo | 0202010430 | Clavicula | 0204040060 | | |
| Fósf. Alcalina | 0202010422 | Face | 0204010144 | | |
| Magnésio | 0202010562 | Fêmur | 0204060080 | | |
| 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 | Toráx AP | 0204030170 | | |
| Potássio: | 0202010600 | Toráx AP e Perfil | 0204030153 | | |
| Sódio | 0202010635 | Punho | 0204040124 | | |
| TSTC | 0202020495 | Perna | 0204060188 | | |
| Temp. Sang. | 0202020100 | Mandíbula | 0204010055 | | |
| Temp. Coag.. | 0202020070 | ULTRASSONOGRAFIA | | | |
| Triglicerídeo | 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. Hemácias | 0306020068 | Tireoide | 0205020127 | | |
| Conc. Plasma | 0306020106 | Mama | 0205020097 | | |
| Conc. Plaquetas | 0306020076 | Prostata | 0205020119 | | |

| | | | | |
|--------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|---------------------------------------|----------------------------------------|----------------------------------|
| Q.E.: E280000001 | ESFERA : PÚBLICO | APRESENTAÇÃO: 02 / 2020 | | |
| Num AIH : 282010155116-6 | Situação : APURADA | Tipo : 01-INICIAL | Apresentação : 02/2020 | Data Autorização: 12 / 11 / 2019 |
| Especialidade : 01 - CIRURGICO | Órgão Emissor : E280000001 | CRC: | | |
| Doc autorizador : 17041288320009 | Doc med resp : 133447448940006 | Doc diretor clínico : 125323022260007 | Doc médico solic : 133447448940006 | CNS : 70960463458837-7 |
| CNES : 2802783 - HOSPITAL GETULIO VARGAS | | | | Prontuário : 758399 |
| Paciente : JACIEL REGINALDO DE SANTANA | | | | |
| 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 : 280850 - LAGOA DO ITAENGA | UF : PE | CEP : 55840-000 | Telefone : (81)0365-31270 | 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 : 1792-ANGIOPATIA PERIFERICA EM DOENÇAS 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 SISAIH01 : | | | AIH Anterior : | AIH Posterior : |
| [Causes Externas (Acidente ou Violência)] | | | | |
| CNPJ do Empregador : / - | | CNAER: - | | |
| Vínculo Previdência : | | CBOR : - | | |

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

| Linha | Procedimento | Documento CBQ | CNES/CNPJ | Apurar Valor p/ | Qtd | Cmpt | Descrição |
|-------|--------------------------------------|---------------|-----------|-----------------|---------|------------------------------------------|-----------|
| 1 | 0413040178 206790266430002 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 206790266430002 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 | 0408050470 206790266430002 225225(1) | 2802783 | 2802783 | 1 | 11/2019 | TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA / LESAO | |
| 6 | 0408050470 124122501560003 225151(6) | 2802783 | 2802783 | 1 | 11/2019 | TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA / LESAO | |
| 7 | 0208030010 | 2802783 | 2802783 | 1 | 11/2019 | TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ABDOMEN | |
| 8 | 0208030037 | 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 | HEMOCRISTALISMO COMPLETO | |
| 20 | 0202030083 | 2802783 | 2802783 | 1 | 11/2019 | DETERMINACAO QUANTITATIVA DE PROTEINA C | |
| 21 | 0204040080 | 2802783 | 2802783 | 8 | 11/2019 | RADIOGRAFIA DE CLAVICULA | |
| 22 | 0204040118 | 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 | 0204060150 | 2802783 | 2802783 | 2 | 11/2019 | RADIOGRAFIA DE PE / DEDOS DO PE | |
| 26 | 0301010170 206790266430002 225225 | 2802783 | 2802783 | 1 | 11/2019 | CONSULTA/AVALIACAO EM PACIENTE INTERNADO | |

VALORES DA PRÉVIA

| | Serviço Hospitalar | | Serviço Profissional | | | | TOTAL | |
|------------------------------------------|--------------------|----------|----------------------|----------|---------|----------|----------|--|
| | Direto | | Direto | | Rateado | | | |
| | Próprio | Terceiro | Próprio | Terceiro | Próprio | Terceiro | | |
| 02.05.05-TOMOGRAFIA DO ABDOMEN, PELVE E | 346,56 | | | | 15,35 | | 346,56 | |
| 03.01.01-CONSULTAS MEDICAS/OUTROS | | | | | 15,35 | | 15,35 | |
| 04.08.05-MEMBROS INFERIORES | 197,82 | | 47,09 | | 163,65 | | 398,46 | |
| 04.13.04-OUTRAS CIRURGIAS | 674,83 | | 75,68 | | 191,94 | | 942,45 | |
| 04.15.04-PROCEDIMENTOS CIRURGICOS GERAIS | 306,72 | | 80,96 | | 191,94 | | 579,62 | |
| 06.02.01-DIARIAS | 323,80 | | | | | | 323,80 | |
| Total Geral: | 1.849,73 | | 203,73 | | 552,78 | | 2.606,24 | |

Número de Nascidos:

Vivos : 0 Mortos : 0 Altas : 0 Transf.: 0 Óbitos : 0

Número de Saídas

Nº Pré-Natal:

"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 arquivado no prontuário do paciente."

ASSINATURA E CARMBO
DIRETOR DO HOSPITAL



| | | |
|-----------------------------|-----------|--------------|
| JACIEL REGINALDO DE SANTANA | 00758399 | 709604634588 |
| 795844 | MASCULINO | 30a 8m 20d |



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)

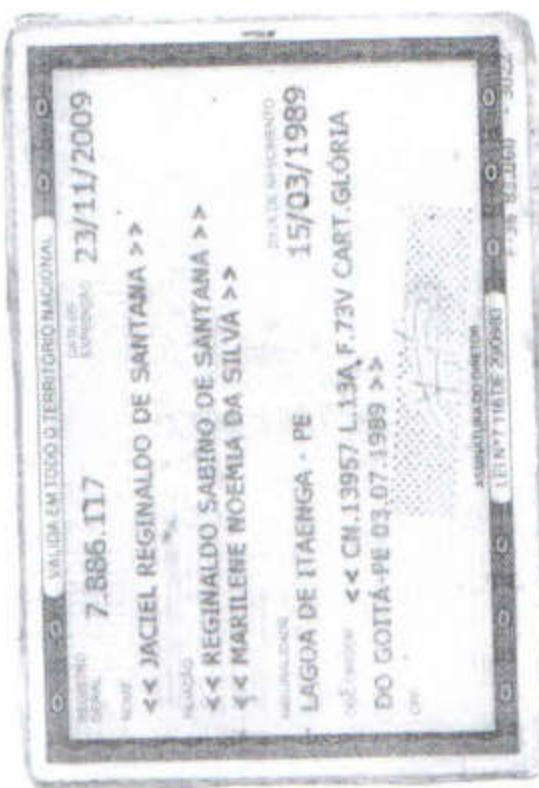
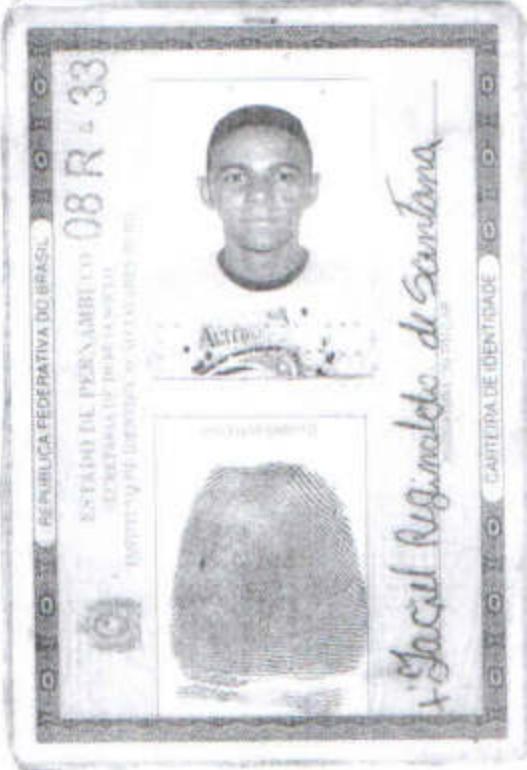
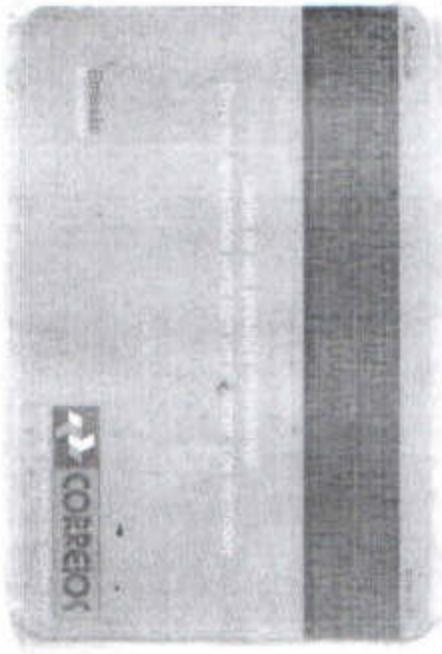
ORIENTA-SE ALTA HOSPITALAR, USO DE CIPROFLOXACINO POR 10 DIAS, USAR MULETAS, LIMPEZA DIARIA DA FO MARCAR RETORNO NO AMBULATORIO DO JOELHO COM 20 DIAS
MARCAR RETORNO NO AMBULATORIO DO QUADRIL COM 20 DIAS
MARCAR RETORNO NO AMBULATORIO DO OMBRO E COTOVELO COM 20 DIAS
MARCAR RETORNO NO AMBULATORIO DA UROLOGIA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

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

Recife, 04 DE DEZEMBRO DE 2019

Dr. Abilio Cruz
Ortopedia e Traumatologia
CREMEPE 27950

ABILIO AUGUSTO PIMENTEL CRUZ - CRM: Nº.27950



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

CPF de: Próprio

Data do acidente: 12/11/2019

Titular do CPF: JACIEL REGINALDO DE SANTANA

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

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

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

JACIEL REGINALDO DE SANTANA

MARIA ERICA ARAUJO COELHO