
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

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, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



**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 metatarsfalangeana aos 10°. Apresenta na região observada pé com presença de atrofia, 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. Nexa 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 às 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: ☐ DADS (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 Nº 445/2012

5 - Nome completo: 6 - CPF:

WILTON FILIPE RODOLFO GOMES DA SILVA 122.553.254-03

7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento:

MOTOBOY RUA CONSELHEIRO OLIVEIRA NETO 55 CASA

11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP:

RIO DOCE OLINDA PE 53.090-735

15 - E-mail: 16 - Telefone:

balbrinospe@hotmail.com (81) 3538-0063

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

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

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

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

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

AGÊNCIA: CONTA:

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: ITAÚ

AGÊNCIA: 0874 CONTA: 67103 5

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vários)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

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

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

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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

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 026ª CIRCUNSCRIÇÃO - RIO DOCE - DP26ªCIRC DIM/7ªDESEG

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **20E0116001109**

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

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (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 PUBLICA**

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 FARIAS 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: **3°. 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: **2°. GRAU COMPLETO** Profissão: **OUTRAS PROFISSOES** Telefones Celulares: **- 081988276038**

Endereço Residencial: **RUA SESSENTA 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

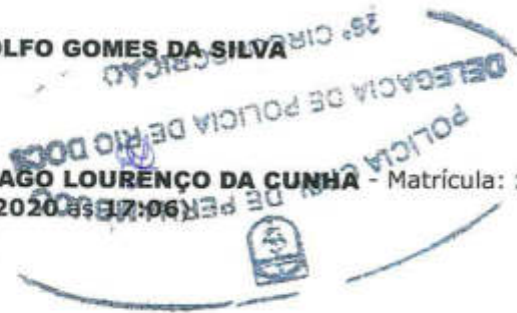
COMPARECEU A ESTA DELEGACIA DE POLICIA A PESSOA DE JANAINA RIBEIRO DE ARAUJO INFORMANDO QUE NO DIA DE 23 DE JUNHO DO CORRENTE ANO POR VOLTA DAS 21 HORAS E 45 MINUTOS, QUANDO ESTAVA TRANSITANDO NA VIA DO CONTORNO EM JARDIM ATLÂNTICO PRÓXIMO AO COLÉGIO REAL COM O SEU CARRO DE PLACA PGS7609 COLIDIU COM 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 17:06**)



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DADS (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 Nº 445/2012

5 - Nome completo: 6 - CPF:

WILTON FILIPE RODOLFO GOMES DA SILVA 122.553.254-03

7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento:

MOTOBOY RUA CONSELHEIRO OLIVEIRA NETO 55 CASA

11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP:

RIO DOCE OLINDA PE 53.090-735

15 - E-mail: 16 - Telefone:

balbrinospe@hotmail.com (81) 3538-0063

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

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

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

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

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

AGÊNCIA: CONTA:

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: ITAÚ

AGÊNCIA: 0874 CONTA: 67103 5

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a elevação 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 atenda a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
☒ O IML que atenda a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vários)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

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

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

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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

ITAÚ – 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**
ALJOÃO DE BARROS, 111, BOA VISTA,
RECIFE, PERNAMBUCO
CEP 50060-902
CNPJ 10.835.932/0001-08
INSCRIÇÃO ESTADUAL 0005943-93



Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de
COMERCIAL 116 | PRONTI
Atendimento ao deficiente auditivo ou de fala: 0800
Ouvidoria 0800

Agência de Regulação dos Serviços Públicos Delegados de
de Pernambuco-ARPE: 0800-727-0167-Ligação Gratuita de Telefone
Agência Nacional de Energia Elétrica
167-Ligação Gratuita de telefones fixos

DADOS DO CLIENTE

INEZ KARINE DO CARMO GOMES

CPF: 058.065.384-16 NIS: 16299232995

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

RUA CNS DE OLIVEIRA NETO 55

RIO DOCE/LINDA
53090-735 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

08/07/2020

TOTAL A PAGAR (R\$)

10,36

DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL

23/06/2020

DATA DA APRESENTAÇÃO

01/07/2020

NÚMERO DA NOTA FISCAL

113707593

CONTA CONTRATO

007030847240

Nº DO CLIENTE

2015055916

Nº DA INSTALAÇÃO

0002096499

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL - BAIXA RENDA COM NIS
Monofásico

RESERVADO AO FISCO

065D.6627.E0C4.0EFD.A8B2.D1F1.EDF5.FF72

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

DESCRIÇÃO	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

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS

ICMS			PIS		COFINS		
BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%
0,00		0,00	0,00	0,97	0,00	0,00	4,48

EM ATÉ 15 DIAS, DEBITOS EXISTENTES CAUSARÃO CORTE.

Vencido	De Real	Valor
09/06/20	01/07/20	12,44

Isto 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 da ANEEL. Podem ocorrer ações de cobrança, bem como inclusão nos registros de restrições de crédito SPC e SERASA.

Tarifas Aplicadas

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

HISTÓRICO DO CONSUMO

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO	R\$	%
Geração de Energia	0,00	100,00
Transmissão	0,00	0,00
Distribuição (Celpe)	0,00	0,00
Encargos Setoriais	0,00	0,00
Tributos	0,00	0,00
Perdas de Energia	0,00	0,00
TOTAL	0,00	100

JUN 20	0000000000
MAY 20	0000000000
ABR 20	0000000000
MAR 20	0000000000
FEV 20	0000000000
JAN 20	0000000000
DEZ 19	0000000000
NOV 19	0000000000
OUT 19	0000000000
SET 19	0000000000
AGO 19	0000000000
JUL 19	0000000000
JUN 19	0000000000

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

NÚMERO DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR		ATUAL		Nº DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO kWh
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA				
00000000183884301	CAT	25/06/2020	1.826,00	23/06/2020	1.999,00	29	1,00360	0,00	174,00

DATA PREVISTA PARA A PRÓXIMA LEITURA: 24/07/2020

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES

DESCRIÇÃO	QUANTO	VALOR AFORADO	MÉDIA MENSAL	MÉDIA TRIM
08/07/2020				
DO-No.de horas sem energia	NO DOCE	0,00	4,35	8,51
FC-No.de vezes sem energia		0,00	2,17	6,51
DMC-Duração máxima de interrupção contínua		0,00	2,77	8,51
DCR-Duração de interrupção em até 5 minutos				Limite DCR: 12,00
RUBD-valor do Encargo de Uso = R\$ 8,00				
Tudo Consumidor pode solicitar a aplicação dos indicadores DCR, FC, DMC e DCR e quanto				

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.
Pagto. em atraso gera multa 2%Res414/ANEEL. Juros 1%a.m(Lei 10.438/02) e atualização monetária no próx. mês.
Isenção do ICMS conforme art. 9, XLVIII, a, 2.2.2. do RICMS-PE.
Desconto pela aplicação da Tarifa Social de Energia Elétrica criada pela Lei Nº 10.438 de 26/04/02 - R\$ 77,74.
O Cliente é compensado quando há descumprimento do prazo definido para os padrões de atendimento comercial.

NÍVEL DE TENSÃO

TENSÃO NOMINAL(V)	LIMITE DE VARIA	
	MÍNIMO	MÁXIMO
220	202	

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA



NOTA FISCAL - FATURA - CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

Companhia Energética de Pernambuco
Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife - PE CEP 50055-002
CNPJ 10.935.932/0001-08 (Insc. Est. 0006042-93) | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE
ROSSANA LIGIA DANTAS TAVARES

ENDERÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

CPF: 684.647.684-00

TIMÓTEO ABREU E LIMA
ABREU E LIMA PE
53520-170

CLASSIFICAÇÃO
RESIDENCIAL
Tráfego

PERÍODO DE VALIDADE 07/08/2020

7008423854 08/2020
DATA DE VENCIMENTO 14/08/2020
DATA DE EMISSÃO 06/09/2020
TOTAL A PAGAR 783,53

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo (Wh) - TUSD	554,0000000	0,46923168	258,06
Consumo Ativo (Wh) - TE	554,0000000	0,36416113	202,05
Contrib. Ilum. Pública Municipal			74,30
ICMS Subvenção-CDE-RF 111237031-05/06/20			4,17
Parcela 2/10 Plano 405003406163			218,93
Multa por atraso-RF 115143170 - 08/07/20			4,37
Multa por atraso-RF 115143170 - 07/07/20			9,56
Juros por atraso-RF 115143170 - 08/07/20			3,27
Atualização IGPM-RF 115143170 - 08/07/20			6,75
TOTAL DA FATURA			783,53

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL									
Nº DO	TIPO DA	ANTERIOR	ATUAL	Nº DE	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (kWh)		
31229870	ONT	07/07/2020	07/08/2020	31	1,0000		554,00		
		14.544,00	14.703,00		1,0000		159,00		

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO									
CONTROLE DE CONSUMO		INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS			COMPOSIÇÃO DO CONSUMO				
PERÍODO	CONSUMO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	TRANSMISSÃO	R\$	PERCENTUAL	PERDAS DE ENERGIA	R\$
AGO 20	554	25,00			Distribuição (Celpe)	R\$ 103,66	13,28%	Perdas de Energia	R\$ 33,36
Jul 20	514	462,00	1,06	5,21	Encargos Setoriais	R\$ 30,01	3,83%	Sigatva	R\$ 143,91
Jun 20	576	462,00	0,94	23,28	Total	R\$ 481,89	100%		
Mai 20	749								
Abr 20	951								
Mar 20	904								
Fev 20	581								
Jan 20	727								
Dez 19	942								
Nov 19	672								
Out 19	616								
Set 19	446								
Ago 19	446								

Para obter informações detalhadas sobre o consumo e a fatura, consulte o site da CELPE ou o aplicativo CELPE APP. A CELPE não se responsabiliza por erros de transcrição ou por danos decorrentes do uso indevido das informações aqui apresentadas.

As condições gerais de fornecimento de energia elétrica estão disponíveis no site da CELPE ou no aplicativo CELPE APP. A CELPE não se responsabiliza por erros de transcrição ou por danos decorrentes do uso indevido das informações aqui apresentadas.

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES					NÍVEL DE TENSÃO		
CRITÉRIO	VALOR	LIMITE ANUAL	LIMITE SEMESTRAL	LIMITE TRIMESTRAL	TENSÃO NOMINAL (V)	LIMITE DE VARIAÇÃO (V)	
DIO	0,00	1,20	6,47	12,95	380	350	399
PIO	0,00	2,94	0,00	0,00			
OMC	Limite DIO: 13,22	ELSD - Valor do Encargo de Uso do Sistema de Distribuição: R\$ 178,03					

CORRIGIDA 6846840020 DATA DE VENCIMENTO 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 684.647.684-00
ROSSANA LIGIA DANTAS TAVARES
AV. JOAQUIM NABUCO 200 - A.A.
53520-170 ABREU E LIMA PE

NUMERO DO DOCUMENTO	NUMERO DO CONTRATO	DATA DE VENCIMENTO	VALOR DO DOCUMENTO	
32174750112133345	509901754	7008423854	14/08/2020	783,53

CONFIRMAÇÃO
COMPANHIA ENERGÉTICA DE PERNAMBUCO CNPJ 10.935.932/0001-08

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 nº9.613/98.

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 RODOLFO GOMES DA SILVA inscrito (a) no CPF sob o Nº 122.553.254-03, do sinistro de DPVAT cobertura **INVALIDEZ** da Vítima WILTON FILIPE RODOLFO 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 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 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/PE, 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) - CLASSIFICAÇÃO

Prioridade:

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

UPA24h

UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO

UPA OLINDA - OLINDA

Fundação Prof.
Martiniano
Fernandes

Atendimento: 1625667

Senha da Classificação:

0136

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

Paciente: 536624 WILTON FELIPE RODOLFO GOMES DA SILVA 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 SEXTENTA 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 PE (C) NO
40 minutos

Exame Físico

Consciente orientado 8/8
Foco de atenção com a musculatura
DOR PE (C) (030 000100)

Hipótese Diagnóstico

FRAÇÃO de osso de BONES NÍVEL
INDIVIDUAL

Medicamentos

Rx + DMS Bodo (C)

Prescrição Médica

DOR PE 50mg - 02 comprimidos
DOR PE 50mg

LEONARDO da Oliveira Medeiros
Coronel Médico
CREMEPE 8208
IDT: 076288210 MD

Destino: () Encaminhado ao Ambulatório () Residência

Transferido:

Para:

HMA

5962083

Senha: _____

LEONARDO da Oliveira Medeiros
Coronel Médico
CREMEPE 8208
IDT: 076288210 MD

Carimbo/Médico



1625667

MOBILIZAÇÃO



UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO DE OLINDA
GREGÓRIO LOURENÇO BEZERRA



Olinda, 08 de Julho de 2020.

DECLARAÇÃO

Declaramos que na ficha do atendimento nº1625667, onde se lê o nome do paciente WILTON FELIPE RODOLFO GOMES DA SILVA, 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

HOSPITAL METROP. NORTE MIGUEL ARRAES

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo PROTOCOLO CLASSIFICACAO 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:

Ortop

Período: 24/06/2020 09:32 - 24/06/2020 09:39
KARINA DE OLIVEIRA - COREN: 153469 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - CLASSIFICAÇÃO

Prioridade:

Cor:

VERDE

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
NEPI-HMA

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

Local:
Data:
Assinatura:
Carimbo:
Nome: Karina de Oliveira

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

Data Impressão: 24/06/2020 09:39



HOSPITAL
MIGUEL ARRAES

HOSPITAL MIGUEL ARRAES



Atendimento: 529628

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

Senha da Classificação: [REDACTED]

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

Data Entrada Brasil:

Nacionalidade: BRASILEIRA

Nr Documento Estrangeiro:

Observação:

Albino + Deficiente

RESUMO DE TRATAMENTO

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

Queixa Principal

Prontidão em movimento no topo do pé direito de colisão motorizada
na noite anterior no momento em que se tornou tórax e pé
esquerdo. Comensuráveis

Exame Físico

Flg comensurável orientado colúmbio
mgi. n. 13

Hipótese Diagnóstico

Fratura comensurável 132.

Prescrição Médica

Dr. PG

Dr. Robson Diniz
Médico
CRM PE 29414

internação

dieta 300

no bloco

Dr. Robson Diniz
Médico
CRM PE 29414

na internação

Assinatura e Carimbo/Médico

Destino: () Encaminhado ao Ambulatorio () Residência

() Transferido: Para

() Encaminhado ao setor de internação

Senha: _____



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	WILTON FILIPE RODOLFO GOMES DA SILVA			6 - Nº Prontuário	137413
7 - Cartão Nacional do SUS	8 - Data de Nascimento	9 - Sexo	10 - Raça/Cor	10.1 - Etnia	
705207479502771	15/04/2000	X 1	03 - Parda	0000 - Não Se Aplica	
11 - Nome da Mãe	INEZ KAREIO DO CARMO GOMES			12 - Telefone de Contato	8198512740
13 - Nome Responsável	LAIS			14 - Telefone de Contato	
15 - Endereço (Rua, Nº, Bairro)	RUA SEXTENTA E SEIS, 25 - RIO DOCE				
16 - Município	17 - IBGE	18 - UF	19 - CEP		
OLINDA	260960	PE	53080710		

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 DIFENIL
COMOBIIDADES.
CONSCIENTE, ORIENTADO, EUPNEICO
DOENÇA 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	24 - CID 10 Principal	25 - CID 10 Secundário	26 - CID 10 Causas Adicionais
FRATURA DE OSSOS DO METATARSO	S923	7000	

27 - Descrição do Procedimento Solicitado	28 - Código do Procedimento
PROCEDIMENTOS SEQUENCIAIS EM ORTOPEDIA	0415020002

29 - Especialidade	30 - Caracter de Atendimento	31 - Documento	32 - Nº do Documento (CNS/CPF) do Profissional Solicitante
CIRÚRGICA	2	(X) CNS () CPF	980016297085256

33 - Nome do Profissional Solicitante/Assistente	34 - Data da Solicitação	35 - Assinatura e Carimbo (Nº de Registro no Conselho)
ANTONIO JOSE OLIVEIRA DE A. QUEIROZ	24/06/2020	Robson Diniz CRM 29414

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - () Acidente de Trânsito	39 - CNPJ Seguradora	40 - Nº Bilhete	41 - Série
37 - () Acid. Trabalho Típico	42 - CNPJ / Empresa	43 - CNAE / Empresa	44 - CBOR
38 - () Acid. Trabalho Trajeto			

45 - Vínculo com a Previdência
() Empregado () Empregador () Autônomo () Desempregado () Aposentado () Não Segurado

AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizador	47 - Cód. Órgão Emissor	52 - Nº da Autorização da Internação Hospitalar
	E260000001	
48 - Documento	49 - Nº do Documento (CNS/CPF) do Profissional Autorizador	
() CNS () CPF		

50 - Data da Autorização	51 - Assinatura e Carimbo (Nº Registro do Conselho)

AIH
262010249890

Código do Laudo: 529628

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
SUS - INTERNACAO
VERD2-27
Dt. Fim : 24/06/2020 19:00
FRATURAS MULTIPLAS DO PE

Atendimento : 529636
Carteira :
Idade : 20 Anos

Procedimentos

Procedimento: 0408050691

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

Convênio: 001
Anestesia: 05

SUS - INTERNACAO
RAQUI ANESTESIA

Equipe Médica

CIRURGIAO
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

AUXILIO: ROBSON DINIZ MR I
ANESTESISTA: THIAGO CID
ANESTESIA: RAQUIANESTESIA

1. ASSEPSIA E ANTISSEPSIA DE MIE.
2. APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTÉREIS.
3. INCISÃO NO DORSO DO PÉ ESQUERDO ENTRE 1º E 2º RAIO.
4. HEMOSTASIA + DISSECÇÃO POR PLANOS ATÉ VISUALIZAÇÃO DE LUXAÇÃO DORSAL DO CUNEIFORME MEDIAL E INTERMÉDIO.
5. OBSERVADO FRATURA COMINUTA DO CUNEIFORME MEDIAL E INTERMÉDIO COM POSTERIOR RESSECÇÃO DOS FRAGMENTOS MENORES E SOLTOS.
6. DISTRAÇÃO PARA OBTER COMPRIMENTO DA COLUNA MEDIAL + FIXACAO EXTERNA COM 01 PINO DE SCHANZ NO NAVICULAR E OUTRO NA BASE DO 1º MTT.
7. OBSERVADO FRAGMENTOS DA CUNHA MEDIAL COM 1.5
8. FIXACAO EXTERNA COM 01 PINO DE SCHANZ NA COLUNA AO 1º METATARSO E OUTRA DO NAVICULAR.
9. CURATIVO ESTÉRIL + OBSERVADA BOA PERFUSÃO DISTAL.
10. A SRPA

Ortese e Prótese:

- 04 FIOS DE KIRSCHNER 1.5 MM
- 02 PLACAS DE RECONSTRUÇÃO 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

Colégio de Cirurgia Anestesia
Médico
CRM-PE 27.749

Dr. WILTON FILIPE RODOLFO GOMES DA SILVA



HOSPITAL
MIGUEL ARRAES



Instituto de Medicina Integral
Prof. Fernando Figueira

RESUMO DE ALTA HOSPITALAR/ESCLARECIMENTO

NOME: WILTON FELIPE RODOLFO GOMES DA SILVA

NOME SOCIAL:

IDADE: 20 SEXO: MASC

DATA DA ADMISSÃO: 24-04-20

DATA NASC.: 15/4/2000

REG: 137413

DATA DA ALTA: 25/6/20

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 TÉRREO 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 PURULENTO, 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 DEFICIT NEUROLÓGICO.

PROGRAMA APÓS ALTA:

AMBULATÓRIO DE EGRESSO SIM (x) NÃO ()

DATA DA CONSULTA AMBULATORIAL: ____/____/____

Victor Cos
MÉDICO
Ortopedia / Traumatologia
CRM-PE 28792

ASSINATURA DO MÉDICO, CARIMBO E CRM



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
Profissão: Escolaridade: , 25
R.G.: 9755292 C.P.F.: 12255325403 Telefone: - RIO DOCE
Endereço: RUA SESSENTA E SEIS

Prontuário: 137413
Data de Nascimento: 15/04/2000

CEP 53080710
- OLINDA - PE

Dados da Internação

Data e Hora da Internação: 24/06/2020 12:22

Plano: GERAL

Origem: URGENCIA/EMERGENCIA

Convênio: SUS - INTERNACAO

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: Número:
Telefone: Cidade: Estado civil:

DADOS DA LIBERAÇÃO DO PACIENTE

Data da Alta: 25/06/2020 Hora da Alta: 08 : 15

Motivo: ☒ Melhorado ☐ A Pedido ☐ Transferência ☐ Óbito ☐ Evasão

Condições de Alta: Estável

Diagnóstico Principal.....: Fratura luxação

Diagnóstico Secundário01.:

Diagnóstico Secundário02.:

Procedimento.....:

Victor Costa
Médico
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PE 28789
Médico e CRM:

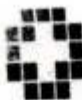
Responsável pela retirada do paciente Assinatura e RG

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 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:

DATA/HORA	TRAUMATOLOGIA
24/06/2020	
11:36	ADMISSÃO
	QPD/HDA: PACIENTE ENCAMINHADO DA UOA COM RELATO DE COLISÃO MOTO X CARRO À NOITE ANTERIOR, COM TRAUMA NO PE ESQUERDO. ALERGIA A DIPIRONA. NEGA COMOBIDADE
	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
	Dr. Robson Diniz Médico CRM-PE 29414
25/06/2020 15:10	#101# Paciente submetido a procedimento cirúrgico em MENOR... #QD: A S...
	Guilherme Souza Azeiteiro Médico CRM-PE 27.749
25/06/20	Hipot H EGR, LOTE, Eupneico, afbril. MIE: fenda supra, sem saída de sangue na pele. Os ossos da 1ª e 2ª falange de 1º dedo Paciente recebe alta com medicamentos. Alta hospitalar + retorno + orientar
	Victor Costa MÉDICO Ortopedia/Traumatologia CRM-PE 28789

EVOLUÇÃO CLÍNICA

Nome:

Wilton Filipe

Registro:

137413

Clinica:

Enfermaria:

Leito:

Data/Hora

09/07/2020 #207

VD: PO (24/06/2020) de 1000 cc @ (fixador externo)

Parado sem fixar o fixador no momento

Rx: punção óssea subcutânea
 1) 1000 cc de 1000 cc de 1000 cc
 2) 1000 cc

Dr. Juliano Machado
 CRMPE 15007 11987
 Ortopedia e Traumatologia

Milton Felipe Rodolfo

HMA



UPA24h
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO



Protocolo de Encaminhamento

TIPO DE OCORRÊNCIA	
Causa Externa: Acidente/Violência () Causa Clínica () Obstétrico () Psiquiátrico ()	SENHA 59620
Em caso de violência/acidente: Via Pública () Domicílio () Local de Trabalho ()	
IDENTIFICAÇÃO	
Nome do Paciente: Milton Felipe Rodolfo	Idade: 20
Sexo: M () F () Profissão: _____	Fone: _____
Endereço Residencial: _____	Bairro: _____
Cidade: Olinda	
CAUSA EXTERNA (ACIDENTE/VIOLENCIA)	
Acidente de Trânsito: Ônibus () Caminhão () Carro de Passeio () Motocicleta ()	
Atropelamento: Pedestre () Ciclista ()	
Automóvel (Colisão): Passageiro () Motorista () Banco de Trás () Banco da Frente () Uso de cinto S () N ()	
Motocicleta: Motociclista () Passageiro () Uso de Capacete: S () N ()	
Semi-Afogamento/Submersão () Soterramento ()	
Intoxicação Exógena () Animais Peçonhentos () Agente Causador: _____	
Exposição ao: Fogo/Fumaça/Choque Elétrico ()	
Queimaduras: 1º Grau () 2º Grau () 3º Grau ()	
Queda: () Altura Aproximada _____ Metros () Queda da Própria Altura	
Agressões: () Por Arma de Fogo/Tipo _____ () Arma Branca/Tipo: _____	
Agressão Sexual () Maus Tratos () Outros () Citar: _____	
Mecanismo do Trauma: () Impacto Frontal () Impacto Lateral () Impacto Traseiro () Ejeção () Capotamento	
História Clínica Atual: Dor VE CAUSAS CLÍNICAS (C) APT	
Hipótese Diagnóstica: fadiga dos membros	
Mecanismo do Trauma: AVALIAÇÃO CLÍNICA	
Glicemia Capilar (HGT): _____ Temperatura: _____ F.C.: _____ P.A.: _____	
Vias Aéreas: FR _____ Dispneia S () N () Tiragem Intercostais S () N () Obstrução Vias Aéreas: S () N ()	
Sibilos Expiratórios: S () N () BAN*: S () N () 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 ()	
Pertussis 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: 109
PA: 160x76
SAT: 99%
RAD: 116

EXAME REUROLÓGICOAvaliação Primária: Alerta ☒ Resposta Verbal () Resposta ao Estímulo Doloroso () Irresponsivo ()**Escala de Coma de Glasgow (ECG)****ABERTURA OCULAR**Abertura Ocular Espontânea 4
Abertura Ocular a voz 3
Abertura Ocular a dor 2
Sem abertura ocular 1**RESPOSTA VERBAL**Orientado 5
Confuso 4
Resposta Inapropriada 3
Sons Incompreensíveis 2
Sem resposta verbal 1**RESPOSTA MOTORA**Obedece ao comando 6
Localiza Estímulo Doloroso 5
Retirada ao Estímulo Doloroso 4
Descorticação 3
Descerebração 2
Sem resposta motora 1TOTAL DE PONTOS ECG: 15Classificação TCE pela ECG
ECG 3-8: TCE Grave
ECG 9-13: TCE Moderado
ECG 14-15: TCE Leve

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

Dificuldade na fala ()

Avaliação Pupilar: Isocóricas ☒ Anisocóricas () Midríase () Miose ()**NATUREZA DA LESÃO**

Presença de sangramento externo: S () N ()

Lesões Intra-Torácicas: S () N () Fratura Pélvis: S () N ()

Lesões Intra-abdominais: S () N () Fratura em Osso Longo: Fechada ☒ Aberta ()**USO DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS**

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

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

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

Lolô () Maconha () Cola () Cocaína () Crack () Lança-perfume () Anfetaminas () Éxtase ()

CONDUTA CLÍNICA/EVOLUÇÃO

Imobilização da Coluna Cervical: S () N ()

Imobilização Tala Gessada: S ☒ N ()

Antibioticoterapia: S () N () Especificar: _____

Oxigenioterapia: Cateter () Venturi () CPAP ()

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

Intubação Orotraqueal: S () N ()

Ventilação Mecânica: Modalidade _____

FIO2: _____

Reanimação Cardiopulmonar: S () N ()

RX: S ☒ N () Analgesia: S ☒ N ()

Infusão de Fluidos: S () N () Especificar: _____

Volume de Fluidos Infundido: _____

Outras Condutas: _____

Intercorrências: _____

MOTIVO DA TRANSFERÊNCIACirúrgico.5962083**CONCLUSÃO DO ATENDIMENTO**

Hospital para onde foi encaminhado: _____

Médico Regulador: _____

Transferência com acompanhamento Médico: S () N ☒Hora: 07:11Onus 23062020
Local e dataLEONARDO de Oliveira Medeiros
Coronário-Arterial
CREMEPE 20208
Médico Assistente
ID: 6191807

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO FAVARES MULLER

EC-3

Rosângela Ciprius Fernandes Dantas
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

RECEBIMOS
GABARITO 7.742.986

DATA DE EXPEDIÇÃO 12/05/2017

NOME << ROSSANA LÍGIA FERNANDES DANTAS >>

FILIAÇÃO << SEBASTIÃO RADIR DANTAS >>
<< INACIA FERNANDES DANTAS >>

DATA DE NASCIMENTO 07/04/1973

NATURALIDADE CAMPINA GRANDE - PB

DOC. ORIGEM << CC 26745 L47B F68 CART SEDE
CAMPINA GRANDE PB 20 10 2004 >>


CPF 884.647.684-00

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 24/08/83

F-76 88.077 - 3422

317052661805134701.7453785

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL	
MINISTÉRIO DA INFRA-ESTRUTURA	
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSPORTES	
CARTERA NACIONAL DE HABILITAÇÃO	
NOME WILTON FILIPE RODOLFO GOMES DA SILVA	
	DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR / UF 9755292 SDS PE
	CPF 122.553.254-03
	DATA NASCIMENTO 15/04/2000
	FILIAÇÃO BRUNO RODOLFO DA SILVA
	INEZ KAREIO DO CARMO GOMES
PERMISSÃO PERMISSÃO	ACC PERMISSÃO
CAT. HAB. A1	
Nº REGISTRO 07291486160	VALIDADE 08/07/2020
	1ª HABILITAÇÃO 09/07/2019
OBSERVAÇÕES KAR	
FILIPE RODOLFO G. DA SILVA	
ASSINATURA DO PORTADOR	
LOCAL PAULISTA, PE	DATA EMISSÃO 09/07/2019
 Roberto Carlos Moreira Fontelles Diretor Presidente	
ASSINATURA DO EMISSOR	
PERNAMBUCO	
65680658684 PK086992139	

VALIDA EM TODO
O TERRITÓRIO NACIONAL
1827226437

PROIBIDO PLASTIFICAR
1827226437

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PE

Nº 014667989960

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA	COD. RENAVAM	RNTRC	EXERCÍCIO
1	1214247820	*****	2019

NOME
OZANA MARIA DOS SANTOS

OLINDA-PE

CPE/CNPJ
235.677.594-94

PLACA
QYD6868

PLACA ANT/UF

CHASSI
9C2JB0100KR356536

ESPECIE TIPO
PAS MOTOCICLETA

COMBUSTIVEL
GASOLINA

MARCA/MODELO
HONDA/POP 110I

ANO FAB
2019

ANO MOD.
2019

CAP/POT/CIL
2P/109CL

CATEGORIA
PARTIC

COR PREDOMINANTE
PRETA

COTA UNICA
IPVA 2019 QUITADO

VENC. COTA UNICA

VENC/COTAS
1ª *****
2ª *****
3ª *****

FAIXA IPVA

PARCELAMENTO/COTAS

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$)

IOF (R\$)

PRÊMIO TOTAL (R\$)

DATA DE PAGAMENTO

80.11

0.32

84.58

26/11/19

OBSERVAÇÕES

AL. FID. BV FINANCEIRA SA CFI

Roberto Fontelles

DATA

28/11/19

OLINDA-PE

Roberto Carlos Moreira Fontelles

DIRETOR DE LICENCIAMENTO DETRAN/PE

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0269844/20

Vítima: WILTON FILIPE RODOLFO GOMES DA SILVA

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: MOTOBOY
Identidade: 9.755.282-SDS/PE CPF: 122.553.254-03
Endereço: RUA CONSELHEIRO DE OLIVEIRA NETO, n°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 n° 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 epigrafe 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 23/08/2020
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 SILVA

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 DA SILVA **Data do acidente:** 23/06/2020 **Seguradora:** MAPFRE VIDA S/A

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