

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 OSTEOSSÍNTESE 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%

Região Corporal(Sequela):

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela):

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

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 - PE
Clínica Médica

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

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").

Numero do Sinistro ou ASL: _____ CPF da vítima: **702.194.534-54** Nome completo da vítima: **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: **Acusador**
Endereço: **Lo. Jose Durado** Número: **33** Complemento: _____
Bairro: **Centro** Cidade: **Goiana** Estado: **PE** CEP: **55900-000**
Email: **acusaoria.goiana@gmail.com** Telefone (DDD): **(81) 3626-3171**

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

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

☒ RECURSO INFORMAR ☐ SEM RENDA ☐ ATÉ R\$ 1.000,00 ☐ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00 ☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00 ☐ R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00 ☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção):
☐ BRADESCO (232) ☐ BANCO DO BRASIL (001) ☐ ITAÚ (341)
☒ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA NRO. **0714** DV **013** **CONTA** NRO. **68367** DV **2**
(Informar dígito se existir) (Informar dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
BANCO Nome _____ NRO. _____
AGÊNCIA NRO. _____ DV _____ **CONTA** NRO. _____ 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 Líder 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**
Local e Data

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

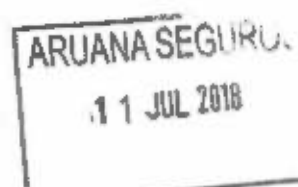
Data/hora da
operação: 13/06/2018 12:21:05

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".



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").

Numero do Sinistro ou ASL: _____ CPF da vítima: **702.194.534-54** Nome completo da vítima: **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: **Acusador**
Endereço: **Lo. Jose Durado** Número: **33** Complemento: _____
Bairro: **Centro** Cidade: **Goiana** Estado: **PE** CEP: **55400-000**
Email: **acusaoria.goiana@gmail.com** Telefone (DDD): **(81) 3626-3171**

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

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

☒ RECURSO INFORMAR ☐ SEM RENDA ☐ ATÉ R\$ 1.000,00 ☐ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00 ☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00 ☐ R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00 ☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção):
☐ BRADESCO (232) ☐ BANCO DO BRASIL (001) ☐ ITAÚ (341)
☒ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA NRO. **0714** DV **013** **CONTA** NRO. **68367** DV **2**
(Informar dígito se existir) (Informar dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
BANCO Nome _____ NRO. _____
AGÊNCIA NRO. _____ DV _____ **CONTA** NRO. _____ 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 Líder 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**
Local e Data

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

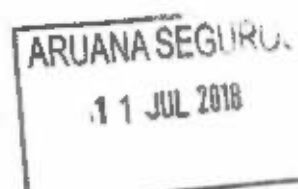
Data/hora da
operação: 13/06/2018 12:21:05

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".



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").

Numero do Sinistro ou ASL: _____ CPF da Vítima: **702.194.534-54** Nome completo da vítima: **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: **juiz**
Endereço: **Lo. Jose Durado** Número: **33** Complemento: _____
Bairro: **Centro** Cidade: **Goiana** Estado: **PE** CEP: **55900-000**
Email: **araruana.goiana@gmail.com** Telefone (DDD): **(81) 3626-3171**

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

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

☒ RECURSO INFORMAR ☐ SEM RENDA ☐ ATÉ R\$ 1.000,00 ☐ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00 ☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00 ☐ R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00 ☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção):
☐ BRADESCO (232) ☐ BANCO DO BRASIL (001) ☐ ITAÚ (341)
☒ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA NRO. **0714** DV **013** **CONTA** NRO. **68367** DV **2**
(Informar dígito se existir) (Informar dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
BANCO Nome _____ NRO. _____
AGÊNCIA NRO. _____ DV _____ **CONTA** NRO. _____ 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 Líder 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**
Local e Data

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

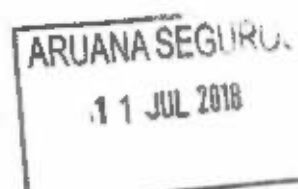
Data/hora da
operação: 13/06/2018 12:21:05

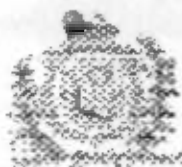
Código da
operação: 16404018

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".





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLICIA DA 653ª CIRCUNSCRIÇÃO - CONDADO - DP53ªCIRC
DINTER1/11ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 18 E0143000391

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

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

Fato ocorrido no endereço: MUNICÍPIO DE CONDADO, 1, PE 062 - 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 (VÍTIMA)
ALEXSANDRO ALVES DA SILVA (VÍTIMA)

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) Sr(a): ~~DESCONHECIDO~~

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

IVANILDO JOSE DA SILVA - Ramo de Atividade: NÃO 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: GOIÂNIA / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 9441490SDS/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: NÃO 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: 6420123SDS/PE (RG), 00061687463 (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: PDC7901 (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Chassi: LXYXCBL03F0238703

Ano Fabricação/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 VÍTIMAS QUE VINHAM TRANSITANDO NA VM EM TELA, QUANDO O PILOTO ALEXSANDRO LEVOU UM TRANCA DE UMA KOMBI. NESSE MOMENTO O PILOTO PERDEU O CONTROLE E COLIDIU COM A TRASEIRA DO AUTOMÓVEL, TENDO O GARFUPA JONAS CAÍDO 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 ACOMPARECERAM 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
(VÍTIMA) X Alessandro Alves da Silva
ALEXSANDRO ALVES DA SILVA
(VÍTIMA)



B.O. registrado por: THEOPHILO RODOLPHO DIAS NEVES FILHO - Matrícula: 350829-3

Condado

ARUANA SEGUROS
11 JUL 2018

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 interdita 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

702.194.534-54

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



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

FICHA DE ATENDIMENTO

DATA DA SOLICITAÇÃO: 27/04/18
MOTIVO DA SOLICITAÇÃO: TRAUMA

NÚMERO DA OCORRÊNCIA: 5460681
VIATURA: UTI ☒ BÁSICA ☐

TIPO / LOCAL DE OCORRÊNCIA

CAUSA EXTERNA (ACIDENTE/VIOLENCIA) ☐ CAUSA CLÍNICA ☐ OBSTÉTRICO ☐ PSIQUIÁTRICO ☐ REMOÇÃO ☐ senha ☐
VIA PÚBLICA ☐ DOMICÍLIO ☐ LOCAL DE TRABALHO ☐ TRAJETO DO TRABALHO ☐ EMPRESA ☐

IDENTIFICAÇÃO

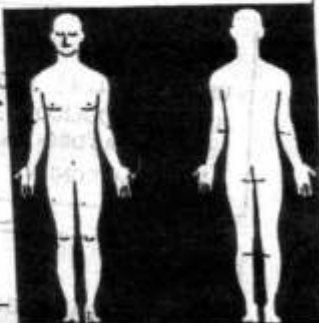
NOME DO PACIENTE: JONAS DA SILVA PEREIRA IDADE: 22 ANOS
SEXO: M ☒ F ☐ PROFISSÃO: FONE: 993905184
ENDEREÇO RESIDENCIAL: PE 062 BAIRRO: CANAVERA
NOME DO SOLICITANTE: DANIELA FONE:
ENDEREÇO DA OCORRÊNCIA: AÇIMA BAIRRO: CENTRO
REFERÊNCIA: PROTEC LIMIITEIRO

CAUSA EXTERNA (ACIDENTE / VIOLENCIA)

ACIDENTE DE TRÂNSITO: ÔNIBUS ☐ CAMINHÃO ☐ CARRO DE PASSEIO ☐ MOTOCICLETA ☐ PLACA
ATROPELAMENTO: PEDESTRE ☐ CICLISTA ☐
AUTOMÓVEL (COLIZÃO): PASSAGEIRO ☐ MOTORISTA ☐ BANCO DE TRÁS ☐ BANCO DA FRENTE ☐ USO DO CINTO: S ☐ N ☐
MOTOCICLETA: MOTOCICLISTA ☐ PASSAGEIRO ☐ USO DO CAPACETE: S ☐ N ☐
SEMI-AFOGAMENTO/SUBMERCÃO ☐ SOTERRAMENTO ☐
INTOXICAÇÃO EXÓGENA ☐ ANIMAIS PEÇONHENTOS ☐ AGENTE CAUSADOR:
EXPOSIÇÃO AO FOGO / FUMAÇA CHOQUE ELÉTRICO/SUBS. QUÍMICA ☐
QUEIMADURAS: 1º G ☐ 2º G ☐ 3º G ☐
QUEDA: ☐ ALTURA APROX. METROS ☐ QUESADA 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 ☐ CAPOTAMENRO

ARUANA SEGURO

11 JUL 2018



CAUSAS CLÍNICAS

HISTÓRIA CLÍNICA ATUAL: Paciente sofreu acidente de moto, com trauma de cabeça, tórax e membros superiores e inferiores de natureza traumática.
HIPÓTESE DIAGNÓSTICO CONHECIDA: MMSSD. Lesão da Parar. H13 e 14 do Tronco e Membros P/ H M A.

AValiação CLÍNICA

VIA AÉREAS FR ☒ DISPNEIA S ☐ N ☐ TIRAGEM INTERCOSTAL: S ☐ N ☐ GLICEMIA (HGT) 110
OBSTRUÇÃO DAS VIAS AÉREAS S ☐ N ☒ SIBILOS EXPIRATÓRIOS: S ☐ N ☐ BAN: S ☐ N ☐ TEMP. 36.5
AGITAÇÃO PSICOMOTORA: S ☐ N ☒ LESÕES DE FACE: S ☐ N ☐ RETRAÇÃO XIFÓIDE: S ☐ N ☐
DEFORMAÇÃO DO TÓRAX: S ☐ N ☒ GEMIDO/ESTRIDOR: S ☐ N ☐ DIST. FALA/CHORO: S ☐ N ☐
CIRCULAÇÃO PA: 130x80 PERFUSÃO PERIFÉRIA: BOA ☐ INSATISFATÓRIA ☐ PULSO: 84
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



EXAME NEUROLÓGICO

RESPOSTA AO ESTÍMULO DOLOROSO () IRRESPONSIVO ()

RESPOSTA VERBAL ()		RESPOSTA MOTORA	
4 Orientado	5	6 Obedece comando	6
3 Confuso	4	Localiza estímulo doloroso	5
2 Resposta inapropriada	3	Retirada do estímulo doloroso	4
1 Sons ininteligíveis	2	Flexão anormal (decorticação)	3
Sem resposta verbal	1	Extensão anormal (decerebração)	2
		Sem resposta motora	1

TOTAL PONTOS
15

SINAIS DE DISFUNÇÃO CEREBRAL: DEFICIT MOTOR ()
AValiação das pupilas: ISOCÓRICAS () ANISOCÓRICAS ()
DESVIO DE COMISSURA LABIAL () MIDRIASE () MIOSE ()
DIFICULDADE NA FALA ()

NATUREZA DA LESÃO

PRESENÇA DE SANGRAMENTO EXTERNO: S () N ()
LESÕES INTRA-TORÁCICAS: S () N ()
LESÕES INTRA-ABDOMINAIS: S () N ()
FRATURA PELVIS: S () N ()
FRATURA EM OSSOS LONGOS: FECHADA () ABERTA ()

CONDUTA CLÍNICA / EVOLUÇÃO

IMOBILIZAÇÃO DA COLUNA CERVICAL: S () N ()
OXIGÊNIO: CATÉTER () VENTURI () 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 FUNCIONANDO VEM
GLUCOSE P/ VETO PERI

ATENDIMENTO: 423487 REGISTRO: 113877
PACIENTE: JONAS DA SILVA PEREIRA
NASCIMENTO: 28/2/1996 IDADE: 22 SEXO: MASCULINO
MÃE: CRISTIANE MARIA DA SILVA
ENDEREÇO: LOTEAMENTO JOSE DOURADO, NÚMERO: 31
BAIRRO: CENTRO
CIDADE: CONDADO

USO DE ÁLCOOL E OU

USOU ÁLCOOL: S () N () INFORMANTE: VÍTIMA () OUTROS ()
HÁBITO ALCOÓLICO () ALTERAÇÃO NA MARCHA () SONOLÊNCIA
USOU OUTRAS DROGAS: S () N () INFORMANTE: VÍTIMA () OUTROS ()
LOLÔ () MAÇONHA () COLA () COCAÍNA () CRACK () LANÇ

CONCLUSÃO DO ATENDIMENTO

HOSPITAL PARA ONDE FOI ENCAMINHADO O PACIENTE: HMA REGISTRO NO HOSPITAL: 113877
MÉDICO QUE RECEBEU: Dr. Thiago ASSINATURA: Dr. Thiago
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: Joana SOCORRISTA: Joana
MOTORISTA: Joana OPERADOR DE FROTA: Joana
ASSINATURA DO RESPONSÁVEL PELO PREENCHIMENTO DA FICHA: Joana

Exoneração de Responsabilidade

O subscrito certifica que a pessoa recusa atendimento contra orientação médica

Assinatura: _____

Data: _____

11 JUL 2018

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

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



www.celpe.com.br

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

DADOS DO CLIENTE

CRISTIANE MARIA DA SILVA

CPF: 025.574.984-45 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

2010342407

Nº DA INSTALAÇÃO

0000976487

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL - BAIXA RENDA ASSIST SOCIAL CONTINUADA - BPC
Monofásico

RESERVADO AO FISCO

EA89.3224.08AA.9744.E6B1.5EB7.C9F2.2DC7

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)
Consumo Ativo até 30 kWh	30,00	0,24698585	7,40
Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh	70,00	0,42340431	29,63
Consumo Ativo superior a 100 até 220 kWh	80,00	0,63510647	50,81
Acréscimo Bandeira VERMELHA			7,45
Contrib. Ilum. Pública Municipal			17,56
TOTAL DA FATURA			100,14

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS

ICMS			PIS			COFINS		
BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
82,58	25,00	20,64	82,58	0,64	0,52	82,58	2,99	2,46

EM ATÉ 18 DIAS, DÉBITOS EXISTENTES CAUSARÃO CORTE.

Vencido	De Receb	Valor
25/09/18	19/10/18	60,43

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. 89 REN 414/Anel. Podem ocorrer ações de cobrança, bem como inclusão nos registros de restrições de crédito SPC e SERASA.

Tarifas Aplicadas

Consumo Ativo até 30 kWh		0,17629650	OUT 18	180
Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh		0,36226590	SET 18	117
Consumo Ativo superior a 100 até 220 kWh		0,63533890	AGO 18	123
			JUL 18	915
			JUN 18	164
			MAY 18	183
			ABR 18	176
			MAR 18	159
			FEV 18	164
			JAN 18	191
			DEZ 17	189
			NOV 17	170
			OUT 17	137

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO		
	R\$	%
Geracao de Energia	30,16	36,54
Transmissao	3,96	4,48
Distribuicao (Cabo)	17,28	20,58
Encargos Bateriais	2,48	3,02
Tributos	23,62	28,59
TOTAL	82,60	100

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

Descrição	R\$	%
Geração de Energia	30,16	30,34
Transmissão	3,90	4,48
Distribuição (Celpe)	17,29	20,58
Encargos Setoriais	2,48	3,02
Tributos	23,62	28,59
TOTAL	82,58	100

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES

DESCRIÇÃO	CONJUNTO	VALOR AFURADO	META MENSAL	META TRIM.	META ANUAL
ago/2018					
DIC-De horas sem Energia	CONDADO	1,43	5,87	11,34	22,68
FIC-De horas sem Energia		1,00	3,36	8,72	13,45
DMIC-Duração máxima de Interrupção contínua		1,43	3,20	0,00	0,00
DICRI-Duração de Interrupção em dia crítico					Limite DICRI: 12,32
ELIBD-Valor do Encargo de Uso					R\$ 27,41
Todo Consumidor pode solicitar a apuração das indicadores DIC, FIC, DMIC e DICRI a qualquer tempo.					

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

NÚMERO DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR	ATUAL	Nº DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO kWh
MC30728	CAT	18/09/2018 17.243,00	19/10/2018 17.403,00	31	1,00000	0,00	160,00

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Pague no ponto mais perto de você e garanta o seu desconto: avenida quinze de novembro centro / novo brasil supermercado: r. olegário fonseca 640 terreno centralista 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 do nível de tensão de fornecimento.
Pagto. em atraso para multa 2%(Roe414/ANEEL), Juros 1%a.m(Lei 10.438/02) e atualização monetária no próx. mês.
Desconto pela aplicação da Tarifa Social de Energia Elétrica criada pela Lei Nº 10.438 de 26/04/02 - R\$ 45,51.
O Cliente é compensado quando há descumprimento do prazo definido para os padrões de atendimento 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.

NÍVEL DE TENSÃO

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

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

DESTAQUE AQUI

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

838000000017 001400110073 002019510108 130973649737



Evite dobrar, rasgar ou amassar.
Este canhoto será usado em leitora ótica.

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

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



www.celpe.com.br

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

DADOS DO CLIENTE

MELICIO DA COSTA LEITE NETO

CPF: 214.938.474-49

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

RUA DO DE CAJAS 170 D

CENTRO/OIARANA
55000-000 GOIÂNIA 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

20/11/2018

TOTAL A PAGAR (R\$)

275,47

DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL

05/10/2018

DATA DA APRESENTAÇÃO

15/10/2018

NÚMERO DA NOTA FISCAL

034217931

CONTA CONTRATO

002431353019

Nº DO CLIENTE

2001321578

Nº DA INSTALAÇÃO

0604088431

CLASSIFICAÇÃO

B3 COMERCIAL - OUTROS SERVIÇOS E OUTRAS ATIVIDADES
Trifásico

RESERVADO AO FISCO

FDF4.1F3A.4BB2.E4D5.62A1.362C.4B63.1DC2

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)
Consumo Ativo(kWh)	288,00	0,73865066	208,97
Acréscimo Bandeira VERMELHA			20,03
Contrib. Ilum. Pública Municipal			25,45
ICMS Subvenção-CDE-NF 022840952-05/07/18			1,51
ICMS Subvenção-CDE-NF 026526402-06/08/18			1,56
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
Desção APAE - 0800 722 2723			10,00
TOTAL DA FATURA			275,47

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS

ICMS			PIS			COFINS		
BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
228,00	25,00	57,25	228,00	0,64	1,46	228,00	2,98	6,82

EM ATÉ 15 DIAS, DÉBITOS EXISTENTES CAUSARÃO CORTE

Vencido	DI Resto	Valor
20/10/18	15/10/18	230,63

Esta comunicação 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. 89 REN 414/Anel. Podem ocorrer ações de cobrança, bem como inclusão nos registros de restrições de crédito SPC e SERASA.

Tarifas Aplicadas

Consumo Ativo(kWh)	0,52136606
--------------------	------------

HISTÓRICO DO CONSUMO

Consumo Ativo(kWh)	OUT 18	SET 18	AGO 18	JUL 18	JUN 18	MAY 18	ABR 18	MAR 18	FEV 18	JAN 18	DEZ 17	NOV 17	OUT 17
	286	234	237	224	290	362	459	350	432	371	477	384	384

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

R\$	%
Geração de Energia	61,00 26,37
Transmissão	5,87 4,31
Distribuição (Celpe)	46,28 20,17
Encargos Setoriais	11,88 5,15
Tributos	65,55 28,62
TOTAL	228,00 100

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

NÚMERO DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR	ATUAL	Nº DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO kWh
000000003010100065	CAT	04/08/2018 44.866,00	05/10/2018 44.342,00	31	1,00000	0,00	288,00

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

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES

DESCRIÇÃO	CONJUNTO	VALOR APURADO	METAS MENSAL	METAS TRIM.	METAS ANUAL
ago/2018					
DIC-Moda hora sem Energia	GOIÂNIA	0,00	4,95	9,91	19,82
FIC-No de vazio sem Energia		0,00	3,23	6,47	12,95
DMIC-Duração máxima de interrupção contínua		0,00	2,77	0,00	0,00
DICRI-Duração de interrupção em dia crítico					Limite DICRI: 12,22
EURD-Valor do Encargo de Uso					R\$ 78,74
Todo Consumidor pode solicitar a apuração dos Indicadores DIC, FIC, DMIC e DICRI a qualquer tempo.					

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Pague no ponto mais perto de você as contas goiâninhas: praça duque de caxias centro / comercial goiânense de drogas: rua trapiche do melo no 32
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 do nível de tensão de fornecimento.
Pagto. em atraso gera multa 2%(Res414/ANEEL), Juros 1%a.m(Lei 10.438/02) e atualização monetária no próx. mês.
O Cliente é compensado quando há descumprimento do prazo definido para os padrões de atendimento comercial.
Em caso de suspensão de fornecimento, o encerramento do contrato poderá ocorrer após 2 ciclos de faturamento, podendo também ser cobrada o custo de disponibilidade no ciclo em que ocorrer a suspensão.
O consumidor pode cancelar a cobrança de serviços de terceiros na fatura 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

TALÃO DE PAGAMENTO
Evite dobrar, perfurar ou rasurar.
Este canhoto será usado em leitora ótica.

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

838000000025 754700110023 431353019106 166518819832



DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
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 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 COAF**².

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 João Guilherme M. de Carvalho inscrito (a) no CPF/CNPJ 083.562.324 / 65,
na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Jonas da Silva Pereira inscrito
(a) no CPF sob o Nº 702.194.534 / 54 do sinistro de DPVAT cobertura Invalides da Vítima
Jonas da Silva Pereira inscrito (a) no CPF sob o Nº 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 Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço <u>Rua Duque de Caxias</u>		Número <u>170</u>	Complemento <u>0</u>
Bairro <u>Centro</u>	Cidade <u>Goiana</u>	Estado <u>PE</u>	CEP <u>55900-000</u>
Email <u>araruana.goiama@gmail.com</u>		Telefone comercial(DDD) <u>(81)3626-3771</u>	Telefone celular (DDD) <u>(81)9.9808-6287</u>

Goiana 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.seguradoralider.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 COAF**².

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 João Guilherme M. de Carvalho inscrito (a) no CPF/CNPJ 083.562.324 / 65,
na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Jonas da Silva Pereira inscrito
(a) no CPF sob o Nº 702.194.534 / 54 do sinistro de DPVAT cobertura Invalides da Vítima
Jonas da Silva Pereira inscrito (a) no CPF sob o Nº 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 Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço <u>Rua Duque de Caxias</u>		Número <u>170</u>	Complemento <u>0</u>
Bairro <u>Centro</u>	Cidade <u>Goiana</u>	Estado <u>PE</u>	CEP <u>55900-000</u>
Email <u>araruaria.goiana@gmail.com</u>		Telefone comercial(DDD) <u>(81)3626-3771</u>	Telefone celular(DDD) <u>(81)9.9808-6287</u>

Goiana 11 de junho de 2018
Local e Data


Assinatura do Declarante

ARUANA SEGUROS

11 JUL 2018

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Ivanildo Jose 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. JOSE 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 Pereira cujo o condutor era

Alexsandro Alves da Silva

Veículo: Ciclomotor
Modelo: Shimay XT 50 Q
Ano: 2014/2015
Placa: POE-4901
Chassi: LXYXEBL03F230703
Data do Acidente: 04/04/2018
Local e Data: CONDADO PE, 26/04/2018

Ivanildo Jose 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: LETÍCIA ANDRADE DE AZEVEDO
Telefone: (81) 3642-1026

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

Selo: 0077636.MAL03201802.04929 26/04/2018 15:28:10
Consulte autenticidade em www.tjpe.jus.br/seledigital

CARTÓRIO DO OFÍCIO ÚNICO
Titular: LETÍCIA 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 condado Leis Alves da
Silva Nascimento- Escrivente Substituta Emol. R\$ 3,43
TSNR R\$ 0,80 FERC R\$ 0,40 ISS R\$ 0,16

Selo: 0077636.2VW03201801.00432 26/04/2018 15:28:10
Consulte autenticidade em www.tjpe.jus.br/seledigital

Dr. Maurício César Leal

Ortopedia e Traumatologia

Cirurgia de Mão

CREMEPE 12396

JONAS DA SILVA PEREIRA

Paciente VÍTIMA de fratura
de Rádio direito C/ DESVIO. Paciente
Sobretudo com osteossíntese C/ Placa +
Parafusos. Paciente C/ Realização
de fisioterapia (40 sessões). Paciente
Vítima de fratura completa de Rádio
C/ déficit de PRONO-SUPINAÇÃO +
déficit de flexo-extensão de Rádio +
Dor CRÔNICA. Paciente apresenta C/
Síndrome FUNCIONAL de nível 50%
26/10/2012 C18

Av. Visconde de Albuquerque, 776 - Madalena - Recife - PE

Fones: (81) 3446.6991 - Madalena Medical Center



Número do Registro: 2018/EC001585 Data e Hora de Atendimento: 07/04/2018 09:46 Prontoário Local: Prontoário Integrado: Local de Entrada: Emergencia Cirurgica

Informações prestadas pelo paciente ou acompanhante:

Paciente: 29892 JONAS DA SILVA PEREIRA Registro SUS: 700500397257554
 Nascimento: 28/02/1996 Idade: 22 Sexo: Masculino Cor: Parda
 Estado Civil: Solteiro(a) Profissão: SEGURANÇA Naturalidade: CONDADO Nacionalidade: BR
 Documento de Identidade: 9441490 Filiação: JORGE DA SILVA PEREIRA
 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 - Act. Colisão com Outro Veículo Acidente de Trabalho: Sim ☐ Não ☐
 PROX AO CIMETERIO EM CONDADO

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 () Paraestesia e/ou Paralisia de parte do corpo
 (+) Dor Local *MSD*

() Queixa urinária

() Sangramento. Loc.

(+) Outras queixas: *Acidente de trânsito / lesões contusas na face*

Antecedentes Mórbitos / Medicamentos

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

Sinais Vitais

P.A. *x* mmHg Tm *°C* Pm *bpm* F.R.m *rpm*

Exames Diagnósticos auxiliares

() Glicemia Capilar *120 mg/dl*

Encaminhamentos

- () Clínica Geral
 () Pediatria
 (x) Cirurgião
 () Ortopedista
 () Serviço Social
 () Maternidade
 () Enfermagem
 () Outros

Classificação

ARUANA SEGUROS

11 JUL 2018

Ana Cláudia A. de Araújo

COREN-PE 61196-ENF

Ass. Enfermagem

AVALIAÇÃO MÉDICA

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

Lesão por acidente de trânsito

Exame Físico: Peso *kg*

Lesão por acidente de trânsito + Fratura do antebraço

Hipótese diagnóstica / conduta

Lesão por acidente de trânsito + Fratura do antebraço

Código de Atendimento:

CID 10:

Josepne
Intense de gnrthla a ju
Ambr Ombro.

Ata a cargo
A ortoflex

Dr. Antonio Roberto de F. Almeida
Médico Cirurgião Geral
CREMEPE/23138-S

ortopedia. ⇒ Pac. vítima de acidente motociclista q/ trauma
em anteb. (D). com edema e deformidade local.
s/att. neurovascular R. x cl. frnt. Goleira:

col: Imobiliz.

Transferido p/ serviço de referência p/
TTº cirúrgico.

Hosp. Miguel Arraes

Dr. Francisco Guedes de S. Neto
Ortopedia - Traumatologia - Cir. Ombro
CRM-26 6371 / CRM-26 16527 / RCT 10265

Evolução Enfermagem

ARUANA SEGUROS

11 JUL 2018

ALTA

Data:	
Hora:	
Residência	
Internação	
Óbito	
Transferência	

Médico - CRM

Hospital:

Miguel Arraes

Senha:

5400246

ARUANA SEGUROS

11 JUL 2018



XII Gerência Regional de Saúde - XII GERES
Hospital Belarmino Correia

Stênio Condado
Hosp Miguel Arraes.
Sau de 5400-276

Guia de Esclarecimento

Unidade de Saúde: HOSPITAL REGIONAL BELARMINO CORREIA DE GOIANA

REGIÃO: XII GERES

Nome: *João da Silva* Sexo: *M* Cor: *P* Estado Civil: *C* Profissão:

Idade: *45* anos do dia *10* de *Jul*

Principais sintomas: *Dor abdominal*

Local de origem atual: *Região de saúde*

Antecedentes: *Doença crônica*

Exatidão diagnóstica: *Exatidão*

Tempo de evolução: *3 dias*

Tratamento a (o): *Tratamento* do dia *10* de *Jul* de 20 *18*

Assinatura: *Dr. Túlio Carvalho*

Observação: *Observação clínica*

Indicação: *Indicação*

Dr. Francisco Guedes de S. Neto
Ortopedia - Traumatologia - Cir. Geral
CRM 24.471 / SAM 25.1657 / RCD 4026

Dr. Túlio Carvalho
Médico
CRM 6554

Sau de 11:20h

RESUMO DE ALTA HOSPITALAR/ESCLARECIMENTO

NOME: JONAS DA SILVA PEREIRA REG: 113877

IDADE: _____ SEXO: _____ DATA DA ADMISSÃO 7/4/2018 DATA DA ALTA 29/04/18

DIAGNÓSTICO: FRATURA LUZARDAS DE GALVAZZI DIREITA

TRATAMENTO REALIZADO:

- Osteossíntese com Placa de P 3,5mm + Parafuso Interlock

ORIENTAÇÃO:

- Levar Membro
- Usar Curativo
- Retornar ao Ambulatório em 15 dias

PROGRAMA APÓS ALTA: 15 dias
AMBULATÓRIO DE EGRESSO SIM NÃO ()
DATA DA CONSULTA AMBULATORIAL: _____

ARUANA SEGUROS
11 JUL 2018

João Bosco B.C. Neto
Ortopedista e Traumatologista
CRM 156670

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 - Nome do Paciente

JONAS DA SILVA PEREIRA

6 - Nº Prontuário

113877

7 - Cartão Nacional do SUS

700500397257554

8 - Data de Nascimento

28/02/1996

9 - Sexo

Masculino

Feminino

10 - Raça/Cor

03 - Parda

10.1 - Etnia

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 (Rua, Nº, Bairro)

LOTEAMENTO JOSÉ DOURADO, 31 - CENTRO

16 - Município

17 - IBGE

260460

18 - UF

PE

19 - CEP

55940970

CONDADO

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - Principais Sinais e Sintomas Clínicos

PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE MOTO X CARRO. REFERE DOR E DEFORMIDADE EM 1/3 DISTAL DE RADIO DIREITO.

ARUANA SEGUROS

11 JUL 2018

21 - Condições que justificam a Internação
PACIENTE CIRURGICO22 - Principais Resultados de Provas Diagnósticas
EXAME FISICO E RADIO X

23 - Diagnóstico Inicial / Código

FRATURA DA DIAFISE DO RADIO DIREITO 1/3 DISTAL

24 - CID 10 Principal

S525

25 - CID 10 Secundário

W019

26 - CID 10 Causas Associadas

27 - Descrição do Procedimento Solicitado

PROCEDIMENTO SOLICITADO

28 - Código do Procedimento

0408020598

TRATAMENTO CIRURGICO DE PSEUDARTROSE NA REGIÃO METAFISE-EPIFISARIA DISTAL DO RADIO E ULNA

29 - Especialidade

CIRURGICA

30 - Caracter de Atendimento

2

31 - Documento

(X) CNS () CPF

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

980016297085258

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)

19797

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - () Acidente de Trânsito

37 - () Acid. Trabalho Típico

38 - () Acid. Trabalho Trajeto

39 - CNPJ Seguradora

42 - CNPJ / Empresa

40 - Nº Bilhete

43 - CNAE / Empresa

41 - Série

44 - CBOR

45 - Vínculo com a Previdência

() Empregado

() Empregador

() Autônomo

() Desempregado

() Aposentado

() Não Segurado

AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizador

47 - Cód. Órgão Emissor

E280000001

52 - Nº da Autorização de Internação Hospitalar

48 - Documento

() ENS () CPF

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

50 - Data da Autorização

51 - Assinatura e Carimbo (Nº Registro do Conselho)

Carimbo
Intensivista
Medicina
CRM 14220AIH
261810159051-1

Código do Laudo:

423487

DADOS DO PACIENTE

Paciente: **JONAS DA SILVA PEREIRA** Prontuário: 113877
Idade: 22a-1m 9d Sexo: M Estado Civil: SOLTEIRO Data de Nascimento: 28/2/1996
Profissão: Escolaridade: Telefone: CEP 55940970
R.G.: 9441490 C.P.F.: 31 - CENTRO - CONDOMÍNIO - PE
Endereço: LOTEAMENTO JOSE DOURADO
Dados da Internação
Data e Hora da Internação: 8/4/2018 02:52
Plano: GERAL
Origem: URGENCIA/EMERGENCIA
Convênio: SUS - INTERNACAO
Unidade Internação: VERDE 2 ORTOPEDIA Acomodação: ENFERMARIA DE OBSERVACAO Leito: VERD2-15
Médico Internação: PLANTONISTA CIRURCIA GERAL

DADOS DO RESPONSÁVEL

Nome: R.G.: C.P.F.:
Endereço: Número: Estado civil:
Telefone: Cidade:

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 Condicionamento Clínico
Diagnóstico Principal.....: Fratura humeral da Galhaz de A...
Diagnóstico Secundário01.:
Diagnóstico Secundário02.:
Procedimento.....: Prossimidade 1) Placa de 3,5 + Parafusos
Intercam...

ARUANA SEGUROS

11 JUL 2018

João Bosco B. C. Neto
Ortopedia / Traumatologia
CRM-PE 113877

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, anestésias, transfusões, exames de sangue, ou qualquer outro tipo de exame médico e laboratorial) que se fizerem necessários para o diagnóstico, tratamento, cura e o bem estar do paciente.

Em _____ de _____ de _____

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: 55940970
Cidade.....: CONDADO Plano...: PLANO UNICO
Convênio.....: SUS - EXTERNO / URGENCIA
CID Principal.....: -
CID's Secundários.:
Resultado.....: ENCAMINHADO AO SETOR DE INTERNACAO
Data Saída.....: 08/04/2018 Hora Saída : 02:47

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



GESTÃO
IMIP
HOSPITALAR

0018

11 JUL 2018

Hora:

Exame Físico

Phonics

Prescrição Médica

- RDT + analgesia
- Avaliação de ortopedia

De Fernando Cavalcanti
Classificação Geral
25/04/2023

Senha:

(X) Encaminhado ao setor de internação

~~4~~ SOT ~~4~~

Interno sob orientação de Dr Antônio Quirinoz

Dr. Icaro Mólím de S. Pereira
Ortopedia e Traumatologia
11 5085 28560

HOSPITAL METROP. - ORTE MIGUEL ARRAES

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

PROTOCOLO CLASSIFICACAO 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 MMIL. RELATA TONTURA MOMENTANEA E USO DE CAPACETE. NEGA DESMAIO E PERDA DE CONSCIENCIA.

Observação: 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
NEPI-HMA

ARUANA SEGUROS

11 JUL 2018

HMA - Hospital Miguel Arraes

Lesão de Pele

Sim (X) Não ()

Local: FACE + MMIT

laceracao

ESCORIAÇÃO

de Sutura

Enfermeiro

Amanda Roberta de M. Costa
COREN-PE 342188-516

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

Data Impressão: 07/04/2018 12:40



João Bosco B. C. Neto
Ortopedia / Traumatologia
CREMEP 78.670

HOSPITAL MIGUEL ARRAESMV 2000 - Sistema de Centro Cirúrgico e Obstétrico
Ficha de Cirurgia Descritiva

Página: 0001

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 09:02

Sala Pré-Operatório : S525

Operatório :

Sala : 0002

SALA 02

JONAS DA SILVA PEREIRA

SUS - INTERNACAO

VERD2-15

Dt. Fim : 08/04/2018 10:58

FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DO RADIO

Atendimento : 423532

Carteira :

Idade : 22 Anos 11 Dias 12 Horas

Procedimentos

Número : 0408020431

Convênio : 001

Anestesia : 29

TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DIAFISARIA ÚNICA DO RADIO / DA ULNA (PRINCIPAL)

SUS - INTERNACAO

BLOQUEIO PLEXO BRAQUIAL

Equipe Médica

CIRURGIAO

13925 LUIZ ANTONIO DE CARVALHO

Descrição**Descrição Cirúrgica :**

DIAGNÓSTICO: FRATURA LUXAÇÃO DE GALLEAZZI DIREITA
CIRURGIA: OSTEOSÍNTESE 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 ANTISSEPSE;
4. APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTÉREIS;
5. INCISÃO DE PELE DE 10CM NA REGIÃO VOLAR DO ANTEBRAÇO DIREITO;
6. DISSECÇÃO 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
Ortopedia/Traumatologia
CRM-PE 24689

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 (CCM 1400) - DIA 7/4/2018.
e comanda fratura da R. 2 da diáfise distal.

Paciente Sendo submetido a CIRURGIA dia 8/4/2018
C/ ortossintese C/ Placa + Parafusos N. Hospital
MIGUEL ARRAS. Paciente apresenta-se C/ dor importante
na Região da diáfise radial, C/ déficit de PRONOSUPINAÇÃO
déficit de força + fadiga na MSD, C/ edema
CRÔNICO + déficit FUNCIONAL IMPORTANTE. Paciente tem
Pós-operatório satisfatório. Apresenta-se C/ déficit
FUNCIONAL - Sinal de deformidade (SCC)
Data: 17.4.2018 ALTA definitiva.


Médico Responsável

CRM: _____

ARUANA SEGUROS
24 AGO 2018

ARUANA SEGUROS
24 AGO 2018

Uso de Sida
No. 1133-2018-08-018
PTEC
100% Seguro



ARUANA SEGUROS
24 AGO 2018

ARUANA SEGUROS

24 AGO 2018



Número do Registro: 2018/EC001585 Data e Hora de Atendimento: 07/04/2018 09:46 Prontoário Local: Prontoário Integrado: Local de Entrada: Emergencia Cirurgica

Informações prestadas pelo paciente ou acompanhante:

Paciente:

29892 JONAS DA SILVA PEREIRA

Registro SUS

700500397257554

Nascimento: 28/02/1996 Idade: 22

Sexo: Masculino

Cor: Parda

Estado Civil: Solteiro(a)

Profissão: SEGURANÇA

Naturalidade: CONDADO

Nacionalidade: BR

Documento de Identidade

9441490

Filiação: JORGE DA SILVA PEREIRA

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 CEMETERIO 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 () Paraestesia e/ou Paralisia de parte do corpo
+ Dor Local MSD

() Queixa urinária

() Sangramento. Loc

+ Outras queixas: Acidente de trânsito / lesão contusa na face

Antecedentes Mórbitos / Medicamentos

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

NOTIFICADO
EPIDEMIOLOGIA HBC

Sinais Vitais

P.A. x mmHg Tm °C Pm bpm F.R.m rpm

Exames Diagnósticos auxiliares

() Glicemia Capilar mg/dl

Encaminhamentos

- () Clínica Geral
() Pediatria
X Cirurgião
() Ortopedista
() Serviço Social
() Maternidade
() Enfermagem
() Outros

Classificação

ARUANA SEGUROS

11 JUL 2018

Ana Cláudia A. de Araújo

COREN-PE 61196-ENF

Ass. Enfermagem

AVALIAÇÃO MÉDICA

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

Lesão contusa de acidente de trânsito

Exame Físico: Peso kg

Lesão contusa na face + Fratura do antebraço

Hipótese diagnóstica / conduta

Lesão contusa na face + Fratura de antebraço

Código de Atendimento:

CID 10:

Josepne
Intense de gnrthla a ju
Ambr Omb.

Ata a cargo
A ortoflex

Dr. Antonio Roberto de F. Almeida
Médico Cirurgião Geral
CREMEPE/23138-S

ortopedia. ⇒ Pac. vítima de acidente motociclista q/ trauma
em art. (D). com edema e deformidade local.
s/att. neurovascular R. x cl. fr. Colarço:
col: Imobiliz.

Transferido p/ serviço de referência p/
TTº cirúrgico.

Hosp. Miguel Arraes

Dr. Francisco Guedes de S. Neto
Ortopedia-Traumatologia - Cir. Ombro
CRM-26 6371 / CRM-26 16527 / RCT 10265

Evolução Enfermagem

ARUANA SEGUROS

11 JUL 2018

ALTA

Data:	
Hora:	
Residência	
Internação	
Óbito	
Transferência	

Médico - CRM

Hospital:

Miguel Arraes

Senha:

5400246

ARUANA SEGUROS

11 JUL 2018



XII Gerência Regional de Saúde - XII GERES
Hospital Belarmino Correia

Stênio Condado
Hosp Miguel Arraes.
Sau de 5400-276

Guia de Esclarecimento

Unidade de Saúde: HOSPITAL REGIONAL BELARMINO CORREIA DE GOIANA

REGIÃO: XII GERES

Nome: *João da Silva* Sexo: *M* Cor: *P* Estado Civil: *C* Profissão:

Idade: *45* anos do dia *10* de *Jul*

Principais sintomas: *Dores abdominais, náuseas, vômitos*

Doença atual: *Infecção do trato urinário*

Antecedentes: *Doenças crônicas, cirurgias anteriores*

Exatidão: *Boa*

Assinatura: *Dr. Túlio Carvalho*

Assinatura do(a): *J. da Silva* do dia *11* de *Jul* de 20 *18*

Assinatura: *Dr. Francisco Guedes de S. Neto*

Assinatura: *Dr. Túlio Carvalho*

Assinatura: *Dr. Francisco Guedes de S. Neto*

Assinatura: *Dr. Túlio Carvalho*

Assinatura: *Dr. Francisco Guedes de S. Neto*

Assinatura: *Dr. Túlio Carvalho*

RESUMO DE ALTA HOSPITALAR/ESCLARECIMENTO

NOME: JONAS DA SILVA PEREIRA REG: 113877

IDADE: _____ SEXO: _____ DATA DA ADMISSÃO 7/4/2018 DATA DA ALTA 29/04/18

DIAGNÓSTICO: FRATURA LUZARDO DE GALVAZZI DIREITA

TRATAMENTO REALIZADO:

- Osteossíntese com Placa de P 3,5mm + Parafusos Interlocares

ORIENTAÇÃO:

- Levar a Membro
- Usar o Dito
- Retornar ao funcionamento em 15 dias

PROGRAMA APÓS ALTA: 15 dias
AMBULATÓRIO DE EGRESSO SIM NÃO ()
DATA DA CONSULTA AMBULATORIAL: _____

ARUANA SEGUROS
11 JUL 2018

João Bosco R.C. Neto
Ortopedista e Traumatologista
CRM 156670

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 - Nome do Paciente

JONAS DA SILVA PEREIRA

6 - Nº Prontuário

113877

7 - Cartão Nacional do SUS

700500397257554

8 - Data de Nascimento

28/02/1996

9 - Sexo

Masculino

Feminino

10 - Raça/Cor

03 - Parda

10.1 - Etnia

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 (Rua, Nº, Bairro)

LOTEAMENTO JOSÉ DOURADO, 31 - CENTRO

16 - Município

17 - IBGE

260460

18 - UF

PE

19 - CEP

55940970

CONDADO

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - Principais Sinais e Sintomas Clínicos

PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE MOTO X CARRO. REFERE DOR E DEFORMIDADE EM 1/3 DISTAL DE RADIO DIREITO.

ARUANA SEGUROS

11 JUL 2018

21 - Condições que justificam a internação
PACIENTE CIRURGICO22 - Principais Resultados de Provas Diagnósticas
EXAME FISICO E RADIO X

23 - Diagnóstico Inicial / Código

FRATURA DA DIAFISE DO RADIO DIREITO 1/3 DISTAL

24 - CID 10 Principal

S525

25 - CID 10 Secundário

W019

26 - CID 10 Causas Associadas

27 - Descrição do Procedimento Solicitado

PROCEDIMENTO SOLICITADO

28 - Código do Procedimento

0408020598

TRATAMENTO CIRURGICO DE PSEUDARTROSE NA REGIÃO METAFISE-EPIFISARIA DISTAL DO RADIO E ULNA

29 - Especialidade

CIRURGICA

30 - Caracter de Atendimento

2

31 - Documento

(X) CNS () CPF

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

980016297085258

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)

19797

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - () Acidente de Trânsito

37 - () Acid. Trabalho Típico

38 - () Acid. Trabalho Trajeto

39 - Vínculo com a Previdência

() Empregado

() Empregador

() Autônomo

() Desempregado

() Aposentado

() Não Segurado

39 - CNPJ Seguradora

42 - CNPJ / Empresa

40 - Nº Bilhete

43 - CNAE / Empresa

41 - Série

44 - CBOR

AUTORIZAÇÃO

45 - Nome do Profissional Autorizador

46 - Cód. Órgão Emissor

E280000001

52 - Nº da Autorização de Internação Hospitalar

47 - Documento

() ENS () CPF

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

49 - Data da Autorização

51 - Assinatura e Carimbo (Nº Registro do Conselho)

Carimbo
Intensivista
Medicina
CRM 14220**AIH**

261810159051-1

Código do Laudo:

423487

DADOS DO PACIENTE

Paciente: **JONAS DA SILVA PEREIRA**
Idade: 22a-1m 9d
Profissão:
R.G.: 9441490
Endereço: LOTEAMENTO JOSE DOURADO

Sexo: M

Estado Civil: SOLTEIRO
Escolaridade:

Telefone:

31 - CENTRO

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

CEP 55940970
- CONADO - PE

Dados da Internação

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

Plano: GERAL

Origem: URGENCIA/EMERGENCIA

Convênio: SUS - INTERNACAO

Unidade Internação: VERDE 2 ORTOPEDIA Acomodação: ENFERMARIA DE OBSERVACA Leito: VERD2-15

Médico Internação: PLANTONISTA CIRURCIA GERAL

DADOS DO RESPONSÁVEL

Nome:
Endereço:
Telefone:

R.G.:

- Numero:

C.P.F.:

Cidade:

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: Boas condições clínicas

Diagnóstico Principal.....: Fratura humeral da Galhazzi

Diagnóstico Secundário01.: _____

Diagnóstico Secundário02.: _____

Procedimento.....: osteossíntese CI Placa DP 3,5 + Parafusos

REVISADO

CCIH-HMA

INTERCROSSMONTADO

ARUANA SEGUROS

11 JUL 2018

João Bosco B. C. Neto
Ortopedia / Traumatologia
CREMEPE 12377

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, anestésias, transfusões, exames de sangue, ou qualquer outro tipo de exame médico e laboratorial) que se fizerem necessários para o diagnóstico, tratamento, cura e o bem estar do paciente.

Em _____ de _____ de _____

Patricia de Abreu e Silva
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: 55940970
Cidade.....: CONDADO Plano...: PLANO UNICO
Convênio.....: SUS - EXTERNO / URGENCIA
CID Principal.....: -
CID's Secundários.:
Resultado.....: ENCAMINHADO AO SETOR DE INTERNACAO
Data Saída.....: 08/04/2018 Hora Saída : 02:47

Prestador da Evolução Médica:

ANTONIO JOSE OLIVEIRA DE A. QUEIROZ

ARUANA SEGUROS
11 JUL 2018ANTONIO JOSE OLIVEIRA DE A. QUEIROZ / 19797
CIRURGIA GERAL

HOSPITAL METROPOLITANO NORTE MIGUEL ARRAES DE ALENCAR



HOSPITAL
MIGUEL ARRAES

HOSPITAL MIGUEL ARRAES



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 DOURAC --

31

Bairro: CENTRO

Cidade/UF: CONDADO

PE

Usuário Atendimento: HANNESSAKCCA

Informações Associadas a Pacientes Estrangeiros / Visitantes

Data Entrada Brasil:

Nacionalidade: BRASILEIRA

Nr Documento Estrangeiro:

ARUANA SEGUROS

11 JUL 2018

Observação:

RESUMO DE TRATAMENTO

Peso: _____ Altura: _____ Temperatura: _____ Hora: _____

Queixa Principal

Existe sintoma de colisão no braço - com. ref. no codo da
mão esquerda. Há dor local. Há inchaço na
mão esquerda. Há dor de coudo no codo da
mão esquerda. Há dor de coudo no codo da
mão esquerda.

Exame Físico

A: Vis. c. e. p. p. p. p. B: MV ⊕ em AHT 5124; C: RCD em 1T.
D: F. e. p. p. p. p. E: Abol. inchaço e dor no
codo da mão esquerda. Há dor de coudo no codo da
mão esquerda. Há dor de coudo no codo da
mão esquerda.

Hipótese Diagnóstico

Edema

Prescrição Médica

- Sol Rx
- KDT + analgesia
- Avaliação de ortopedia

De Fernando Cavalcanti
Clínico Geral
CRM-PE-20235

Assinatura e Carimbo/Médico

Destino: () Encaminhado ao Ambulatório () Residência

() Transferido: Para _____

Senha: _____

(X) Encaminhado ao setor de internação

SOT

Interno sob orientação de Dr. Antônio Queiroz

Dr. Icaro Mólím de S. Pereira
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PE-20235

HOSPITAL METROP. DR. MIGUEL ARRAES

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

PROTOCOLO CLASSIFICACAO 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 MMIL. RELATA TONTURA MOMENTANEA E USO DE CAPACETE. NEGA DESMAIO E PERDA DE CONSCIENCIA.
Observação: 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
NEPI-HMA

ARUANA SEGUROS

11 JUL 2018

HMA - Hospital Miguel Arraes

Lesão de Pele

Sim (X) Não ()

Local: FACE + MMIT

Local: Laceração e Escoriação

Enfermeiro

Amanda Roberta de M. Costa
COREN-PE 342188-516

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

Data Impressão: 07/04/2018 12:40



João Bosco B. C. Neto
Ortopedia / Traumatologia
CREMEP 78.670

HOSPITAL MIGUEL ARRAESMV 2000 - Sistema de Centro Cirúrgico e Obstétrico
Ficha de Cirurgia Descritiva

Página: 0001

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 09:02

Sala Pré-Operatório : S525

Operatório :

Sala : 0002 SALA 02

JONAS DA SILVA PEREIRA

SUS - INTERNACAO

VERD2-15

Dt. Fim : 08/04/2018 10:58

FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DO RADIO

Atendimento : 423532

Carteira :

Idade : 22 Anos 11 Dias 12 Horas

Procedimentos

Número : 0408020431

Convênio : 001

Anestesia : 29

TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DIAFISARIA ÚNICA DO RADIO / DA ULNA (PRINCIPAL)

SUS - INTERNACAO

BLOQUEIO PLEXO BRAQUIAL

Equipe Médica

CIRURGIAO

13925 LUIZ ANTONIO DE CARVALHO

Descrição**Descrição Cirúrgica :**

DIAGNÓSTICO: FRATURA LUXAÇÃO DE GALLEAZZI DIREITA
CIRURGIA: OSTEOSÍNTESE 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 ANTISSEPSE;
4. APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTÉREIS;
5. INCISÃO DE PELE DE 10CM NA REGIÃO VOLAR DO ANTEBRAÇO DIREITO;
6. DISSECÇÃO 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
Ortopedia/Traumatologia
CRM-PE 24689

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

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL	
REGISTRO GERAL	9.441.490
DATA DE EXPEDIÇÃO 12/04/2012	
NOME	
<< JONAS DA SILVA PEREIRA >>	
FILIAÇÃO	
<< JORGE SERAFIM PEREIRA >>	
<< CRISTIANE MARIA DA SILVA >>	
NATURALIDADE	DATA DE NASCIMENTO
GOIANA - PE	28/02/1996
DOC ORIGEM << CN.17019-L.L14A-F.199V-CART.SEDE-CONDADO-PE-23.08.2006 >>	
CPF	
702.194.534-54	
ASSINATURA DO DIRETOR	
LEI Nº 7 116 DE 29/08/83	

F-49 8.999 3022

ARUANA SEGUROS
11 JUL 2018

DETRAN - PE Nº 012299959957
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 1 CDD RENAVAM 1068850580 R.N.T.R.C. ***** EXERCÍCIO 2016

NOME
IVANILDO JOSE DA SILVA

CONDADO-PE

CPF/CNPJ 801.248.444-15 PLACA PDC7901

PLACA ANT. UF *****/PE CHASSI LKXCEBLO375220703

ESPÉCIE TIPO PAS / CICLOMOTOR COMBUSTÍVEL GASOLINA

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

CAP / POT / cil 22 / 49 CL CATEGORIA PARTIC COR PREDOMINANTE PRETA

COTA ÚNICA VENC. COTA ÚNICA 1ª *****
IPVA 2015 QUITADO 2ª *****
FAIXA LÍV. 1 PARCELAMENTO / COTAS 3ª *****

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) IOF (R\$) PRÊMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO
SEGURO PAGO

OBSERVAÇÕES
SEM RESERVA

CONDADO DATA 02/04/16
Charles Anderson Sousa Ribeiro

PE Nº 012299959957 BILHETE DE SEGURO DPVAT
IVANILDO JOSE DA SILVA

55940-0

CASA, 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 EMISSA 02/04/16

VIA 1 CPF / CNPJ 801.248.444-15 PLACA PDC7901

RENAVAM 1068850580 MARCA / MODELO I / SHINERAY XY 50 Q

ANO FAB. 2014 CATEG. 03 CHASSI LKXCEBLO375220703

PRÊMIO TARIFÁRIO

RIS (R\$) DENATRAM (R\$) CUSTO DO SEGURO (R\$)

CUSTO DO BILHETE (R\$) IOF (R\$) TOTAL DO SEGURO (R\$)
SEGURO PAGO

PAGAMENTO COTA ÚNICA PARCELADO DATA DE QUITAÇÃO

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 80.248.404/0001-04
www.seguradoralider.com.br

DESTAQUE E GUARDE O BILHETE DPVAT.

ARUANA SEGUROS

11 JUL 2016

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 - OSTEOSSÍNTESE 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 EVIDENCIA 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,

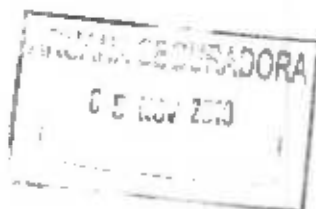
Em forma de esclarecimento, venho, por meio desta, solicitar e expor a minha indignação e falta de profissionalismo por parte da equipe medica da seguradora líder. No dia 05 de outubro do presente ano fui novamente ao Recife pois, no dia anterior fui impedido de realizar minha pericia medica por falta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

Peço providencias para com meu caso, visto que tudo que passei e 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 Pereira
 DATA DO ACIDENTE 07.04.18 CPF DA VÍTIMA 702.194.534-54
 PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO Guilherme M. de Carvalho
 QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR () VÍTIMA () REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COM A VÍTIMA É Jonas da Silva Pereira
 ENDEREÇO DO PORTADOR Rua Duque de Caxias
 Nº 170 COMPLEMENTO 10 BAIRRO Centro
 CIDADE Goiana UF PE CEP 55900-000
 E-MAIL goiana.goiama@gmail.com TELEFONE (81) 3626-3771
(81) 9.9808-6287

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- (X) REGISTRO DE Ocorrência EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
 (X) 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)
 (X) CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 () LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
 (X) 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
 (X) BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 (X) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
 (X) AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS 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, TAIS 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
- 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.
- 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 8312118 SDS-PE
 ASSINATURA [Assinatura]

RESPONSÁVEL PELA RECEBIDA DO SEGURO

DATA 11 JUL 2018
 NOME [Assinatura]
 ASSINATURA [Assinatura]

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 CIRURGICO 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 necesseralas que vocês mesmo pediram para reabrir o meu processo.

Diante desta situação, coloco-me à disposição para realizar a pericia 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 Pereira
 DATA DO ACIDENTE 07.04.18 CPF DA VÍTIMA 702.194.534-54
 PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO Guilherme M. de Carvalho
 QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR () VÍTIMA () REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COM A VÍTIMA É Jonas da Silva Pereira
 ENDEREÇO DO PORTADOR Rua Duque de Caxias
 Nº 170 COMPLEMENTO 10 BAIRRO Centro
 CIDADE Goiana UF PE CEP 55900-000
 E-MAIL goiana@goiana@gmail.com TELEFONE (81) 3626-3771
(81) 9.9808-6287

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- (X) REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
 (X) 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)
 (X) CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 () LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
 (X) 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
 (X) BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 (X) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
 (X) AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS 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, TAIS 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
- 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.
- 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 8312118 SDS-PE
 ASSINATURA [Assinatura]

RESPONSÁVEL PELA RECEBIDA DO SEGURO

DATA 11 JUL 2018
 NOME [Assinatura]
 ASSINATURA [Assinatura]

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0402242/18

Vítima: JONAS DA SILVA PEREIRA

CPF: 702.194.534-54

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

Data do acidente: 07/04/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: JONAS DA SILVA PEREIRA

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

Carta nº 13560488

