
Rio de Janeiro, 14 de Novembro de 2018

Aos Cuidados de: **JONAS DA SILVA PEREIRA**

Nº Sinistro: **3180520340**

Vítima: **JONAS DA SILVA PEREIRA**

Data do Acidente: **07/04/2018**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador **LUA GUILHERME MANGABEIRA DE CARVALHO**

Assunto: NEGATIVA TÉCNICA - SEM SEQUELAS

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no seu pedido de indenização (sinistro número **3180520340**), esclarecemos que não foram identificadas sequelas permanentes em razão do acidente ocorrido em **07/04/2018**. Por esse motivo, o seu pedido de indenização foi **negado**.

Qualquer dúvida, é só ir até o nosso site **www.seguradoralider.com.br**, ou ligue através do telefone **0800 022 12 04** (ligação gratuita) ou **0800 022 12 06** que atende apenas aos deficientes auditivos e de fala. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

**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

Sinistro: **3180394021**

Nome do(a) Examinado(a): **JONAS DA SILVA PEREIRA**

Endereço do(a) Examinado(a): **LO JOSE DOURADO nº 31 - CENTRO - CONDADO/PE**

Identificação - Órgão Emissor/UF/Número: **RG 9441490 - SSP**

Data e local do acidente: **07/04/2018 CONDADO/PE**

Data e local do exame: **05/10/2018 RECIFE/PE**

Resultado da Avaliação Médica

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

FRATURA DIAFISÁRIA DO RÁDIO DISTAL DIREITO COM DESVIO

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

TRATAMENTO CIRÚRGICO COM OSTEOSÍTESE COM PLACA E PARAFUSOS, SEM INTERCORRÊNCIAS E ALTA MÉDICA.

III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado.

SEM DÉFICIT FUNCIONAL, PORÉM A VÍTIMA DIFICULTA O EXAME MÉDICO

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

SIM NÃO

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

SIM NÃO

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

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

Sem sequela permanente

Esta avaliação médica deve ser repetida em _____ dias

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 parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal(Sequela):

10% 25% 50% 75% 100%

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

REVISOR MANTEVE ENQUADRAMENTO E VALORAÇÃO DO MÉDICO EXAMINADOR- SEM SEQUELAS -

Médico Perito: VANESSA LUCILIA SILVEIRA DE MEDEIROS CRM:18295/PE


Vanessa de Medeiros
CRM 18295
Clínica Médica

Assinatura do(a) Médico(a) Examinador(a)
Carimbo com nome e CRM



AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2- "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL.

CPF da Vítima

Nome completo da vítima

702.194.534 - 54

Jonas da Silva Pereira

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo

Jonas da Silva Pereira

CPF titular da conta

702.194.534 - 54

Profissão

funcionário

Endereço

lo. gecr. Roraima

Número

33

Bairro

Centro

Cidade

Goiana

Estado

PE

Email

autonomia.goiana@gmail.com

CEP

55900 - 000

Telefone (DDD)

(81) 3626-3773

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Lider - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

RECUZO INFORMAR

R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00

SEM RENDA

R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00

ATÉ R\$ 1.000,00

R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00

R\$ 1.001,01 ATÉ R\$ 3.000,00

ACIMA DE R\$ 10.000,00

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

BRADESCO (237) BANCO DO BRASIL (601) ITAÚ (341)

CAIXA ECONOMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA

CONTA

0774

DV

68367

DV

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO

Name

AGÊNCIA

Nº

DV

CONTA

Nº

DV

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Lider a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

Goiana 11 de junho

de 2018

ARUANA SEGUROS

11 JUL 2018

Jonas da Silva Pereira

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

Comprovante de agendamento de transferência entre contas da CAIXA - TEV

**Operação realizada com sucesso conforme as informações
fornecidas pelo cliente.**

Conta origem: [REDACTED] / [REDACTED] / [REDACTED]

Conta destino: 0774 / 013 / 00068367-2

Nome
destinatário: JONAS DA S PEREIRA

Valor (R\$): 5,00

Data de débito: 13/06/2019

Data/hora da
operação: 13/06/2018 12:21:05

Código da
operação: 16404018

Chave de
segurança: LFAE1LX8WN4ZFP9S

"Quando a data de débito coincidir com dia não útil e/ou com o último dia útil do ano, a transferência será feita no primeiro dia útil subsequente."

* Você poderá consultar futuramente essa e outras transações no item "Minha Conta - Transações".

ARUANA SEGURU.

11 JUL 2018



AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2- "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL.

CPF da Vítima

Nome completo da vítima

702.194.534 - 54

Jonas da Silva Pereira

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo

Jonas da Silva Pereira

CPF titular da conta

702.194.534 - 54

Profissão

funcionário

Endereço

lo. gecr. Roraima

Número

33

Bairro

Centro

Cidade

Goiana

Estado

PE

Email

autonomia.goiana@gmail.com

CEP

55900 - 000

Telefone (DDD)

(81) 3626-3773

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Lider - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

RECUZO INFORMAR

R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00

SEM RENDA

R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00

ATÉ R\$ 1.000,00

R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00

R\$ 1.001,01 ATÉ R\$ 3.000,00

ACIMA DE R\$ 10.000,00

CONTA PÓDUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção):

BRADESCO (237) BANCO DO BRASIL (601) ITAÚ (341)

CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA

CONTA

0774

D/N

68367

D/V

(Informar dígito se existir)

CONTA CORRENTE (todos os bancos):

BANCO

Name

AGÊNCIA

Nº/RC

CONTA

Nº/RC

D/V

D/V

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Lider a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

Goiana 11 de junho

de 2018

ARUANA SEGUROS

11 JUL 2018

Jonas da Silva Pereira

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

Comprovante de agendamento de transferência entre contas da CAIXA - TEV

**Operação realizada com sucesso conforme as informações
fornecidas pelo cliente.**

Conta origem: [REDACTED] / [REDACTED] / [REDACTED]

Conta destino: 0774 / 013 / 00068367-2

Nome
destinatário: JONAS DA S PEREIRA

Valor (R\$): 5,00

Data de débito: 13/06/2019

Data/hora da
operação: 13/06/2018 12:21:05

Código da
operação: 16404018

Chave de
segurança: LFAE1LX8WN4ZFP9S

"Quando a data de débito coincidir com dia não útil e/ou com o último dia útil do ano, a transferência será feita no primeiro dia útil subsequente."

* Você poderá consultar futuramente essa e outras transações no item "Minha Conta - Transações".

ARUANA SEGURU.

11 JUL 2018



AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL**, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de **titularidade do BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL** e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2- "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL.

CPF da Vítima

Nome completo da vítima

702.194.534 - 54

Jonas da Silva Pereira

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo

Jonas da Silva Pereira

CPF titular da conta

702.194.534 - 54

Profissão

funcionário

Endereço

lo. gecr. Roraima

Número

33

Bairro

Centro

Cidade

Goiana

Estado

PE

Email

autonomia.goiana@gmail.com

CEP

55900 - 000

Telefone (DDD)

(81) 3626-3773

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Lider - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

RECUZO INFORMAR

R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00

SEM RENDA

R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00

ATÉ R\$ 1.000,00

R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00

R\$ 1.001,01 ATÉ R\$ 3.000,00

ACIMA DE R\$ 10.000,00

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

BRADESCO (23) BANCO DO BRASIL (001) ITAÚ (341)

CAIXA ECONOMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA

CONTA

0774

D/N

68367

D/V

(Informar dígito se existir)

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO

Name

AGÊNCIA

Nº

CONTA

Nº

D/V

D/V

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Lider a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

Goiana 11 de junho

de 2018

ARUANA SEGUROS

11 JUL 2018

Jonas da Silva Pereira

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

Comprovante de agendamento de transferência entre contas da CAIXA - TEV

**Operação realizada com sucesso conforme as informações
fornecidas pelo cliente.**

Conta origem: [REDACTED] / [REDACTED] / [REDACTED]

Conta destino: 0774 / 013 / 00068367-2

Nome
destinatário: JONAS DA S PEREIRA

Valor (R\$): 5,00

Data de débito: 13/06/2019

Data/hora da
operação: 13/06/2018 12:21:05

Código da
operação: 16404018

Chave de
segurança: LFAE1LX8WN4ZFP9S

"Quando a data de débito coincidir com dia não útil e/ou com o último dia útil do ano, a transferência será feita no primeiro dia útil subsequente."

* Você poderá consultar futuramente essa e outras transações no item "Minha Conta - Transações".

ARUANA SEGURU.

11 JUL 2018



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
 SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
 POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
 DELEGACIA DE POLÍCIA DA 053^a CIRCUNSCRIÇÃO - CONDADO - DP53^aCIRC
 DINTER1/11^aDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N°. 18 E0143000391

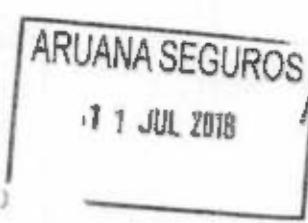
Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 25/04/2018 às 16:03

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Doloso (Consumado) que aconteceu no dia 7/4/2018 às 08:45

Fato ocorrido no endereço: MUNICÍPIO DE CONDADO, 1, PE 002 - Bairro: CENTRO
 CONDADO/PERNAMBUCO/BRASIL
 Local do Fato: VIA PÚBLICA

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR/AGENTE)
 IVANILDO JOSE DA SILVA (OUTRO)
 JONAS DA SILVA PEREIRA (VITIMA)
 ALEXSANDRO ALVES DA SILVA (VITIMA)



Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): ALEXSANDRO ALVES DA SILVA

VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) ~~do Condado~~ DESCONHECIDO

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

IVANILDO JOSE DA SILVA - Ramo de Atividade: NAO INFORMADO

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

JONAS DA SILVA PEREIRA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: CRISTIANE MARIA DA SILVA Pai: JORGE SERAFIM PEREIRA Data de Nascimento: 28/2/1996 Naturalidade: GOIANA / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 9441490VSDG/PE (RG) Estado Civil: SOLTEIRO(A) Profissão: SEGURANÇA Endereço Residencial: MUNICÍPIO DE CONDADO, 31, LOT. JOSE DOURADO - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - CONDADO/PERNAMBUCO/BRASIL

DESCONHECIDO - Ramo de Atividade: NAO INFORMADO

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

ALEXSANDRO ALVES DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: AURINETE DAMIANA DA SILVA Pai: CARLINDO ALVES DA SILVA Data de Nascimento: 4/9/1981 Naturalidade: CHA GRANDE / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 6420123/SDS/PE (RG), 00061627469 (CPF), 04024315671 (CNH) Estado Civil: SOLTEIRO(A) Profissão: VIGILANTE Endereço Residencial: MUNICÍPIO DE CONDADO, 29, RUA K, NOVO TEMPO - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - CONDADO/PERNAMBUCO/BRASIL

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

CICLOMOTOR (VEÍCULO) de propriedade do(a) Sr(a): IVANILDO JOSE DA SILVA, que estava em posse do(a) Sr(a): ALEXSANDRO ALVES DA SILVA
 Categoria/Marca/Modelo: CICLOMOTOR/SHINERAY/NÃO INFORMADO Objeto apreendido: Não
 Quantidade: 1 (UNIDADE NÃO INFORMADA)

Placa: PDC7801 (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Chassi: LXYXCBL03F0230703

Ano Fábric/Modelo: 2014/2015

AUTOMÓVEL (VEÍCULO) de propriedade do(s) Sr(a): DESCONHECIDO, que estava em posse do(s) Sr(a): DESCONHECIDO

Categoria/Marca/Modelo: AUTOMÓVEL/VW/KOMBI Objeto apreendido: Não
Quantidade: 1 (UNIDADE NÃO INFORMADA)

Complemento / Observação

INFORMAM AS VITIMAS QUE VINHAM TRANSITANDO NA VM EM TELA, QUANDO O PILOTO ALEXANDRO LEVOU UM TRANCA DE UMA KOMBI NESSE MOMENTO O PILOTO PERDEU O CONTROLE E COLIDIU COM A TRASEIRA DO AUTOMÓVEL, TENDO O GARUPA JONAS CAIDO DO CICLOMOTOR E FRATURADO O BRAÇO DIREITO, QUE O MESMO FOI SOCORRIDO PELO SAMU AO HOSPITAL BELARmino CORREIA E POSTERIORMENTE TRANSFERIDO PARA O HOSPITAL MIGUEL ARRaes NA CIDADE DO PAULISTA. DIANTE DOS FATOS ACOMPAREDERAM A ESTA DEPOL PARA NOTICIAR O OCORRIDO.

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

X Jonas da Silva Pereira
JONAS DA SILVA PEREIRA
(VITIMA) *X Alessandro Alves da Silva*
ALESSANDRO ALVES DA SILVA
(VITIMA)

B.O. registrado por: THEOPHILo RODOLPHo DIAS NEVES FILHO - Matrícula: 350029-3

*Condado*

ARUANA SEGUROS

11 JUL 2018

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o **SAC DPVAT** 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu **REPRESENTANTE LEGAL*** (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:

Casos com vítima entre 0 a 15 anos – O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

Casos com vítima entre 16 e 17 anos - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima interditada com curador – Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima

Jonas da Silva Pereira

CPF da Vítima

702.194.534-84

Data do Acidente

07.04.18

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante legal

Email

Telefone (DDD)

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

Assinalar uma das opções abaixo:

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

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

Geiana 07 de junho de 2018
Local e Data

ARUANA SEGUROS
11 JUL 2018

Jonas da Silva Pereira

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



SAMU
192

HORA DO CHAMADO: 09:00 H
CHEGADA AO LOCAL: 09:15 H
HORA DA CONCLUSÃO: 15:40 H
CHEGADA A BASE: 17:00 H

FICHA DE ATENDIMENTO

DATA DA SOLICITAÇÃO: 17/04/15

NÚMERO DA OCORRÊNCIA: 5460681
VIATURA: UTI BÁSICA

MOTIVO DA SOLICITAÇÃO:

TRAUMA

TÍPO / LOCAL DE OCORRÊNCIA

CAUSA EXTERNA (ACIDENTE/VIOLENCIA) CAUSA CLÍNICA OBSTÉTRICO PSIQUIÁTRICO REMOÇÃO senha

VIA PÚBLICA DOMICÍLIO LOCAL DE TRABALHO TRAJETO DO TRABALHO EMPRESA

IDENTIFICAÇÃO

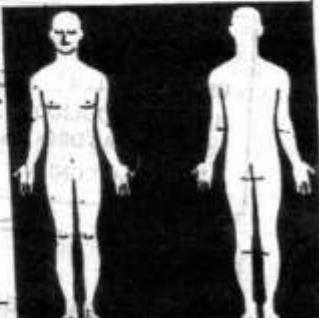
NOME DO PACIENTE: Jonas das Silveira Pereira IDADE: 22 ANOS
SEXO: M F PROFISSÃO: _____
FONE: 993905184
ENDERECO RESIDENCIAL: DE 062 BAIRRO: CONDADO
NOME DO SOLICITANTE: Daniela FONE: _____
ENDERECO DA OCORRÊNCIA: Açimais BAIRRO: CENTRO
REFERÊNCIA: Pronto Cemitério

CAUSA EXTERNA (ACIDENTE / VIOLENCIA)

ACIDENTE DE TRÂNSITO: ÔNIBUS CAMINHÃO CARRO DE PASSEIO MOTOCICLETA PLACA _____
ATROPELAMENTO: PEDESTRE CICLISTA
AUTOMÓVEL (COLISÃO): PASSAGEIRO MOTORISTA BANCO DE TRÁS BANCO DA FRENTES USO DO CINTO: S N
MOTOCICLETA: MOTOCICLISTA PASSAGEIRO USO DO CAPACETE: S N
SEMI-AFOGAMENTO/SUBMERSÃO SOTERRAMENTO
INTOXICAÇÃO EXÓGENA ANIMAIS PEÇONHENTOS AGENTE CAUSADOR: _____
EXPOSIÇÃO AO FOGO/FUMAÇA/CHOQUE ELÉTRICO/SUBS. QUÍMICA
QUEIMADURAS: 1º G 2º G 3º G

ARUANA SEGUR

1.1 JUL 2018



QUEDA: ALTURA APROX. _____ 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: Parte traseira do corpo + dor de cabeça
Lesão óssea torácica + Fratura de rádio
HIPÓTESE DIAGNÓSTICO CONHECIDA: MMSD. Lesão óssea torácica
do Tórax período P/HMS

RN: 35 - 50
< 1 ANO: 30 - 50
Criança: 20 - 30
Adulto: 12 - 20

AVALIAÇÃO CLÍNICA

VIA AÉREAS FR: /

DISPNEIA S N TIRAGEM INTERCOSTAL: S N GLICEMIA (HGT) 112

OBSTRUÇÃO DAS VIAS AÉREAS S N

SIBILOS EXPIRATÓRIOS: S N BAN: S N TEMPERATURA: 36

AGITAÇÃO PSICOMOTOR: S N

LESÕES DE FACE: S N RETRAÇÃO XIFÓIDE: S N

DEFORMAÇÃO DO TÓRAX: S N

OBSCÍDO/ESTRIDOR: S N DIST. FALA/CHORO: S N

CIRCULAÇÃO PA: 150x20

PERFUSÃO PERIFÉRIA: BOA INSATISFAÇÃO PULSO: 86

COLORAÇÃO DA PELE NORMAL: S N PALIDEZ: S N CIANOSE: S N

SUDORESE: S N DESIDRATADO: S N ICTÉRICO: S N

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



AVALIAÇÃO PRIMÁRIA: ALERTA ()		RESPOSTA VERBAL ()	RESPOSTA AO ESTÍMULO DOLOROSO ()	IRRESPONSIVO ()
ESCALA DE GLASGOW				
ABERTURA OCULAR	4	RESPOSTA VERBAL	5	RESPOSTA MOTORA
Aber. ocular espontânea	4	Orientado	5	Obedeça comando
Aber. ocular à voz	3	Confuso	4	Localiza estímulo doloroso
Aber. ocular à dor	2	Resposta inapropriada	3	Retrada ao estímulo doloroso
Sem abertura ocular	1	Sons ininteligíveis	2	Flexão anormal (decaptação)
		Sem resposta verbal.	1	Extensão anormal (descerebração)
				Sem resposta motora
				TOTAL PONTOS
				15

SINAIS DE DISFUNÇÃO CEREBRAL: DEFÍCIT MOTOR () DESVIO DE COMISSURA LABIAL () DIFICULDADE NA FALA ()
AVALIAÇÃO DAS PUPILAS: ISOCÓRICAS () ANISOCÓRICAS () MIDRÍASE () MIOSE ()

NATUREZA DA LESÃO

PRESença DE SANGRAMENTO EXTERNO: S () N ()

LESÕES INTRA-TORÁCICA: S () N ()

FRATURA PELVIS: S () N ()

LESÕES INTRA-ABDOMINAIS: S () N ()

FRATURA EM OSSOS LONGOS: FECHADA () ABERTA ()

CONDUTA CLÍNICA / EVOLUÇÃO

IMOBILIZAÇÃO DA COLUNA CERVICAL: S () N ()

OXIGÉNIO: CATÉTER () VERTURI () CPAP ()

ASPIRAÇÃO DE SANGUE E SECREÇÕES: S () N ()

ENTUBAÇÃO OROTRAQUEAL: S () N ()

VENTILAÇÃO MECÂNICA: MODALIDADE FIO2:

REANIMAÇÃO CARDIOPULMONAR: S () N ()

INFUSÃO DE FLUIDOS: S () N ()

OUTRAS CONDUTAS: DRENAGEM DE VENAS

DRENAGEM DE ÁREA PERITONAL

IN

REGISTRO: 113877

ATENDIMENTO: 423487

PACIENTE: JONAS DA SILVA PEREIRA
NASCIMENTO: 28/2/1996 IDADE: 22 SEXO: MASCULINO
MÃE: CRISTIANE MARIA DA SILVA
ENDERECO: LOTEAMENTO JOSE DOURADO, NÚMERO: 31
BAIRRO: CENTRO
CIDADE: CONDADO

USOU ÁLCOOL: S () N () INFORMANTE: VÍTIMA () OUTROS ()
HÁBITO ALCOÓLICO () ALTERAÇÃO NA MARCHA () SONOLÉNCIA ()
USOU OUTRAS DROGAS: S () N () INFORMANTE: VÍTIMA () OUTROS ()
LOLÓ () MACONHA () COLA () COCAÍNA () CRACK () LANÇA ()

CONCLUSÃO DO ATENDIMENTO

HOSPITAL PARA ONDE FOI ENCAMINHADO O PACIENTE: HMD

MÉDICO QUE RECEBEU:

REGISTRO NO HOSPITAL: 113877

ASSINATURA: Dr. Bento Filho

Ortopedia - Traumatologia

CRM-PE 28.559

ORIENTAÇÃO PARA O AMBULATÓRIO: S () N ()

ÓBITO ANTES DO ATENDIMENTO: S () N () ÓBITO DURANTE O ATENDIMENTO: S () N ()

MACA RETIDA NA UNIDADE HOSPITALAR: S () N () PRANCHA RETIDA: S () N ()

EQUIPE

MÉDICO REGULADOR: DR. Thiago

MÉDICO ASSISTENTE: Dr. Thiago

ENFERMEIRA: Gleisona

SOCORRISTA: Gleisona

MOTORISTA: José Ferreira

OPERADOR DE FOTO: Neide

ASSINATURA DO RESPONSÁVEL PELO PREENCHIMENTO DA FICHA: Gleisona

Gleisona

Exoneração de Responsabilidade

O subscrito certifica que a pessoa recusa atendimento contra orientação médica

Assinatura:

Data: 11/07/2018 - DIANA SEGURU

11 JUL 2018

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

COMPANHIA ENERGÉTICA
DE PERNAMBUCO
AV. JOSÉ DE BARROS, 111, BOA VISTA,
RECIFE, PERNAMBUCO
CEP 50050-802
CNPJ 10.835.932/0001-08
INSCRIÇÃO ESTADUAL 0005943-93



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

DADOS DO CLIENTE

CRISTIANE MARIA DA SILVA
CPF: 026.574.984-45 NIS: 16427649276

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

LO JOSE DOURADO 31
CONDADO/CONDADO
55940-000 CONDADO PE

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

DATA DE VENCIMENTO

26/10/2018

TOTAL A PAGAR (R\$)

100,14

DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL

19/10/2018

DATA DA APRESENTAÇÃO

19/10/2018

NÚMERO DA NOTA FISCAL

035953891

CONTA CONTRATO

007002019510

Nº DO CLIENTE

201342407

Nº DA INSTALAÇÃO

0000876407

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL - BAIXA RENDA ASSIST SOCIAL CONTINUADA - BPC
Monofásico

RESERVADO AO FISCO

EA89.3224.08AA.9744.EBB1.5EB7.C9F2.2DC7

DESCRÍCÃO DA NOTA FISCAL

DESCRÍCÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)
Consumo Ativo até 30 kWh	30,00	0,24698985	7,40
Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh	70,00	0,42340431	29,83
Consumo Ativo superior a 100 até 220 kWh	80,00	0,63510647	38,10
Acréscimo Bandeira VERMELHA			7,45
Contrib. Ilum. Pública Municipal			17,56
TOTAL DA FATURA			100,14

EM ATÉ 18 DIAS, DÉBITOS EXISTENTES CAUSARÃO Corte.

Vencido	Dt. Reenv.	Valor
25/09/18	19/10/18	50,43

Este comunicado NÃO substitui aviso de débitos anteriores e NÃO contempla débitos em discussão judicial. Caso a suspensão do fornecimento persista por dois ciclos de faturamento, poderá ocorrer o encerramento do contrato, podendo também existir cobrança conforme os critérios definidos no Art. 9º REN 414/Anel. Podem ocorrer ações de cobrança, bem como inclusão nos registros da restrições de crédito SPC e SERASA.

Tarifas Aplicadas

Consumo Ativo até 30 kWh	0,17829450	kWh
Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh	0,36222680	
Consumo Ativo superior a 100 até 220 kWh	0,65333160	

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

R\$	%	
geração de Energia	30,16	36,54
transmissão	3,88	4,48
distribuição (celpe)	17,29	20,51
encargos autoriz.	2,48	3,02
tributos	23,62	28,59
TOTAL	82,58	100

HISTÓRICO DO CONSUMO

OUT	18	129	180
SET	18	117	
AGO	18	123	
JUL	18	115	
JUN	18	164	
MAI	18	153	
ABR	18	176	
MAR	18	159	
FEV	18	164	
JAN	18	191	
DEZ	17	189	
MÓV	17	170	
OUT	17	157	

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES

Descrição	CONTAUTO	VALOR AFIRADO	META MENSAL	META TRIM.	META ANUAL
ago/2018					
DIC-No. de horas sem Energia	CONDADO	1,43	5,87	11,34	22,89
FIC-Nº de vezes sem Energia		1,00	3,38	6,72	13,45
DMC-Duração máxima de Interrupção contínua		1,43	3,29	0,00	0,00
DIARI- Duração de Interrupção em dia crítico					Límite DICRI: 12,23
EUDU-Valor do Encargo de Uso = R\$ 27,41					
Total Consumidor pode exibir a operação das indicações DIC, FIC, DMIC e DIARI a qualquer tempo.					

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL						
NÚMERO DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR		ATUAL		CONSUMO kWh
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA	
MC30720	CAT	18/09/2018	17.343,00	18/10/2018	17.403,00	34
						0,00
						160,00

DATA PREVISTA PARA A PRÓXIMA LEITURA: 26/11/2018

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Pague no ponto mais perto de você! ag correios cond: avenida quinze de novembro centro / novo brasil supermercado: r. oliveiro fonseca 640 terreo centro lista completa em www.celpe.com.br. Na data da leitura a bandeira em vigor é a Vermelha. Mais informações em www.aneel.gov.br. O cliente é compensado quando há violação na continuidade individual ou no nível de tensão de fornecimento. Pagto. em atraso para multa 2% (Res 414/ANEEL), Juros 1% a.m (Lei 10.438 de 26/04/02 - R\$ 45,51). O Cliente é compensado quando há descumprimento do prazo definido para os pedreiros de standeamento comercial. Em caso de suspensão de fornecimento, o encerramento do contrato poderá ocorrer após 2 ciclos de faturamento, podendo também ser cobrado o custo de disponibilidade no ciclo em que ocorrer a suspensão.

DESTAQUE AQUI!

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO	TOTAL A PAGAR(R\$)	VENCIMENTO	TALÃO DE PAGAMENTO
007002019510	10/2018	100,14	26/10/2018	

838000000017 001400110073 002019510108 130973649737

Evite dobrar pendurado em casa.
Este canhoto será usado em leitora ótica.

NOTA FISCAL | FATURA | CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

**COMPANHIA ENERGÉTICA
DE PERNAMBUCO
AV. JOSÉ DE BARROS, 111, BOA VISTA,
RECIFE - PERNAMBUCO
CEP 50050-802
CNPJ 10.835.932/0001-08
INSCRIÇÃO ESTADUAL 0005943-83**



第六章 算法设计与分析

www.celpe.com.br

Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de 26/04/02
COMERCIAL 116 | PRONTIDÃO 116
Endamento ao deficiente auditivo ou de fala: 0800 281 0142
Ouvidoria 0800 282 5598
Regulação dos Serviços Públicos Delegados do Estado
RPE: 0800-727-0167-Ligação Gratuita de Telefones Fixos
Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL
167-Ligação Gratuita de telefones fixos e móveis

DADOS DO CLIENTE	DATA DE VENCIMENTO	DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL	CONTA CONTRATO
MELICIO DA COSTA LEITE NETO	20/11/2018	05/10/2018	002431353019
CPF: 214.938.474-49	TOTAL A PAGAR (R\$)	DATA DA APRESENTAÇÃO	Nº DO CLIENTE 2001321578
	275,47	15/10/2018	
ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA	NÚMERO DA NOTA FISCAL	Nº DA INSTALAÇÃO	
RUA DO DE CAJAS 170 D	034217931	0604068431	
CENTRO GOIANA 55900-000 GOIANA PE			
CLASSIFICAÇÃO	B3 COMERCIAL - OUTROS SERVIÇOS E OUTRAS ATIVIDADES		
	Trifásico		
RESERVADO AO FISCO	FDF4.1F3A.4BB2.E4D5.62A1.362C.4B63.1DC2		
As condições gerais de fornecimento (Resolução ANEEL 414/2018), tarifas, produtos, serviços prestados e tributos se encontram à disposição, para consulta em nossas unidades de atendimento e no site www.celpa.com.br			

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)
Consumo Ativo(kWh)	248,00	0,73486066	208,92
Acráscimo Bandeira VERMELHA			20,00
Contrib. Ilum. Pública Municipal			25,45
ICMS Subvenção-CDE-NF 022840952-05/07/18			1,51
ICMS Subvenção-CDE-NF 026526402-06/08/18			1,50
Multa por atraso-NF 026526402 - 06/08/18			4,62
Juros por atraso-NF 026526402 - 06/08/18			2,41
Atualização IGPM-NF 026526402 - 06/08/18			1,52
Deságua APAE - 0800 722 2723			10,00
TOTAL DA FATURA			275,47

EM ATÉ 18 DIAS, DÉBITOS EXISTENTES CAUSARÃO CORTE.		
Vencimento	DI Recav.	Valor
20/08/18	15/08/18	236,63

Este comunicado NÃO substitui aviso de débitos anteriores e NÃO contempla débitos em discussão judicial. Caso a suspensão do fornecimento persiste por dois dias úteis de faturamento, poderá ocorrer o encerramento do contrato, podendo também existir cobrança conforme os critérios definidos no Art. 89 REN 414/2012. Pode ocorrer agção de cobrança, bem como inclusão nos registros de restrições de crédito BPC e SERASA.

Tarifas Aplicadas		HISTÓRICO DO CONSUMO	
Consumo Ativo(kWh)	0,3215808	OUT	18
		SET	15
		AGO	16
		JUL	18
		JUN	18
		MAR	18
		ABR	18
		MAR	18
		FEV	18
		JAN	18
		DEZ	17
		NOV	17
		OUT	17

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL									
NÚMERO DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR		ATUAL		Nº DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO KWH
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA				
0000000003010180005	CAT	04/09/2018	44.866,00	05/10/2018	44.342,00	31	1.00000	0,00	386,00

ESTAMOS CERTIFICADORA

DATA PREVISTA PARA A PRÓXIMA LEITURA: 07/11/2018

CE-008-23

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUÇÕES					
DESCRIÇÃO	CÓMPLUTO	VALOR APURADO	META MENSAL	META TRIM.	META ANUAL
ago/2018					
DNC-Média horas sem Energia	GOIANA	0,00	4,95	9,91	19,82
FIC-No de vezes sem Energia		0,00	3,23	6,47	12,95
DMIC-Duração máximas de Interrupção contínua		0,00	2,77	6,00	6,00
DMCR-Duração de Interrupção em dia úteis			Limite DMCR: 12,22		
EUBO-Valor da Encargo de Uso = R\$ 78,74					
Todo Consumidor pode analisar a apuração das Indicadores DNC, FIC, DMIC e DMCR a qualquer tempo.					

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Pague no ponto mais perto de você! Ag. Correios goianinha: prazo duque de caxias centro / comercial goianense de drogas: sua trapiche do malo no 32
Na data de leitura a bandeira em vigor é a Vermelha. Mais informações acesse www.anatel.gov.br.
O cliente é compensado quando há violação na continuidade individual ou no nível de tensão de fornecimento.
Págto. em atraso gera multa 2% (Res/414/2011), Juros 1% a.m. (Res. 10.438/02) e atualização monetária no próx. mês.
O Cliente é compensado quando há des cumprimento de prazo definido para os pedidos de atendimento ao cliente.
Em caso de suspensão de fornecimento, o encerramento do contrato poderá ocorrer após 2 ciclos de faturamento
pedindo também ser cobrado o custo de disponibilidade no ciclo em que ocorrer a suspensão.
O consumidor pode cancelar a cobrança de serviços de terceiros na futura e a qualquer tempo - Art 7º REN 581/13

NÍVEIS DE TENSÃO		
TENSÃO NOMINAL(V)	LIMITE DE VARIAÇÃO(V)	
	MÍNIMO	MÁXIMO
220	202	231
380	350	389

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

DEPARTAMENTO

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO	TOTAL A PAGAR(R\$)	VENCIMENTO	TALÃO DE PAGAMENTO
002431353018	10/2018	275,47	20/11/2018	<p style="text-align: center;">Evite dobrar, perfurar ou rasurar.</p> <p style="text-align: center;">Este caphoto será usado em leitora ótica.</p>

838000000025 754700110023 431353019106 166518819832



FALÁO DE PAGAMENTO

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

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

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguraderalider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

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/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP¹ 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 COAF².

¹ Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

² 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 nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu, Aruaná Guilherme m. de Carvalho inscrito (a) no CPF/CNPJ 083.562.324 / 65, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Jonatas da Silva Pereira inscrito (a) no CPF sob o N° 702.194.534 / 54 do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez, da Vítima Jonatas da Silva Pereira, inscrito (a) no CPF sob o N° 702.194.534 / 54, 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 Lider-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	Rua Duque de Caxias	Número	170	Complemento	B
Bairro	Lentre	Cidade	Goiânia	Estado	PE
Email	aruanamaria.goiânia@gmail.com	Telefone comercial(DDD)	(61)3626-3771	Telefone celular (DDD)	(61)9.9808-6287

Goiânia 11 de junho de 2018
Local e Data



Assinatura do Declarante

ARUANA SEGUROS

11 JUL 2018

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

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguraderalider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

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/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP¹ 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 COAF².

¹ Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

² 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 nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu, Aruaná Guilherme m. de Carvalho inscrito (a) no CPF/CNPJ 083.562.324 / 65, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Jonatas da Silva Pereira inscrito (a) no CPF sob o N° 702.194.534 / 54 do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez, da Vítima Jonatas da Silva Pereira, inscrito (a) no CPF sob o N° 702.194.534 / 54, 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 Lider-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	Rua Duque de Caxias	Número	170	Complemento	B
Bairro	Lentre	Cidade	Goiânia	Estado	PE
Email	aruanamaria.goiânia@gmail.com	Telefone comercial(DDD)	(61)3626-3771	Telefone celular (DDD)	(61)9.9808-6287

Goiânia 11 de junho de 2018
Local e Data



Assinatura do Declarante

ARUANA SEGUROS

11 JUL 2018

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Ivanildo José da Silva,
RG nº 4829409, data de expedição 22/07/92,
Órgão SSP-PE, portador do CPF nº 801.269.444-15, com
domicílio na cidade de CONDADO, no Estado de
PERNAMBUCO, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Lot. JOSÉ DOURADO, nº —,
complemento —, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima Yonas da Silva Ferreira cujo o condutor era
Alexsandro Alves da Silva.

Veículo: Motomotor
Modelo: Suzuki X1 500
Ano: 2014/2015
Placa: P0E-4901
Chassi: LXYXEBL03F230403
Data do Acidente: 04/04/2018
Local e Data: CONDADO-PE, 26/04/2018

Ivanildo José da Silva
Assinatura do Declarante

ARUANA SEGUROS

11 JUL 2018

Alexsandro Alves da Silva

Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)

CARTÓRIO DO OFÍCIO ÚNICO
Titular: LETICIA ANDRADE DE AZEVEDO
Telefone: (81) 3642-1026

RECONHEÇO POR AUTENTICIDADE A FIRMA DE IVANILDO JOSÉ
DA SILVA DOU PE, Condado, 26/04/2018 em test'
da verdade Ivanildo Lais Alves da
Silva Nascimento- Escrivente Substituta Emol. R\$ 3,43
TENR R\$ 0,80 FERC R\$ 0,40 ISS R\$ 0,16

Selo: 0077636.XAL03201802.04929 26/04/2018 15:28:10
Consulta autenticidade em www.tjpe.jus.br/seledigital

CARTÓRIO DO OFÍCIO ÚNICO
Titular: LETICIA ANDRADE DE AZEVEDO
Telefone: (81) 3642-1026

RECONHEÇO POR AUTENTICIDADE A FIRMA DE ALEXSANDRO
ALVES DA SILVA DOU PE, Condado, 26/04/2018 em test'
da verdade Alexsandro Lais Alves da
Silva Nascimento- Escrivente Substituta Emol. R\$ 3,43
TENR R\$ 0,80 FERC R\$ 0,40 ISS R\$ 0,16

Selo: 0077636.ZVN03201801.00432 26/04/2018 15:28:10
Consulta autenticidade em www.tjpe.jus.br/seledigital

Dr. Maurício César Leal

Ortopedia e Traumatologia

Cirurgia da Mão

CREMEPE 12396

JONAS DA SILVA PEREIRA

Paciente VITIMA de Fratura
do Rádio distal C/ DESVIO. Paciente
Submetido a osteosíntese C/ Placa +
Parafuso. Talante C/ hérnia
de feratrapa (4º semest). Paciente
Vítima de fratura capilar do Rádio
C/ déficit de PRONO-SUPINAÇÃO +
dérbit de FLEX-ESTENÃO do Rádio +
Dor crônica. Paciente apresenta a
Sicomb FUNCIONAL deficiente 50%
26/10/2018

Av. Visconde de Albuquerque, 776 - Madalena - Recife - PE
Fones: (81) 3446.6991 - Madalena Medical Center



5400216

Número do Registro 2018/EC001585	Data e Hora de Atendimento 07/04/2018 09:46	Prontuário Local: Prontuário Integrado	Local de Entrada: Emergência Cirúrgica
-------------------------------------	--	--	---

Informações prestadas pelo paciente ou acompanhante:

Paciente:
29892 JONAS DA SILVA PEREIRA
 Nascimento: 28/02/1996 Idade: 22 Sexo: Masculino Cor: Parda
 Estado Civil: Solteiro(a) Profissão: SEGURANÇA Naturalidade: CONDADO Nacionalidade: BR
 Documento de Identidade: JÓRGE DA SILVA PEREIRA
 9421490 Filiação: CRISTINA MARIA DA SILVA
 Endereço (Av., Rua, etc.): LOTEAMENTO JOSE DOURADO Nº31 Complemento: CASA
 Bairro: CENTRO Cidade: CONDADO UF: PE Telefone: 93905194
 Acompanhante
 Ocorrência: ACIDENTE DE TRÂNSITO PROX AO CEMENTERIO EM CONDADO - Act. Colisão com Outro Veículo
 Acidente de Trabalho: Sim Não
 Procedência: VIA PÚBLICA Meio de Transporte: SAMU

AVALIAÇÃO DA ENFERMAGEM / ACOLHIMENTO

Queixa principal:
 Febre Vômito Dificuldade de respirar Tosse
 Taquicardia Convulsão Desmaio Tonturas Fraqueza Confusão
 Fadiga Distúrbios visuais Paraesthesia e/ou Paralisia de parte do corpo
 Dor Local M.S.D.
 Queixa urinária
 Sangramento. Loc.
 Outras queixas: *Acidente de trânsito / lesões contendo na face*

Antecedentes Mórbidos / Medicamentos

Hipertensão Diabetes Problemas cardíacos Asma Bronquite Alergias
 Tubercolose Convulsão Tabagismo Enfisema Alcoolismo A.V.C.
 Outros:
 Uso de medicamentos:

NOTIFICADO
EPIDEMIOLÓGICO/HBC

Encaminhamentos
 Clínica Geral
 Pediatra
 Cirurgião
 Ortopedista
 Serviço Social
 Maternidade
 Enfermagem
 Outros

Classificação
ARUANA SEGUROS
11 JUL 2018
Ana Cláudia A. de Araújo
COREN-PE 61196-ENF

Ass. Enfermagem

Sinais Vitais

F.A. _____ x _____ mmHg T.m. _____ °C P.m. _____ bpm F.R.m. _____ rpm

Exames Diagnósticos auxiliares

Glicemia Capilar _____ mg/dl

AVALIAÇÃO MÉDICA

Queixa principal (QP) / Histórico da doença (HDA)

Paciente vítima de acidente de trânsito

Exame Físico: Peso _____ kg

Fractura nasal em face + Fractura do osso da mandíbula D

Hipótese diagnóstica / conduta

Fractura nasal em face + Fractura do osso da mandíbula D

Código de Atendimento:

CID 10:

* non fáceis

0401010058-225

0401010022

Continuação ...

- # Josepse
- ↓ future de cunha da fer
- ↓ Cunha Ombro.

Alta l'orga
A ortoférme

Dr. Antonio Roberto [Signature]
Médico Cirurgião - Geral
CREMEPE 23138-S

ortopedia. → Pac. vítima de acidente motociclistico c/ lesões em ombro. (D). S/ edema e hemorragia local. S/ alt. neurosensoryz. R. x c/ fract. Golleza: col: Imobiliz.

Transferido p/ serviço de enfermagem p/
TTO cirúrgico.

Hosp. Miguel Arraes

Dr. Francisco Guedes da S. Neto
Ortopedia - Traumatologia - Cr. Ombro
CRM: 6371 / CRM-CE: 1026

Evolução Enfermagem

ARUANA SEGUROS

11 JUL 2018

ALTA

Data:	
Hora:	
Residência	
Internação	
Óbito	
Transferência	

Médico - CRM

Hospital: Miguel Arraes Senha: 5400276

ARUANA SEGUROS

11 JUL 2018



XII Gerência Regional de Saúde – XII GERES
Hospital Belarmino Correia

Sunny Condado
Hosp Miguel Arrieta.
Salida \$100-2%

Guia de Esclarecimento

HOSPITAL REGIONAL BEATRIZINHO CORREIA DE GOIÁNA - REGIÃO XII GERES

Sexo: **COR:** **Estado Civil:** **Profissão:**

dia dia: _____ horas do dia: _____ de: _____ de: _____

Principals _____

to the date of the audit:

159 *Lepturus* is the original genus epithet.

• Biografia: _____

780 _____ 780 DT-1 Merito 27168554

mento a (e): 100% do dia, de 10h de 20

Ergo *100%* *TEO*

Frances SLI - Trauma - AM-26163

mudou para observação clínica por [REDACTED] horas nesta unidade e não houve indicação para tratamento hospitalar.

*Dr. Túlio Carvalho
Mérito
CRM/SE/CA*

amento hospitalar
Saída 11:20 hs



PERNAMBUCO



MIGUEL ARRAES



IMIP

Instituto de Medicina Integral
Prof. Fernando Faria

RESUMO DE ALTA HOSPITALAR/ESCLARECIMENTO

NOME: JONAS DA SILVA PEREIRA REG: 113873
IDADE: 25 SEXO: M

IDADE: _____ SEXO: _____ DATA DA ADMISSÃO 7/4/2018 DATA DA ALTA 09/04/18
DIAGNÓSTICO: _____

DIAGNÓSTICO

François Jules de GALVANZI Dijon

TRATAMENTO REALIZADO:

- Os teosintetizam com Pílulas SGP 3,5mg + Paracetamol

ORIENTAÇÃO:

- towns Mercator
 - WissigDind
 - Beiname der Austronesier der AS Ozean

PROGRAMA APÓS ALTA:

PROGRAMA APÓS AÉTA: AMBULATÓRIO DE EGRESO

DATA DA CONSULTA AMBIULATÓRIA:

1300

NÃO()

EDITORIAL: _____

ARUANA SEGUROS

11 JUL 2018

ASSINATURA DO MÉDICO, CARIMBO E CRM

SUS

Laudo para solicitação de autorização de internação

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

1 - ESTABELECIMENTO SOLICITANTE
HOSPITAL MIGUEL ARRAES

2 - CNES

6431569

3 - ESTABELECIMENTO EXECUTANTE
HOSPITAL MIGUEL ARRAES

4 - CNES

6431569

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5 - Nº Prontuário

113877

5 - Nome do Paciente

JONAS DA SILVA PEREIRA

7 - Cartão Nacional do SUS
7005003972575548 - Data de Nascimento
28/02/19969 - Sexo
 Masculino Feminino

10 - Raça Cor

03 - Parda

10.1 - Étnia

0000 - Não Se Aplica

12 - Telefone de Contato
8193905194

14 - Telefone de Contato

11 - Nome da Mãe

CRISTIANE MARIA DA SILVA

13 - Nome Responsável

DANIELE DE ABREU

15 - Endereço (Rue, Nº, Bairro)

LOTEAMENTO JOSE DOURADO, 31 - CENTRO

16 - Município

CONDADO

17 - IBGE

260460

18 - UF
PE19 - CEP
55940970

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

ARUANA SEGUROS

11 JUL 2018

21 - Condições que justificam a internação
PACIENTE CIRÚRGICO22 - Principais Resultados de Provas Diagnósticas
EXAME FÍSICO E RAIOS X

23 - Diagnóstico Inicial / Código

FERATURA DA DIAFISE DO RÁDIO DIREITO 1/3 DISTAL

24 - CID 10 Principal

25 - CID 10 Secundário

26 - CID 10 Causas Associadas

S525

W019

28 - Código do Procedimento

0408020598

27 - Descrição do Procedimento Solicitado

TRATAMENTO CIRÚRGICO DE PSEUDARTROSE NA REGIÃO METAFISE-EPIFISÁRIA DISTAL DO RÁDIO E UMLA

29 - Especialidade

CIRÚRGICA

30 - Caráter de Atendimento

2

31 - Documento

(X) CNS

32 - Nº do Documento (CNS/CPF) do Profissional Solicitante/Assistente

980016297085268

33 - Nome do Profissional Solicitante/Assistente

ANTONIO JOSE OLIVEIRA DE A. QUEIROZ

34 - Data da Solicitação

07/04/2018

35 - Assinatura e Carimbo (Nº de Registro no Conselho)

Jan Bustorff Freire
Ortopedia - Traumatologia
CRM PE 26.459

19797

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)

41 - Série

36 - () Acidente de Trânsito

39 - CNPJ Seguradora

40 - Nº Bilhete

44 - CBOR

37 - () Acid. Trabalho Típico

42 - CNPJ / Empresa

43 - CNAE / Empresa

38 - () Acid. Trabalho Trajeto

45 - Vínculo com a Previdência

() Empregado

() Empregador

() Autônomo

AUTORIZAÇÃO

() Desempregado

() Aposentado

() Não Segurado.

46 - Nome do Profissional Autorizador

47 - Cód. Órgão Emissor

E280000001

52 - Nº da Autorização da Internação Hospitalar

48 - Documento

49 - Nº do Documento (CNS/CPF) do Profissional Autorizador

() CNS () CPF

50 - Data da Autorização

Assinatura e Carimbo (Nº Registro no Conselho)
Médico de Plantão CRM PE 26.420AIH
261810159051-1

Código do Laudo: 423487

DADOS DO PACIENTE

Paciente: **JONAS DA SILVA PEREIRA**
 Idade: 22a 1m 9d Sexo: M
 Profissão:
 R.G.: 9441490 C.P.F.:
 Endereço: LOTEAMENTO JOSE DOURADO

Origem: URGENCIA/EMERGENCIA
 Convênio: SUS - INTERNACAO
 Unidade Internação: VERDE 2 ORTOPEDIA Acomodação: ENFERMARIA DE OBSERVACA Leito: VERD2-15
 Médico Internação: PLANTONISTA CIRURGIA GERAL

Estado Civil: SOLTEIRO

Escolaridade:

Telefone:

, 31 - CENTRO

Prontuário: 113877
 Data de Nascimento: 28/2/1996

CEP 55940970

- CONDADO

- PE

Dados da Internação

Data e Hora da Internação: 8/4/2018 02:52

Plano: GERAL

DADOS DO RESPONSÁVEL

Nome:
 Endereço:
 Telefone:

Cidade:

R.G.:

C.P.F.:

- Número:

Estado civil:

DADOS DA LIBERAÇÃO DO PACIENTE

Data da Alta: 09/04/18

Hora da Alta: _____ :

Motivo: Melhorado A Pedido Transferência

Óbito

Evasão

Condições de Alta: Bom evolução clínica.

Diagnóstico Principal.....: Fascia lata e A Galvez A dor

Diagnóstico Secundário01.: _____

Diagnóstico Secundário02.: _____

Procedimento.....: Ressecção crônica da fascia lata + parafixação

REVISADO

CCIH-HMA

[Signature]

João Bosco B. C. Britto
 Ortopedia / Traumatologia
 CRMPE 16270

Médico e CRM:

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, anestesias, 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 _____ de _____ de _____

[Signature]
 Assinatura e RG do paciente ou pessoa responsável

DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO

Atendimento.....: 423487 Prontuário: 113877 SAME: 101045 Hora Atend: 12:19 Data Atend:07/04/2018
Paciente.....: JONAS DA SILVA PEREIRA Idade: 22 a
Endereço.....: LOTEAMENTO JOSE DOURADO
Bairro.....: CENTRO UF.: PE CEP: 55940870
Cidade.....: CONDADO Plano.: PLANO UNICO
Convênio.....: SUS - EXTERNO / URGENCIA
CID Principal.: -
CID's Secundários.: -
Resultado.....: ENCAMINHADO AO SETOR DE INTERNACAO Hora Saída :02:47
Data Saída.....: 08/04/2018

Prestador da Evolução Médica:

ANTONIO JOSE OLIVEIRA DE A. QUEIROZ

ARUANA SEGUROS
11 JUL 2018

ANTONIO JOSE OLIVEIRA DE A. QUEIROZ / 19797
CIRURGIA GERAL

HOSPITAL METROPOLITANO NORTE MIGUEL ARRAES DE ALENCAR

Atendimento: 423487

Senha da Classificação:

0018

Data e Hora: 07/04/2018 12:19

Paciente: 113877 JONAS DA SILVA PEREIRA

Sexo: MASCULINO

Nome Social:

Data do Nascimento: 28/02/1996 Idade: 22 anos Convenio: 2 SUS - EXTERNO / URGENCIA

Nome da Mãe: CRISTIANE MARIA DA SILVA

Nome do Pai: JORGE SERAFIM PEREIRA

Estado Civil: SOLTEIRO

Nome do Médico: PLANTONISTA ORTOPEDIA

CRM: 12348

Endereço: LOTEAMENTO JOSE DOURAD

31

Bairro: CENTRO

Cidade/UF: CONDADO

PE

Usuário Atendimento: HANNESSAKCCA

Informações Associadas a Pacientes Estrangeiros / Visitantes

Data Entrada Brasil:

Nacionalidade: BRASILEIRA

Nr Documento Estrangeiro:

Observação:

ARUANA SEGUROS

11 JUL 2018

RESUMO DE TRATAMENTO

Peso: _____

Altura: _____

Temperatura: _____

Hora: _____

Queixa Principal

Fraqueza fino, de colisão moto - com. reforçado cada vez mais tempo. Chave de fenda. Piora dor e fraqueza anteriores (D). Duração da dor é constante. Dor pode ser considerada intensa.

Exame Físico

A: Viva: circ. periorbita; B: UV+ em AHT 5/24; C: DCR+ IT. PUF: P: 60ppm; E: Abd: in dolor & palor. Minuto na fundo do arco, dor dor e sensibilidade. Dor à mobilização no ombro (D).

Hipótese Diagnóstico

Radicopatia

Prescrição Médica

- Sol Rx
- RDT + analgesia,
- Audiência de ortopedia

De Fármacos Clínicos
Giovanni Geral
Ribeirão Preto/SP

Assinatura e Carimbo/Médico

Destino: () Encaminhado ao Ambulatório () Residência

() Transferido: Para _____ Senha: _____

() Encaminhado ao setor de internação

SOT

Entendo sob orientação de Dr. Antônio Quirino

Dr. Icaro Môlim de S. Pereira
Ortopedia / Traumatologia
PRAZO

HOSPITAL METROP. NORTE MIGUEL ARRAES

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

PROTÓCOLO CLASSIFICAÇÃO REDE IMIP

Data e hora retirada da senha: 07/04/2018 12:16

Nome Paciente:	JONAS DA SILVA PEREIRA
Cód. Paciente:	113877
Data de Nascimento:	28/02/1996
Sexo:	Masculino
Idade:	22
Senha:	0018
Convênio:	2 - SUS - EXTERNO / URGENCIA
Atendimento:	423487
SAME:	101045

Período: 07/04/2018 12:33 - 07/04/2018 12:40

AMANDA ROBERTA DE MELO COSTA - COREN: 342188 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - Classificação

Prioridade:

URGENCIA AMARELO

Cor:

AMARELO

Queixa Principal:

VITIMA DE COLISAO MOTO COM CARRO HÁ +/- 4 HORAS, EVOLUINDO COM TRAUMA EM FACE - REGIÃO MANDIBULAR E TRAUMA EM MSD. APRESENTA ESCORIAÇÕES EM ABDOME E EM MMII. RELATA TONTURA MOMENTANEA E USO DE CAPACETE. NEGA DESMAIO E PERDA DE CONSCIENCIA.

Serviço:

CONDUZIDO PELO SAMU, ENCAMINHADO PELO HOSPITAL BELARMINO CORREIA COM SENHA:5400216.
NEGA DM, HAS E ALERGIAS.

Fluxograma sintoma:

T.C.E

Discriminador(es):

- ESCALA DE COMA DE GLASGOW 14 OU 15

Especialidade:

CIRURGIA GERAL

+ ORTOPEDIA

Sinais Vitais Lidos:

- SACR - ESCALA DE GLASGOW: 15
- SACR - REGUA DE DOR: 4
- FREQUENCIA CARDIACA: 97.00 BPM
- FREQUENCIA RESPIRATORIA: 14.00 RPM
- GLICOSE: 112.00 MG/DL
- P.A. SISTOLICA: 120.00 MMHG
- P.A. DISTOLICA: 80.00 MMHG
- SATURAÇÃO DE OXIGÊNIO: 99.00 %

**REVISADO
NEPL-HMA**

ARUANA SEGUROS

11 JUL 2018

HMA - Hospital Miguel Arraes

Lesão de Pele

Sim Não

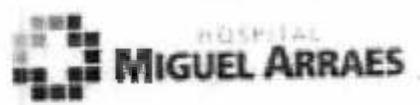
Local FACE T UNIT

Lacerac J LS Escoriação
of Saliva Enfermeiro

Amanda Roberta de M. Costa
CORPO-A-1218-08

Acolhido(a) por: AMANDA ROBERTA DE MELO COSTA - COREN: 342188 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 07/04/2018 12:40

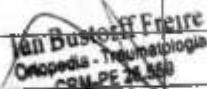


Instituto de Medicina Integral
Prof. Fernando Figueira

EVOLUÇÃO CLÍNICA

NOME: JONAS DA SILVA PEREIRA REG: 113877

CLÍNICA: _____ ENFERMAGEM: _____ LEITO: _____

DATA/HORA	
7/4/2018	# SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA # ADMISSÃO
18:42	PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE MOTO X CARRO REFERE DOR E DEFORMIDADE EM ANTEBRAÇO DIREITO.
	EF: REG, LOTE, EUNEICO, AFEBRIL
	DOR E DEFORMIDADE EM ANTEBRAÇO DIREITO
	NEUROVASCULAR PRESERVADO
	HD: FX DIAFISE DE RÁDIO DIREITO MAIS LX DA CABEÇA
	DA URNA.
	CD: INTERNO SOB ORIENTAÇÃO DE DR ANTONIO QUEIROZ
	SOLICITO PRE OP
	 João Bosco B. C. Neto Ortopedia - Traumatologia CRM-PE 26.560
	ARUANA SEGUROS 11 JUL 2018
09/04/18	HISTÓRICO Ho Posar (09/04) Fratura hérnia de Luxo. ossos com fratura CCP 3,5 + fenda no rádio. Paciente cravou os ossos, Síntoma: dor. Dor, 3cm, evanescer. Itineraria: Nômada. Foram feitos exames em 01/04 foi para Anísio (1º DIA) Co.: Acamado, Dor, Sintoma dor.

João Bosco B. C. Neto
Ortopedia / Traumatologia
CRM-PE 26.560

HOSPITAL MIGUEL ARRAES

MV 2000 - Sistema de Centro Cirúrgico e Obstétrico
Ficha de Cirurgia Descritiva

Página: 001
Data: 08/04/2018
Hora: 12:45

Ficha de Cirurgia Descritiva

Aviso de Cirurgia: 48936

Paciente: 113877

Convênio Atend.: 1

Leito: 691

Dt. Início: 08/04/2018 08:02

Sala: 0002 SALA 02

JONAS DA SILVA PEREIRA

SUS - INTERNACAO

VERD2-15

Atendimento: 423532

Carteira:

Idade: 22 Anos 11 Dias 12 Horas

Cid Pré-Operatório: S525

FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DO RÁDIO

Cid Operatório:

Procedimentos

Atendimento: 0408020431

TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DIAFISARIA ÚNICA DO RÁDIO / DA URNA (PRINCIPAL)

Convênio: 001

SUS - INTERNACAO

Anestesia: 29

BLOQUEIO PLEXO BRAQUIAL

Equipe Médica

CIRURGIAO

13925 LUIZ ANTONIO DE CARVALHO

Descrição**Descrição Cirúrgica:**

DIAGNÓSTICO: FRATURA LUXAÇÃO DE GALLEAZZI DIREITA
 CIRURGIA: OSTEOSÍTESE COM PLACA DCP 3,5 + PARAFUSOS INTERFRAGMENTÁRIO
 CIRURGIÃO: DR. LUIZ CARVALHO
 1º AUXÍLIO: DR. CLAUDIO COSTA
 2º AUXÍLIO: DR. MANOEL OLIVEIRA FERREIRA
 INSTRUMENTADOR (A): ELAINE
 ANESTESISTA: DR. ARTHUR
 ANESTESIA: BLOQUEIO DE PLEXO

ARUANA SEGUROS

11 JUL 2018

1. PACIENTE EM DDH SOB ANESTESIA;
2. GARROTEAMENTO DO MSD;
3. ASSEPSIA E ANTISSEPSIA;
4. APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTÉREIS;
5. INCISÃO DE PELE DE 10CM NA REGIÃO VOLAR DO ANTEBRAÇO DIREITO;
6. DISSECCÃO POR PLANOS;
7. REDUÇÃO CRUENTA DE FRATURA RÁDIO DIREITO E FIXADO COM DOIS PARAFUSOS CORTICais INTERFRAGMENTÁRIOS;
8. FIXAÇÃO COM PLACA DCP 3,5 COM 8 FUROS + PARAFUSOS CORTICais;
9. VISUALIZADO BOA REDUÇÃO COM INTENSIFICADOR DE IMAGENS;
10. LIMPEZA COM SF 0,9%;
11. SUTURA POR PLANOS COM VICRIL 2,0 E NYLON 3,0;
12. CURATIVO ESTÉRIL;
13. CONTROLE COM RX;

PARAFUSOS CORTICais 3,5MM: 1X14, 2X 18, 6 X16

Cirúrgicos:

Descrição Complementar

Manoel Oliveira Ferreira
Ortopedista Traumatologista
CRM/PE 24580
[Signature]

DR(A): LUIZ ANTONIO DE CARVALHO
CRM : 13925



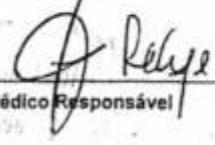
HOSPITAL EVANGÉLICO DE PERNAMBUCO
(Associação Evangélica Beneficente de Pernambuco)
Rua Frei Jaboatão, 301 - Torre - Recife - PE
CEP: 50.710-030 - C.N.P.J. 10.859.817/0001-73

LAUDO MÉDICO

JONAS DA SILVA PEREIRA

Paciente (22 ANOS), Vítima de acidente de Motocicleta (CONADOC) - Dia 7/4/2016 e comprova fratura da Rádio diáfise distal.

Paciente Sendo submetido a cirurgia dia 8/4/2016 c/ osteosíntese cl/ Placa + Parafuso N- Herbert MIGUEL ARRAES. Paciente apresenta-se c/ dor importante na Região da diáfise Radial, c/ déficit de pronosupinação, déficit de força + fadiga no M. P., c/ edema crônico + déficit friccional IMPORTANTE. Paciente tornozeleira funcional - Segunda deformidade (50%).
Data: 17/8/2016 ALTA deformidade.


Dr. Rejane
Médico Responsável

CRM: _____





ARUANA SEGUROS

24 AGO 2018

Scanned with CamScanner

ARUANA SEGUROS
24 AGO 2010



24 AGO 2018

ARUANA SEGUROS
24 AGO 2018

ARUANA SEGUROS

24 AGO 2018



5400216

Número do Registro 2018/EC001585	Data e Hora de Atendimento 07/04/2018 09:46	Prontuário Local: Prontuário Integrado	Local de Entrada: Emergência Cirúrgica
-------------------------------------	--	--	---

Informações prestadas pelo paciente ou acompanhante:

Paciente: 29892 JONAS DA SILVA PEREIRA	Registro SUS 700500397257554
Nascimento: 28/02/1996 Idade: 22	Sexo: Masculino
Estado Civil: Solteiro(a)	Naturalidade: CONDADO
Documento de Identidade 9421490	Nacionalidade: BR
Filiação: JÓRGE DA SILVA PEREIRA	
Endereço (Av., Rua, etc.) LOTEAMENTO JOSE DOURADO Nº31	Complemento: CASA
Bairro: CENTRO	Cidade: CONDADO
Acompanhante	UF: PE Telefone: 93905194
Ocorrência: ACIDENTE DE TRÂNSITO PROX AO CEMENTERIO EM CONDADO	- Act. Colisão com Outro Veículo
Procedência: VIA PÚBLICA	Acidente de Trabalho: Sim <input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/>
Meio de Transporte: SAMU	

AVALIAÇÃO DA ENFERMAGEM / ACOLHIMENTO

Queixa principal: <input type="checkbox"/> Febre <input type="checkbox"/> Vômito <input type="checkbox"/> Dificuldade de respirar <input type="checkbox"/> Tosse <input type="checkbox"/> Taquicardia <input type="checkbox"/> Convulsão <input type="checkbox"/> Desmaio <input type="checkbox"/> Tonturas <input type="checkbox"/> Fraqueza <input type="checkbox"/> Confusão <input type="checkbox"/> Fadiga <input type="checkbox"/> Distúrbios visuais <input type="checkbox"/> Paraesthesia e/ou Paralisia de parte do corpo <input checked="" type="checkbox"/> Dor Local M.S.D <input type="checkbox"/> Queixa urinária <input type="checkbox"/> Sangramento. Loc. <input checked="" type="checkbox"/> Outras queixas. Acidente de trânsito / lesões contendo na face	Encaminhamentos <input type="checkbox"/> Clínica Geral <input type="checkbox"/> Pediatra <input checked="" type="checkbox"/> Cirurgião <input type="checkbox"/> Ortopedista <input type="checkbox"/> Serviço Social <input type="checkbox"/> Maternidade <input type="checkbox"/> Enfermagem <input type="checkbox"/> Outros
Antecedentes Mórbidos / Medicamentos <input type="checkbox"/> Hipertensão <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Problemas cardíacos <input type="checkbox"/> Asma Bronquite <input type="checkbox"/> Alergias <input type="checkbox"/> Tubercolose <input type="checkbox"/> Convulsão <input type="checkbox"/> Tabagismo <input type="checkbox"/> Enfisema <input type="checkbox"/> Alcoolismo <input type="checkbox"/> A.V.C. <input type="checkbox"/> Outros: <input type="checkbox"/> Uso de medicamentos:	Classificação ARUANA SEGUROS 11 JUL 2018 Ana Cláudia A. de Araújo COREN-PE 61196-ENF
Sinais Vitais PA _____ mmHg Tm _____ °C Pm _____ bpm F.R.m _____ rpm	Ass. Enfermagem
Exames Diagnósticos auxiliares <input type="checkbox"/> Glicemia Capilar _____ mg/dl	

AVALIAÇÃO MÉDICA

Queixa principal (QP) / Histórico da doença (HDA) Pele sobre de acidente de trânsito	
Exame Físico: Peso _____ kg	
Hipótese diagnóstica / conduta Fractura nasal + Fratura do osso D	
Código de Atendimento:	CID 10:

* non fisco

0401010058-225

040101002

Continuação ...

- # Josepse
- ↓ future de cunha da fer
- ↓ Cunha Ombro.

Alta l'orga
A ortoférme

Dr. Antonio Roberto [Signature]
Médico Cirurgião - Geral
CREMEPE 23138-S

ortopedia. → Pac. vítima de acidente motociclistico c/ lesões em ombro. (D). S/ edema e hemorragia local. S/ alt. neurosensoryz. R. x c/ fract. Golleza: col: Imobiliz.

Transferido p/ serviço de enfermagem p/
TTO cirúrgico.

Hosp. Miguel Arraes

Dr. Francisco Guedes da S. Neto
Ortopedia - Traumatologia - Cr. Ombro
CRM: 6371 / CRM-CE: 1026

Evolução Enfermagem

ARUANA SEGUROS

11 JUL 2018

ALTA

Data:	
Hora:	
Residência	
Internação	
Óbito	
Transferência	

Médico - CRM

Hospital: Miguel Arraes Senha: 5400276

ARUANA SEGUROS

11 JUL 2018



XII Gerência Regional de Saúde – XII GERES
Hospital Belarmino Correia

Sunny Condado
Hosp Miguel Arrieta.
Salida \$100-2%

Guia de Esclarecimento

HOSPITAL REGIONAL BEATRIZINHO CORREIA DE GOIÁNA - REGIÃO XII GERES

Sexo: _____ **Cor:** _____ **Estado Civil:** _____ **Profissão:** _____

de _____ horas do dia, de _____ de _____

Principals _____

20 de junho de 2010

Page 1 of 1

$\sin \theta = \frac{y}{r}$

~~Stagny stica~~

Foto: G. S. - Studio Caron

780 *[Signature]* DT-1 Member CRM 6554

1 Feb 14 *Ergo* *1/100*

Granic, S.C., Trauman, A., & Mazzoni, E. (2013). The effect of social support on the relationship between self-esteem and depression. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 32, 103-116.

macugue e observação clínica por 12 horas nesta unidade e não houve indicação para tratamento hospitalar.

Dr. Túlio Carvalho
Mérito
CRM-DF 551

amento hospitalar
Saída 11:20h



PERNAMBUCO



MIGUEL ARRAES



IMIP

Instituto de Medicina Integral
Prof. Fernando Faria

RESUMO DE ALTA HOSPITALAR/ESCLARECIMENTO

NOME: JONAS DA SILVA PEREIRA REG: 113873
IDADE: 25 SEXO: M

IDADE: _____ SEXO: _____ DATA DA ADMISSÃO 7/4/2018 DATA DA ALTA 09/04/18
DIAGNÓSTICO: _____

DIAGNÓSTICO

~~Francesca Mazzoni~~ da Galvazzi ~~di~~ ~~Francesca~~

TRATAMENTO REALIZADO:

- Os teosintetes tem **P**lana Dep 3 Stage + **P**rairie Invasion

ORIENTAÇÃO:

- focus on Mercosur
 - Argentina & Brazil
 - Reasons for partnerships are 15 years

PROGRAMA APÓS ALTA-

PROGRAMA APÓS AÉTA: AMBULATÓRIO DE EGRESO

AMBIENTES DE EGRESO SIMP

/son
SIM NÃO
ATORIAL: / - /

ARUANA SEGUROS

1 JUL 2018

ASSINATURA DO MÉDICO, CABIMBO E CBM

SUS

Laudo para solicitação de autorização de internação

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

1 - ESTABELECIMENTO SOLICITANTE
HOSPITAL MIGUEL ARRAES

2 - CNES

6431569

3 - ESTABELECIMENTO EXECUTANTE
HOSPITAL MIGUEL ARRAES

4 - CNES

6431569

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5 - Nº Prontuário

113877

5 - Nome do Paciente

JONAS DA SILVA PEREIRA

7 - Cartão Nacional do SUS
7005003972575548 - Data de Nascimento
28/02/19969 - Sexo
 Masculino Feminino

10 - Raça Cor

03 - Parda

10.1 - Étnia

0000 - Não Se Aplica

12 - Telefone de Contato
8193905194

14 - Telefone de Contato

11 - Nome da Mãe

CRISTIANE MARIA DA SILVA

13 - Nome Responsável

DANIELE DE ABREU

15 - Endereço (Rue, Nº, Bairro)

LOTEAMENTO JOSE DOURADO, 31 - CENTRO

16 - Município

CONDADO

17 - IBGE

260460

18 - UF
PE19 - CEP
55940970

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

ARUANA SEGUROS

11 JUL 2018

21 - Condições que justificam a internação
PACIENTE CIRÚRGICO22 - Principais Resultados de Provas Diagnósticas
EXAME FÍSICO E RAIOS X

23 - Diagnóstico Inicial / Código

FERATURA DA DIAFISE DO RÁDIO DIREITO 1/3 DISTAL

24 - CID 10 Principal

25 - CID 10 Secundário

26 - CID 10 Causas Associadas

S525

W019

28 - Código do Procedimento

0408020598

27 - Descrição do Procedimento Solicitado

TRATAMENTO CIRÚRGICO DE PSEUDARTROSE NA REGIÃO METAFISE-EPIFISARIA DISTAL DO RÁDIO E UMLA

29 - Especialidade

CIRÚRGICA

30 - Caráter de Atendimento

2

31 - Documento

(X) CNS

32 - Nº do Documento (CNS/CPF) do Profissional Solicitante/Assistente

980016297885268

33 - Nome do Profissional Solicitante/Assistente

ANTONIO JOSE OLIVEIRA DE A. QUEIROZ

34 - Data da Solicitação

07/04/2018

35 - Assinatura e Carimbo (Nº de Registro no Conselho)

Jan Bustorff Freire
Ortopedia - Traumatologia
CRM PE 26.459

19797

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)

41 - Série

36 - () Acidente de Trânsito

39 - CNPJ Seguradora

40 - Nº Bilhete

44 - CBOR

37 - () Acid. Trabalho Típico

42 - CNPJ / Empresa

43 - CNAE / Empresa

38 - () Acid. Trabalho Trajeto

45 - Vínculo com a Previdência

() Empregado

() Empregador

() Autônomo

AUTORIZAÇÃO

() Desempregado

() Aposentado

() Não Segurado.

46 - Nome do Profissional Autorizador

47 - Cód. Órgão Emissor

E280000001

52 - Nº da Autorização da Internação Hospitalar

48 - Documento

49 - Nº do Documento (CNS/CPF) do Profissional Autorizador

() CNS () CPF

50 - Data da Autorização

Assinatura e Carimbo (Nº Registro no Conselho)
Médico de Plantão CRM PE 26.420AIH
261810159051-1

Código do Laudo: 423487

DADOS DO PACIENTE

Paciente: **JONAS DA SILVA PEREIRA**
 Idade: 22a 1m 9d Sexo: M
 Profissão:
 R.G.: 9441490 C.P.F.:
 Endereço: LOTEAMENTO JOSE DOURADO

Origem: URGENCIA/EMERGENCIA
 Convênio: SUS - INTERNACAO
 Unidade Internação: VERDE 2 ORTOPEDIA Acomodação: ENFERMARIA DE OBSERVACA Leito: VERD2-15
 Médico Internação: PLANTONISTA CIRURGIA GERAL

Estado Civil: SOLTEIRO

Escolaridade:

Telefone:

, 31 - CENTRO

Prontuário: 113877
 Data de Nascimento: 28/2/1996

CEP 55940970

- CONDADO

- PE

Dados da Internação

Data e Hora da Internação: 8/4/2018 02:52

Plano: GERAL

DADOS DO RESPONSÁVEL

Nome:
 Endereço:
 Telefone:

Cidade:

R.G.:

C.P.F.:

- Número:

Estado civil:

DADOS DA LIBERAÇÃO DO PACIENTE

Data da Alta: 09/04/18

Hora da Alta: _____ :

Motivo: Melhorado A Pedido Transferência Óbito Evasão

Condições de Alta: Bom Funcionamento

Diagnóstico Principal.....: Fascia lata e A Galvez A dor

Diagnóstico Secundário01.: _____

Diagnóstico Secundário02.: _____

Procedimento.....: Ressecção crônica da fascia lata + parafase

REVISADO

CCIH-HMA

[Signature]

João Bosco B. C. Bettas
 Ortopedia / Traumatologia
 CRMPE 42.270

Médico e CRM:

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, anestesias, 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 _____ de _____ de _____

[Signature]
 Assinatura e RG do paciente ou pessoa responsável

DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO

Atendimento.....: 423487 Prontuário: 113877 SAME: 101045 Hora Atend: 12:19 Data Atend:07/04/2018
Paciente.....: JONAS DA SILVA PEREIRA Idade: 22 a
Endereço.....: LOTEAMENTO JOSE DOURADO
Bairro.....: CENTRO UF.: PE CEP: 55940870
Cidade.....: CONDADO Plano.: PLANO UNICO
Convênio.....: SUS - EXTERNO / URGENCIA
CID Principal.: -
CID's Secundários.: -
Resultado.....: ENCAMINHADO AO SETOR DE INTERNACAO Hora Saída :02:47
Data Saída.....: 08/04/2018

Prestador da Evolução Médica:

ANTONIO JOSE OLIVEIRA DE A. QUEIROZ

ARUANA SEGUROS
11 JUL 2018

ANTONIO JOSE OLIVEIRA DE A. QUEIROZ / 19797
CIRURGIA GERAL

HOSPITAL METROPOLITANO NORTE MIGUEL ARRAES DE ALENCAR

Atendimento: 423487

Senha da Classificação:

0018

Data e Hora: 07/04/2018 12:19

Paciente: 113877 JONAS DA SILVA PEREIRA

Sexo: MASCULINO

Nome Social:

Data do Nascimento: 28/02/1996 Idade: 22 anos Convenio: 2 SUS - EXTERNO / URGENCIA

Nome da Mãe: CRISTIANE MARIA DA SILVA

Nome do Pai: JORGE SERAFIM PEREIRA

Estado Civil: SOLTEIRO

Nome do Médico: PLANTONISTA ORTOPEDIA

CRM: 12348

Endereço: LOTEAMENTO JOSE DOURAD

31

Bairro: CENTRO

Cidade/UF: CONDADO

PE

Usuário Atendimento: HANNESSAKCCA

Informações Associadas a Pacientes Estrangeiros / Visitantes

Data Entrada Brasil:

Nacionalidade: BRASILEIRA

Nr Documento Estrangeiro:

Observação:

ARUANA SEGUROS

11 JUL 2018

RESUMO DE TRATAMENTO

Peso: _____

Altura: _____

Temperatura: _____

Hora: _____

Queixa Principal

Fraqueza fino, de colisão moto - conc. reforçado com a reprise muitas vezes. Chave de fenda e placa dor e fraco a artéria (D). Diga da obstrução articular crônica. Dor intensificada. Pode ser de considerar a vertebral.

Exame Físico

A: Vena cava parva; B: UV+ em AHT 5/24; C: RCR=1T. PBF: P: 60ppm; E: Abd: inalterado palpo. Minuto na fundo da esquerda, nas costas e costelas. Dor à mobilização no ombro (D).

Hipótese Diagnóstica

Radicopatia

Prescrição Médica

- Sol Rx
- RDT + analgesia,
- Audiência de ortopedia

De Fármacos Clínicos
Giovanni Geral
RJ/PE-2025

Assinatura e Carimbo/Médico

Destino: () Encaminhado ao Ambulatório () Residência

() Transferido: Para _____ Senha: _____

() Encaminhado ao setor de internação

SOT

Entendo sob orientação de Dr. Antônio Quirino

Dr. Icaro Môlim de S. Pereira
Ortopedia / Traumatologia
PRAZO

HOSPITAL METROP. NORTE MIGUEL ARRAES

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

PROTÓCOLO CLASSIFICAÇÃO REDE IMIP

Data e hora retirada da senha: 07/04/2018 12:16

Nome Paciente:	JONAS DA SILVA PEREIRA
Cód. Paciente:	113877
Data de Nascimento:	28/02/1996
Sexo:	Masculino
Idade:	22
Senha:	0018
Convênio:	2 - SUS - EXTERNO / URGENCIA
Atendimento:	423487
SAME:	101045

Período: 07/04/2018 12:33 - 07/04/2018 12:40

AMANDA ROBERTA DE MELO COSTA - COREN: 342188 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - Classificação

Prioridade:

URGENCIA AMARELO

Cor:

AMARELO

Queixa Principal:

VITIMA DE COLISAO MOTO COM CARRO HÁ +/- 4 HORAS, EVOLUINDO COM TRAUMA EM FACE - REGIÃO MANDIBULAR E TRAUMA EM MSD. APRESENTA ESCORIAÇÕES EM ABDOME E EM MMII. RELATA TONTURA MOMENTANEA E USO DE CAPACETE. NEGA DESMAIO E PERDA DE CONSCIENCIA.

Serviço:

CONDUZIDO PELO SAMU, ENCAMINHADO PELO HOSPITAL BELARMINO CORREIA COM SENHA:5400216.
NEGA DM, HAS E ALERGIAS.

Fluxograma sintoma:

T.C.E

Discriminador(es):

- ESCALA DE COMA DE GLASGOW 14 OU 15

Especialidade:

CIRURGIA GERAL

+ ORTOPEDIA

Sinais Vitais Lidos:

- SACR - ESCALA DE GLASGOW: 15
- SACR - REGUA DE DOR: 4
- FREQUENCIA CARDIACA: 97.00 BPM
- FREQUENCIA RESPIRATORIA: 14.00 RPM
- GLICOSE: 112.00 MG/DL
- P.A. SISTOLICA: 120.00 MMHG
- P.A. DISTOLICA: 80.00 MMHG
- SATURAÇÃO DE OXIGÊNIO: 99.00 %

**REVISADO
NEPL-HMA**

ARUANA SEGUROS

11 JUL 2018

HMA - Hospital Miguel Arraes

Lesão de Pele

Sim Não

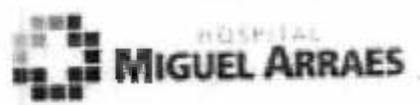
Local FACE T UNIT

Lacerac J LS Escoriação
of Saliva Enfermeiro

Amanda Roberta de M. Costa
CORPO-A-1218-08

Acolhido(a) por: AMANDA ROBERTA DE MELO COSTA - COREN: 342188 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 07/04/2018 12:40

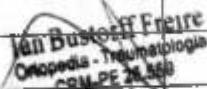


Instituto de Medicina Integral
Prof. Fernando Figueira

EVOLUÇÃO CLÍNICA

NOME: JONAS DA SILVA PEREIRA REG: 113877

CLÍNICA: _____ ENFERMAGEM: _____ LEITO: _____

DATA/HORA	
7/4/2018	# SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA # ADMISSÃO
18:42	PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE MOTO X CARRO REFERE DOR E DEFORMIDADE EM ANTEBRAÇO DIREITO.
	EF: REG, LOTE, EUNEICO, AFEBRIL
	DOR E DEFORMIDADE EM ANTEBRAÇO DIREITO
	NEUROVASCULAR PRESERVADO
	HD: FX DIAFISE DE RÁDIO DIREITO MAIS LX DA CABEÇA
	DA URNA.
	CD: INTERNO SOB ORIENTAÇÃO DE DR ANTONIO QUEIROZ
	SOLICITO PRE OP
	 João Bosco B. C. Neto Ortopedia - Traumatologia CRM-PE 26.550
	ARUANA SEGUROS 11 JUL 2018
09/04/18	HISTÓRICO Ho Posar (09/04) Fratura hérnia de Luxo. ossos com fratura CCP 3,5 + fenda no rádio. Paciente cravou os ossos, Síntoma: dor. Dor, 3cm, evanescer. Itineraria: Nômada. Foram feitos exames em 01/04 foi para Anísio (1º DIA) Co.: Acamado, Dor, Sintoma dor.

João Bosco B. C. Neto
Ortopedia / Traumatologia
CRM-PE 26.550

HOSPITAL MIGUEL ARRAES

MV 2000 - Sistema de Centro Cirúrgico e Obstétrico
Ficha de Cirurgia Descritiva

Página: 001
Data: 08/04/2018
Hora: 12:45

Ficha de Cirurgia Descritiva

Aviso de Cirurgia: 48936

Paciente: 113877

Convênio Atend.: 1

Leito: 691

Dt. Início: 08/04/2018 08:02

Sala: 0002 SALA 02

JONAS DA SILVA PEREIRA

SUS - INTERNACAO

VERD2-15

Atendimento: 423532

Carteira:

Idade: 22 Anos 11 Dias 12 Horas

Cid Pré-Operatório: S525

FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DO RÁDIO

Cid Operatório:

Atendimento: 0408020431

TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DIAFISARIA ÚNICA DO RÁDIO / DA URNA (PRINCIPAL)

Convênio: 001

SUS - INTERNACAO

Anestesia: 29

BLOQUEIO PLEXO BRAQUIAL

Procedimentos

CIRURGIAO

13925 LUIZ ANTONIO DE CARVALHO

Descrição**Descrição Cirúrgica:**

DIAGNÓSTICO: FRATURA LUXAÇÃO DE GALLEAZZI DIREITA

CIRURGIA: OSTEOSÍTESE COM PLACA DCP 3,5 + PARAFUSOS INTERFRAGMENTÁRIO

CIRURGIÃO: DR. LUIZ CARVALHO

1º AUXÍLIO: DR. CLAUDIO COSTA

2º AUXÍLIO: DR. MANOEL OLIVEIRA FERREIRA

INSTRUMENTADOR (A): ELAINE

ANESTESISTA: DR. ARTHUR

ANESTESIA: BLOQUEIO DE PLEXO

ARUANA SEGUROS

11 JUL 2018

1. PACIENTE EM DDH SOB ANESTESIA;
2. GARROTEAMENTO DO MSD;
3. ASSEPSIA E ANTISSEPSIA;
4. APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTÉREIS;
5. INCISÃO DE PELE DE 10CM NA REGIÃO VOLAR DO ANTEBRAÇO DIREITO;
6. DISSECCÃO POR PLANOS;
7. REDUÇÃO CRUENTA DE FRATURA RÁDIO DIREITO E FIXADO COM DOIS PARAFUSOS CORTICais INTERFRAGMENTÁRIOS;
8. FIXAÇÃO COM PLACA DCP 3,5 COM 8 FUROS + PARAFUSOS CORTICais;
9. VISUALIZADO BOA REDUÇÃO COM INTENSIFICADOR DE IMAGENS;
10. LIMPEZA COM SF 0,9%;
11. SUTURA POR PLANOS COM VICRIL 2,0 E NYLON 3,0;
12. CURATIVO ESTÉRIL;
13. CONTROLE COM RX;

PARAFUSOS CORTICais 3,5MM: 1X14, 2X 18, 6 X16

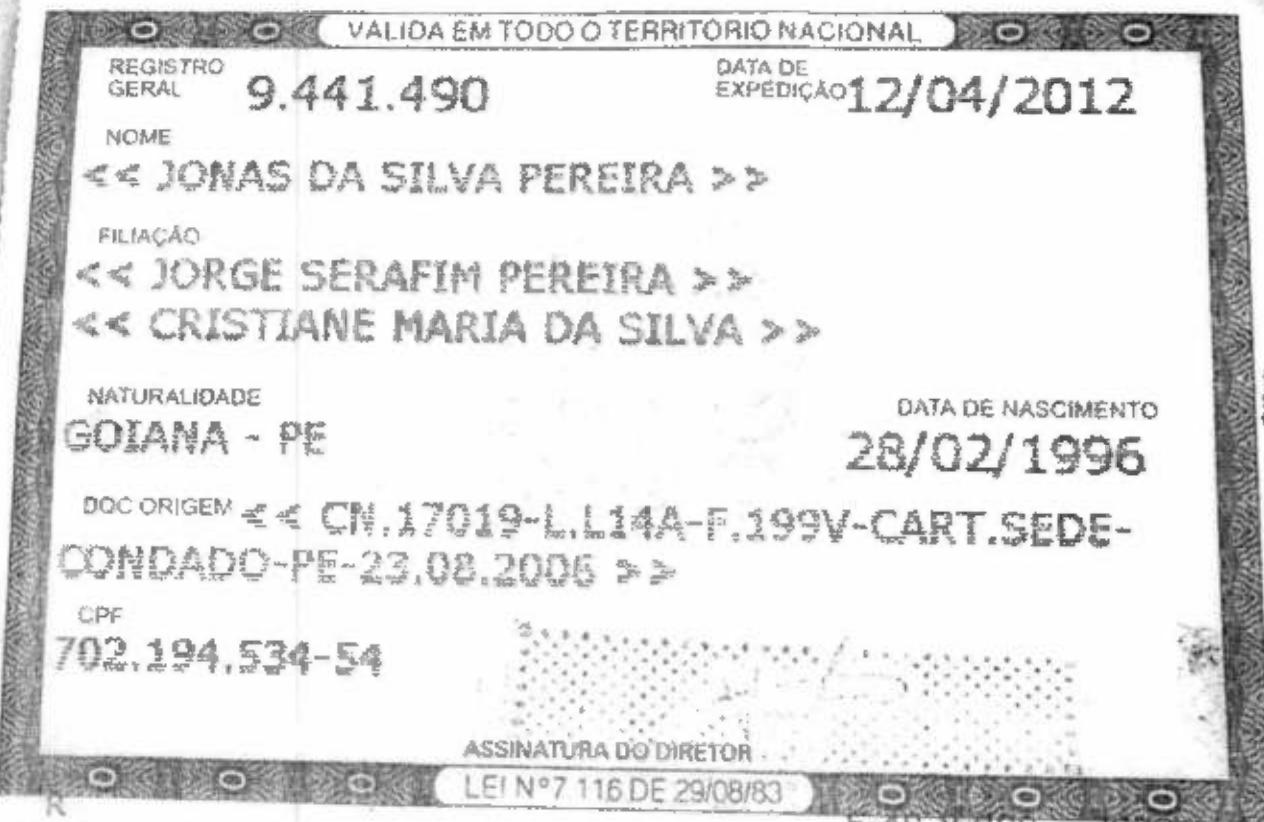
Cirúrgicos:

Descrição Complementar

Manoel Oliveira Ferreira
Ortopedista Traumatologista
CRM/PE 24580
[Signature]

DR(A): LUIZ ANTONIO DE CARVALHO
CRM : 13925





ARUANA SEGUROS
11 JUL 2018

DETAN - PE
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA: 1 CÓD. RENAVAM: 1068850580 P.N.T.R.C.: *-*-*-*-*-* EXERCÍCIO: 2016

NOME: IVANTILDO JOSE DA SILVA

CONDADO - PE

CPF / CNPJ: 801.269.944-15 PLACA: PDC7901

PLACA ANTO: PE CHASSI: IMYXCELOP03297703

ESPECIE TIPO: PAS. / CICLOMOTOR COMBUSTÍVEL: GASOLINA

MARCA / MODELO: I/SHINERAY XY 50 Q ANO FAB.: 2014 ANO MÓD.: 2015

CAP / POT / CIL: 2R/49CL CATEGORIA: PARTIC COR PRINCIPAL: PRETA

I	VENC. COTA ÚNICA:	1 ^a	VENC. COTAS:
P	TEVR 2016 QUITADO	2 ^a	*****
V	FAIXA I.R.V.A.	3 ^a	*****
A	1		

PRÉMIO TARIFÁRIO (R\$) 109,45 PREMIO TOTAL (R\$) 109,45 DATA DE PAGAMENTO: 02/04/16

SEGUR. PAGO: SEM RESERVA OBSERVAÇÕES:

DATA: 02/04/16 CONDADO: Charles Andrade Sousa Ribeiro

Assinatura: Charles Andrade Sousa Ribeiro

PE Nº 012299959957 BILHETE DE SEGURO DP
IVANTILDO JOSE DA SILVA

55940-0

CAJA CONDADO - PE

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT

PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO

AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.dpvatsegurodotransito.com.br

SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO: 2016 DATA EMISSÃO: 02/04/16

VIA: 1 CPF / CNPJ: 801.269.944-15 PLACA: PDC7901

RENAVAM: 1068850580 MARCA / MODELO: I/SHINERAY XY 50 Q

ANO FAB.: 2014 ANO MÓD.: 09 CHASSI: IMYXCELOP03297703

PRÉMIO TARIFÁRIO

PREMIO (R\$) 109,45 DENATRAN (R\$) 0 CUSTO DO SEGURO (R\$)

CUSTO DO BILHETE (R\$) 109,45 TOTAL PREMIO E CUSTO

SEGUR. PAGO: PAGAMENTO: DATA DE OUTAÇAO:

COTA ÚNICA PARCELADO

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 00.248.604/001-04

www.seguradoralider.com.br

DESTAQUE E GUARDE O BILHETE DPVAT.

ARUANA SEGUROS

11 JUL 2018

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180520340 **Cidade:** Condado **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JONAS DA SILVA PEREIRA **Data do acidente:** 07/04/2018 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 12/11/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DIAFISÁRIA DO RÁDIO DISTAL DIREITO COM DESVIO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE COM PLACA E PARAFUSOS.
ALTA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: PERÍCIA MÉDICA REALIZADA EM 05/10/2018 PARA O MESMO ACIDENTE, ONDE FOI VERIFICADO NÃO TER SEQUELAS FUNCIONAIS PERMANENTES.

EM TODOS OS DOCUMENTOS MÉDICOS ACOSTADOS NÃO SE EVIDENÇA PRESENÇA DE SEQUELAS PERMANENTES QUE NÃO SEJAM SUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO PROPORCIONADA POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA.

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
		Total	0 %	R\$ 0,00

À LÍDER SEGURADORA DO CONSÓRCIO DO SEGURO DPVAT

CPF: 702.194.534-54

DE: JONAS DA SILVA PEREIRA

ASSUNTO: REANALISE DOCUMENTAL
(EXISTÊNCIA DE SEQUELA)

Prezado(a)s,

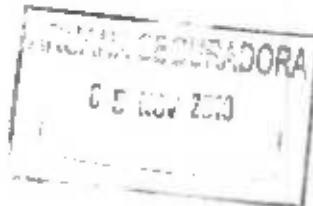
Em forma de esclarecimento, venho, por meio desta, solicitar e expor a minha indignação e falta de profissionalismo por parte da equipe médica da seguradora Líder. No dia 05 de outubro do presente ano fui novamente ao Recife pois, no dia anterior fui impedido de realizar minha perícia médica por falta de pagamento ao médico da seguradora que se negou a fazer o atendimento, voltei pra Condado minha cidade e no dia 05 voltei ao recife para realizar a perícia médica com outro médico, para minha surpresa a médica que fez a minha perícia foi DOUTORA VANESSA MEDEIROS, DERMATOLOGISTA, posso não entender de medicina mais sei que meu problema não é de pele ou estético, e sim de OSSO, pois fraturei meu antebraço, voltei ao médico especialista no Recife, onde o mesmo confirmou minha sequela grave e definitiva em 50%. Por esses motivos eu peço que seja remarcada minha perícia médica com uma empresa completamente diferente da que foi marcada, e principalmente, com um médico ORTOPEDISTA! Pois ele sim poderá identificar as minhas sequelas.

Peço providências para com meu caso, visto que tudo que passei é a falta de respeito com o cliente e o mais absurdo.

Sem mais, fico no aguardo!

Condado (PE), 29 de Outubro de 2018.

JONAS da Silva Pereira





IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA Jonas da Silva PereiraDATA DO ACIDENTE 07.04.18 CPF DA VÍTIMA 702.194.534-54PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO Guilherme m. de CarvalhoQUALIFICAÇÃO DO PORTADOR VÍTIMA REPRESENTANTE LEGAL, CUI PARANTESCO COMA VÍTIMA É Jonas da Silva PereiraENDEREÇO DO PORTADOR Rua Duque de CaxiasNº 170 COMPLEMENTO 10 BAIRRO CentroCIDADE Goiânia UF PE CEP 55900-000E-MAIL absephelia.goiânia@gmail.com TELEFONE (61) 3626-3771
(81) 9.9808-6287

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML: DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML (ORIGINAL) ASSINADA PELA VÍTIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA
- BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAI COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

- CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 - CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 - COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS. PODE SER PAI OU MÃE

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

- REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SOFRIDAS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- COMPROVANTES (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS
- NOTAS FISCAIS (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAI COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

- CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS. PODE SER PAI OU MÃE

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- | | |
|---|--|
| VALORES DE INDENIZAÇÃO | <ul style="list-style-type: none"> • MORTE = R\$ 13.500,00 • INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R\$ 13.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/74. • DESPESAS MÉDICAS (DAMS) = REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO). ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS. |
| <ul style="list-style-type: none"> • O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA • COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO • PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSE WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204 | |

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA

IDENTIDADE

ASSINATURA

RESPONSÁVEL PELO APROVADO DA SEGURO
ARUANA SEGUROS

DATA

NOME

ASSINATURA

11 JUL 2018

Walter Souza

À LÍDER SEGURADORA DO CONSÓRCIO DO SEGURO DPVAT

CPF: 702.194.534-54

DE: JONAS DA SILVA PEREIRA

ASSUNTO: REANALISE DOCUMENTAL – PROCESSO NEGADO INJUSTAMENTE
(EXISTÊNCIA DE SEQUELA)

Prezado(a)s,

Em forma de esclarecimento, venho, por meio desta, informar que a documentação médica que estava sob a minha posse, já foi enviada a esta conceituada empresa, a qual atesta claramente a **FRATURA NO ANTEBRAÇO DIREITO (TRATAMENTO CIRÚRGICO COM USO DE PLACA E PARAFUSOS PERMANENTES)** e confirma, portanto, a existência da minha seqüela. Informo ainda, que estou enviando um NOVO LAUDO MEDICO com todas as minhas sequelas e informações necessárias que vocês mesmo pediram para reabrir o meu processo.

Diante desta situação, coloco-me à disposição para realizar a perícia por uma junta médica de Vossa competência, sob pena de ter que tomar as medidas judiciais cabíveis.

Sem mais, fico no aguardo!

Condado(PE), 17 de Agosto de 2018

Jonas da Silva Pereira

JONAS DA SILVA PEREIRA





IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA Jonas da Silva PereiraDATA DO ACIDENTE 07.04.18 CPF DA VÍTIMA 702.194.534-54PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO Guilherme m. de CarvalhoQUALIFICAÇÃO DO PORTADOR VÍTIMA REPRESENTANTE LEGAL, CUI PARANTESCO COM A VÍTIMA É Jonas da Silva PereiraENDEREÇO DO PORTADOR Rua Duque de CaxiasNº 170 COMPLEMENTO 10 BAIRRO CentroCIDADE Goiânia UF PE CEP 55900-000E-MAIL absephelia.goiânia@gmail.com TELEFONE (61) 3626-3771
(81) 9.9808-6287

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML: DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML (ORIGINAL) ASSINADA PELA VÍTIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA
- BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAI COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

- CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 - CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 - COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS. PODE SER PAI OU MÃE

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

- REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SOFRIDAS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- COMPROVANTES (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS
- NOTAS FISCAIS (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAI COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

- CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS. PODE SER PAI OU MÃE

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- | | |
|---|--|
| VALORES DE INDENIZAÇÃO | <ul style="list-style-type: none"> • MORTE = R\$ 13.500,00 • INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R\$ 13.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/74. • DESPESAS MÉDICAS (DAMS) = REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO). ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS. |
| <ul style="list-style-type: none"> • O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA • COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO • PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSE WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204 | |

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA

IDENTIDADE

ASSINATURA

8313.118 SDS-PE

RESPONSÁVEL PELO APROVADO DA SEGURO
ARUANA SEGUROS

DATA

NOME

ASSINATURA

11 JUL 2018

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0402242/18

Vítima: JONAS DA SILVA PEREIRA

CPF: 702.194.534-54

CPF de: Próprio

Data do acidente: 07/04/2018

Titular do CPF: JONAS DA SILVA PEREIRA

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

LUA GUILHERME MANGABEIRA DE CARVALHO : 083.562.324-65

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

JONAS DA SILVA PEREIRA : 702.194.534-54

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- 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.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 05/11/2018
Nome: LUA GUILHERME MANGABEIRA DE CARVALHO
CPF: 083.562.324-65

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 05/11/2018
Nome: NATHALIA GABRIELA FERREIRA DE SOUZA
CPF: 109.530.024-54

LUA GUILHERME MANGABEIRA DE CARVALHO

NATHALIA GABRIELA FERREIRA DE SOUZA

Rio de Janeiro, 07 de Novembro de 2018

Aos Cuidados de: **JONAS DA SILVA PEREIRA**

Nº Sinistro: **3180520340**
Vítima: **JONAS DA SILVA PEREIRA**
Data do Acidente: **07/04/2018**
Cobertura: **INVALIDEZ**
Procurador: **LUA GUILHERME MANGABEIRA DE CARVALHO**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180520340**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

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

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT