

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 30 de Setembro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200342005

Vítima: WILTON FILIPE RODOLFO GOMES DA SILVA

Data do Acidente: 23/06/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ROSSANA LIGIA FERNANDES DANTAS

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), WILTON FILIPE RODOLFO GOMES DA SILVA

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

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

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

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 16 de Outubro de 2020

Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3200342005

Vítima: WILTON FILIPE RODOLFO GOMES DA SILVA

Data do Acidente: 23/06/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ROSSANA LIGIA FERNANDES DANTAS

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), WILTON FILIPE RODOLFO GOMES DA SILVA

Informamos que o pagamento da indenização do Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 3.375,00

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos pés 50%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 50%) 25,00%

Valor a indenizar: 25,00% x 13.500,00 = R\$ 3.375,00

Recebedor: WILTON FILIPE RODOLFO GOMES DA SILVA

Valor: R\$ 3.375,00

Banco: 341

Agência: 000000874

Conta: 0000067103-5

Tipo: CONTA CORRENTE

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorno ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



**LAUDO DE AVALIAÇÃO MÉDICA PARA FINS DE VERIFICAÇÃO E
QUANTIFICAÇÃO DE LESÕES PERMANENTES EM VÍTIMAS DO SEGURO DPVAT**

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo.

Número do Sinistro: **3200342005**

Nome do(a) Examinado(a): **WILTON FILIPE RODOLFO GOMES DA SILVA**

Endereço do(a) Examinado(a): **RUA CONSELHEIRO OLIVEIRA NETO, 55, , Olinda/PE**

Identificação – Órgão Emissor UF / Número: **Não Informado / Não Informado**

Data e local do acidente: **23/06/2020 - /PE**

Data e local do exame: **08/10/2020 - Recife/PE**

Coordenadas Geográficas:

RESULTADO DA AVALIAÇÃO MÉDICA

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

fratura luxação de lis franc a esquerda

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

tratado cirurgicamente com fixação da fratura, evoluindo com bloqueio articular. Fez fisioterapia, alta em 25/06/2020.

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

Ao exame físico do pé esquerdo apresenta eversão aos 5°, inversão aos 10°, pé normal, sem amputação, sem encurtamento, marcha com claudicação, agachamento alterado, mobilização passiva anormal, articulação metatarsofalangeana aos 10°. Apresenta na região observada pé com presença de atrofias, cicatriz operatória aparente, sensibilidade anormal, coloração normal, temperatura normal, sinais inflamatórios inexistentes, presença de alterações da musculatura do segmento, presença de alteração motora do segmento. Cumpre frisar que, conforme o exame físico, o periciado possui um déficit funcional de grau médio no pé esquerdo.

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

Sim

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

Sim

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

limitação de grau medio do pé esquerdo, com edema local, bloqueio articular.

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

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

Pé Esquerdo - Médio - 50%

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

SAUDESEG
Dr. Leonardo Neves
CRM-PE 17742



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

4 - Nome completo da vítima:

122.553.254-03 WILTON FILIPE RODOLFO GOMES DA SILVA

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012

5 - Nome completo: WILTON FILIPE RODOLFO GOMES DA SILVA	6 - CPF: 122.553.254-03		
7 - Profissão: MOTORISTA	8 - Endereço: RUA CONSELHEIRO OLIVEIRA NETO	9 - Número: 55	10 - Complemento: CASA
11 - Bairro: Rio doce	12 - Cidade: OLINDA	13 - Estado: PE	14 - CEP: 53.090-735
15 - E-mail: ballbinosp@hotmaill.com	16 - Tel (DDI): (81) 3538-0063	17 - Nome completo do Representante Legal:	18 - CPF do Representante Legal:

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

17 - Nome completo do Representante Legal:	18 - CPF do Representante Legal:	19 - Profissão do Representante Legal:
Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo [ANEXAR CÓPIA].		
20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:		
<input type="checkbox"/> RECLUSO INFORMAR <input checked="" type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00 <input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 <input type="checkbox"/> SEM RENDA <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00		
21 - DADOS BANCÁRIOS: <input checked="" type="checkbox"/> BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO <input type="checkbox"/> REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)		
<input type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção): <input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (341) <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)		
<input checked="" type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos): Nome do BANCO: ITAU		
AGÊNCIA: 0874	CONTA: 67103	5
(Informar o dígito se existir)	(Informar o dígito se existir)	(Informar o dígito se existir)

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §3º, declarando que esta autorização não significa concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discordar do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: <input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (no Civil) <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado Judicialmente <input type="checkbox"/> Viúvo	24 - Data do óbito da vítima:				
25 - Grau de Parentesco com a vítima:	26 - Vítima deixou companheiro(a): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:			
28 - Vítima teve filhos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:	30 - Vítima deixou nascituro (valencor)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	31 - Vítima teve irmãos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:	33 - Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não

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

NÃO ALFABETIZADO

34.
Impressão
digital da
vítima ou
beneficiário
não alfabetizado

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

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

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

38 - 1º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

Abreu e Lima 22/09/2020
Wilton Filipe Rodolfo Gomes da Silva

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 026^a CIRCUNSCRIÇÃO - RIO DOCE - DP26^aCIRC DIM/7^aDESEG

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N°. 20E0116001109

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **13/08/2020** às **16:50**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado) que aconteceu no dia **23/6/2020** às **21:45**

Fato ocorrido no endereço: **AVENIDA DO CONTORNO, 1** - Bairro: **JARDIM ATLANTICO - OLINDA/PERNAMBUCO/BRASIL** - CEP: **53140-080**
Local do Fato: **VIA PÚBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

JANAINA RIBEIRO DE ARAUJO (AUTOR \ AGENTE)
OZANA MARIA DOS SANTOS (OUTRO)
WILTON FILIPE RODOLFO GOMES DA SILVA (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): JANAINA RIBEIRO DE ARAUJO
VEICULO: (Outros motivos) , que estava em posse do(a) Sr(a): WILTON FILIPE RODOLFO GOMES DA SILVA

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

JANAINA RIBEIRO DE ARAUJO (presente ao plantão) - Sexo: **Feminino** Mãe: **IRENE FARIA DA SILVA** Pai: **SEBASTIAO RIBEIRO DA SILVA** Data de Nascimento: **11/8/1972** Naturalidade: **RECIFE / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **3812085/SSP/PE (RG)** Estado Civil: **CASADO(A)** Escolaridade: **3º. GRAU COMPLETO** Profissão: **OUTRAS PROFISSOES** Telefones Celulares: **- 081987351660**

Endereço Residencial: **RUA ESCRITOR RAMOS DE ALMEIDA, 333, APT 104-BLOCO 9 - CEP: 55000-000 - Bairro: JARDIM ATLANTICO - OLINDA/PERNAMBUCO/BRASIL**

WILTON FILIPE RODOLFO GOMES DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **INEZ KAREIO DO CARMO GOMES** Pai: **BRUNO RODOLFO DA SILVA** Data de Nascimento: **15/4/2000** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **9755292/SDS/PE (RG)** Escolaridade: **2º. GRAU COMPLETO** Profissão: **OUTRAS PROFISSOES** Telefones Celulares: **- 081988276038**

Endereço Residencial: **RUA SETENTA E SEIS, 25 - CEP: 55000-000 - Bairro: RIO DOCE - OLINDA/PERNAMBUCO /BRASIL**

OZANA MARIA DOS SANTOS (não presente ao plantão) - Sexo: Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

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

CARRO DE PLACA PGS7609 (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **JANAINA RIBEIRO DE ARAUJO**, que estava em posse do(a) Sr(a): **JANAINA RIBEIRO DE ARAUJO**
Categoria/Marca/Modelo: **AUTOMOVEL/NISSAN/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **BRANCA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PGS7609** (PERNAMBUCO/OLINDA) Renavam: **592129950** Chassi: **3N1CN7ADXEK421686**
Ano Fabricação/Modelo: **2013/2014**

MOTOCICLETA DE PLACA QYD6868 (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **OZANA MARIA DOS SANTOS**, que estava em posse do(a) Sr(a): **WILTON FILIPE RODOLFO GOMES DA SILVA**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/POP 100** Objeto apreendido: **Não**
Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **QYD6868** (PERNAMBUCO/OLINDA) Renavam: **1214247820** Chassi: **9C2JB0100KR356536**
Combustível: **GASOLINA**

Complemento / Observação

COMPARECEU A ESTA DELEGACIA DE POLICIA A PESSOA DE JANAINA RIBEIRO DE ARAUJO INFORMANDO QUE NO DIA DE 23 DE JUNHO DO CORRENTE ANO POR VOLTA DAS 21 HORAS E 45 MINUTOS, QUANDO ESTAVA TRANSITANDO NA VIA DO CONTORNO EM JARDIM ATLÂNTICO PROXIMO AO COLEGIO REAL COM O SEU CARRO DE PLACA PGS7609 COLIDIU COM UMA MOTOCICLETA DE PLACA QYD6868 PILOTADA POR WILTON FILIPE RODOLFO GOMES DA SILVA. QUE DESSE ACIDENTE A PESSOA DE WILTON FILIPE RODOLFO GOMES DA SILVA FOI SOCORRIDA PARA A UPA-OLINDA, ONDE TEVE SEU ATENDIMENTO REGISTRADO NO NUMERO 1625667. QUE POSTERIORMENTE FOI ENCAMINHADO PARA O HOSPITAL MIGUEL ARRAES ONDE TEVE O ATENDIMENTO REGISTRADO COM O NUMERO 529636 . QUE DESSE ACIDENTE A PESSOA DE WILTON FILIPE RODOLFO GOMES DA SILVA TEVE UMA LESÃO NO PÉ ESQUERDO. POR ESSA RAZÃO VIERAM WILTON FILIPE RODOLFO GOMES DA SILVA E A SENHORA JANAINA RIBEIRO(CONDUTORA DO VEICULO QUE OCASIONOU O ACIDENTE) REGISTRAR ESSE BOE.

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


JANAINA RIBEIRO DE ARAUJO
(AUTOR / AGENTE)


WILTON FILIPE RODOLFO GOMES DA SILVA
(VITIMA)

B.O. registrado por: **TIAGO LOURENÇO DA CUNHA** - Matrícula: **3875300**
(Liberado em 13/08/2020 às 10:49:27)

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

4 - Nome completo da vítima:

122.553.254-03 WILTON FILIPE RODOLFO GOMES DA SILVA

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012

5 - Nome completo: WILTON FILIPE RODOLFO GOMES DA SILVA	6 - CPF: 122.553.254-03		
7 - Profissão: MOTORISTA	8 - Endereço: RUA CONSELHEIRO OLIVEIRA NETO	9 - Número: 55	10 - Complemento: CASA
11 - Bairro: Rio doce	12 - Cidade: OLINDA	13 - Estado: PE	14 - CEP: 53.090-735
15 - E-mail: ballbinosp@hotmaill.com	16 - Tel (DDI): (81) 3538-0063	17 - Nome completo do Representante Legal:	18 - CPF do Representante Legal:

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

17 - Nome completo do Representante Legal:	18 - CPF do Representante Legal:	19 - Profissão do Representante Legal:
Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo [ANEXAR CÓPIA].		
20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:		
<input type="checkbox"/> RECLUSO INFORMAR <input checked="" type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00 <input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 <input type="checkbox"/> SEM RENDA <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00		
21 - DADOS BANCÁRIOS: <input checked="" type="checkbox"/> BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO <input type="checkbox"/> REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)		
<input type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção): <input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (341) <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)		
<input checked="" type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos) Nome do BANCO: ITAU		
AGÊNCIA: 0874	CONTA: 67103	5
(Informar o dígito se existir)	(Informar o dígito se existir)	(Informar o dígito se existir)

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §3º, declarando que esta autorização não significa concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discordar do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: <input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (no Civil) <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado Judicialmente <input type="checkbox"/> Viúvo	24 - Data do óbito da vítima:				
25 - Grau de Parentesco com a vítima:	26 - Vítima deixou companheiro(a): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:			
28 - Vítima teve filhos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:	30 - Vítima deixou nascituro (valencor)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	31 - Vítima teve irmãos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:	33 - Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não

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

NÃO ALFABETIZADO

34.
Impressão
digital da
vítima ou
beneficiário
não alfabetizado

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

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

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

38 - 1º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

Abreu e Lima 22/09/2020
Wilton Filipe Rodolfo Gomes da Silva

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

ITAU - UNIBANCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 341 AGÊNCIA: 0477 CONTA: 000000078857-4

DATA DA TRANSFERENCIA: 14/10/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 3.375,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: WILTON FILIPE RODOLFO GOMES DA SILVA

BANCO: 341

AGÊNCIA: 00874

CONTA: 000000067103-5

Autenticação:

CBF1C8D2E64F2EFF972DCDEB3ACE77911B0A2B95C5BFD75757D996F34FD0B1F0

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 10.835.532/0001-08
INSCRIÇÃO ESTADUAL 0006943-93



Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de
COMERCIAL 116 | PRONTI
Atendimento ao deficiente auditivo ou de fala: 0800
Ovidoria 0800
Agência de Regulação dos Serviços Públicos Delegados de
de Pernambuco-ARPE: 0800-727-0167-Ligação Grátis de Telefone
Agência Nacional de Energia Elétrica
167-Ligação Grátis de telefones fixos -

DADOS DO CLIENTE	
INEZ KARINE DO CARMO GOMES	
CPF: 058.065.384-16 NIS: 18299232995	

ENDERECO DA UNIDADE CONSUMIDORA

RUA CNS DE OLIVEIRA NETO 65

RIO DOCE/OLINDA
53080-735 OLINDA 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	DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL	CONTA CONTRATO
08/07/2020	23/06/2020	007030847240
TOTAL A PAGAR (R\$)	DATA DA APRESENTAÇÃO	Nº DO CLIENTE
10,36	01/07/2020	3015055916
	NÚMERO DA NOTA FISCAL	Nº DA INSTALAÇÃO
	113707593	0002096489

CLASSIFICAÇÃO	B1 RESIDENCIAL - BAIXA RENDA COM NIS
	Monofásico

RESERVADO AO FISCO
065D.6627.E0C4.0EFD.A8B2.D1F1.EDF5.FF72

DESCRÍÇÃO DA NOTA FISCAL

DESCRÍÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)
Consumo-TUSD até 30 kWh	30,00	0,00000003	0,00
Consumo-TUSD superior a 30 até 100 kWh	70,00	0,00000002	0,00
Consumo-TUSD superior a 100 até 220 kWh	33,85	0,00000001	0,00
Consumo-TE até 30 kWh	30,00	0,00000003	0,00
Consumo-TE superior a 30 até 100 kWh	70,00	0,00000002	0,00
Consumo-TE superior a 100 até 220 kWh	33,85	0,00000001	0,00
Contrib. Ilum. Pública Municipal			10,36
TOTAL DA FATURA			10,36

IN ATÉ 10 DIAS, DEBTOS EXISTENTES CAUSARÃO CORTE.

Vencida	DI Prazo	Valor
29/06/20	01/07/20	12,44

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 consumo, pedindo também extirrar cobrança conforme os critérios definidos no Art. 89 REGULAMENTO. Podem ocorrer ações de cobrança, sem caso incluído nos registros de restrições de crédito CPC e SIRASA.

Tarifas Aplicadas	HISTÓRICO DO CONSUMO
Consumo-TUSD até 30 kWh	0,00000003
Consumo-TUSD superior a 30 até 100 kWh	0,00000002
Consumo-TUSD superior a 100 até 220 kWh	0,00000001
Consumo-TE até 30 kWh	0,00000003
Consumo-TE superior a 30 até 100 kWh	0,00000002
Consumo-TE superior a 100 até 220 kWh	0,00000001
Contrib. Ilum. Pública Municipal	
TOTAL DA FATURA	10,36
COMPOMISSÃO DO CONSUMO	
R\$ %	%
geração de Energia	0,06 165,80
Transmissão	0,06 0,00
Distribuição (Celpe)	0,00 0,90
Encargos Sistólicos	0,00 0,00
Trânsito	0,00 0,00
Pendas de Energia	0,00 0,00
TOTAL:	10,36 100

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS

ICMS	PIS	COFINS			
BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
0,00	0,00	0,00	0,97	0,00	0,00
					0,00

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES

DESCRIÇÃO	COMUNTO	VALOR AFUNDADO	META MENSAL	META TRIM
		0017203		
DI-0 de horas sem Energia	RD.OCDE	0,00	4,88	5,91
DI-0 de vezes sem Energia	0,00	1,17	6,38	
DMIC-Duração máxima de interrupção contínua	0,00	2,77	0,00	
DCP-Duração da interrupção em dia útil			Límite DCI: 12,22	
SUÍD-Valor do Encargo de Uso = R\$ 0,00				
Todo Consumidor pode solicitar a expulsão das indicações DIC, FIC, DMIC e DCI e suas				

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

MP 950/2020-Tarifa Social-Desconto no consumo até 220kWh.
Na data da leitura a bandeira em vigor é a Verde. Mais informações em www.aneel.gov.br.
O cliente é compensado quando há violação na continuidade individual ou do nível de tensão de fornecimento.
Pago, em atraso, gera multa 2% (Resolução ANEEL), Juros 1% a.m (Lei 10.438/02) + atualização monetária no próximo mês.
Isenção do ICMS conforme art. 9, XLVIII, a, 2.2.2, do ICMS-PE.
Desconto pela aplicação da Tarifa Social de Energia Elétrica criada pela Lei N° 10.438 de 26/04/02 - R\$ 77,74.
O Cliente é compensado quando há descumprimento do prazo definido para os pedidos de abandono comercial.

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR	ATUAL	Nº DIAS	CONSTANTE	EUSTE	CONSUMO kWh
	DATA LÉTURA	DATA LÉTURA				

000000000183884301	CAT - 25/06/2020	1.824,00	23/06/2020	1.998,00	29	1.00000	0,00	134,00
--------------------	------------------	----------	------------	----------	----	---------	------	--------

DATA PREVISTA PARA A PRÓXIMA LEITURA: 24/03/2020

NÍVEIS DE TENSÃO	
TENSÃO NOMINAL(V)	LIMITE DE VARIA
220	202

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA



NOTA FISCAL - 1. FATURA - + CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

Companhia Energética de Pernambuco
Av. Jalo de Barros, 111, Boa Vista, Recife - PE. CEP 50050-002
CNPJ 10.835.932/0001-08 | Inscrição Estadual 0005943-93 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE
ROSSANA LIGIA DANTAS TAVARES

ENDERECO DA UNIDADE CONSUMIDORA

CPF: 654 647 684-00

TIMBÓ ABREU E LIMA,
ABREU E LIMA PE
53520-170

CLASSIFICAÇÃO:

RESIDENCIAL

Trifásico

DATA DE VENCIMENTO	07/09/2020
DATA DE VENCIMENTO	14/08/2020
DATA DE VENCIMENTO	08/09/2020

7006423854 08/2020
DATA DE VENCIMENTO 14/08/2020 08/09/2020
VALOR TOTAL R\$ 783,53

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

	QUANTIDADE	PREÇO MÍN.	VALOR (R\$)
Consumo Abv0(Wh)-TUED	654.000000	0,46923198	250,95
Consumo Abv0(Wh) TE	654.000000	0,36471613	202,05
Contrib. Bens Pública Municipal			74,30
ICMS Subvenção-CDE-NF 111237031-05/08/20			4,17
Parcela 2/10 Plano 405003408163			218,93
Multa por atraso-NF 115143170 - 06/07/20			4,37
Multa por atraso-NF 115143170 - 07/07/20			9,88
Juros por atraso-NF 115143170 - 06/07/20			3,27
Atualização (GPM-NF 115143170 - 08/07/20)			6,75

TOTAL DA FATURA

783,53

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DA NOTA FISCAL

Nº DO MOVIMENTO	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR	ATUAL	Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (W.H)
1132298870	CRT	07/07/2020	14.584,00	07/08/2020	14.703,00	31	1.000000 1.000000

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

PERÍODO	VALOR	%	VALOR (R\$)	%
Transmissão	R\$ 18,30	4,33%		
Distribuição (Celpe)	R\$ 103,86	22,48%		
Parcerias de Energia	R\$ 33,36	7,22%		
Energia Solarizada	R\$ 30,01	4,33%		
Demais	R\$ 143,91	31,12%		
Total	R\$ 462,98	100%		

Requisito para a emissão da Nota Fiscal Eletrônica: Atenção ao consumo de energia elétrica. O consumo é composto por avaria e uso comercial. A avaria é a contagem de energia elétrica consumida pelo cliente que não é utilizada para o seu fim final (ex.: iluminação, aquecimento, etc.). O uso comercial é a contagem de energia elétrica consumida pelo cliente para o seu fim final (ex.: iluminação, aquecimento, etc.).

As condições gerais de fornecimento (Regulamento ANEEL),
Art. 42, § 2º, determinam que:
o fornecedor prestará os serviços de distribuição de energia elétrica, com a finalidade de atender à demanda de consumo das unidades da
sociedade e das pessoas que aí residem.
www.celpe.com.br

DURADA E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES

DATA DE INTERRUPÇÃO	INÍCIO	LIMITE MÍNIMO	LIMITE MÁXIMO	LIMITE ANUAL
01/01/2020	0:00	5,19	10,38	30,77
02/01/2020	0:00	3,21	6,47	12,95
03/01/2020	0:00	0,00	0,00	0,00

União: DGR: 18,22 EUSP - VLR: R\$ 0,00 (Preço de Uso do Sistema de Distribuição) + R\$ 179,03

NÍVEL DE TENSÃO

TENSÃO NOMINAL (V)	LIMITE DE VARIAÇÃO (%)
220	-5% / +5%

CÓDIGO: 6546840006 MESES: 08/2020 DATA: 14/08/2020 TOTAL A PAGAR (R\$): 783,53

BANCO DO BRASIL S/A PAGÁVEL EM QUALQUER REDE BANCÁRIA

00190.00009 03217.475015 12133.345178 2 83470000078353

PAGADOR (CPF / CNPJ) / ENDEREÇO
ROSSANA LIGIA DANTAS TAVARES
AV. JOAQUIM NABUCO 200 - A.A.
53520-170 ABREU E LIMA PE

NOSSO NÚMERO	Nº DO DOCUMENTO	CÓD. CONTRATO	DATA DE VENCIMENTO	VALOR DO DOCUMENTO
32174750112133345	509901754	7006423854	14/08/2020	783,53

BENEFÍCIOS: COMPANHIA ENERGÉTICA DE PERNAMBUCO CNPJ 10.835.932/0001-08

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DINHEIRO CIRCULAR SUSEP 445/12

Para maiores esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoradora.com.br> ou ligue para SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF²**.

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

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu **ROSSANA LÍGIA FERNANDES DANTAS** inscrito (a) no **CPF/CNPJ 884.647.684-00**, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Wilton Filipe Rondon Gomes da Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 122.553.254-03, do sinistro de DPVAT cobertura **INVALIDEZ** da Vítima Wilton Filipe Rondon Gomes da Silva, inscrito (a) no CPF sob o Nº 122.553.254-03 conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Lider-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

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

Endereço AVENIDA JOAQUIM NABUCO		Número 200	Complemento CASA
Bairro TIMBÓ	Cidade ABREU E LIMA	Estado PE	CEP 53520170
Email: balbinospe@hotmail.com	Telefone Comercial (DDD) (81) 3538.0069	Telefone celular (DDD) (81) 98721.5834	

Abreu e Lima/PB, 22 de Setembro de 2020.

Rossana Lígia Fernandes Dantas

Assinatura do Declarante

UPA 24 HORAS - OLINDA

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

PROTOCOLO CLASSIFICAÇÃO REDE IMIP

Data e hora retirada da senha: 23/06/2020 23:24

	Nome Paciente:	WILTON FELIPE RODOLFO GOMES DA SILVA
	Cód. Paciente:	
	Data de Nascimento:	15/04/2000
	Sexo:	Masculino
	Idade:	20 anos
	Senha:	0136
	Convênio:	-
	Atendimento:	
	SAME:	

Período: 23/06/2020 23:25 - 23/06/2020 23:26

ALEXSANDRA DA SILVA FERREIRA - COREN: 138761 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - CLASSIFICAÇÃOPrioridade: **URGENCIA - AMARELO**Cor: **AMARELO**Queixa Principal: TRAUMA EM MIE, VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO
TRAZIDO PELOS BOMBEIROS

Observação: ALERGIA A DIPIRONA

Fluxograma sintoma: SITUAÇÕES ESPECIAIS

Discriminador(es): - PACIENTES EM AMBULÂNCIA DO SAMU, BOMBEIRO E MUNICIPAIS

Especialidade: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Acolhido(a) por: **ALEXSANDRA DA SILVA FERREIRA - COREN: 138761 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)**

Data Impressão: 23/06/2020 23:26

Atendimento: 1625667

Data e Hora: 23/06/2020 23:29

Senha da Classificação:

0136

Paciente: 536624 WILTON FELIPE RODOLFO GOMES DA SIL Sexo: MASCULINO Raça/Cor: PARDA
 Nome Social:
 Etnia:
 Data do Nascimento: 15/04/2000 Idade: 20 anos Convenio: 2 SUS - PRONTO ATENDIMENTO
 Nome da Mãe: INEZ KAREIO DO CARMO GOMES Nome do Pai: BRUNO RODOLFO DA SILVA
 Estado Civil: UNIAO ESTAVEL Nome do Médico: ORTOPEDISTA - PLANTONISTA CRM: 1234567
 Endereço: RUA SESSENTA E SEIS - 25 Bairro: RIO DOCE
 Cidade/UF: OLINDA PE Cep: 53080710 Usuário Atendimento: DEBORATMFS
 RG (Identidade): 9755292 SDS/PE Data de Emissão: 09/07/2019
 CPF (Cadastro de Pessoa Física): 12255325403 Fone: 85127196
 CRN(Certidão de Registro de Nasc): Data de Emissão CRN:

RESUMO DE TRATAMENTO

Peso: _____ Altura: _____ Temperatura: _____ Hora: 2328

Queixa Principal

Dor de Qdno:

40 dias

Exame Físico

Consciente Pcs Dorsos S/Gutais
 Dor possivelmente muscular DRA
 Dor PE (030 a 0100)

Hipótese Diagnóstico

Fibrose dos angões myáve
 Indolor

Conduta Terapêutica

Rx + Dns Bds

LEONARDO da Cunha Medeiros
 Coronel Médico
 CREMEPE 9208
 IDT: 0762923219 MD

Prescrição Médica

Rx: 1000mg 500g-025ml ev
 Diclofenac

Destino:

Encaminhado ao Ambulatório

Residência

Transferido:

1100

Senha: _____

Para:

5962083

LEONARDO da Cunha Medeiros
 Coronel Médico
 CREMEPE 9208
 IDT: 0762923219 MD



1625667

MOBILIZAÇÃO



UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO DE OLINDA
GREGÓRIO LOURENÇO BEZERRA



Olinda, 08 de Julho de 2020.

DECLARAÇÃO

Declaramos que na ficha do atendimento nº 1625667, onde se lê o nome do paciente WILTON FELIPE RODOLFO GOMES DA SIL, leia-se **WILTON FILIPE RODOLFO GOMES DA SILVA**. Informamos que o que houve uma falha na hora do cadastramento do paciente, mas que seus dados foram retificados mediante apresentação posterior do CNH: 07291486160.

Atenciosamente,

UPA - OLINDA
Milena Moura
Coordenadora Geral

FUNDAÇÃO PROFESSOR MARTINIANO FERNANDES – IMIP HOSPITALAR
UPA OLINDA
RODOVIA PE 15, S/N
CIDADE TABAJARA, OLINDA/PE
FONE: 3184-4303

OSPITAL METROP. NORTE MIGUEL ARRAES

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

PROTÓCOLO CLASSIFICAÇÃO RED

Data e hora retirada da senha: 24/06/2020 08:41



Nome Paciente: WILTON FILIPE RODOLFO GOMES DA SILVA
Cód. Paciente:
Data de Nascimento: 15/04/2000
Sexo: Masculino
Idade: 20 anos
Senha: 0017
Convênio:
Atendimento:
SAME:

Ortoped

Período: 24/06/2020 09:32 - 24/06/2020 09:39

KARINA DE OLIVEIRA - COREN: 153469 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - CLASSIFICAÇÃO

Prioridade: XXXXXXXXXX VERDE
Cor: XXXXXXXXXX

Queixa Principal: VINDA DA UPA DE OLINDA
5962083
ACIDENTE DE MOTO HÁ 12 HORAS
REFERE DOR EM MIE

Medicamento(s): NÃO FAZ USO

Observação: NEGA DM, HAS
ALERGICO A DIPIRONA

Fluxograma sintoma: TRAUMA

Discriminador(es): - CONTUSÕES E ESCORIAÇÕES

Especialidade: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Sinais Vitais Lidos:
- SACR - REGUA DE DOR: 5
- SACR - ESCALA DE GLASGOW: 15
- FREQUENCIA CARDIACA: 108.00 BPM
- FREQUENCIA RESPIRATORIA: 16.00 RPM
- GLICOSE: 99.00 MG/DL
- P.A. SISTOLICA: 145.00 MMHG
- P.A. DISTOLICA: 74.00 MMHG
- PESO: 70.00 KG
- SATURAÇÃO DE OXIGÊNIO: 100.00 %
- TEMPERATURA(C): 36.00 °C

REVISADO
NEP-IMA

HMA - Hospital Miguel Arraes
Lesão de Pele
Sim () Não ()

Local.....
Dr.
Enfermeiro
Karina Oliveira

Acolhido(a) por: KARINA DE OLIVEIRA - COREN: 153469 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 24/06/2020 09:39

Atendimento: 529628
Data e Hora: 24/06/2020 09:47

Senha da Classificação:

Paciente: 137413 WILTON FILIPE RODOLFO GOMES DA SILVA Sexo: MASCULINO

Nome Social:

Data do Nascimento: 15/04/2000 Idade: 20 anos Convenio: 2 SUS - EXTERNO / URGENCIA

Nome da Mãe: INEZ KAREIO DO CARMO GOMES Nome do Pai: BRUNO RODOLFO DA SILVA

Estado Civil: SOLTEIRO

Nome do Médico: PLANTONISTA ORTOPEDIA CRM: 12346

Endereço: RUA SESSENTA E SEIS

25

Bairro: RIO DOCE

Cidade/UF: OLINDA PE

Usuário Atendimento: ALESSANDRAPSF

Informações Associadas a Pacientes Estrangeiros / Visitantes

Altura: _____ Dígitos: _____

Data Entrada Brasil:

Nacionalidade: BRASILEIRA

Nr Documento Estrangeiro:

Observação:

RESUMO DE TRATAMENTO

Peso: _____

Altura: _____

Temperatura: _____

Hora: _____

Queixa Principal

Promtura cunhamento m uva c - Relato de calafrios motilidade
na noite anterior no momento com dor ~ tornozelo e piel
esquente. Comorbidades: ✓

Exame Físico

fun conturbado orientado (volumoso)
muc: n.v.

Hipótese Diagnóstico

Fratura cunhamento 62.

Prescrição Médica

Dr. Robson Diniz
Médico
CRM PE 29414

Dr. Robson Diniz
Médico
CRM PE 29414

Assinatura e Carimbo/Médico

Destino: () Encaminhado ao Ambulatório () Residência

Senha: _____

() Transferido: Para _____

() Encaminhado ao setor de internação



Laudo para solicitação de autorização de internação

1 - ESTABELECIMENTO SOLICITANTE		IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO			
		HOSPITAL MIGUEL ARRAES			
3 - ESTABELECIMENTO EXECUTANTE		AT 529636			
		HOSPITAL MIGUEL ARRAES			
2 - CNES 6431569					
4 - CNES 6431569					
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE					
5 - Nome do Paciente WILTON FILIPE RODOLFO GOMES DA SILVA					
6 - Nº Prontuário 137413					
7 - Cartão Nacional do SUS 70570747 9502771		8 - Data de Nascimento 15/04/2000	9 - Sexo Masculino X 1	10 - RaçaCor 03 - Parda	10.1 - Etnia 0000 - Não Se Aplica
11 - Nome da Mãe INEZ KAREIO DO CARMO GOMES					
12 - Telefone de Contato 8198512240					
13 - Nome Responsável LAIS					
14 - Telefone de Contato					
15 - Endereço (Rua, Nº, Bairro) RUA SETENTA E SEIS, 25 - RIO DOCE					
16 - Município OLINDA		17 - IBGE 260960	18 - UF PE	19 - CEP 63080710	
LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO					
20 - Principais Sinais e Sintomas Clínicos PACIENTE ENCAMINHADO DA UOA COM RELATO DE COLISÃO MOTO X CARRO NA NOITE ANTERIOR, COM TRAUMA NO PE ESQUERDO ALERGIA A DIPRIVACAMOCIBADES.					
CONSCIENTE, ORIENTADO, EUPNEICO DEMA DE PE, DOR A MOBILIZAÇÃO, NV+					
21 - Condições que justificam a Internação TRATAMENTO CIRÚRGICO					
22 - Principais Resultados de Provas Diagnósticas ANAMNESE+EXAME FÍSICO					
23 - Diagnóstico Inicial / Código FRATURA DE OSSOS DO METATARSO		24 - CID 10 Principal S923	25 - CID 10 Secundário 7000	26 - CID 10 Colunas Adicionais 1239	0405
27 - Descrição do Procedimento Solicitado PROCEDIMENTO SOLICITADO					
PROCEDIMENTOS SEQUENCIAIS EM ORTOPEDIA					
28 - Código do Procedimento 041502006		29 - Especialidade CIRÚRGICA	30 - Caráter de Atendimento 2	31 - Documento (X) CNS	32 - Nº do Documento (CNS/CPF) do Profissional 980016297085256
33 - Nome do Profissional Solicitante/Assistente ANTONIO JOSE OLIVEIRA DE A. QUEIROZ		34 - Data da Solicitação 24/06/2020	35 - Assinatura e Carimbo (Nº de Registro no Conselho)	Robson Diniz CRM-PE 20414 Médico	
36 - () Acidente de Trânsito 39 - CNPJ Seguradora 40 - Nº Bilhete					
37 - () Acid. Trabalho Típico 42 - CNPJ / Empresa 43 - CNAE / Empresa					
38 - () Acid. Trabalho Trajeto					
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 E260000001	52 - Nº da Autorização da Internação Hospitalar		
48 - Documento () CNS () CPF		49 - Nº do Documento (CNS/CPF) do Profissional Autorizado			
50 - Data da Autorização		51 - Assinatura e Carimbo (Nº Registro do Conselho)			
<p style="text-align: right;">AIH 262010249890</p>					

Código do Laudo: 529626

Aviso de Cirurgia : 65357

Paciente : 137413

Convênio Atend. : 1

Leito : 703

Dt. Início : 24/06/2020 16:35

Cid Pré-Operatório : S927

Cid Pós-Operatório :

Sala : 0001 SALA 01

WILTON FILIPE RODOLFO GOMES DA SILVA

Atendimento : 529636

SUS - INTERNACAO

Carteira :

VERD2-27

Idade : 20 Anos

Dt. Fim : 24/06/2020 19:00

FRATURAS MULTIPLAS DO PE

Procedimento: 0408050691

TRATAMENTO CIRÚRGICO DE LUXAÇÃO / FRATURA-LUXAÇÃO METATARSO-FALANGIA-INTER-FALANGIANA (PRINCIPAL)

Convênio: 001

SUS - INTERNACAO

Anestesia: 05

RAQUI ANESTESIA

Procedimentos

Equipe Médica

CIRURGIA
ANESTESISTA

19797 ANTONIO JOSE OLIVEIRA DE A. QUEIROZ
22800 THIAGO CID PALMEIRA CAVALCANTE

Descrição

Descrição Cirúrgica :

DIAGNÓSTICO: FRATURA LUXAÇÃO DE LISFRANC A ESQUERDA

CIRURGIA: RAFI EM PONTE DO NAVICULAR AOS 1 E 2 MTTS + FIXACAO EXTERNA NA COLUNA MEDIAL.

ASSISTENTE: ROBSON DINIZ M.R.

ANESTESISTA: THIAGO CID

ANESTESIA: RAQUIANESTESIA

1. PREPARO DA PELADA ANESTESIA

2. ASSEPSIA E ANTISSEPSIA DE MIE,

3. APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTÉREIS;

4. INCISÃO NO LÓRSO DO PÉ ESQUERDO ENTRE 1º E 2º RAIO.

5. HEMOSTASIA + DISSECCAO POR PLANOS ATÉ VISUALIZACAO DE LUXACAO DORSAL DO CUNEIFORME MEDIAL E INTERMÉDIO

6. OBSERVADO FRATURA COMINUTA DO CUNEIFORME MEDIAL E INTERMÉDIO COM POSTERIOR RESSECCAO DOS FRAGMENTOS MENORES E SOLTOS

7. DISTRAÇÃO PARA OBTER COMPRIMENTO DA COLUNA MEDIAL + FIXACAO EXTERNA COM 01 PINO DE SCHANZ NO NAVICULAR E OUTRO NA BASE DO 1º MT

8. REMOÇÃO DO CUNEIFORME MEDIAL E INTERMÉDIO + EXTRACAO DOS FRAGMENTOS DA CUNHA MEDIAL COM

1.5

9. FIXACAO DA COLUNA MEDIAL + INTERMÉDIO NO NAVICULAR AO 1º METATARSO E OUTRA DO NAVICULAR

10. CURATIVO ESTÉRIL

11. CURATIVO ESTÉRIL + OBSERVADA BOA PERFUSÃO DISTAL

12. A SRPA

Ortese e Prótese:

04 FIOS DE KIRSCHNER 1.5 MM

02 PLACAS DE RECONSTRUCAO 2.0 MM (08 E 10 FUROS)

08 PARAFUSOS CORTICAIS 8.0 MM

02 PINOS DE SCHANZ 4.0 MM + 02 CONECTORES PINO-BARRA + 01 BARRA

Achados Cirúrgicos:

Descrição Complementar

*Geraldo Arruda Assessor
Médico
CRM-PE 27.749*

24/06/2020 - 19:00 - HOSPITAL MIGUEL ARRAES DE ALENGAR



Instituto de Medicina Integral
Prof. Fernando Figueira

RESUMO DE ALTA HOSPITALAR/ESCLARECIMENTO

NOME: WILTON FELIPE RODOLFO GOMES DA SILVA

DATA NASC.: 15/4/2000

NOME SOCIAL:

REG:137413

IDADE:20 SEXO:MASC

DATA DA ALTA: 25/6/20

DATA DA ADMISSÃO:24-04-20

DIAGNÓSTICO:

- FRATURA - LUXAÇÃO DE LISFRANC A ESQUERDA

TRATAMENTO REALIZADO:

- RAFI EM PONTE DO NAVICULAR AOS 1 E 2 MTTS + FIXAÇÃO EXTERNA NA COLUNA MEDIAL

ORIENTAÇÕES:

- AGENDAR RETORNO AO AMBULATÓRIO DE ORTOPEDIA (SETOR DE AMBULATÓRIOS, NO TÉREO DAS SEGUNDAS ÀS SEXTAS-FEIRA) EM 02 SEMANAS;
- TROCA DIÁRIA DE CURATIVOS CONFORME ORIENTADO;
- FAZER USO DE MEDICAÇÕES PRESCRITAS;
- DOBRAR O JOELHO DO MEMBRO OPERADO;
- DEAMBULAR COM USO DE 02 MULETAS SEM PISAR COM O MEMBRO OPERADO CONFORME ORIENTAÇÃO MÉDICA;
- PROCEDER AO SERVIÇO SOCIAL (2º ANDAR) PARA RECEBER ORIENTAÇÕES SOBRE ONDE REALIZAR FISIOTERAPIA;
- RETORNO PRECOCE PELA EMERGÊNCIA SE: FEBRE, INCHAÇO IMPORTANTE E VERMELHIDÃO NA FERIDA, SAÍDA DE SECREÇÃO EM GRANDE QUANTIDADE OU PURULENTA, DOR IMPORTANTE OU FALTA DE AR.

EXAME FÍSICO:

ESTADO GERAL: BOM, CONSCIENTE, ORIENTADO, EUPNÉICO, CORADO, AFEBRIL

FERIDA OPERATÓRIA: LIMPA , SECA, SEM SINAIS FLOGÍSTICOS.

MEMBRO ACOMETIDO COM BOA PERFUSÃO PERIFÉRICA, SEM SINAIS DE SÍNDROME COMPARTIMENTAL OU TVP, SEM DEFÍCIT NEUROLÓGICO.

PROGRAMA APÓS ALTA:

AMBULATÓRIO DE EGRESO SIM() NÃO()

DATA DA CONSULTA AMBULATORIAL: _____

Victor Cos
MÉDICO
Ortopedia / Traumatologia
CRM-PE 20757

ASSINATURA DO MÉDICO, CARIMBO E CRM



HOSPITAL
MIGUEL ARRAES

FICHA DE INTERNAÇÃO

Cód. Atendimento: 529636
Usuário: ALESSANDRAPSF

Rua Estrada da Fazendinha, S/N
Jaguaribe - Paulista - PE
CEP : 53.400 - 000

DADOS DO PACIENTE

Paciente: WILTON FILIPE RODOLFO GOMES DA SILVA
Idade: 20a 2m 9d Sexo: M Estado Civil: SOLTEIRO Prontuário: 137413
Profissão: R.G.: 9755292 C.P.F.: 12255325403 Escolaridade: Data de Nascimento: 15/04/2000
Endereço: RUA SESSENTA E SEIS , 25 Telefone: CEP 53080710
Origem: URGENCIA/EMERGENCIA Convênio: SUS - INTERNACAO - OLINDA PE
Unidade Internação: VERDE 2 ORTOPEDIA Acomodação: ENFERMARIA DE OBSERVACA Leito: VERD2-27
Médico Internação: PLANTONISTA ORTOPEDIA

DADOS DO RESPONSÁVEL

Nome: _____ R.G.: _____ C.P.F.: _____
Endereço: _____ - Numero: _____
Telefone: _____ Cidade: _____ Estado civil: _____

DADOS DA LIBERAÇÃO DO PACIENTE

Data da Alta: 25/06/2020 Hora da Alta: 08 : 11
Motivo: Melhorado A Pedido Transferência Óbito Evasão

Condições de Alta: estável

Diagnóstico Principal.....: Fratura luxação REVISADO CCIH-HMA

Diagnóstico Secundário01: _____

Diagnóstico Secundário02: _____

Procedimento.....: _____

Victor Costa
CRM-PE 28189
Ortopedia / Traumatologia

Médico e CRM:

Responsável pela retirada do paciente Assinatura e RG

TERMO DE RESPONSABILIDADE

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

Em _____ de _____ de _____

Assinatura e RG do paciente ou pessoa responsável

EVOLUÇÃO CLÍNICA

NOME: WILTON FILIPE RODOLFO GOMES DA SILVA

DATA DE NASC.: 15/04/2000

NOME SOCIAL:

REGISTRO: 137413

SETOR:

ENFERMARIA:

LEITO:

		TRAUMATOLOGIA
DATA/HORA	24/06/2020	ADMISSÃO
	11:36	
		QPD/HDA: PACIENTE ENCAMINHADO DA UOA COM RELATO DE COLISÃO MOTO X CARRO NA NOITE ANTERIOR, COM TRAUMA NO PE ESQUERDO. ALERGIA A DIPIRONA. NEGA COMORBIDADES.
		ANTECEDENTES PESSOAIS: ALERGIA A DIPIRONA
		MEDICAÇÕES DE USO: NEGA
		EXAME FÍSICO: EGR, CONSCIENTE, ORIENTADO, EUPNEICO MIE: EDEMA DE PE, DOR A MOBILIZAÇÃO, NV+
		EXAMES DE IMAGEM:
		HIPÓTESE DIAGNÓSTICA: FRATURA LISFRANC ESQUERDA
		CONDUTA: INTERNAMENTO; AO BLOCO
		<p>Dr. Rubens Diniz CRM-PB 27749 21/06/2020</p> <p>Guilherme Borba Asselmo CRM-PB 27749</p>
25/06/2020	16:50	#/CD # PACIENTE SUBMETIDO A PROCEDIMENTO cirúrgico em MERTURM. #CD: A SN
27/06/2020		H pol # EGR, lope, eupneico, afibril. MIE: ferida ligeira, sem saída de sangue paciente recebe alta com orientações.
		<p>Victor Costa MEDICO Ortopedia / Traumatologia CRM-PB 28789</p> <p>Há lesões tênticas + roturas + contusões</p>



Evolução clínica

Nome: Wilton Felipe Registro: 11111
Clínica: _____ Enfermaria: _____ Leito: _____

Data/Hora

09/07/2020

Clinica: Unifor Enfermaria: _____ Leito: _____

Leito:

⑩: Po(24/06/2020) für Karacə (fixed)
exterior

Part of green grass after rain
wounds, 100, 0

Wrestlers
Ex. members of the Republican
Party

as ① before some of the

② *Lepidus*

*Dr. Julian MacLean
C.M.P.R. 1900-1902 1887
Vancouver*

Rel Fon Felipe Rockel fo



UPA 24h
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO

HMA
IMIP

Protocolo de Encaminhamento

TIPO DE OCORRÊNCIA

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

SENHA 59620

IDENTIFICAÇÃO

Nome do Paciente: WILSON FELIPE ROCHA

Idade: 20

Sexo: M F () Profissão: _____

Fone: _____

Endereço Residencial: _____

Bairro: _____

Cidade: Olinda

CAUSA EXTERNA (ACIDENTE/VIOLÊNCIA)

Acidente de Trânsito: Ônibus () Caminhão () Carro de Passeio () Motocicleta ()

Atropelamento: Pedestre () Ciclista ()

Automóvel (Colisão): Passageiro () Motorista () Banco de Trás () Banco da Frente () Uso de cinto S() N()

Motocicleta: Motociclista () Passageiro () Uso de Capacete: S() N()

Semi-Afogamento/Submersão () Soterramento ()

Intoxicação Exógena () Animais Peçonhenos () Agente Causador: _____

Exposição ao: Fogo/Fumaça/Choque Elétrico ()

Queimaduras: 1º Grau () 2º Grau () 3º Grau ()

Queda: () Altura Aproximada _____ Metros () Queda da Própria Altura

Agressões: () Por Arma de Fogo/Tipo _____ () Arma Branca/Tipo: _____

Agressão Sexual () Maus Tratos () Outros: () Citar: _____

Mecanismo do Trauma: () Impacto Frontal () Impacto Lateral () Impacto Traseiro () Ejeção () Capotamento

CAUSAS CLÍNICAS

História Clínica Atual:

Hipótese Diagnóstica:

AVALIAÇÃO CLÍNICA

Glicemia Capilar (HGT): _____ Temperatura: _____ F.C.: _____ P.A.: _____ X

Vias Aéreas: FR _____ Dispnéia S() N() Tiragem Intercostais S() N() Obstrução Vias Aéreas: S() N()

Sibilos Expiratórios: S() N() BAN*: S() N() Deformidade do Tórax: S() N() Gemido/Estridor: S() N()

Distúrbio Fala/Choro: S() N()

Agitação Psicomotora: S() N() Lesões de face: S() N() Retração Xifóide: S() N()

Perfusão Periférica: Boa () Lentificada () Bulhas Cardíacas: Normofonéticas () Hipofonéticas ()

Pulso: Rítmico () Arritmico () Filiforme () Fino ()

Colocação da Pele: Normocorada () Palidez () Cianose ()

Sudorese: S() N() Desidratado: S() N() Ictérico: S() N()

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

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

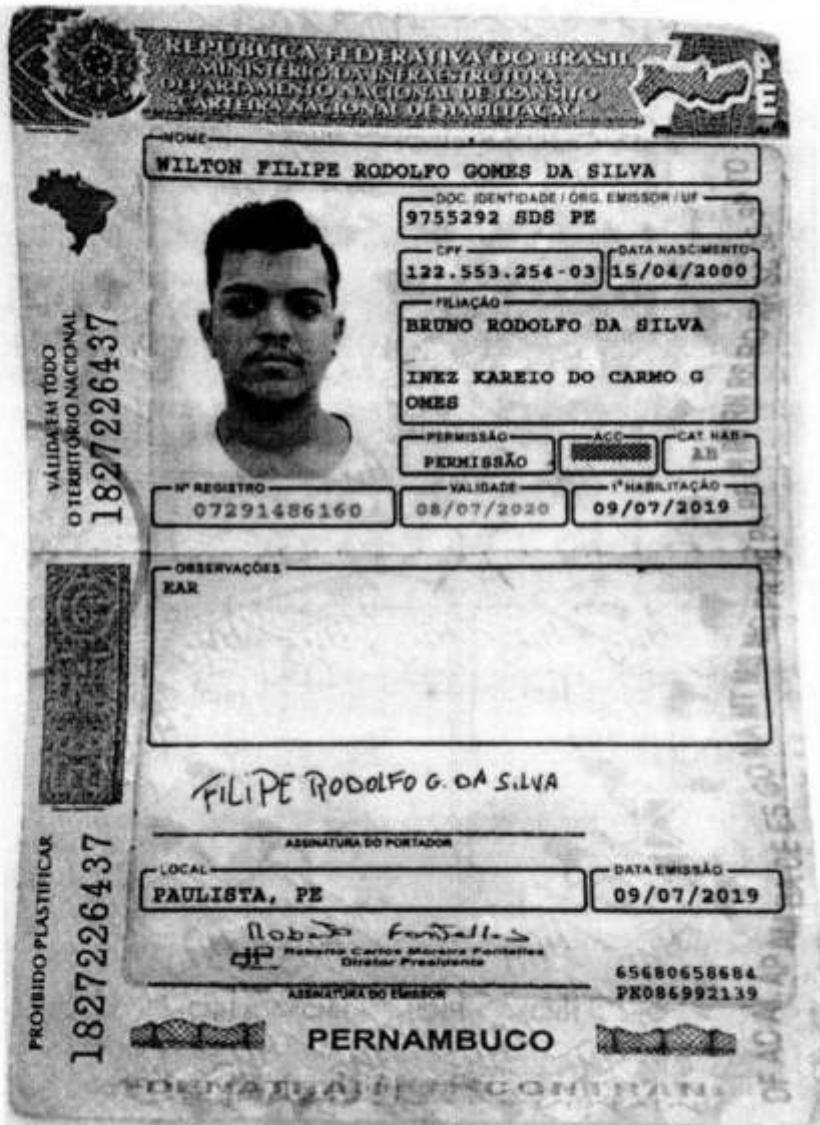
HGT: 10.9

PA: 160x76

SAT: 99%

PAP: 116





RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0269844/20

Vítima: WILTON FILIPE RODOLFO GOMES DA SIL

CPF: 122.553.254-03

CPF de: Próprio

Data do acidente: 23/06/2020

Titular do CPF: WILTON FILIPE RODOLFO GOMES DA SILVA

Seguradora: MAPFRE VIDA S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

ROSSANA LIGIA FERNANDES DANTAS : 884.647.684-00

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

WILTON FILIPE RODOLFO GOMES DA SILVA : 122.553.254-03

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 23/09/2020
Nome: ROSSANA LIGIA FERNANDES DANTAS
CPF: 884.647.684-00

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 23/09/2020
Nome: Marta Marinho dos Santos
CPF: 492.294.514-87

ROSSANA LIGIA FERNANDES DANTAS

Marta Marinho dos Santos

PROCURAÇÃO PARTICULAR

BENEFICIÁRIO/VÍTIMA:

Nome: WILTON FILIPE RODOLFO GOMES DA SILVA
Nacionalidade: BRASILEIRO Estado Civil: CASADO Profissão: MOTORBOY
Identidade: 9.755.782-505/PE CPF: 122.553.254-03
Endereço: RUA CONSELHEIRO DE OLIVEIRA NETO, nº 55,
RIO DOCE, OLINDA-PE, CEP: 53.080-735

PROCURADOR(A):

Nome: ROSSANA LÍGIA FERNANDES DANTAS
Nacionalidade: Brasileira Estado Civil: Divorciada Profissão: Empresária
Identidade: 7.742.986 SDS/PE CPF: 884.647.684-00
Endereço: Avenida Joaquim Nabuco nº 200, Timbó, Abreu e Lima/PE. Cep. 53.520-170

Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante quaisquer Seguradora pertencente ao Consórcio DPVAT, também perante aos pontos de atendimento da Seguradora Líder (Correios, Sincor (s) e Corretores), dar entrada em sinistro, enviar documentos relativo a pendências, receber correspondências, solicitar informações por escrito, e-mails ou por telefone, ter acesso ao número de sinistro ocorrido com a vítima no dia 23/06/2020, cobertura **INVALIDEZ**, em fim, acompanhar todo e qualquer andamento relativo ao sinistro em epígrafe do beneficiário (a)/vítima, até o término de sua liquidação, e finalmente praticar todos os atos necessários ao bom e fiel desempenho deste mandato. Obs.: É de responsabilidade do outorgante a veracidade das informações e documentos apresentados e disponibilizados ao outorgado.

Abreu e Lima/PE 23/06/2020
Local e data

x Wilton Filipe Rodolfo Gomes da Silva
Assinatura do Beneficiário/Vítima
(Reconhecer firma por autenticidade)

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0269844/20

Vítima: WILTON FILIPE RODOLFO GOMES DA SIL

CPF: 122.553.254-03

CPF de: Próprio

Data do acidente: 23/06/2020

Titular do CPF: WILTON FILIPE RODOLFO GOMES DA SILVA

Seguradora: MAPFRE VIDA S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

ROSSANA LIGIA FERNANDES DANTAS : 884.647.684-00

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

WILTON FILIPE RODOLFO GOMES DA SILVA : 122.553.254-03

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 23/09/2020
Nome: ROSSANA LIGIA FERNANDES DANTAS
CPF: 884.647.684-00

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 23/09/2020
Nome: Marta Marinho dos Santos
CPF: 492.294.514-87

ROSSANA LIGIA FERNANDES DANTAS

Marta Marinho dos Santos

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200342005 **Cidade:** Olinda **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: WILTON FILIPE RODOLFO GOMES **Data do acidente:** 23/06/2020 **Seguradora:** MAPFRE VIDA S/A
DA SILVA

PARECER

Diagnóstico: Fratura luxação de lis franc a esquerda

Descrição do exame físico: Ao exame físico do pé esquerdo apresenta eversão aos 5°, inversão aos 10°, pé normal, sem amputação, sem encurtamento, marcha com claudicação, agachamento alterado, mobilização passiva anormal, articulação metatarsofalangeana aos 10°. Apresenta na região observada pé com presença de atrofias, cicatriz operatória aparente, sensibilidade anormal, coloração normal, temperatura normal, sinais inflamatórios inexistentes, presença de alterações da musculatura do segmento, presença de alteração motora do segmento. Cumpre frisar que, conforme o exame físico, o periciado possui um déficit funcional de grau médio no pé esquerdo.

Resultados terapêuticos: Tratado cirurgicamente com fixação da fratura, evoluindo com bloqueio articular. Fez fisioterapia

Sequelas permanentes: Déficit funcional de grau médio no pé esquerdo.

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 08/10/2020

Conduta mantida:

Observações:

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos pés	50 %	Em grau médio - 50 %	25%	R\$ 3.375,00
Total			25 %	R\$ 3.375,00