
Rio de Janeiro, 09 de Julho de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200244511

Vítima: MANOEL BRAZILINO DA SILVA

Data do Acidente: 17/03/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), MANOEL BRAZILINO DA SILVA

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, 23 de Julho de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200244511

Vítima: MANOEL BRAZILINO DA SILVA

Data do Acidente: 17/03/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), MANOEL BRAZILINO DA SILVA

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\$ 843,75

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos punhos

25%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 25%) 6,25%

Valor a indenizar: 6,25% x 13.500,00 = R\$ 843,75

Recebedor: MANOEL BRAZILINO DA SILVA

Valor: R\$ 843,75

Banco: 104

Agência: 000001242

Conta: 000000031425-1

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



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:

☐ DAME (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

☒ INVALIDEZ PERMANENTE

☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

71512470449

4 - Nome completo da vítima:

MANOEL BRASILINO DA SILVA

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

5 - Nome completo:

MANOEL BRASILINO DA SILVA

7 - Profissão:

APOSENTADO

8 - Endereço:

RUA PROF ANA MARIA VAI ANDRADE

6 - CPF:

71512470449

11 - Bairro:

NOVO

12 - Cidade:

TRACUNHAEM

9 - Número:

95

10 - Complemento:

15 - E-mail:

13 - Estado:

PE

14 - CEP:

55805-000

16 - Tel (DDD):

(80)999004994

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:

1242

CONTA:

000314251

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

(Informar o dígito se existir)

CONTA:

(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 ☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos:

Falecidos:

30 - Vítima deixou nascituro (vairasor)?

☐ 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 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

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, TRACUNHAEM 17.06.2020

Manoel Brasilino da Silva

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

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 045ª CIRCUNSCRIÇÃO - CARPINA - DP45ª CIRG na
DINTER1/11ª DESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **20E0135001055**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **05/05/2020** às **12:22**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia **17/3/2020** no período da **Tarde**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICIPIO DE CARPINA, 1, TREVO, PRÓXIMO A AUTO MOLAS DE INALDO** - Bairro: **SANTO ANTONIO - CARPINA/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **RODOVIA FEDERAL**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

NÃO SE APLICA (AUTOR \ AGENTE)
JOALDO AMORIM DE SOUZA (OUTRO)
MANOEL BRASILIANO DA SILVA (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): **MANOEL BRASILIANO DA SILVA**

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

MANOEL BRASILIANO DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **SEVERINA ANA DA CONCEIÇÃO** Data de Nascimento: **25/3/1954** Naturalidade: **BUENOS AIRES / PERNAMBUCO / BRASIL**
Endereço Residencial: **RUA PROFESSORA ANA VAZ DE ANDRADE, 95 - CEP: 0 - Bairro: BAIRRO NOVO - TRACUNHAEM/PERNAMBUCO/BRASIL**

JOALDO AMORIM DE SOUZA (não presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**
Endereço Residencial: **RUA PROFESSORA ANA VAZ DE ANDRADE, 80 - CEP: 0 - Bairro: BAIRRO NOVO - TRACUNHAEM/PERNAMBUCO/BRASIL**

NÃO SE APLICA (não presente ao plantão) - Sexo: **Desconhecido** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

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

MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **JOALDO AMORIM DE SOUZA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **MANOEL BRASILIANO DA SILVA**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 125 FAN ES** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **ROXA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PFU2780** (PERNAMBUCO/TRACUNHAEM)

Complemento / Observação

AFIRMA A VÍTIMA QUE NO DIA CITADO, 17/03/2020, ESTAVA PILOTANDO A MOTOCICLETA PELA RODOVIA BR -408, QUANDO, NO TREVO DE CARPINA, PRÓXIMO À INALDO DA MOLA, UM CAMINHÃO QUE ESTAVA A SUA FRENTE FREOU E A VÍTIMA, PARA NÃO COLIDIR, PRECISOU JOGAR A MOTOCICLETA PARA O ACOSTAMENTO, VINDO A BATER NO MEIO - FIO E A CAIR DA MOTO, SOFREU LESÕES A MÃO DIREITA E O PUNHO. QUE A VÍTIMA FOI SOCORRIDA PELO SAMU PARA UNIDADE MISTA DE CARPINA.

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

X
MANOEL BRASILIANO DA SILVA
(VITIMA)

B.O. registrado por: **BRUNO LEONARDO MARTINS DE ALBUQUERQUE** - Matrícula: 272699-8

45ª Circunscrição

Carpina

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:

☐ DAME (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

☒ INVALIDEZ PERMANENTE

☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

71512470449

4 - Nome completo da vítima:

MANOEL BRASILINO DA SILVA

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

5 - Nome completo:

MANOEL BRASILINO DA SILVA

7 - Profissão:

APOSENTADO

8 - Endereço:

RUA PROF ANA MARIA VAI ANDRADE

6 - CPF:

71512470449

11 - Bairro:

NOVO

12 - Cidade:

TRACUNHAÉM

9 - Número:

95

10 - Complemento:

15 - E-mail:

13 - Estado:

PE

14 - CEP:

55805-000

16 - Tel (DDD):

(80)999004994

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:

1242

CONTA:

000314251

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

(Informar o dígito se existir)

CONTA:

(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 ☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos:

Falecidos:

30 - Vítima deixou nascituro (vairasor)?

☐ 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 - Assinatura da vítima/beneficiário

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, TRACUNHAÉM 17.06.2020

Manoel Brasilino da Silva

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 17/07/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 843,75

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: MANOEL BRAZILINO DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01242

CONTA: 000000031425-1

Nr. da Autenticação D3424ACD2EBFDBD5



Tarifa Social de Energia Elétrica: Criada pela Lei 10.438, de 26/04/02

NOTA FISCAL - FATURA - CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

Companhia Energética de Pernambuco
Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife - PE CEP 50050-902
CNPJ 10.835.932/0001-82 | Insc. Est. 0005943-93 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE

MANOEL BRAZILINO DA SILVA

CPF 715 124 704-48

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
RUA PRÓFA ANA MARIA VAZ DE ANDRADE
95

BAIRRO NOVO TRACUNHAEM
TRACUNHAEM PE
55605-000

CLASSIFICAÇÃO
B1 RESIDENCIAL
RESIDENCIAL
Monofásico

Nº DA CONTRATAÇÃO	UF	DATA
087730886	UN	18/03/2020
ANEXOS	Nº DO CLIENTE	Nº DA IDENTIFICAÇÃO
18/03/2020	2000489001	3903777

CONTA CONSUMO	PERÍODO
0718526027	02/2020
DATA DE VENCIMENTO	DATA DE PAGAMENTO
28/02/2020	20/03/2020
TOTAL A PAGAR R\$	64,03

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo (VWh)-TUSD	74,0000000		31,20
Consumo Ativo (VWh)-TE	74,0000000	0,42167881	31,24
Acrescimo Bandeira AMARELA		0,35464951	0,43
Contrib. Ium. Pública Municipal			1,07
ICMS Subvenção-CDE-NF 080000118-24/12/19			0,60
Multa por atraso-NF 086155056 - 22/11/19			1,14
Juros por atraso-NF 086155056 - 22/11/19			1,11
Atualização IGPM-NF 086155056 - 22/11/19			2,24

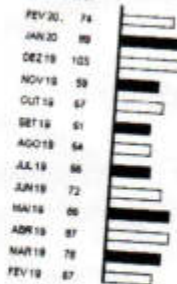
TOTAL DA FATURA

64,03

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	DATA ANTERIOR	LEITURA ANTERIOR	DATA ATUAL	LEITURA ATUAL	Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (VWh)
3191187962	CAT	22/01/2020	481,00	18/02/2020	613,00	28	1,00000		74,00

HISTÓRICO DE CONSUMO



INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS

BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
ICMS	25,00	14,46
PIS	0,75	0,43
COFINS	9,40	2,01

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

Descrição do Consumo	R\$	%
Geração de Energia	16,52	32,01%
Transmissão	2,18	3,73%
Distribuição	13,08	22,62%
Perdas de Energia	4,12	7,12%
Energias Alternativas	3,08	5,33%
Tributos	16,90	26,20%
Total	57,87	100%

Consumo Ativo (VWh)-TUSD
Consumo Ativo (VWh)-TE

TABELAS APLICADAS

0,35464951
0,35464951

RECORRIDO AO FISCO

2WSE CCGA 7BE7 CC64 3753 BF43 BEC8 E682



Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco
Hospital Otávio de Freitas

Nome:
MANOEL BRAZILINO DA SILVA

Idade:
66 Anos 0 Mês 23 Dias

Nasc.
25/03/1954

Sexo:
MASCULINO

CNS:
708403228409461

Contatos:
81. 93612354 | Celular: 81.

Mãe:
SEVERINA ANA DA SILVA

Endereço:
RUA PADRE JOAO RIBEIRO, N.º 34 - : CASA BAIRRO: CENTRO - CIDADE:
TRACUNHAEM - UF: PE

Dados do Atendimento:

Data/Hora Atend.: 17/03/2020 17:15

Prontuário: 1108943

Nº. Atendimento: 3444160

Serviço: CIRURGIA

Enfermaria/Leito:

Médico:

JORGE FERRAZ ARAUJO DA SILVA

Admissão

Queixa Principal

DOR EM PUNHO D

História Clínica

DOR EDEMA E DEFORMIDADE EM PUNHO D APOS QUEDA DE PROPRIA ALTRUA HOJE,.

Exame Físico

NEUROVASCULAR PRESERVADO

Observações

INSTABILIDADE CARPICA FECHADA

Conduta

INTERNAMENTO A EMERGENCIA.

JORGE FERRAZ ARAUJO DA SILVA - CRM: Nº.CRM24967

Data/Hora: 17/03/2020 - 17:44

27/03/20
CADASTRO
SAME/HOF



Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco
Hospital Otávio de Freitas

Nome: MANOEL BRAZILINO DA SILVA Idade: 66 Anos 0 Mês 23 Dias Nasc. 25/03/1954
Sexo: MASCULINO CNS: 708403228409461 Contatos: 81. 93612354 | Celular: 81.
Mãe: SEVERINA ANA DA SILVA
Endereço: RUA PADRE JOAO RIBEIRO , N.º 34 - : CASA BAIRRO: CENTRO - CIDADE: TRACUNHAEM - UF: PE

Dados do Atendimento:

Data/Hora Atend.: 17/03/2020 20:39
Prontuário: 1108943
Nº. Atendimento: 3444174
Serviço: ORTOPEDIA E

Enfermaria/Leito:

TRAUMATOLOGIA POSTO I-12-03

Médico:

HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS SIH SUS

DESCRIÇÃO CIRÚRGICA DETALHADA

AVISO DE CIRURGIA: DATA AVISO CIRURGIA: ATENDIMENTO: CÓDIGO PACIENTE:
03444174 01108943
NOME DO PACIENTE: SITUAÇÃO CIRURGIA:
MANOEL BRAZILINO DA SILVA URGÊNCIA
TIPO DE ANESTESIA: COM CEC: COM ROBÓTICA:
GERAL VENOSA+PLEXO BRAQUIAL
CID FINAL:
RUPTURA TRAUMÁTICA DE LIGAMENTO(S) DO PUNHO E DO CARPO - S633
Procedimento
Material:
DATA / HORA INICIAL: DATA / HORA FINAL:
19/03/2020 19/03/2020

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA:

DIAGNOSTICO: LUXAÇÃO OSSOS CARPO PUNHO DIREITO
CIRURGIA REALIZADA: REDUÇÃO INCRUENTA LUXAÇÃO PUNHO DIREITO

EQUIPE
CIRURGIÃO: CARLOS GONÇALVES
1º AUX: THALES COUCEIRO
2º AUX: MONIKE R2
ANESTESISTA: DULCÍDIO CAVALCANTI

DESCRIÇÃO CIRURGICA

- 1) PACIENTE EM DECUBITO DORSAL
- 2) TRAÇÃO E CONTRAÇÃO MEMBRO SUPERIOR DIREITO
- 3) REALIZADA TENTATIVAS DE REDUÇÃO FECHADA DE LUXAÇÃO VOLAR DO SEMILUNAR PUNHO DIREITO, SEM ÊXITO
- 4) NÃO REALIZADA REDUÇÃO ABERTA POR FALTA DE FAIXA DE ESMARCH (GARROTE) PARA CIRURGIA EXSANGUE
- 5) À ENFERMARIA PARA REALIZAÇÃO DE CIRURGIA PROGRAMADA



Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco
Hospital Otávio de Freitas

Nome: MANOEL BRAZILINO DA SILVA
Sexo: MASCULINO
Mãe: SEVERINA ANA DA SILVA
Endereço: RUA PADRE JOAO RIBEIRO , N.º 34 - : CASA BAIRRO: CENTRO - CIDADE: TRACUNHAEM - UF: PE

Idade: 66 Anos 0 Mês 23 Dias
CNS: 708403228409461
Contatos: 81. 93612354 | Celular: 81.

Nasc. 25/03/1954

Dados do Atendimento:

Data/Hora Atend.: 17/03/2020 20:39
Prontuário: 1108943
Nº. Atendimento: 3444174
Serviço: ORTOPEDIA E

Enfermaria/Leito:

TRAUMATOLOGIA POSTO I-12-03

Médico:

HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS SIH SUS

CIRURGIA PROPOSTA:

CIRURGIA REALIZADA:

DIAGNÓSTICO INICIAL:

DIAGNÓSTICO CIRÚRGICO:

INTERCORRÊNCIA:

ÓRTESE E PRÓTESE:

NOME DO MÉDICO : HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS SIH SUS

☐ LIBERA AVISO DE CIRURGIA PARA CONFIRMACAO

Paciente: 1108943 - MANOEL BRAZILINO DA SILVA

Idade: 66 Anos 0 Mês 23 Dias

Data de Nascimento: 25/03/1954

Prestador Assistente: PAULO FERNANDO SOBRAL DA SILVA

Conselho / Número Cons.: CRM - null - 10745

Função: MEDICO(A)

RELATÓRIO DE EVOLUÇÃO

Atendimento 3444174

Leito: TRAU 27-01 - POSTO III Admissão: 17/03/2020 20:39

Convênio: SUS - INTERNACAO

Plano: PLANO UNICO

EVOLUÇÃO: 792967 (FECHADO)

Responsável: JOAO VICTOR DE LIMA BRITO ALVES - CRM
27294 / ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Data de Referência: 20/03/2020
Data/Hora do Documento: 20/03/2020 07:55

HD: INSTABILIDADE CARPICA A DIREITA

PCTE SEM DOR NO MOMENTO.

AO EXAME: EGR, CONSCIENTE, ORIENTADO, HIDRATADO, EUPNEICO, CORADO, AFEBRIL

SME: FO EM MAO, DOR À MOBILIZAÇÃO

CD:

SOLICITO EXAMES LABORATORIAIS + P CARDIO

JOAO VICTOR DE LIMA BRITO ALVES
CRM 27294

Paciente: 1108943 - MANOEL BRAZILINO DA SILVA

Idade: 66 Anos 0 Mês 23 Dias

Data de Nascimento: 25/03/1954

Prestador Assistente: PAULO FERNANDO SOBRAL DA SILVA

Conselho / Número Cons.: CRM - null - 10745

Função: MEDICO(A)

RELATÓRIO DE EVOLUÇÃO

Atendimento 3444174

Leito: CORREDOR-11-S

Admissão: 17/03/2020 20:39

Convênio: SUS - INTERNACAO

Plano: PLANO UNICO

EVOLUÇÃO: 792641 (FECHADO)

Responsável: CARLOS ALEXANDRE GONCALVES - CRM
13339 / ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Data de Referência: 19/03/2020

Data/Hora do Documento: 19/03/2020 23:22

#CENTRO CIRURGICO#

PACIENTE SUBMETIDO A TENTATIVA DE REDUÇÃO FECHADA LUXAÇÃO VOLAR SEMILUNAR PUNHO DIREITO SEM EXITO. CONDUTA: SEGUE INTERNADO PARA REALIZAÇÃO DE CIRURGIA PROGRAMADA PELO GRUPO DE MÃO.

CARLOS ALEXANDRE GONCALVES
CRM 13339

Atendimento: 3444174

Dt Atendimento: 17/03/2020 - 20:39

Dt Alta: 01/04/2020 - 10:39

Paciente: 1108943 MANOEL BRAZILINO DA SILVA

Serviço: 37 ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Convênio: 1 SUS - INTERNACAO

Leito: 143 TRAU 12-03 - POSTO I

Plano: 1 PLANO UNICO

Motivo Alta: 5 ALTA COM PREVISAO DE RETORNO P

Usuário: RANIEREMNLC

Diretor Clínico:

CID:

Procedimento de Alta - Procedimento não Informado

Observação de Alta



55. Conduta

- ☐ 1. Imob. Coluna cervical ☐ 2. Utilização de prancha
☐ 3. Imob. Membros ☐ 4. KED
☐ 5. Oxigenoterapia

56. Unidade de destino

57. Médico que recebeu

58. Equipe

Médico assistente:

Enfermeiro:

Técnico de enfermagem:

Condutor/Piloto:

Responsável pelo preenchimento:

Solicitou apoio da UTI

☐ 1. Sim☐ 2. Não

Observações:

Ocorrência relatada pela US4 para a US13, deixou para resgatar umidas.

Redirecionamento

☐ 1. Sim☐ 2. Não

Causa:

Destino:

Obs: Registrar todos os redirecionamentos ocorridos no campo das observações.

59. Cancelamento da ocorrência

☐ 1. Pelo médico regulador☐ 2. Pelo solicitante☐ 3. Por trote☐ 4. Por cenário de risco para a equipe

60. EXONERAÇÃO DE RESPONSABILIDADE

O subscrito certifica que o paciente recusou atendimento mesmo contra orientação médica.

Testemunha:

Assinatura:

RG:

Data: / /

61. Múltiplas vítimas:

☐ 1. Sim☐ 2. Não

Nº de vítimas:

Cenário:

62. Outras descrições:

último de queda de umoto, consciente e orientado, apresentando corte em MTE e dor em punho direito. Traziado para UMC, onde o mesmo ficou para realizar exame de imagem, raio x. Segue com a equipe médica e de enfermagem.

Ass: (assinatura)
 COREN - PE 000.464.560 - EN.

BOLETIM DE EMERGÊNCIA

No. Ocorrência: 0101622

Prontuário: 00052759-9

Idade: 65 ANOS, 11 MESES E 21 DIAS

Nome: MANOEL BRASILIANO DA SILVA

Dt. Nasc.: 25/03/1954 Sexo: M Est. Civil: VIÚVO

Endereço: PADRE JOAO RIBEIRO, Nº 34

CEP:

Cidade: TRACUNHAÉM/PE

Bairro: CENTRO

Nac:

Documento:

CNS:

Tel.:

Mãe: SEVERINA ANA DA CONCEIÇÃO

Sisprenatal:

Pai:

Responsável:

Profissão:

Últimas Ocorrências

Data	Nº Ocorrência	Motivo do atendimento
17/03/2020 14:42	0101622	SAMU ACIDENTE DE MOTO

PRE-CONSULTA

Urgência () Não Urgência () Emergência () Acidente Trabalho () Acidente Trânsito ()

Horário	P.A.	Pulso	Peso	Assinatura

Queixas / Diagnóstico

A - 40x70 mmHg
G - 144 mg/dl

Queda de moto há cerca de 20 min.
apresentando dor em punho D.
para alívio.

Tratamento

1. Lidocaina - 40 mg, IM, agora.

2. Rx de punho -> FEITO

3. Curativo em pe II. luxação do
semilunar.

Elydiane Alves
Médica
CRM 28722

Exames complementares

Impressão diagnóstica

CID

Motivo da saída:

Residência ☐ Internado ☐

Justificativa:

Encaminhado:

Removido:

Óbito:

às ____ h ____ m do dia ____

Data saída:

Hora saída:

☐ CURATIVO	ADM MEDICAMENTO: ☐ BÁSICO ☐ ESP	TÉCNICO / COREN
☐ NEBULIZAÇÃO	☐ RETIRADA DE PONTO	
Consultas / Atendimento Médico: ☐ urgência básica ☐ urgência especializada ☐ observação básica ☐ observação especializada		MÉDICO / CRM
		HORÁRIO:
CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	TÉCNICO / CONSELHO	HORÁRIO

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL



REGISTRO CIVIL

ESTADO DE- Pernambuco
COMARCA DE- Nazaré da Mata
MUNICÍPIO DE- Tracunhaém
DISTRITO DE- Tracunhaém



Ivanice de Lima e Silva Melo
Oficial em exercício do Registro Civil

CERTIDÃO DE CASAMENTO

Certifico que, sob o nº 1.505, às fls. 10 do livro nº E-5 de Registro de Casamento, verifiquei constar que no dia 21 de novembro de 2003, foi feito o casamento de

MANOEL BRASILINO DA SILVA

e TEIMA AMORIM DE SOUZA

contraído perante o Juiz Dr. Carlos Alberto Maranhão de Oliveira e as testemunhas Maria José da Silva, Ademir José Rodrigues da Silva e Maria das Graças Lapa.

Ele, nascido em Buenos Aires, PE., solteiro.

aos 25 de março de 1954
profissão trabalhador rural domiciliado
nesta cidade; filho de
Severina Ana da Conceição, falecida.

Ela, nascida em Carpina, PE., solteira.

aos 29 de março de 1973
profissão cambista domiciliada
nesta cidade; filha de

Manoel Francisco de Souza, falecido e de Vanice Maria Amorim de Souza.

a qual passou a assina-se TEIMA AMORIM DA SILVA.

Foram apresentados os documentos a que se refere o art. 180 N.º 1, 2 e 4.

Do Código Civil Brasileiro. – Observações: Regime: Comunhão Parcial de Bens.

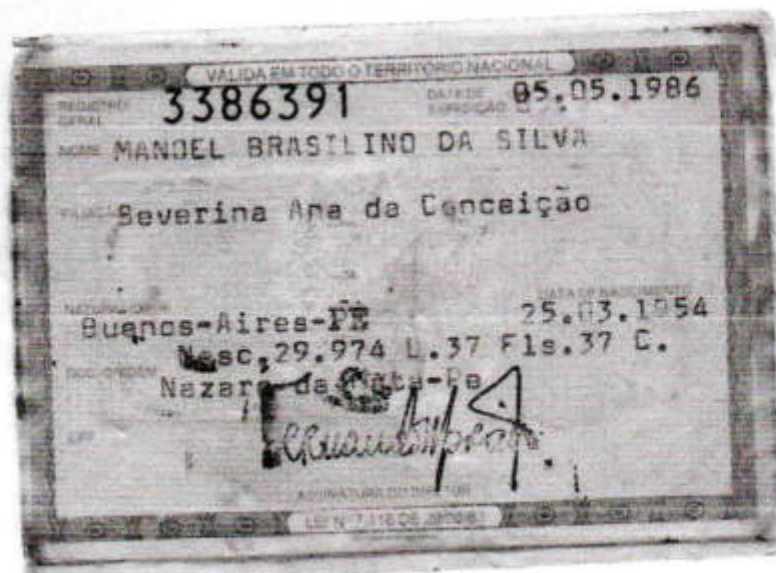
O referido é verdade e dou fé.

Tracunhaém, PE, 21 de novembro de 2003.

Ivanice de Lima e Silva Melo

OFICIAL

Ivanice de Lima e Silva Melo
Oficial em exercício





Ministério da Fazenda
Receita Federal



COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO CPF

Número

715.124.704-49

Nome

MANOEL BRAZILINO DA SILVA

Nascimento

25/03/1954

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PE

Nº 9642477098

CERTIFICADO DE REGISTRO DE VEÍCULO

VIA 1 COD. RENAVAM 000270702 RNTC 00000000000000000000

NOME/ENDEREÇO
JOAQUIM MORENO DE SOUZA
RUA PROF ANA MARIA V DE ANDRADE 80
CASA - NOVO CENTRO
TRACUNHAEM-PE 55000-000

CPF/CNPJ 029.899.124-43 PLACA 0002702

NOME ANTERIOR
SEPRANOTO 470A

PLACA ANT/UF ***** CHASSI SC2JC4120CR578294

ESPECIE TIPO 000 /MOTOCICLETA/ COMBUSTIVEL GASOLINA

MARCA/MODELO HONDA/CG 125 FAN ES ANO FAB 2012 ANO MOD 2012

CAP/POT/CIL 29/124CV CATEGORIA PARTIC COR PREDOMINANTE ROXA

OBSERVAÇÕES

AL. FID. BANCO HONDA SA
DOCUMENTO VALIDO SOMENTE PARA TRANSFERENCIA
GUARDE EM LOCAL SEGURO

LOCAL 11/03/2012 DATA 08/03/12

11/03/2012 11/03/2012

Maria de Fátima Bezerra R. Costa
Diretora Presidente DETRAN/PE

DETRAN

CONTRAN

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200244511 **Cidade:** Carpina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MANOEL BRAZILINO DA SILVA **Data do acidente:** 17/03/2020 **Seguradora:** MG SEGUROS, VIDA E PREVIDENCIA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 13/07/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA-LUXAÇÃO DE PUNHO DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (REDUÇÃO INCRUENTA). ALTA MÉDICA. PÁG 2

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE PUNHO 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 LEVE DE PUNHO 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
Perda completa da mobilidade de um dos punhos	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0191365/20

Vítima: MANOEL BRAZILINO DA SILVA

CPF: 715.124.704-49

Seguradora: MG SEGUROS, VIDA E PREVIDENCIA S.A.

Data do acidente: 17/03/2020

CPF de: Próprio

Titular do CPF: MANOEL BRAZILINO DA SILVA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

MANOEL BRAZILINO DA SILVA : 715.124.704-49

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: 09/07/2020
Nome: MANOEL BRAZILINO DA SILVA
CPF: 715.124.704-49

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 09/07/2020
Nome: MARIA ERICA ARAUJO COELHO
CPF: 010.626.514-80

MANOEL BRAZILINO DA SILVA

MARIA ERICA ARAUJO COELHO