

---

**Rio de Janeiro, 03 de Janeiro de 2020**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190723323**

**Vítima: MARCOS ANTONIO FERREIRA DA SILVA**

**Data do Acidente: 24/06/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: CARLOS ANTONIO MANGABEIRA FERREIRA**

**Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT**

**Senhor(a), MARCOS ANTONIO FERREIRA 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, 09 de Janeiro de 2020**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190723323**

**Vítima: MARCOS ANTONIO FERREIRA DA SILVA**

**Data do Acidente: 24/06/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: CARLOS ANTONIO MANGABEIRA FERREIRA**

**Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE**

**Senhor(a), MARCOS ANTONIO FERREIRA DA SILVA**

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, foi verificada a necessidade de realização de avaliação médica presencial para a identificação e/ou enquadramento da invalidez permanente de acordo com a tabela prevista na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do seu pedido fica interrompido e sua contagem será reiniciada após a emissão do laudo da avaliação médica.

O não comparecimento à avaliação médica agendada poderá gerar o cancelamento do pedido do Seguro DPVAT.

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, 19 de Fevereiro de 2020**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190723323**

**Vítima: MARCOS ANTONIO FERREIRA DA SILVA**

**Data do Acidente: 24/06/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: CARLOS ANTONIO MANGABEIRA FERREIRA**

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a), MARCOS ANTONIO FERREIRA 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\$ 2.362,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros inferiores 70%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 = R\$ 2.362,50

Recebedor: **MARCOS ANTONIO FERREIRA DA SILVA**

Valor: **R\$ 2.362,50**

Banco: **341**

Agência: **000006066**

Conta: **0000009373-0**

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](http://www.seguradoralider.com.br/recomeco).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

1 - 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: 4 - Nome completo da vítima: **015.644.114-93** **MARCOS ANTONIO FERREIRA 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: **Marcos Antonio Ferreira da Silva** 6 - CPF: **015.644.114-93**  
7 - Profissão: **usado** 8 - Endereço: **Av. Joaquim Nabuco** 9 - Número: **015** 10 - Complemento:  
11 - Bairro: **Furmo** 12 - Cidade: **Amorim e Lima** 13 - Estado: **PE** 14 - CEP: **53520-170**  
15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD): **(81) 81764047**

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:  
18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

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

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

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

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

AGÊNCIA: **6066** CONTA: **09373**

(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 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 (vair 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, **Recife 18/12/19**

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante) **MARCOS ANTONIO FERREIRA DA SILVA**

43 - Assinatura do Procurador (se houver) **F DA SILVA**

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

1 - 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: 4 - Nome completo da vítima: **015.644.114-93** **MARCOS ANTONIO FERREIRA 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: **MARCOS ANTONIO FERREIRA DA SILVA** 6 - CPF: **015.644.114-93**  
7 - Profissão: **NECRO** 8 - Endereço: **AV. JOAQUIM NABUCCO** 9 - Número: **015** 10 - Complemento:  
11 - Bairro: **FUMMO** 12 - Cidade: **AMORIM E LIMA** 13 - Estado: **PE** 14 - CEP: **53520-170**  
15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD): **(81) 81764047**

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

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

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

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

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

AGÊNCIA: **6066** CONTA: **09373**

(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 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 (vair 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, **Recife 18/12/19**

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante) **MARCOS ANTONIO FERREIRA DA SILVA**

43 - Assinatura do Procurador (se houver) **F DA SILVA**

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)



Atendimento: 1102398

Sem Classificação:

0146

Data e Hora: 24/06/2019 17:21

Paciente: 181027 MARCOS ANTONIO FERREIRA DA SILVA Sexo: MASCULINO  
Nome Social: Cor: Parda Escolaridade: NAO SABE/SEM DECLARACAO  
Data do Nascimento: 22/10/1982 Idade: 36 anos Convenio: 2 SUS - PRONTO ATENDIMENTO  
Nome da Mãe: MARLI GUILHERMINA RODRIGUES Nome do Pai:  
Estado Civil: SOLTEIRO Nome do Médico: ORTOPEDISTA - PLANTONISTA CRM: 1234567  
Endereço: RUA JOAQUIM NABUCO 615 Bairro: TIMBO  
Cidade/UF: ABREU E LIMA PE Cep: 53520170 Usuário Atendimento: ANAPPN  
RG (Identidade): Data de Emissão: CNS: 70960363077892  
CPF (Cadastro de Pessoa Física): Fone: (81)35413831  
CRN(Certidão de Registro de Nasc): Data de Emissão CRN:

UPA IGARASSU  
**FATURADO**  
100

PESO: ALTURA: TEMPERATURA: °C FC: bpm FR: rpm PA: mmhg

DATA: 24.06.19

HORA:

QUEIXA PRINCIPAL / DURAÇÃO / HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL

Paciente relata dor aguda no lado direito do abdômen, com início há 12 horas, associada a náuseas e vômitos. Não há febre, diarreia ou alteração na frequência cardíaca.

EXAME FÍSICO:

Inspeção: TND e TNE - sem alterações visíveis.

HIPÓTESE (S) DIAGNÓSTICA (S):

Enfermidade do TND + TNE

SOLICITAÇÃO DE EXAMES:

Rx TND e TNE e Enfermidade do TND + TNE

PRESCRIÇÃO MÉDICA:

Tratar com analgésico M.D.

HORÁRIO

Médico / Crepepe:

ENCAMINHADO: ( ) Ambulatório ( ) Sala Verde ( ) Sala Amarela ( ) Sala Vermelha

Médico / Crepepe:

# ITAÚ – UNIBANCO

## COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

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

BANCO: 341                    AGÊNCIA: 0477                    CONTA: 000000078857-4

---

DATA DA TRANSFERENCIA: 14/02/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: MARCOS ANTONIO FERREIRA DA SILVA

BANCO: 341

AGÊNCIA: 06066

CONTA: 000000009373-0

---

Autenticação:

00088F07D4ADB3982C3A5902E9ABE70411D01BAE085B7C7DD6E7941589F33271



Companhia Energética de Pernambuco  
Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife - PE. CEP 50050-902  
CNPJ 10.835.932/0001-08 | Insc. Est. 0005943-83 | www.celpe.com.br

**DADOS DO CLIENTE**  
MARIA JOSE DE FARIAS  
Sr Cliente ATUA.LIZE SEU CADASTRO II

**ENDERECO DA UNIDADE CONSUMIDORA**  
AV JOAQUIM NABUCCO 615

TIMBO/ABREU E LIMA  
ABREU E LIMA PE  
53520-170

**CLASSIFICAÇÃO**  
B1 RESIDENCIAL  
RESIDENCIAL

0270980023 08/2019

08/09/2019

072363729 UNICA 07/09/2019

07/09/2019 2000259429 47500

	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo(KWh)	97,0000000	-0,77545172	19,21
Reajuste Bandeira AMARELA			1,68
Reajuste Bandeira VERMELHA			1,27
Contrib. Lum. Pública Municipal			11,82
Multa por atraso - NF 084705110 - 08/09/19			1,55
Juros por atraso - NF 084705110 - 08/09/19			0,82
Atualização IGPV - NF 084705110 - 08/09/19			0,88

TOTAL DA FATURA

22,91

Nº DO MEDIDOR	Tipo DA FUNÇÃO	ANTERIOR DATA	ANTERIOR LECTURA	ATUAL DATA	ATUAL LECTURA	DEBITO (R\$)	COMISSÃO (R\$)	ATUALIZADO (R\$)	CONSUMO (KWH)
530808	CAT	06-01-2019	5.487,80	07-09-2019	5.584,80	97,00	1,0000	97,00	97,00

PERÍODO (MÊS)	Tipo DA FUNÇÃO	ANTERIOR DATA	ANTERIOR LECTURA	ATUAL DATA	ATUAL LECTURA	DEBITO (R\$)	COMISSÃO (R\$)	ATUALIZADO (R\$)	CONSUMO (KWH)
ABR 19	90					76,04	2,00	78,04	76,04
MAY 19	103					76,04	2,00	78,04	76,04
JUN 19	103					76,04	2,00	78,04	76,04
JUL 19	103					76,04	2,00	78,04	76,04
AUG 19	103					76,04	2,00	78,04	76,04
SEP 19	103					76,04	2,00	78,04	76,04
OCT 19	103					76,04	2,00	78,04	76,04
NOV 19	103					76,04	2,00	78,04	76,04
DEZ 19	103					76,04	2,00	78,04	76,04
JAN 20	103					76,04	2,00	78,04	76,04
FEB 20	103					76,04	2,00	78,04	76,04
MAR 20	103					76,04	2,00	78,04	76,04
ABR 20	103					76,04	2,00	78,04	76,04
MAY 20	103					76,04	2,00	78,04	76,04
JUN 20	103					76,04	2,00	78,04	76,04
JUL 20	103					76,04	2,00	78,04	76,04
AUG 20	103					76,04	2,00	78,04	76,04
SEP 20	103					76,04	2,00	78,04	76,04
OCT 20	103					76,04	2,00	78,04	76,04
NOV 20	103					76,04	2,00	78,04	76,04
DEZ 20	103					76,04	2,00	78,04	76,04
JAN 21	103					76,04	2,00	78,04	76,04
FEB 21	103					76,04	2,00	78,04	76,04
MAR 21	103					76,04	2,00	78,04	76,04
ABR 21	103					76,04	2,00	78,04	76,04
MAY 21	103					76,04	2,00	78,04	76,04
JUN 21	103					76,04	2,00	78,04	76,04
JUL 21	103					76,04	2,00	78,04	76,04
AUG 21	103					76,04	2,00	78,04	76,04
SEP 21	103					76,04	2,00	78,04	76,04
OCT 21	103					76,04	2,00	78,04	76,04
NOV 21	103					76,04	2,00	78,04	76,04
DEZ 21	103					76,04	2,00	78,04	76,04
JAN 22	103					76,04	2,00	78,04	76,04
FEB 22	103					76,04	2,00	78,04	76,04
MAR 22	103					76,04	2,00	78,04	76,04
ABR 22	103					76,04	2,00	78,04	76,04
MAY 22	103					76,04	2,00	78,04	76,04
JUN 22	103					76,04	2,00	78,04	76,04
JUL 22	103					76,04	2,00	78,04	76,04
AUG 22	103					76,04	2,00	78,04	76,04
SEP 22	103					76,04	2,00	78,04	76,04
OCT 22	103					76,04	2,00	78,04	76,04
NOV 22	103					76,04	2,00	78,04	76,04
DEZ 22	103					76,04	2,00	78,04	76,04
JAN 23	103					76,04	2,00	78,04	76,04
FEB 23	103					76,04	2,00	78,04	76,04
MAR 23	103					76,04	2,00	78,04	76,04
ABR 23	103					76,04	2,00	78,04	76,04
MAY 23	103					76,04	2,00	78,04	76,04
JUN 23	103					76,04	2,00	78,04	76,04
JUL 23	103					76,04	2,00	78,04	76,04
AUG 23	103					76,04	2,00	78,04	76,04
SEP 23	103					76,04	2,00	78,04	76,04
OCT 23	103					76,04	2,00	78,04	76,04
NOV 23	103					76,04	2,00	78,04	76,04
DEZ 23	103					76,04	2,00	78,04	76,04
JAN 24	103					76,04	2,00	78,04	76,04
FEB 24	103					76,04	2,00	78,04	76,04
MAR 24	103					76,04	2,00	78,04	76,04
ABR 24	103					76,04	2,00	78,04	76,04
MAY 24	103					76,04	2,00	78,04	76,04
JUN 24	103					76,04	2,00	78,04	76,04
JUL 24	103					76,04	2,00	78,04	76,04
AUG 24	103					76,04	2,00	78,04	76,04
SEP 24	103					76,04	2,00	78,04	76,04
OCT 24	103					76,04	2,00	78,04	76,04
NOV 24	103					76,04	2,00	78,04	76,04
DEZ 24	103					76,04	2,00	78,04	76,04
JAN 25	103					76,04	2,00	78,04	76,04
FEB 25	103					76,04	2,00	78,04	76,04
MAR 25	103					76,04	2,00	78,04	76,04
ABR 25	103					76,04	2,00	78,04	76,04
MAY 25	103					76,04	2,00	78,04	76,04
JUN 25	103					76,04	2,00	78,04	76,04
JUL 25	103					76,04	2,00	78,04	76,04
AUG 25	103					76,04	2,00	78,04	76,04
SEP 25	103					76,04	2,00	78,04	76,04
OCT 25	103					76,04	2,00	78,04	76,04
NOV 25	103					76,04	2,00	78,04	76,04
DEZ 25	103					76,04	2,00	78,04	76,04
JAN 26	103					76,04	2,00	78,04	76,04
FEB 26	103					76,04	2,00	78,04	76,04
MAR 26	103					76,04	2,00	78,04	76,04
ABR 26	103					76,04	2,00	78,04	76,04
MAY 26	103					76,04	2,00	78,04	76,04
JUN 26	103					76,04	2,00	78,04	76,04
JUL 26	103					76,04	2,00	78,04	76,04
AUG 26	103					76,04	2,00	78,04	76,04
SEP 26	103					76,04	2,00	78,04	76,04
OCT 26	103					76,04	2,00	78,04	76,04
NOV 26	103					76,04	2,00	78,04	76,04
DEZ 26	103					76,04	2,00	78,04	76,04
JAN 27	103					76,04	2,00	78,04	76,04
FEB 27	103					76,04	2,00	78,04	76,04
MAR 27	103					76,04	2,00	78,04	76,04
ABR 27	103					76,04	2,00	78,04	76,04
MAY 27	103					76,04	2,00	78,04	76,04
JUN 27	103					76,04	2,00	78,04	76,04
JUL 27	103					76,04	2,00	78,04	76,04
AUG 27	103					76,04	2,00	78,04	76,04
SEP 27	103					76,04	2,00	78,04	76,04
OCT 27	103					76,04	2,00	78,04	76,04
NOV 27	103					76,04	2,00	78,04	76,04
DEZ 27	103					76,04	2,00	78,04	76,04
JAN 28	103					76,04	2,00	78,04	76,04
FEB 28	103					76,04	2,00	78,04	76,04
MAR 28	103					76,04	2,00	78,04	76,04
ABR 28	103					76,04	2,00	78,04	76,04
MAY 28	103					76,04	2,00	78,04	76,04
JUN 28	103					76,04	2,00	78,04	76,04
JUL 28	103					76,04	2,00	78,04	76,04
AUG 28	103					76,04	2,00	78,04	76,04
SEP 28	103					76,04	2,00	78,04	76,04
OCT 28	103					76,04	2,00	78,04	76,04
NOV 28	103					76,04	2,00	78,04	76,04
DEZ 28	103					76,04	2,00	78,04	76,04
JAN 29	103					76,04	2,00	78,04	76,04
FEB 29	103					76,04	2,00	78,04	76,04
MAR 29	103					76,04	2,00	78,04	76,04
ABR 29	103					76,04	2,00	78,04	76,04
MAY 29	103					76,04	2,00	78,04	76,04
JUN 29	103					76,04	2,00	78,04	76,04
JUL 29	103					76,04	2,00	78,04	76,04
AUG 29	103					76,04	2,00	78,04	76,04
SEP 29	103					76,04	2,00	78,04	76,04
OCT 29	103					76,04	2,00	78,04	76,04
NOV 29	103					76,04	2,00	78,04	76,04
DEZ 29	103					76,04	2,00	78,04	76,04
JAN 30	103					76,04	2,00	78,04	76,04
FEB 30	103					76,04	2,00	78,04	76,04
MAR 30	103					76,04	2,00	78,04	76,04
ABR 30	103					76,04	2,00	78,04	76,04
MAY 30	103					76,04	2,00	78,04	76,04
JUN 30	103					76,04	2,00	78,04	76,04
JUL 30	103					76,04	2,00	78,04	76,04
AUG 30	103					76,04	2,00	78,04	76,04
SEP 30	103					76,04	2,00	78,04	76,04
OCT 30	103					76,04	2,00	78,04	76,04
NOV 30	103					76,04	2,00	78,04	76,04
DEZ 30	103					76,04	2,00	78,04	76,04
JAN 31	103					76,04	2,00	78,04	76,04
FEB 31	103					76,04	2,00	78,04	76,04
MAR 31	103					76,04	2,00	78,04	76,04
ABR 31	103					76,04	2,00	78,04	76,04
MAY 31	103					76,04	2,00	78,04	76,04
JUN 31	103					76,04	2,00	78,04	76,04
JUL 31	103					76,04	2,00	78,04	76,04
AUG 31	103					76,04	2,00	78,04	76,04
SEP 31	103					76,04	2,00	78,04	76,04
OCT 31	103					76,04	2,00	78,04	76,04
NOV 31	103					76,04	2,00	78,04	76,04
DEZ 31	103					76,04	2,00	78,04	76,04
JAN 32	103					76,04	2,00	78,04	76,04
FEB 32	103					76,04	2,00	78,04	76,04
MAR 32	103					76,04	2,00	78,04	76,04
ABR 32	103					76,04	2,00	78,04	76,04
MAY 32	103					76,04	2,00	78,04	76,04
JUN 32	103					76,04	2,00	78,04	76,04
JUL 32	103					76,04	2,00	78,04	76,04
AUG 32	103					76,04	2,00	78,04	76,04



Nº Documento: 20190716217220

Escritório: OLINDA

**FATURA MENSAL DE ÁGUA E ESGOTO**

DADOS DO CLIENTE

MARIA CARMEN DE OLIVEIRA E SILVA

AV TIRADENTES, N. 00366 - - RIO DOCE OLINDA PE 53080-490

INSCRIÇÃO: 096.340.070.0260.000

GRUPO: 6

MATRICULA:

01621722.0

07/2019-3

OPÇÃO DÊS. AUTOMÁTICO: 01621722.0

RESIDENCIAL

INTELETO PARA ENTRENA

SITUAÇÃO DA FATURA	SITUAÇÃO DA FATURA	DISTRIBUIÇÃO DO CONSUMO			
LIGADO	LIGADO	RESIDENCIAL	COMERCIAL	INDUSTRIAL	PÚBLICO
1					
CONDIÇÃO DA FATURA	DATA LEIT. ANTERIOR	DATA LEIT. ATUAL	TIPO DE CONSUMO (M3)		
A16S332116	29/06/2019	29/07/2019	REAL /REAL		
ÁGUA	CONSUMO: 12		ESGOTO	VOLUME: 12	
LEIT. ANT.: 271			LEIT. ANT.:		
LEIT. ATUAL: 283			LEIT. ATUAL:		
LEIT. FAT.: 283			LEIT. FAT.:		
HISTÓRICO DE CONSUMO		NÚMEROS DE AMOSTRAS			
REFERÊNCIA/CONSUMO		PARÂMETROS	EXIG. PELA PORT.	ANÁLISES REALIZADAS	ATENDEM A LEGISLAÇÃO
06/2019 9/ 9	A		MS 2.914/11		
05/2019 8/ 8	A	TURBIDEZ	119	119	108
04/2019 9/ 9	A	COR APARENTE	119	119	118
03/2019 7/ 7	A	CLORO RESIDUAL	119	119	107
02/2019 7/ 7	A	COLIFORMES TOTAIS	119	119	114
01/2019 9/ 9	A	E.Coli	119	119	117
MÉDIA 8/ 8	A	OBSERVAÇÕES: (1)COLIFORMES TOTAIS AUSÊNCIA EM 95% DAS AMOSTRAS EXAMINADAS. (2)OS PARÂMETROS COLIFORMES TOTAIS, ESCHERICHIA COLI E CLORO RESIDUAL SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES SANITÁRIAS DA ÁGUA. (3)OS PARÂMETROS COR E TURBIDEZ SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES ASSOCIADAS AO ASPECTO VISUAL DA ÁGUA.			

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS E TARIFAS	CONSUMO POR FAIXA	VALOR R\$
ÁGUA		
RESIDENCIAL 001 UNIDADE		
ATE 10 M3 - R\$ 41,30 (POR UNIDADE)	10 M3	41,30
11 M3 A 20 M3 - R\$ 4,74 POR M3	2 M3	9,48
ESGOTO (100% DO VALOR DA ÁGUA)		
RESIDENCIAL 001 UNIDADE		
ATE 10 M3 - R\$ 41,30 (POR UNIDADE)	10 M3	41,30
11 M3 A 20 M3 - R\$ 4,74 POR M3	2 M3	9,48
MULTA P/IMPONTUALIDADE 06/2019		1,72
DOACAO AO HOSPITAL DE CANCER 07/2019		1,00

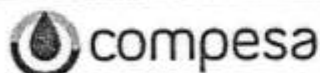
PIS	101,56	1,65	1,68
COFINS	101,56	7,60	7,72

VENCIMENTO: 15/08/2019

TOTAL A PAGAR: 104,28

Emitido por: INTERNET

Emitido em: 30/07/2019



ATENDIMENTO: 0800-0810195  
 VAZAMENTOS: 0800-0810185

**Arpe** Agência de Regulação de Pernambuco

0800-2813844

MATRICULA:

01621722.0

07/2019-3

VENCIMENTO: 15/08/2019

TOTAL A PAGAR: 104,28

CÓDIGO DE BARRAS

VIA COMPESA

82880000001-4 04280018096-3 01621722001-7 07201930003-1



AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

**DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO**  
**PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12**

Para mais esclarecimentos, acesse o site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br) ou entre em contato através de um dos números abaixo:

**Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)**

**Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04**

**SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35**

**INFORMAÇÕES IMPORTANTES**

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECABEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP<sup>1</sup> nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. <sup>2</sup> CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Carlos Antonio Mampabrena Ferreira

Inscrito (a) no CPF/CNPJ 012.891.554, 45, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Marcos Antonio Ferreira da Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 015644114, 43

do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Marcos Antonio Ferreira da Silva

Inscrito (a) no CPF sob o Nº 015.644.114, 43, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: \_\_\_\_\_ Renda: \_\_\_\_\_ e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço: <u>Av. Triadentes</u>	Número: <u>366</u>	Complemento: _____
Bairro: <u>Rio doce</u>	Cidade: <u>Olinda</u>	Estado: <u>PE</u>
E-mail: _____	CEP: <u>53080-490</u>	Tel.(DDD): _____

Local e Data: 18.12.19



Assinatura do Declarante

## RELATÓRIO MÉDICO PARA AVALIAÇÃO DE INVALIDEZ PERMANENTE (TOTAL OU PARCIAL)

## DECLARAÇÕES DO MÉDICO (DE PRÓPRIO PUNHO)

DATA DO ACIDENTE: 24/6/2019	DATA DO INÍCIO DO TRATAMENTO MÉDICO: 24/6/2019
NOME COMPLETO DA VÍTIMA: MARCOS ANTÔNIO FERRAZ DA SILVA	
ERROS RESULTANTES DO ACIDENTE: Paciente vítima de acidente de trânsito, ocasionando fratura da tíbia +	
DADOS RESUMIDOS DOS TRATAMENTOS REALIZADOS (DATAS): FIBULA em MI, C/ despi. Paciente submetido a CIRURGIA C/ estabilização da tíbia + FIBULA	
ALTA MÉDICA?	<input checked="" type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
Existe algum efeito ou doença pré-existente? <input checked="" type="checkbox"/> NÃO	
Caso positivo descrever:	
COM RELAÇÃO A INVALIDEZ PODE-SE CONCLUIR QUE:	
<input type="checkbox"/> A INVALIDEZ É TEMPORÁRIA, PORTANTO PASSÍVEL DE RECUPERAÇÃO SIGNIFICATIVA OU DE CURA ATRAVÉS DO TRATAMENTO.	
<input checked="" type="checkbox"/> A INVALIDEZ É PERMANENTE, OU SEJA, NÃO HÁ POSSIBILIDADE DE RECUPERAÇÃO SIGNIFICATIVA OU DE CURA.	
GRAU DE INCAPACIDADE FUNCIONAL IRREVERSÍVEL (especificar o segmento ou órgão atingido)	
SEGMENTO ANATÔMICO OU ÓRGÃO AFETADO	
1º Paciente C/ fratura completa da tíbia +	
2º FIBULA a nível de MI dist. Paciente C/	
3º des + edema CRÔNICOS, C/ sintomas de	
4º dor + f. fig. + complicações	
5º Se causa de fratura 75% em	
TÍBIA + FIBULA amb.	
7/11/2019 7/11/2019	
E QUE AS RESPOSTAS ACIMA, SÃO COMPLETAS E VERDADEIRAS	
LOCAL: 7/11/2019	DATA: 7/11/2019
ASSINATURA E CARIMBO	



Atendimento: 1102398

Sem Classificação:

**0146**

Data e Hora: 24/06/2019 17:21

Paciente: 181027 MARCOS ANTONIO FERREIRA DA SILVA Sexo: MASCULINO  
Nome Social: Cor: Parda Escolaridade: NAO SABE/SEM DECLARACAO  
Data do Nascimento: 22/10/1982 Idade: 36 anos Convenio: 2 SUS - PRONTO ATENDIMENTO  
Nome da Mãe: MARLI GUILHERMINA RODRIGUES Nome do Pai:  
Estado Civil: SOLTEIRO Nome do Médico: ORTOPEDISTA - PLANTONISTA CRM: 1234567  
Endereço: RUA JOAQUIM NABUCO -- 615 Bairro: TIMBO  
Cidade/UF: ABREU E LIMA PE Cep: 53520170 Usuário Atendimento: ANAPPN  
RG (Identidade): Data de Emissão: CNS: 70960363077892  
CPF (Cadastro de Pessoa Física): Fone: (81)35413831  
CRN(Certidão de Registro de Nasc): Data de Emissão CRN:

UPA IGARASSU  
**FATURADO**  
100

PESO: ALTURA: TEMPERATURA: °C FC: bpm FR: rpm PA: mmhg

DATA: 24.06.19

HORA: :

QUEIXA PRINCIPAL / DURAÇÃO / HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL

Paciente relata dor aguda no abdômen direito, tipo cólica, com TCE. Mega de um dia com vômito antes da dor em 1 hora.

EXAME FÍSICO:

Inspeção: TNE e abdômen com dor no abdômen direito.

HIPÓTESE (S) DIAGNÓSTICA (S):

Enfermidade + TNE D

SOLICITAÇÃO DE EXAMES:

Rx de TNE D e TNE D e TNE D

PRESCRIÇÃO MÉDICA:

Tratamento sintomático MID

Marília Lima Gomes  
CRM: 1234567  
HORÁRIO

Marília Lima Gomes  
CRM: 1234567

Médico / Cremepe:

ENCAMINHADO: ( ) Ambulatório ( ) Sala Verde ( ) Sala Amarela ( ) Sala Vermelha

Médico / Cremepe:

EVOLUÇÃO CLÍNICA (pareceres, resultado de exames, etc.)

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM (ASS/COREN)

24/06/1971 17:45 - Paciente segue em remissão para o HMA, acompanhado de téc. de enfermagem da unidade e ambulância do corp. de Bombeiros.

Mayara Borges de Lira  
COREN-PE 016.932-ENF

EVOLUÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL (ASS/CRESS)

DESTINO:

ALTA: ☐ Melhorada ☐ Com Atestado ☐ Com Prescrição

☒ TRANSFERÊNCIA LOCAL: HMA

SENHA: 5732 972

☐ ÓBITO

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ ÀS \_\_\_\_

☐ ATestado DE ÓBITO ☐ SVO ☐ IML

Médico / Cremepe: *Marília Lima Gomes*

TERMO DE RESPONSABILIDADE DE ALTA A PEDIDO PARA MAIORES DE 18 ANOS!

Responsabilizo-me pela recusa do tratamento médico proposto e saída deste serviço de saúde, assim como tenho absoluto conhecimento sobre todas as consequências que deste ato possam advir.

DATA: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

HORA: \_\_\_\_:\_\_\_\_

NOME LEGÍVEL: \_\_\_\_\_

RG: \_\_\_\_\_

GRAU DE PARENTESCO: \_\_\_\_\_

ASSINATURA: \_\_\_\_\_

RECEPÇÃO / CARIMBOS: \_\_\_\_\_



## Protocolo de Encaminhamento

### TIPO DE OCORRÊNCIA

Causa Externa: Acidente/Violência ( ) Causa Clínica ( ) Obstétrico ( ) Psiquiátrico ( )  
Em caso de violência/acidente: Via Pública ( ) Domicílio ( ) Local de Trabalho ( )

SENHA 5412972

Nome do Paciente:

MARCOS ANTONIO FERREIRA DA SILVA

Idade:

Sexo: M ( ) F ( ) Profissão:

MARLI GUILHERMINA RODRIGUES

Fone:

Endereço residencial:

Bairro:

Cidade:

### CAUSA EXTERNA (ACIDENTE/VIOLENCIA)

Acidente de Trânsito: Ônibus ( ) Caminhão ( ) Carro de Passeio ( ) Motocicleta ( )  
Atropelamento: Pedestre ( ) Ciclista ( )  
Automóvel: (Colisão): Passageiro ( ) Motorista ( ) Banco de Trás ( ) Banco da Frente ( ) Uso de Cinto: S ( ) N ( )  
Motocicleta: Motocicleta ( ) Passageiro ( ) Uso de Capacete: S ( ) N ( )  
Semi-Afogamento/Submersão ( ) Soterramento ( )  
Intoxicação Exógena ( ) Animais peçonhentos ( ) Agente Causador: \_\_\_\_\_  
Exposição ao Fogo/Fumaça/Choque Elétrico ( )  
Queimaduras: 1º Grau ( ) 2º Grau ( ) 3º Grau ( )  
Queda: ( ) Altura Aproximada \_\_\_\_\_ Metros ( ) Queda da Própria Altura  
Agressões: ( ) Por Arma de Fogo/Tipo \_\_\_\_\_ ( ) Arma Branca/Tipo \_\_\_\_\_  
Agressão Sexual ( ) Maus Tratos ( ) Outros ( ) Citar: \_\_\_\_\_  
Mecanismo do Trauma: ( ) Impacto Frontal ( ) Impacto Lateral ( ) Impacto Traseiro ( ) Ejeção ( ) Capotamento

### CAUSAS CLÍNICAS

História Clínica Atual:

Hipótese diagnóstica:

### AVALIAÇÃO CLÍNICA

Glicemia Capilar (HGT): \_\_\_\_\_ Temperatura: \_\_\_\_\_ F.C.: \_\_\_\_\_ P.A.: \_\_\_\_\_  
Vias Aéreas: FR \_\_\_\_\_ Dispneia S ( ) N ( ) Tiragem intercostais S ( ) N ( ) Obstrução Vias Aéreas: S ( ) N ( )  
Sibilos Expiratórios: S ( ) N ( ) BAN\* S ( ) N ( ) Deformidades do tórax: S ( ) N ( ) Gemido/Estridor: S ( ) N ( )  
Distúrbio Fala/Choro: S ( ) N ( )  
Agitação Psicomotora: S ( ) N ( ) Lesões de face: S ( ) N ( ) Retração Xifóide S ( ) N ( )  
Perfusão Periférica: Boa ( ) Lentificada ( ) Bulhas Cardíacas: Normofonéticas ( ) Hipofonética ( )  
Pulso: Rítmico ( ) Arritmico ( ) Filiforme ( ) Fino ( )  
Coloração da Pele: Normocorada ( ) Palidez ( ) Cianose ( )  
Sudorese: S ( ) N ( ) Desidratado: S ( ) N ( ) Ictérico: S ( ) N ( )

FR: RN 35-50  
< 1 ano 30-50  
Crianças 20-30  
Adulto 12-30

FC: RN 120-160  
< 1 ano 90-140  
Criança 80-110  
Adulto 60-100

## EXAME NEUROLÓGICO

Avaliação Primária: Alerta ( ) Resposta verbal ( ) Resposta ao Estimulo Doloroso ( ) Irresponsivo ( )

Escala de Comade Glasgow (EGG)

## ABERTURA OCULAR

Abertura Ocular Espontânea 4

Abertura Ocular a Voz 3

Abertura Ocular a dor 2

Sem abertura Ocular 1

## RESPOSTA VERBAL

Orientado 5

Confuso 4

Resposta Inapropriada 3

Sons incompreensíveis 2

Sem Respostas Verbal 1

## RESPOSTA MOTORA

Obedece ao comando 6

Localiza Estimulo Doloroso 5

Retirada ao Estimulo Doloroso 4

Descorticação 3

Descerebração 2

Sem Resposta Motora 1

TOTAL DE PONTOS ECG: \_\_\_\_\_

Sinais de disfunção cerebral: Déficit Motor ( ) Desvio comissura labial ( )

Dificuldade na fala ( )

Avaliação Pupilar: Isocóricas ( ) Anisocóricas ( ) Midriase ( ) Miose ( )

Classificação TCE pela ECG

ECG 3-8: TCE Grave

ECG 9-13: TCE Moderada

ECG 14-15: TCE Leve

## NATUREZA DA LESÃO

Presença de sangramento externo: S( ) N( )

Lesões Intra-Torácica: S( ) N( ) Fraturas Pélvis: S( ) N( )

Lesões Intra-abdominais: S( ) N( ) Fratura em osso Longo: Fechada( ) Aberta( )

## USO DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS

Usou álcool: S( ) N( ) Informante: Vitima ( ) Outros( )

Hálito Alcoólico ( ) Alteração na Marcha( ) Sonolência/Agitação( ) Alteração no Humor( )

Usou outras drogas: S( ) N( ) Informante: Vitima( ) Outros( )

Lótó( ) Maconha( ) Cola( ) Cocaína( ) Crack( ) Lança-perfume( ) Anfetamina( ) Éxtase( )

## CONDUTA CLÍNICA/EVOLUÇÃO

Imobilização da Coluna Cervical: S( ) N( )

Imobilização Tala Gessada: S( ) N( )

Antibióticoterapia: S( ) N( ) Especificar: \_\_\_\_\_

Oxigêniooterapia: Cateter ( ) Venturi ( ) CPAP ( )

Aspiração de Sangue e/ou secreções: S( ) N( )

Entubação Orotraqueal: S( ) N( )

Ventilação Mecânica: Modalidade \_\_\_\_\_

FIO2: \_\_\_\_\_

Reanimação Cardiopulmonar: S( ) N( )

RX S( ) N( ) Analgesia: S( ) N( )

Infusão de Fluidos: S( ) N( ) Especificar: \_\_\_\_\_

Volume de Fluidos Infundido: \_\_\_\_\_

Outras Condutas: \_\_\_\_\_

Intercorrências: \_\_\_\_\_

## MOTIVO DA TRANSFERÊNCIA

Fratura Tíbia e TNRD

## CONCLUSÃO DO ATENDIMENTO

Hospital para onde foi encaminhado: \_\_\_\_\_

Médico Regulador: \_\_\_\_\_

Transferência com acompanhamento Médico: S( ) N( )

Hora: \_\_\_\_\_

24/06/19

Local e data

Marilia Lima Gomes  
Ortopedia/Traumatologia  
GRUPE 23640

Médico Assistente

## Protocolo de Encaminhamento

### TIPO DE OCORRÊNCIA

Causa Externa: Acidente/Violência ( ) Causa Clínica ( ) Obstétrico ( ) Psiquiátrico ( )  
Em caso de violência/acidente: Via Pública ( ) Domicílio ( ) Local de Trabalho ( )

SENHA 5712972

### IDENTIFICAÇÃO

Nome do Paciente: Marcelo Antônio Francisco da Silva Idade: 36 a  
Sexo: M ( ) F ( ) Profissão: Silva Fone:   
Endereço residencial:  Bairro:   
Cidade:

### CAUSA EXTERNA (ACIDENTE/VIOLENCIA)

Acidente de Trânsito: Ônibus ( ) Caminhão ( ) Carro de Passeio ( ) Motocicleta ( )  
Atropelamento: Pedestre ( ) Ciclista ( )  
Automóvel: (Colisão): Passageiro ( ) Motorista ( ) Banco de Trás ( ) Banco da Frente ( ) Uso de Cinto: S ( ) N ( )  
Motocicleta: Motocicleta ( ) Passageiro ( ) Uso de Capacete: S ( ) N ( )  
Semi-Afogamento/Submersão ( ) Soterramento ( )  
Intoxicação Exógena ( ) Animais peçonhentos ( ) Agente Causador:   
Exposição ao Fogo/Fumaça/Choque Elétrico ( )  
Queimaduras: 1º Grau ( ) 2º Grau ( ) 3º Grau ( )  
Queda: ( ) Altura Aproximada  Metros ( ) Queda da Própria Altura  
Agressões: ( ) Por Arma de Fogo/Tipo  ( ) Arma Branca/Tipo   
Agressão Sexual ( ) Maus Tratos ( ) Outros ( ) Citar:   
Mecanismo do Trauma: ( ) Impacto Frontal ( ) Impacto Lateral ( ) Impacto Traseiro ( ) Ejeção ( ) Capotamento

### CAUSAS CLÍNICAS

História Clínica Atual: Portante de acidente  
Auto  
Hipótese diagnóstica: Fratura de tíbia e fêmur

### AValiação Clínica

Glicemia Capilar (HGT):  Temperatura:  F.C.:  P.A.:  X   
Vias Aéreas: FR  Dispnéia S ( ) N ( ) Tiragem intercostais S ( ) N ( ) Obstrução Vias Aéreas: S ( ) N ( )  
Sibilos Expiratórios: S ( ) N ( ) BAN\* S ( ) N ( ) Deformidades do tórax: S ( ) N ( ) Gemido/Estridor: S ( ) N ( )  
Distúrbio Fala/Choro: S ( ) N ( )  
Agitação Psicomotora: S ( ) N ( ) Lesões de face: S ( ) N ( ) Retração Xifóide S ( ) N ( )  
Perfusão Periférica: Boa ( ) Lentificada ( ) Bulhas Cardíacas: Normofonéticas ( ) Hipofonética ( )  
Pulso: Rítmico ( ) Arritmico ( ) Filiforme ( ) Fino ( )  
Coloração da Pele: Normocorada ( ) Palidez ( ) Cianose ( )  
Sudorese: S ( ) N ( ) Desidratado: S ( ) N ( ) Ictérico: S ( ) N ( )

FR: RN 35-50  
< 1 ano 30-50  
Crianças 20-30  
Adulto 12-30

FC: RN 120-160  
< 1 ano 90-140  
Criança 80-110  
Adulto 60-100



# EXAME NEUROLÓGICO

Avaliação Primária: Alerta ( ) Resposta verbal ( ) Resposta ao Estimulo Doloroso ( ) Irresponsivo ( )

## Escala de Comade Glasgow (EGG)

### ABERTURA OCULAR

Abertura Ocular Espontânea 4

Abertura Ocular a Voz 3

Abertura Ocular a dor 2

Sem abertura Ocular 1

### RESPOSTA VERBAL

Orientado 5

Confuso 4

Resposta Inapropriada 3

Sons incomprensíveis 2

Sem Respostas Verbal 1

### RESPOSTA MOTORA

Obedece ao comando 6

Localiza Estimulo Doloroso 5

Retirada ao Estimulo Doloroso 4

Descorticação 3

Descerebração 2

Sem Resposta Motora 1

TOTAL DE PONTOS ECG: \_\_\_\_\_

Sinais de disfunção cerebral: Déficit Motor ( ) Desvio comissura labial ( )

Dificuldade na fala ( )

Avaliação Pupilar: Isocóricas ( ) Anisocóricas ( ) Midriase ( ) Miose ( )

Classificação TCE pela ECG

ECG 3-8: TCE Grave

ECG 9-13: TCE Moderada

ECG 14-15: TCE Leve

## NATUREZA DA LESÃO

Presença de sangramento externo: S( ) N( )

Lesões Intra-Torácica: S( ) N( ) Fraturas Pélvis: S( ) N( )

Lesões Intra-abdominais: S( ) N( ) Fratura em osso Longo: Fechada( ) Aberta( )

## USO DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS

Usou alcool: S( ) N( ) Informante: Vitima ( ) Outros( )

Hálito Alcoólico ( ) Alteração na Marcha ( ) Sonolência/Agitação( ) Alteração no Humor( )

Usou outras drogas: S( ) N( ) Informante: Vitima( ) Outros( )

Loló( ) Maconha( ) Cola( ) Cocaína( ) Crack( ) Lança-perfume( ) Anfetamina( ) Éxtase( )

## CONDUTA CLINICA/EVOLUÇÃO

Imobilização da Coluna Cervical: S( ) N( )

Imobilização Tala Gessada: S( ) N( )

Antibioticoterapia: S( ) N( ) Especificar: \_\_\_\_\_

Oxigenioterapia: Cateter ( ) Venturi ( ) CPAP ( )

Aspiração de Sangue e/ou secreções: S( ) N( )

Entubação Orotraqueal: S( ) N( )

Ventilação Mecânica: Modalidade \_\_\_\_\_

FI02: \_\_\_\_\_

Reanimação Cardiopulmonar: S( ) N( )

RX S( ) N( ) Analgesia: S( ) N( )

Infusão de Fluidos: S( ) N( ) Especificar: \_\_\_\_\_

Volume de Fluidos Infundido: \_\_\_\_\_

Outras Condutas: \_\_\_\_\_

Intercorrências: \_\_\_\_\_

## MOTIVO DA TRANSFERÊNCIA

Fatal por causa de TCE

## CONCLUSÃO DO ATENDIMENTO

Hospital para onde foi encaminhado: \_\_\_\_\_

Médico Regulador: \_\_\_\_\_

Transferência com acompanhamento Médico: S( ) N( )

Hora: \_\_\_\_\_

24/06/19

Local e data

FC: RN 120-180  
> 1 ano 80-140  
Crianças 80-110  
Adulto 80-100

FC: RN 35-50  
> 1 ano 35-50  
Crianças 20-30  
Adulto 12-20

Marília Lima Gomes  
Ortopedia/Traumatologia  
CRM/PE 23640

Médico Assistente



HOSPITAL

MIGUEL ARRAES

HOSPITAL MIGUEL ARRAES



Atendimento: 483333

Senha da Classificação:

0024

Data e Hora: 24/06/2019 18:29

Paciente: 52588 MARCOS ANTONIO FERREIRA DA SILVA Sexo: MASCULINO

Nome Social:

Data do Nascimento: 22/10/1982 Idade: 36 anos Convenio: 2 SUS - EXTERNO / URGENCIA

Nome da Mãe: MARLI GUILERMINA RODRIGUES

Nome do Pai: ANTONIO FERREIRA DA SILVA

Estado Civil: SOLTEIRO

Nome do Médico: PLANTONISTA ORTOPEDIA

CRM: 12346

Endereço: RUA JOAQUIM NABUCO

615

Bairro: TIMBO

Cidade/UF: ABREU E LIMA

PE

Usuário Atendimento: JOSAFAXA

## Informações Associadas a Pacientes Estrangeiros / Visitantes

Data Entrada Brasil:

Nacionalidade: BRASILEIRA

Nr Documento Estrangeiro:

Observação:

## RESUMO DE TRATAMENTO

Peso: \_\_\_\_\_ Altura: \_\_\_\_\_ Temperatura: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_

## Queixa Principal

Paciente encaminhado da UPA de Igarassu, com relato de queda de moto há 2h, apresentando dor e deformidade da região de terço distal de perna D. Negs comorbidades ou alergias.

## Exame Físico

EG B, LOTE, eupneico e afébril.

RX: Fr de ossos da perna D (diáfise da tíbia + maléolo lateral D)

## Hipótese Diagnóstico

Fr de ossos da perna D

## Prescrição Médica

Q Internamento hospitalar

Dr. Luiz Rogério Macedo Gomes  
Médico  
CRM-PE 27686 CRM-BA 33039

Assinatura e Carimbo/Médico

Destino: ( ) Encaminhado ao Ambulatório ( ) Residência

( ) Transferido: Para \_\_\_\_\_

Senha: \_\_\_\_\_

( ) Encaminhado ao setor de internação



# HOSPITAL MIGUEL ARRÃES

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

PROTOCOLO CLASSIFICACAO REDE IMIP

Data e hora retirada da senha: 24/06/2019 18:18

Nome Paciente: MARCOS ANTONIO FERREIRA DA SILVA  
Cód. Paciente:  
Data de Nascimento: 22/10/1982  
Sexo: Masculino  
Idade: 36  
Senha: 0024  
Convênio:  
Atendimento:  
SAME:

*Ortop*

Período: 24/06/2019 18:22 - 24/06/2019 18:24

MAURICELIA MARIA ALVES MACIEL - COREN: 6723 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - Classificação

Prioridade:

NAO URGENTE - VERDE

Cor:

VERDE

Queixa Principal:

PACIENTE EM AR AMBIENTE NORMOCORADO C/ QUEIXAS DE DOR EM MID O MESMO IMOBILIZADO C/ BOA PERFUSÃO PERIFERICA

Observação:

PROCEDENTE DA UPA DE IGARASSÚ C/ SENHA 5712972 / NEGA ALERGIA MEDICAMENTOSA / DM / HAS / ASMA / CARDIOPATIA / AVCI

Fluxograma sintoma:

TRAUMA

Discriminador(es):

- DOR LEVE (1-3/10)  
- SEM PERDA DE CONSCIÊNCIA, NÁUSEA, VÔMITOS, CRISE CONVULSIVA OU FERIMENTO PERFURANTE

Especialidade:

ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Sinais Vitais Lidos:

- SACR - REGUA DE DOR: 1  
- SACR - ESCALA DE GLASGOW: 15  
- FREQUENCIA RESPIRATORIA: 14.00 RPM  
- P.A. SISTOLICA: 140.00 MMHG  
- P.A.DISTOLICA: 90.00 MMHG

REVISADO  
NEL FHMIA

HMA - Hospital Miguel Arraes

Lesão de Pele

Sim ( ) Não (X)

Local

*Mauricelia Maciel*  
ENFERMEIRO(A)  
APH/UTV/URGENCIA/EMERGENCIA  
COREN-PE 266.143

Acolhido(a) por: MAURICELIA MARIA ALVES MACIEL - COREN: 6723 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 24/06/2019 18:24



# Laudo para solicitação de autorização de internação

## IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

ESTABELECIMENTO SOLICITANTE	HOSPITAL MIGUEL ARRAES	2 - CNES	6431569
ESTABELECIMENTO EXECUTANTE	HOSPITAL MIGUEL ARRAES	4 - CNES	6431569

## IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome do Paciente		6 - Nº Prontuário	
MARCOS ANTONIO FERREIRA DA SILVA		52588	
Cartão Nacional do SUS	8 - Data de Nascimento	9 - Sexo	10 - Raça/Cor
98002952716562	22/10/1982	<input checked="" type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino	03 - Parda
11 - Nome da Mãe		10.1 - Etnia	
MARLI GUILERMINA RODRIGUES		0000 - Não Se Aplica	
13 - Nome Responsável		12 - Telefone de Contato	
IGNORADO		8198810347	
5 - Endereço (Rua, Nº, Bairro)		14 - Telefone de Contato	
RUA JOAQUIM NABUCO, 615 - TIMBO		988103476	
6 - Município	17 - IBGE	18 - UF	19 - CEP
ABREU E LIMA	260005	PE	53520170

## LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

Principais Sinais e Sintomas Clínicos  
VÍTIMA DE ACIDENTE DE MOTO, COM TRAUMATISMO EM PERNA DIREITA, EVOLUINDO COM DOR E LIMITAÇÃO FUNCIONAL.

AME:  
REG. EUPNEICO E AFEBRIL  
REFUSAO DISTAL  
RESERVADO  
DIAGNÓSTICO: FRATURA DIAFISÁRIA DE TÍBIA + FRATURA DO MALEOLO LATERAL DIREITO

21 - Condições que justificam a Internação  
NECESSIDADE DE TRATAMENTO CIRÚRGICO

22 - Principais Resultados de Provas Diagnósticas  
ANAMNESE + EXAME FÍSICO

23 - Diagnóstico Inicial / Código	24 - CID 10 Principal	25 - CID 10 Secundário	26 - CID 10 Causas Associadas
FRATURA DIAFISÁRIA DE TÍBIA + FRATURA DE MALEOLO LATERAL DIREITO	S822	W199 V29.9	04.15.01.001.2

## PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - Descrição do Procedimento Solicitado	28 - Código do Procedimento		
PROCEDIMENTOS SEQUENCIAIS EM ORTOPEDIA	0415020069		
29 - Especialidade	30 - Caracter de Atendimento	31 - Documento	32 - Nº do Documento (CNS/CPF) do Profissional Solicitante/Assistente
CIRÚRGICA	2	(X) CNS ( ) CPF	66016278437533
33 - Nome do Profissional Solicitante/Assistente	34 - Data da Solicitação	35 - Assinatura e Carimbo (Nº de Registro no Conselho)	
SORMANE DE CARVALHO BRITTO	24/06/2019	16339	

## PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - ( ) Acidente de Trânsito	39 - CNPJ Seguradora	40 - Nº Bilhete	41 - Série
37 - ( ) Acid. Trabalho Típico	42 - CNPJ / Empresa	43 - CNAE / Empresa	44 - CBOR
38 - ( ) Acid. Trabalho Trajeto			
45 - Vínculo com a Previdência			
( ) Empregado ( ) Empregador ( ) Autônomo ( ) Desempregado ( ) Aposentado ( ) Não Segurado			

## AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizador	47 - Cód. Órgão Emissor	52 - Nº da Autorização da Internação Hospitalar (AIH)
	E260000001	
48 - Documento	49 - Nº do Documento (CNS/CPF) do Profissional Autorizador	
( ) CNS ( ) CPF		
50 - Data da Autorização	51 - Assinatura e Carimbo (Nº Registro do Conselho)	

AIH  
261910218973-7

Código do Laudo: 483333

**DADOS DO PACIENTE**

Paciente: **MARCOS ANTONIO FERREIRA DA SILVA** Prontuário: 52588  
Idade: 36a 8m 4d Sexo: M Estado Civil: SOLTEIRO Data de Nascimento: 22/10/1982  
Profissão: Escolaridade: Telefone: 988103476 CEP 53520170  
R.G.: 6383638 C.P.F.: , 615 - TIMBO - ABREU E LIMA - PE  
Endereço: RUA JOAQUIM NABUCO  
**Dados da Internação**  
Origem: INTERNACAO Data e Hora da Internação: 25/06/2019 18:30  
Convênio: SUS - INTERNACAO Plano: GERAL  
Unidade Internação: VERDE 2 ORTOPEDIA Acomodação: ENFERMARIA DE OBSERVACA Leito: VERD2-38  
Médico Internação: PLANTONISTA ORTOPEDIA

**DADOS DO RESPONSÁVEL**

Nome: R.G.: C.P.F.: **FATURADO 15/07/19**  
Número: CLAUDEVAN SOUSA  
Cidade: Estado civil: **PAI**

**DADOS DA LIBERAÇÃO DO PACIENTE**

Data da Alta: **02/07/19** Hora da Alta: \_\_\_\_\_ : \_\_\_\_\_  
Motivo: ☒ Melhorado ☐ A Pedido ☐ Transferência ☐ Óbito ☐ Evasão  
Condições de Alta: **melhorado**  
Diagnóstico Principal.....: **Fx de crânio da Parec. (D)**  
Diagnóstico Secundário01.: \_\_\_\_\_  
Diagnóstico Secundário02.: \_\_\_\_\_  
Procedimento.....: **RAF + C/ blocos e Parafusos**  
**REVISADO CCIH-HMA**  
Dra. Nayana Adour  
Ortopedia - Traumatologia  
CRM/PE 23.423  
**Médico e CRM:**  
**Arlene nozueira**  
Responsável pela retirada do paciente Assinatura e RG

**TERMO DE RESPONSABILIDADE**

Autorizo a internação do paciente acima mencionado no HOSPITAL MIGUEL ARRAES bem como os tratamentos clínicos e cirúrgicos (Intervenção cirúrgica, anestésias, transfusões, exames de sangue, ou qualquer outro tipo de exame médico e laboratorial) que se fizerem necessários para o diagnóstico, tratamento, cura e o bem estar do paciente.

Em **01** de **Julho** de **2019**

**X Arlene nozueira Medeiros**  
Assinatura e RG do paciente ou pessoa responsável



**HOSPITAL MIGUEL ARRAES**MV 2000 - Sistema de Centro Cirúrgico e Obstétrico  
Ficha de Cirurgia Descritiva

Página.: 0001

Data.....: 01/07/2019

Hora.....: 11:12

**Ficha de Cirurgia Descritiva**

Aviso de Cirurgia : 57693

Paciente : 52588

Convênio Atend. : 1

Leito : 77

Dt. Início : 01/07/2019 08:50

id Pré-Operatório : S822

d Pós-Operatório :

Sala : 0001 SALA 01

MARCOS ANTONIO FERREIRA DA SILVA

SUS - INTERNACAO

ORTL-513-LEITO 001

Dt. Fim : 01/07/2019 11:21

FRATURA DA DIAFISE DA TIBIA

Atendimento : 483552

Carteira :

Idade : 36 Anos

Procedimento: 0408050500

Convênio: 001

Anestesia: 05

TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA DIÁFISE DA TÍBIA (PRINCIPAL)

SUS - INTERNACAO

RAQUI ANESTESIA

CIRURGIÃO  
ANESTESISTA

15570 ROMERO MONTENEGRO NERY

11469 MARIA DA CONCEICAO DOS SANTOS SILVA

**Descrição Cirúrgica :**

DIAGNOSTICO : FRATURA DOS OSSOS DA PERNA DIREITA

CIRURGIA : REDUÇÃO ABERTA E FIXAÇÃO INTERNA DE PLACA TERÇO DE CANA 8 FUROS 3.5MM E PARAFUSOS 3.5 MM EM MALEOLO LATERAL DIREITO + RAFI DE PLACA T 12 FUROS 4.5MM + PARAFUSOS 4.5MM

CIRURGIÃO : DR ROMERO NERY

01 AUXILIO : DRA NAYANA ADOUR

02 AUXILIO : DR MANOEL OLIVEIRA

ANESTESISTA : DRA CONCEIÇÃO

ANESTESIA : RAQUIANESTESIA

**DESCRIÇÃO CIRURGICA :**

1. PACIENTE EM DDH SOB RAQUIANESTESIA + GARROTE EM MID

2. ASSEPSIA E ANTISSEPISIA DE MID

3. APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTEREIS

4. INCISÃO EM FACE LATERAL DO TNZ DIREITO

5. DIVULSÃO POR PLANOS ANATOMICOS

6. REDUÇÃO CRUENTA E FIXAÇÃO INTERNA DE PARAFUSO ESPONJOSO 3.5 MM DE POSIÇÃO + PLACA TERÇO 8 FUROS DE T 3.5 MM + 03 PARAFUSOS CORTIAIS 3.5 MM PROXIMAIS E 3 PARAFUSOS ESPONJOSOS DISTAIS E 01 PARAFUSO TRANSINDUSMAL DA CAIXA DE PEQUENOS FRAGMENTOS

7. INCISÃO EM FACE MEDIAL DO TNZ DIREITO REDUÇÃO INCRUENTA E FIXAÇÃO INTERNA DE PLACA EM T 4.5MM 12 FUROS + PARAFUSOS ( 4 DISTAIS AO FOCO E 4 PROXIMAIS AO FOCO ) + PARAFUSO CORTICAL DE POSIÇÃO

8. CONFERIDO COM INTENSIFICADOR DE IMAGENS

9. SUTURA POR PLANOS COM VYCRIL E NYLON

10. CURATIVO ESTERIL

11. RETIRADO GARROTE DE MID

**Achados Cirúrgicos:****Descrição Complementar**FATURADO  
15/07/19  
CLAUDEVAN SOUSA  
FATURISTA

Dr. Igor Alcenor

Ortopedia / Traumatologia

DR(A) : ROMERO MONTENEGRO NERY  
CRM : 15570



# PERNAMBUCO

**MIGUEL ARRAES**



Instituto de Medicina Integral  
Prof. Fernando Figueira

## EVOLUÇÃO CLÍNICA

NOME:MARCOS ANTONIO FERREIRA DA SILVA

REG:52588

**CLÍNICA:**

**ENFERMAGEM:**

**LEITO:**

DATA/HORA	
24/6/2019	# SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
	# ADMISSÃO
	<p>PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO, COM TRAUMATISMO EM PERNA DIREITA, EVOLUINDO COM DOR LIMITAÇÃO FUNCIONAL</p> <p>AO EXAME:</p> <p>LOTE, BEG, EUPNEICO E AFEBRIL</p> <p>BOA PERFUSAO DISTAL</p> <p>NVC PRESERVADO</p> <p>RX EVIDENCIA FRATURA DIAFISÁRIA DE TIBIA + FRATURA MALEOLO LATERAL DIREITO</p> <p>HD:</p> <p>1- FRATURA DIAFISÁRIA DE TIBIA DIREITA + FRATURA MALEOLO LATERAL DIREITO</p> <p>CD:</p> <p>1- INTERNAMENTO</p> <p>2- SOL LAB PREOP</p> <p>3- SOL NOVOS RX</p> <p>4- SOL NOVA TALA</p>
	<p>João Bosco B. Neto</p> <p>Ortopedia / Traumatologia</p> <p>CREMEPE 25.670</p>
25/06/19	#SOT#
06:12	HD: a m k o m s
	LOTE BEG a m k o m s
	CD: Aduarda Cirurgia
26/06/19	#SOT#
06:26	HD: a m k o m s
	Dr. Ian L. CRM-PR 100.000

João Bosco B. G. Neto  
Ortopedia / Traumatologia  
CREMEPE 26.670

Dr. Ian Lacerda  
CRM-PB 9824  
CRM-PE 23590

Dr. Ian Lacerda  
CERN-PE 23590



### EVOLUÇÃO CLÍNICA

Nome: Maria Suenia Registro: \_\_\_\_\_  
Clínica: \_\_\_\_\_ Enfermaria: \_\_\_\_\_ Leito: \_\_\_\_\_

[illegible]

24/07/19 Dues en 01/07/19

from 11 till 12.

Put the mess there,  
on your card.

Not from car  
just a coat  
for L

Resonance  
film layer

Elaine Kauffman  
Orthopedist  
CRM: 14,368

### EVOLUÇÃO CLÍNICA

Nome: Alana Almeida Registro: 1

Clinica: \_\_\_\_\_ Enfermaria: \_\_\_\_\_ Leito: \_\_\_\_\_

52588

Data/Hora

Откуда

0618140

♂, 36-83

01/17/14

Return post.

A feestvrij +  
KINDO TEGEN A.

Return on Investment 30 days

**CIBERO FEITOSA**  
Ortopedia Traumatologia  
CREMEPE-11253

### EVOLUÇÃO CLÍNICA

Nome:

**Registro:**

**Clínica:**

Enfermaria:

**Leito:**

Data/Hora
-----------

16/07/19

Olivia on 01/07/19

Тема: 05.05.2019

Put more time

for June about 20

hark. hark fri.

$A \rightarrow \text{Row}$  Answer is  
first

$f_0 \rightarrow$  Ben Ashu, to  
Soul.

Auto

first person

Fabio Kauffman  
Ortopedista  
CRAT 14.368



## **RESUMO DE ALTA HOSPITALAR/ESCLARECIMENTO**

NOME: MARCOS ANTÔNIO FERREIRA DE SILVA

IDADE: 36 SEXO: M

DATA DA ADMISSÃO: 25/06/19

REG: 52588

DATA DA ALTA: 2/7/19

### **DIAGNÓSTICO:**

- FRATURA DE DIÁFISE DISTAL DA TÍBIA DIREITA + MALÉOLO LATERAL DIREITO + MALÉOLO POSTERIO

### **TRATAMENTO REALIZADO:**

- RAFI COM PLACAS (3,5 E 4,5MM) + PARAFUSOS

### **ORIENTAÇÕES:**

- AGENDAR RETORNO AO AMBULATÓRIO DE ORTOPEDIA (SETOR DE AMBULATÓRIOS, NO TÉRREO DAS SEGUNDAS ÀS SEXTAS-FEIRAS) EM 02 SEMANAS;
- TROCA DIÁRIA DE CURATIVO CONFORME ORIENTADO;
- DOBRAR O JOELHO \_\_\_\_\_ DIREITO \_\_\_\_\_;
- DEAMBULAR COM USO DE MULETAS SEM PISAR COM MEMBRO OPERADO;
- CARGA ZERO (SEM PISAR) NO MEMBRO OPERADO ATÉ LIBERAÇÃO MÉDICA;
- FAZER USO DE MEDICAÇÃO PRESCRITA EM RECEITUÁRIO MÉDICO;
- PROCEDER AO SERVIÇO SOCIAL (2º ANDAR) PARA RECEBER ORIENTAÇÕES SOBRE ONDE REALIZAR FISIOTERAPIA;
- RETORNO PRECOCE PELA EMERGÊNCIA SE: FEBRE, INCHAÇO IMPORTANTE E VERMELHIDÃO NA FERIDA, SAÍDA DE SECREÇÃO EM GRANDE QUANTIDADE OU PURULENTO, DOR IMPORTANTE.

PROGRAMA APÓS ALTA: RETORNO PARA DR ROMERO NERY

AMBULATÓRIO DE EGRESSO SIM( x ) NÃO( )

DATA DA CONSULTA AMBULATORIAL: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Dra. Nayana Moura  
Ortopedista  
CRM 75.665

\_\_\_\_\_  
ASSINATURA DO MÉDICO, CARIMBO E CRM

## **RESUMO DE ALTA HOSPITALAR/ESCLARECIMENTO**

NOME: MARCOS ANTÔNIO FERREIRA DA SILVA

IDADE: 36 SEXO: M

DATA DA ADMISSÃO: 25/06/19

REG: 52588

DATA DA ALTA: 2/7/19

### **DIAGNÓSTICO:**

- FRATURA DE DIÁFISE DISTAL DA TÍBIA DIREITA + MALÉOLO LATERAL DIREITO + MALÉOLO POSTERIOR

### **TRATAMENTO REALIZADO:**

- RAFI COM PLACAS (3,5 E 4,5MM) + PARAFUSOS

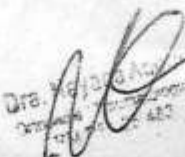
### **ORIENTAÇÕES:**

- AGENDAR RETORNO AO AMBULATÓRIO DE ORTOPEDIA (SETOR DE AMBULATÓRIOS, 1º ANDAR) DAS SEGUNDAS ÀS SEXTAS-FEIRAS) EM 02 SEMANAS;
- TROCA DIÁRIA DE CURATIVO CONFORME ORIENTADO;
- DOBRAR O JOELHO \_\_\_\_\_ DIREITO \_\_\_\_\_;
- DEAMBULAR COM USO DE MULETAS SEM PISAR COM MEMBRO OPERADO;
- CARGA ZERO (SEM PISAR) NO MEMBRO OPERADO ATÉ LIBERAÇÃO MÉDICA;
- FAZER USO DE MEDICAÇÃO PRESCRITA EM RECEITUÁRIO MÉDICO;
- PROCEDER AO SERVIÇO SOCIAL (2º ANDAR) PARA RECEBER ORIENTAÇÕES SOBRE ONDE REALIZAR FISIOTERAPIA;
- RETORNO PRECOCE PELA EMERGÊNCIA SE: FEBRE, INCHAÇO IMPORTANTE E VERMELHIDÃO NA FERIDA, SAÍDA DE SECREÇÃO EM GRANDE QUANTIDADE OU PURULENTO, DOR IMPORTANTE.

PROGRAMA APÓS ALTA: RETORNO PARA DR ROMERO NERY

AMBULATÓRIO DE EGRESSO SIM( x ) NÃO( )

DATA DA CONSULTA AMBULATORIAL: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_



ASSINATURA DO MÉDICO, CARIMBO E CRM



ESTADO DE PERNAMBUCO

SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO TAVARES BUIE

03M-03



Marcos Antonio f da Silva

CARTEIRA DE IDENTIDADE

REGISTRO  
GERAL

6.383.638

DATA DE  
EXPEDIÇÃO

01/04/2016

NOME

&lt;&lt; MARCOS ANTONIO FERREIRA DA SILVA &gt;&gt;

FILIAÇÃO

&lt;&lt; ANTONIO FERREIRA DA SILVA &gt;&gt;

&lt;&lt; MARLI GUILHERMINA RODRIGUES &gt;&gt;

NATURALIDADE

PAULISTA - PE

DATA DE NASCIMENTO

22/10/1982

DOC. ORIGEM

<< CN.15689 L 52 F.100 CART. ABREU E  
LIMA-PE 13.11.2000 >>

CPF

Ass. Pmnia C.G. Alcoronoo  
Deleada an Policia-Genete: NIB

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

416043385005113331.68/2710



Ministério da Fazenda  
Receita Federal

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO CPF



Número

**015.644.114-43**

Nome

**MARCOS ANTONIO FERREIRA DA SILVA**

Nascimento

**22/10/1982**

CÓDIGO DE CONTROLE

007C.DB39.3010.E66B



Emitido pela Secretaria da Receita Federal do Brasil  
às 09:42:41 do dia 28/11/2019 (hora e data de Brasília)  
digito verificador: 00

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTERIO DAS CIDADES  
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO  
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITACAO

VALIDA EM TODO O TERRITORIO NACIONAL  
1301697147

NOME  
CARLOS ANTONIO MANGABEIRA FERREIRA

DOC IDENTIDADE / ORIG. EMISSOR / UF  
6466408 SDS PE

CPF  
012.891.554-45

DATA NASCIMENTO  
15/10/1982

FILIAÇÃO  
NAO DECLARADO

TELMA LUCIA  
MANGABEIRA FERREIRA

PERMISSAO  
AB

ACC  
AB

CAT. HAB  
AB

Nº REGISTRO  
03938878503

VALIDADE  
17/08/2021

1ª HABILITACAO  
27/09/2006

OBSERVAÇÕES  
Exerce Ativ Remunerada

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL  
OLINDA - PE

DATA EMISSAO  
22/08/2016

ASSINATURA DO EMISSOR

04086869567  
PE074467743

DETRAN - PE - PERNAMBUCO



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADIAS

DENATRAN

CONTRAN

DETRAN - PE  
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO  
Nº 014802576265  
VIA 1 807826965  
EXERCÍCIO 2019

IVANILDO FRANCISCO CAETANO

PAULISTA-PE

197-962-264-72

PLACA EFU0963

9C2JC4110DR/59787

HONDA / CG 125 FAN K3

25/124CL

IPVA 2019 QUITADO

PARCELAMENTO / COTAS

PREMIO TOTAL (R\$)

80-11 SEGURO OBRIGATORIO 125/03/19

AL - FID - BY FINANÇEIRA SA C F I

MAO VALDO PARA TRANSFERENCIA

PAULISTA-PE 15/04/19

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS  
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS  
TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

PE Nº 014802576265 BILHETE DE SEGURO DPVAT

IVANILDO FRANCISCO CAETANO

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT  
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO  
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.seguradoralider.com.br  
SAC DPVAT 0800 022 1204

PAULISTA-PE

197-962-264-72

HONDA / CG 125 FAN K3

9C2JC4110DR/59787

PREMIO TARIFARIO

36.05

4.15

SEGURO LIDER - DPVAT

CHPJ 09.249.408/0001-04

DETRAN - PE GUARDE O BILHETE DPVAT  
SUSCrito e de SEUS OBRIGADOS

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190723323 **Cidade:** Paulista **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** MARCOS ANTONIO FERREIRA DA SILVA **Data do acidente:** 24/06/2019 **Seguradora:** MONGERAL AEGON SEGUROS E PREV. S/A

## PARECER

**Diagnóstico:** Fratura diafisária de tíbia direita, maléolo lateral direito, maléolo posterior

**Descrição do exame físico:** Ao exame apresenta consolidação viciosa da fratura, encurtamento visível do membro inferior direito com claudicação da marcha, deficit de força do membro inferior de grau leve, bloqueio de tornozelo com flexão plantar a 30 graus, dorsal a 15 graus, presença de cicatriz cirúrgica.

**Resultados terapêuticos:** Submetido a osteossíntese das fraturas e fisioterapia. Evolução sem intercorrências. Alta há cerca de 30 dias

**Sequelas permanentes:** Limitação funcional do membro inferior direito

**Sequelas:** Com sequela

**Data do exame físico:** 17/01/2020

**Conduta mantida:**

**Observações:**

## DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0471662/19

**Vítima:** MARCOS ANTONIO FERREIRA DA SILVA

**CPF:** 015.644.114-43

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 24/06/2019

**Titular do CPF:** MARCOS ANTONIO  
FERREIRA DA SILVA

**Seguradora:** MONGERAL AEGON SEGUROS E PREV. S/A

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Comprovação de registro de acidente declarado  
Declaração de Inexistência de IML  
Documentação médico-hospitalar  
Documentos de identificação  
DUT  
Outros

### CARLOS ANTONIO MANGABEIRA FERREIRA : 012.891.554-45

Comprovante de residência  
Declaração Circular SUSEP 445/12  
Documentos de identificação  
Procuração

### MARCOS ANTONIO FERREIRA DA SILVA : 015.644.114-43

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](http://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: 27/12/2019  
Nome: CARLOS ANTONIO MANGABEIRA FERREIRA  
CPF: 012.891.554-45

CARLOS ANTONIO MANGABEIRA FERREIRA

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 27/12/2019  
Nome: RAIANNE SILVA BARBOSA  
CPF: 102.869.074-61

RAIANNE SILVA BARBOSA



## RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS - INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS

### IDENTIFICAÇÃO DA VÍTIMA

Vítima:	<i>Marcos Antonio Ferreira da Silva</i>		
Data do Acidente:	CPF da vítima: <i>015.644.114-43</i>		
Portador da documentação:	<input type="checkbox"/> Vítima <input type="checkbox"/> Representante Legal, cujo parentesco com a vítima é:		
Qualificação do Portador:			
Endereço do portador:			
Número:	Complemento:	Bairro:	
Cidade:	UF:	CEP:	Telefone: (    )
E-mail:			

### MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO APRESENTADO

#### DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE:

- ☒ Formulário de Pedido do Seguro DPVAT
- ☒ Registro de ocorrência expedido pela autoridade policial (cópia simples e legível)
- ☒ Carteira de identidade da vítima ou certidão de nascimento ou certidão de casamento ou carteira de trabalho ou Carteira Nacional de Habilitação (cópia simples e legível)
- ☒ CPF da vítima (cópia simples e legível)
- ☒ Laudo do IML (cópia simples e legível)
- ☒ Declaração de Ausência de Laudo do IML, presente no Formulário de Pedido do Seguro DPVAT
- ☒ Boletim de atendimento hospitalar ou ambulatorial (cópia simples e legível)
- ☒ Comprovante de residência em nome da vítima (cópia simples e legível)

### MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO APRESENTADO

#### DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE:

- ☐ Carteira de identidade do Representante Legal, se houver, ou certidão de nascimento ou certidão de casamento ou Carteira de Trabalho ou Carteira Nacional de Habilitação (cópia simples e legível)
  - ☐ CPF do Representante Legal, se houver (cópia simples e legível)
  - ☐ Comprovante de residência em nome do Representante Legal, se houver (cópia simples e legível)
- obs: Representante Legal é quem representa a vítima menor, de 0 a 15 anos. (pais ou tutor)

### PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO APRESENTADA

Data:

Identidade:

Assinatura:

### MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO APRESENTADO

#### DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS:

- ☐ Formulário de Pedido do Seguro DPVAT
- ☐ Registro de ocorrência expedido pela autoridade policial (cópia simples e legível)
- ☐ Carteira de identidade da vítima ou certidão de nascimento ou certidão de casamento ou carteira de trabalho ou Carteira Nacional de Habilitação (cópia simples e legível)
- ☐ CPF da vítima (cópia simples e legível)
- ☐ Relatório do médico assistente, informando as lesões sofridas em decorrência do acidente e o tratamento realizado (cópia simples e legível)
- ☐ Comprovantes (originais e legíveis) das despesas médicas hospitalares quitadas
- ☐ Notas fiscais (originais e legíveis) de farmácia acompanhadas do respectivo receituário médico (cópia simples e legível)
- ☐ Comprovante de residência em nome da vítima (cópia simples e legível)

### MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO APRESENTADO

#### DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS:

- ☐ Carteira de identidade do Representante Legal, se houver, ou certidão de nascimento ou certidão de casamento ou Carteira de Trabalho ou Carteira Nacional de Habilitação (cópia simples e legível)
  - ☐ CPF do representante legal, se houver (cópia simples e legível)
  - ☐ Comprovante de residência em nome do representante legal, se houver (cópia simples e legível)
- obs: Representante Legal é quem representa a vítima menor, de 0 a 15 anos. (pai ou tutor)

#### INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Morte = R\$ 13.500,00

VALORES DE INDENIZAÇÕES: Invalidez Permanente = até R\$ 13.500,00

Despesas Médicas (DAMS) = até R\$ 2.700,00 (Reembolso)

- O prazo para pagamento da indenização é de 30 dias contados a partir da entrega da documentação completa
- Com base na Legislação em vigor, poderão ser solicitados documentos complementares, como os listados ao lado, nesse formulário
- Para acompanhar o pedido de indenização, acesse [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br) ou ligue para Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios): Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04 / Das 8h às 20h

### RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

Data:

Nome:

Assinatura:

*18/12/19*

*Diviane Silva*

## PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE: MARCOS ANTÔNIO FERREIRA DA SILVA

RG / CNH / TPS: 6.383.638 CPF: \_\_\_\_\_

End: AV. JOAQUIM NABUCO, 618, fimô  
ABRIL e LIMA

OUTORGADO: CARLOS ANTÔNIO MANGABEIRA FERREIRA

RG / CNH / TPS: 6.466.408 SDS/PE CPF: 012.891.554-45

End: AV. TIRADENTES Nº 366, 4º ETAPA - RIO DOCE - OLINDA/PE

Nomeia meu bastante procurador o outorgado acima citado com poderes específicos para resolver todas as questões administrativas referentes ao

SEGURO DPVAT, que configura como vítima:  
MARCOS ANTÔNIO FERREIRA DA SILVA

CPF: \_\_\_\_\_

Paulista 27 de 11 de 19



MARCOS ANTÔNIO FERREIRA DA SILVA

(RECONHECER FIRMA POR AUTÊNTICIDADE)

**SERVIÇO NOTARIAL E REGISTRAL - 2º OFÍCIO**  
Título: Esmeralda de Azevedo Carvalho - Substituta: Anália de Azevedo  
PRACA PARA JOÃO XXIII, 601, CENTRO, PAULISTA/PE CEP 53.401-379 - FONES: (011) 3433-8000 / 3433-7251

**RECONHECIMENTO DE FIRMA N. 2019-019901**

Reconheço por autenticidade a firma de:  
**MARCOS ANTONIO FERREIRA DA SILVA**

Doc. nº. Paulista, PE, 28/11/2019 12:47:28

SELO DIGITAL: 0077644.ZTY11201901.01480

Consulta autenticidade em [www.tjpe.jus.br/selodigital](http://www.tjpe.jus.br/selodigital)

EMOL: 3,51 TSNR: 0,80 FENC 0,40 ISS: 0,00  
PERT: 0,04 FUNSEG: 0,00

Andréia Gomes Soares Lira  
ANDREIA GOMES SOARES LIRA - ESCRIVENTE AUTORIZADA

**PROTESTO**  
F 3433-8000



# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0471662/19

**Vítima:** MARCOS ANTONIO FERREIRA DA SILVA

**CPF:** 015.644.114-43

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 24/06/2019

**Titular do CPF:** MARCOS ANTONIO  
FERREIRA DA SILVA

**Seguradora:** MONGERAL AEGON SEGUROS E PREV. S/A

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Comprovação de registro de acidente declarado  
Declaração de Inexistência de IML  
Documentação médico-hospitalar  
Documentos de identificação  
DUT  
Outros

### CARLOS ANTONIO MANGABEIRA FERREIRA : 012.891.554-45

Comprovante de residência  
Declaração Circular SUSEP 445/12  
Documentos de identificação  
Procuração

### MARCOS ANTONIO FERREIRA DA SILVA : 015.644.114-43

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](http://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: 27/12/2019  
Nome: CARLOS ANTONIO MANGABEIRA FERREIRA  
CPF: 012.891.554-45

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 27/12/2019  
Nome: RAIANNE SILVA BARBOSA  
CPF: 102.869.074-61

CARLOS ANTONIO MANGABEIRA FERREIRA

RAIANNE SILVA BARBOSA



**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e  
Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas do Seguro DPVAT**

---

**Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo.**

Número do Sinistro: **3190723323**

Nome do(a) Examinado(a): **MARCOS ANTONIO FERREIRA DA SILVA**

Endereço do(a) Examinado(a):

**AV JOAQUIM NABUCO, 615 - Abreu e Lima - PE - CEP 53575-108**

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [ **SDS /PE** ] **6383638**

Data e local do acidente: [ **24/06/2019** ] **Paulista, PE**

Data e local do exame: [ **17/01/2020** ] **Recife** [ **PE** ]

**Resultado da Avaliação Médica**

**I.** Descreva o(s) diagnóstico(s) das lesões efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado.

*Fratura diafisária de tíbia direita, maléolo lateral direito, maléolo posterior*

**II.** Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado.

*Ao exame apresenta consolidação viciosa da fratura, encurtamento visível do membro inferior direito com claudicação da marcha, deficit de força do membro inferior de grau leve, bloqueio de tornozelo com flexão plantar a 30 graus, dorsal a 15 graus, presença de cicatriz cirúrgica.*

**III.** Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

[ ☒ ] Sim [ ☐ ] Não

**IV.** Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.

*Submetido a osteossíntese das fraturas e fisioterapia. Evolução sem intercorrências. Alta há cerca de 30 dias*

**V.** Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a qualquer medida terapêutica)?

[ ☒ ] Sim [ ☐ ] Não

**VI.** Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:

*Limitação funcional do membro inferior direito*

**Caso a resposta do item V seja “Não”, concluir utilizando apenas as opções no item VII “a”. Caso a resposta seja “Sim”, valorar o dano permanente no item VII “b”.**

**VII.** Segundo previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

**a)** Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (\*).

( ) "Vítima em tratamento"

Esta avaliação médica deve ser repetida em \_\_\_\_ dias

( ) "Sem sequela permanente" (Não

existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)

**b)** Havendo dano corporal segmentar, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

Membro inferior direito

% do dano: ( ) 10% residual ( X ) 25% leve  
( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve  
( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve  
( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve  
( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo

**VIII. \*** Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou a valoração do dano corporal.



Leonardo de Faria Neves - CRM: 17742 - PE