
Rio de Janeiro, 21 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200029783

Vítima: JOSE MARQUES DA SILVA

Data do Acidente: 11/08/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: FERNANDA BRANDAO DE OLIVEIRA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JOSE MARQUES DA SILVA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

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

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 04 de Fevereiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200029783

Vítima: JOSE MARQUES DA SILVA

Data do Acidente: 11/08/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: FERNANDA BRANDAO DE OLIVEIRA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JOSE MARQUES 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\$ 337,50

Dano Pessoal: Dedos mão-Perda funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão 10%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 10%) 2,50%

Valor a indenizar: 2,50% x 13.500,00 = R\$ 337,50

Recebedor: JOSE MARQUES DA SILVA

Valor: R\$ 337,50

Banco: 104

Agência: 000000626

Conta: 0000049974-4

Tipo: CONTA POUPANÇA

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

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

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

www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



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: 044.186.404-01 4 - Nome completo da vítima: JOSE MARQUES DA SILVA

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSP Nº 445/2012

5 - Nome completo: JOSE MARQUES DA SILVA 6 - CPF: 044.186.404-01
7 - Profissão: RECURSA 8 - Endereço: BC DO RANCHO 9 - Número: 10 - Complemento: CASA
11 - Bairro: MATRIZ 12 - Cidade: VITORIA DE SANTO ANTAO 13 - Estado: PE 14 - CEP: 55-600-000
15 - E-mail: 16 - Tel (DDD): (81) 98552-9424

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: ☐ RECLUIR INFORMAR ☐ SEM RENDA ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ 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: 0626 CONTA: 49974 4
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 5.194/74), uma vez que:
• 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.
Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 5.194/74.
Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICO BENEFICIÁRIO - 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 (a) (nascidos)? ☐ 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.

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

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

38 - 1ª Nome: CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome: CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

Recife, 17 de Janeiro de 2020
Jose Marques da Silva

43 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

44 - Assinatura do Promotor (se houver)



6277 8015 2716 2469

JOSE MARQUES DA SILVA
0526 013 00049974

e!c



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 061ª CIRCUNSCRIÇÃO - VITÓRIA DE SANTO ANTÃO -
DP61ªCIRC DINTER1/12ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **19E0151004937**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **16/09/2019** às **16:29**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Doloso (Consumado) que aconteceu no dia **11/8/2019** às **00:04**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICIPIO DE VITORIA DE SANTO ANTAO, 1, AVENIDA HENRIQUE DE HOLANDA - CRUZAMENTO EM FRENTE AO POSTO LINDA - Bairro: CENTRO - VITORIA DE SANTO ANTAO/PERNAMBUCO/BRASIL** - Ponto de Referência: **SUBIDA DO ALTO JOSE DEPA**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

CONDUTOR NÃO IDENTIFICADO (AUTOR / AGENTE)
JOSE MARQUES DA SILVA (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: {Usado na geração da ocorrência} , que estava em posse do(a) Sr(a): JOSE MARQUES DA SILVA

VEICULO: {Usado na geração da ocorrência} , que estava em posse do(a) Sr(a): CONDUTOR NÃO IDENTIFICADO



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

JOSE MARQUES DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: IRENE JULIA DA SILVA Pai: MANOEL MARQUES DA SILVA Data de Nascimento: 10/1/1981 Naturalidade: GRAVATA / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 6627696/SDS/PE (RG), 04418640401 (CPF) Estado Civil: SOLTEIRO(A) Escolaridade: 1º. GRAU INCOMPLETO Profissão: GESSEIRO Telefones Celulares:
- 985885813
- 983037752

Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE VITORIA DE SANTO ANTAO, 460, RUA HENRIQUE DIAS - MANGUEIRA - 460B - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - VITORIA DE SANTO ANTAO/PERNAMBUCO/BRASIL, PROXIMO AO RESTAURENTE PÉ DE PORCO (MARIA)**

CONDUTOR NÃO IDENTIFICADO - Ramo de Atividade: **NAO INFORMADO**

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

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

POP 100 (PRETA COM PARACHOQUE AZUL) (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **CONDUTOR NÃO IDENTIFICADO**, que estava em posse do(a) Sr(a): **CONDUTOR NÃO IDENTIFICADO**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/POP 100** Objeto apreendido: **Não**

Quantidade: (UNIDADE NÃO INFORMADA)

YAMAHA / YS 150 FAZER ED (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **JOSE MARQUES DA SILVA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **JOSE MARQUES DA SILVA**

Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/YAMAHA/FACTOR 150 ED** Objeto apreendido: **Não**

Cor: **VERMELHA** - Quantidade: (UNIDADE NÃO INFORMADA)

Placa: **PDA6581** (PERNAMBUCO/VITORIA DE SANTO ANTAO) Renavam: **106856270** Chassi: **9C6KG0660F0048446**

Ano Fabricação/Modelo: **2015/2016** Combustível: **ALCO/GASOL**

Descrição: **RENAVAN: 1068562703**

Complemento / Observação

ESTEVE NESTA DEPOL O SENHOR JOSE MARQUES DA SILVA INFORMANDO QUE NO DIA 11/08/2019 POR VOLTA DAS 00H SOFREU UM ACIDENTE AUTOMOBILISTICO, OCASIÃO EM QUE ESTAVA CONDUZINDO SUA MOTOCICELTA YAMAHA FAZER PLACA PDA6581 NA AVENIDA MARIANA AMALIA NO CRUZAMENTO EM FRENTE AO POSTO POSTO LINDA (QUE DEVIDO AO HORÁRIO ESTAVA O LARANJA INTERMITENTE) QUANDO O NOTIANTE EFETUOU A CONVERSÃO A DIREITA SENTIDO ALTGO JOSÉ LEAL FOI ATINGIDO POR OUTRA MOTOCICLETA QUE VINHA EM ALTA VELOCIDADE NÃO TENDO COMO A VITIMA EVITAR A COLISÃO; QUE APÓS A COLISÃO POPULARES ACIONARAM O SAMU QUE ATENDEU O NOTICIANTE E O CONDUTOR DA OUTRA MOPTOCOCLETA QUE DEU CAUSA AO ACIDENTE; QUE O NOTIANTE FOI LEVADO PELO SAMU PARA O HOSPITAL JOÃO MURILO DE OLIVEIRA (VIDE DECLARAÇÃO SAMU OCORRÊNCIA Nº 665661); QUE NAQUELA HOSPITAL A VITIMA RECEBEU ATENDIMENTO E DEVIDO A NECESSIDADE DE PROCEDIMENTO CIRURGICO FOI TRANSFERIDO PARA O HOSPITAL GETULIO VARGAS (CONFORME REGISTRO Nº 753733 - GUIA DE TRANSFERÊNCIA SENHA Nº 5746300 - HOSPITAL JOÃO MURILO DE OLIVEIRA - MÉDICO RESPONSÁVEL DR. ERDSON BRIGIDO DA SILVA FILHO); QUE TENDO CHEGADO AO HOSPITAL GETULIO VARGAS FICOU INTERNADO DO DIA 11/08/2019 ATÉ O DIA 19/08/2019 ONDE PASSOU POR PROCEDIMENTO CIRURGICO E ESTÁ AINDA EM TRATAMENTO CONFORME PRONTUÁRIO Nº 1127598; ESCALARECENDO QUE O NOTICIANTE SABE INFORMAR APENAS QUE O OUTRO ENCOLVIDO NO ACIDENTE FOI TAMBÉM SOCORRIDO PELO SAMU MAIS NÃO SABE INFORMAR SEUS DADOS NEM A PLACA DE SEU VEICULO.

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

Jose Marques da Silva
JOSE MARQUES DA SILVA
(VITIMA)

B.O. registrado por: **ARTHUR LUIZ BARROS DA SILVA** - Matrícula: **221268-4**



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: 044.186.404-01 4 - Nome completo da vítima: JOSE MARQUES 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: JOSE MARQUES DA SILVA 6 - CPF: 044.186.404-01
7 - Profissão: RECURSA 8 - Endereço: BC DO RANCHO 9 - Número: 19 10 - Complemento: CASA
11 - Data de nascimento: 12 - Cidade: VITORIA DE SANTO ANTAO 13 - Estado: PE 14 - CEP: 55-600-000
15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD): (81) 98552-9424

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:

☐ RECLUSO INFORMAR ☐ SEM RENDA ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$1.001,00 A R\$2.500,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ 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: 0626 CONTA: 49974 4

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

Assinatura: _____ Data: _____

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

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

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

- 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICO BENEFICIÁRIO - 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(s) (nascido(s)? ☐ 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.

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

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

38 - 1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

Recife, 17 de Janeiro de 2020
José Marques da Silva

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Promotor (se houver)



PREFEITURA MUNICIPAL DA VITÓRIA DE SANTO ANTÃO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SAMU – SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA



DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins que, consta em nossos registros que José Marques da Silva, FILIAÇÃO Manoel Marques da Silva e Irene Julia da Silva, Masculino, 38 anos, Identidade Nº6.627.696, SDS-PE, CPF Nº044.186.404-01, residente 2ª Travessa Primitivo de Miranda, Nº12, Matriz, Vitória de Santo Antão- PE.

Foi socorrido pelo SAMU Vitória de Santo Antão, no dia 11 de Setembro de 2019 às 00:04hs. Ocorrência 665661.

Observação: Transcrição, na íntegra, do item "Causas Clínicas – História Clínica + Hipótese Diagnóstica Conhecida", anotadas na ficha de atendimento.

Paciente vítima de acidente automobilístico (Colisão moto x moto) realizado protocolo de trauma e removido para o HJMO.

EM TEMPO CONFIRMO A VERACIDADE DESTE DOCUMENTO, TODAS AS INFORMAÇÕES CONSTAM EM NOSSOS REGISTROS,

Vitória de Santo Antão – PE

Em 10 de Setembro de 2019

Dijaneide Alvares Ferreira
Dijaneide Alvares Ferreira
Coordenação SAMU
Mat. 2813-2

Dijaneide Alvares Ferreira

Coordenação SAMU

SAMU Vitória de Santo Antão

Rodovia PE 45 Km 02-Lidia Queiroz, Nº59, CEP 55600-999 - Vitória de Santo Antão – PE
Email samuvitoria192@outlook.com

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 29/01/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 337,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOSE MARQUES DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00626

CONTA: 000000049974-4

Nr. da Autenticação A75D5DA8E8B17E92



Nota Fiscal de Energia Elétrica criada pelo Lei 10.438, de 26/04/02
 COMPANHIA ENERGÉTICA DO PARANÁ
 Av. João de Barros, 111, 930 Vila. Recife - PE. CEP 50030-002
 CNPJ 10.835.020/0001-00 | Ins. Est. 0805943-83 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE
 NOME: [illegible]
 ENDEREÇO: [illegible]

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
 [illegible]

CLASSIFICAÇÃO
 [illegible]

W/DA FISCAL	2020	EMISSÃO
07/08/2019	15/08/2019	15/08/2019
W/DA FISCAL	W/DO CLIENTE	W/DA EMISSÃO
07/08/2019	15/08/2019	15/08/2019

1835682010 08/2019
 DATA DE EMISSÃO: 15/08/2019
 DATA DE VENCIMENTO: 09/09/2019
 VALOR A PAGAR: 32,15

Descrição dos produtos:
 [illegible]

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
[illegible]	[illegible]	[illegible]	1,19
[illegible]	[illegible]	[illegible]	0,84
[illegible]	[illegible]	[illegible]	0,32
[illegible]	[illegible]	[illegible]	1,50
[illegible]	[illegible]	[illegible]	2,47
[illegible]	[illegible]	[illegible]	3,39
[illegible]	[illegible]	[illegible]	1,80

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

W/DO	TUO DA	ANTERIOR	ANUAL	W/DO	CONSTANTE	ALÍQUOTA	CONSUMO (KWH)
MESES	FUNÇÃO	DATA	DATA	DATA	DATA		
[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]



ICMS	PIS	COFINS
[illegible]	[illegible]	[illegible]

VALOR	VALOR	VALOR
[illegible]	[illegible]	[illegible]

ATENÇÃO! A CELPE INFORMA QUE VOCÊ FOI CONTA EM ABERTO

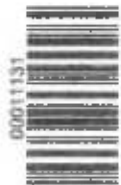
Informações adicionais sobre a conta e o processo de abertura, incluindo instruções para o cliente.



FERNANDA

CHEGOU SUA FATURA DA OI.
Acesse www.oi.com.br/MinhaOIFATURA DE
DEZ/2019
CÓDIGO MINHA OI
401673631287VENCIMENTO
02/01/2020
Emissão em 15/12/2019
Período de 13/11/2019 a 13/12/2019PAGAR (R\$)
106,83

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

CTC RECIFE PE PL1
FERNANDA BRANDAO DE OLIVEIRA
RUA CONEGO JOSE FERNANDES MACHADO 233 CA
JD TERESOPOLIS DOIS
50970-230 - RECIFE - PE

7200039896 00000 00000000000 10 151219

PRECISA DE AJUDA?
FALE COM A JOICE
PELO WHATSAPP.A Joice é a inteligência artificial
da Oi. Ela está 24h por dia
disponível pra ajudar você.
Precisa da sua conta
ou de um suporte técnico?
Peça pra ela.

Fale pelo WhatsApp 31 3131-3131.

SERVIÇOS UTILIZADOS

OI MAIS

84,89



OI MÓVEL

+ Serviços Adicionais

19,80

+ Pacotes Adicionais do Móvel

0,00

TOTAL DE MENSALIDADES

104,79

Multas e Juros

2,14

TOTAL DA SUA FATURA

106,83

FERNANDA BRANDAO DE OLIVEIRA

CPF: 056.638.894-68

NÚMERO DO CLIENTE: 2988763434

NÚMERO DA FATURA: 325778419

Nº PARA DÉBITO AUTOMÁTICO: 401673631287

CÓDIGO MINHA OI
401673631287www.oi.com.br/MinhaOICadastre-se na Minha Oi e consulte saldo,
conta detalhada, histórico de consumo e
muito mais.

ENTENDA SEU CONSUMO

O valor da sua fatura nos últimos meses

Dez 2019	106,83
Nov 2019	106,83
Out 2019	104,79
Sep 2019	106,86
Ago 2019	104,79
Jul 2019	106,83

Fique atento. Efetue os pagamentos em dia e evite: Cobrança de Multa de 2% + juros de 1% ao mês pro rata dia. Suspensão do serviço: Parcial, 15 dias após envio da 1ª notificação e, com mais 30 dias, Suspensão Total. Durante o período de Bloqueio Parcial, a assinatura de sua linha será cobrada normalmente de acordo com os valores contratados, pois ela continua apta a receber chamadas. Cancelamento e inclusão nos Órgãos de Proteção ao Crédito (SPC/Serasa), 30 dias após a Suspensão Total.

CLIENTE
FERNANDA BRANDAO DE OLIVEIRAFATURA DE
DEZ/2019VENCIMENTO
02/01/2020VALOR
106,83DÉBITO AUTOMÁTICO
401673631287

OI MÓVEL S.A.

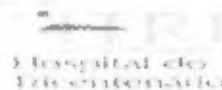
oi Selo Convênio Nono S/H - Ass
Recife
Banco - 30 - 2677070400
CNPJ - 05.420.903/0001-01
Inscrição Estadual - 17.441.296-07/0001
Inscrição Municipal - 10.100.000-00

OI MÓVEL S.A.

Rua De Brum 463 - Recife
Recife - PE - 50710-000
CNPJ - 05.420.903/0001-02
Inscrição Estadual - 17.441.296-07/0001
Inscrição Municipal - 10.100.000-00

84660000001-8 06930113288-7 87634340325-2 77841800100-5





Nome: JOSE MARQUES DA SILVA

Nº registro: 753733

Dt. Nasc.: 10/01/81 - 38 ano (s)

Sexo: Masculino

Mãe: IRENE JULIA DA SILVA

Fone: 81985885813

SEM SUS

Endereço: 2ª TRAV. PRIMITIVO DE MIRANDA, nº 12, MATRIZ. VITORIA DE SANTO ANTAO - PE

Data/hora: 11/08/2019 - 00:38

Nº pág.: 1/1

Setor: Leito:

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

ANAMNESE:

Acidente de Transito - S

ALERGIA: NEGA

QUEIXA PRINCIPAL:

PCT TRAZIDA PELO SAMU DE VITORIA VITIMA DE ACIDENTE DE TRANSITO (COLISÃO MOTO X MOTO) COM HISTORIA DE LACERO EM LABIO INFERIOR + 5ºQDE

EXAME FÍSICO:

Pa: 140 X 100 mmHg **Temp:** °C **HGT:** 100 mg/dL

Peso: Kg **Altura:** m **SP O₂:** 99 %

Observação:

FC: 97BPM

OBS: NECESSITA DE AVALIAÇÃO DO TRAUMA

Classificação de Risco: URGÊNCIA - AMARELO

Encaminhado para: CONSULTÓRIO - CLÍNICA MÉDICA

Especialidade: CLÍNICA MÉDICA

COREN: 399154

Dr. LETICIA VILELA DOS SANTOS LINS



Nome: JOSE MARQUES DA SILVA

Nº registro: 753733

Dt. Nasc.: 10/01/81 - 38 ano (s)

Sexo: Masculino

Mãe: IRENE JULIA DA SILVA

Fone: 81985885813

SEM SUS

Endereço: 2ª TRAV. PRIMITIVO DE MIRANDA, nº 12, MATRIZ. VITORIA DE SANTO ANTAO - PE

Data/hora: 11/08/2019 - 01:43

Nº pág.: 1/1

Setor: Leito:

GUIA DE ENCAMINHAMENTO E TRANSFERÊNCIA

EXAME FÍSICO

PA: X Temperatura: HGT:

Altura: Peso:

ANAMNESE DO MÉDICO

RX COM TRAUMA DE FACE REGIAO METONIANA COM FERIMENTO LACERO CONTUSO INTERNO COM PERDA DE SUBSTANACIA +ESMAGAMENTO PARCIAL DO 5ºQD ESQ. TRAUMA DE FACE DA REGIAO METONIANA + ESMAGAMENTO PARCIAL DO 5º QD ESQ.

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA

CONDUTA

EXAMES COMPLEMENTARES/RESULTADOS

SEGUE EM ANEXO O RX

DADOS DA TRANSFERÊNCIA

Local: Hosp. Getulio Vargas

Motivo: Tratamento Cirúrgico

Senha: 5746300

CRM: 3506

Dr. EDSON BRIGIDO DA SILVA FILHO



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco

HOSPITAL
Getúlio Vargas

ATESTADO MÉDICO

ATESTO que o (a) Sr. (a) Jose marques da silva

necessita de 30 (trinta) dias de afastamento do trabalho, a partir desta

data por motivo de doença.

CID: S62

Grupo Mão / HGV
HOSPITAL OU AMBULATÓRIO

Recife, 14/06/2019
LOCALIDADE E DATA

Assinatura do médico CRM nº 56204

Nota: Este atestado é válido para finalidades previstas no Art. 86 do RGPS aprovado pelo Decreto nº 60.501 de 14/03/1967 e será expedido para justificativa de 01 a 15 dias de afastamento do trabalho.

Avenida General San Martín, s/n - Cordeiro
Recife/PE - CEP 50630-000
Fone: (81) 3184 5600



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
HOSPITAL
GETÚLIO VARGAS



Secretaria Estadual de Saúde

Jose marques da silva

USO ORAL

~~CEFALEXINA~~ 500MG _____ 28COMP.

Tomar 1comp. VO 6/6hs por 7 dias

④ Flancox 500mg ----- 01 CX

Tomar 01 comp, de 12/12h por 05 dias

Orientações

- 1) Curativo diário do PSF
- 2) Realizar reforço de tétano em PSF
- 3) Retorno ambulatorial em 07 dias
- 4) Retorno hospitalar antes da consulta ambulatorial se anormalidades com a ferida operatória (febre, pus, vermelhidão ou alteração na circulação)

14/06/2019

Dr. Carlos Frederico da Silva
Coordenador de Atendimento
14/06/2019

Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
HOSPITAL
Getúlio Vargas

SUMÁRIO DE ALTA

NOME

JOSE MARQUES DA SILVA

02 (DUAS) VIAS

NOME DA MÃE

CARTÃO SUS:

CLÍNICA

CIRURGIA DA MÃO

ENFERMARIA

SR

LEITO

Nº DO REGISTRO:

1127598

DATA DE NASCIMENTO

IDADE

PESO

ALTURA

SEXO

MASC

MOTIVO DA ADMISSÃO/DIAGNÓSTICO INICIAL (CONSTANTE NO LAUDO MÉDICO)

fratura exposta de f4 de 5 qe **MAIS LESAO DE LEITO UNGUEAL**

COMORBIDADE: DM

PROCEDIMENTO SOLICITADO / EXAMES REALIZADOS

DATA DE INTERNAÇÃO

11/08/2019

DATA DA ALTA

16/08/2019

DIAS DE INTERNAÇÃO

CODIGO DO PROCEDIMENTO REALIZADO

CID

CARIMBO/REVISOR/FATURAMENTO

COD

ECNOME

NOME DO PROFISSIONAL

MATRÍCULA

1

CIRURGIÃO

2

1º AUXÍLIO CIRÚRGICO

3

2º AUXÍLIO CIRÚRGICO

4

ANESTESIA

5

CLÍNICO

RESUMO DO CASO

(ACHADOS CLÍNICOS, PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS REALIZADOS)

MEDICAÇÕES UTILIZADAS E DE ALTA

CEFALEXINA

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL

Fratura exposta de f4 de 5 qe **MAIS LESAO DE LEITO UNGUEAL**

CONDIÇÕES CLÍNICAS À ALTA

SEM SECREÇÃO OU SINAIS FLOGÍSTICOS NO LOCAL; ADM MANTIDA

MOTIVO DA ALTA

ÓBITO

CURADO _____ MELHORADO ☒ TRANSFERÊNCIA _____

MIL _____ SVO _____ BO _____

OUTROS _____

ORIENTAÇÃO QUANTO AO MPANHAMENTO

- 1- RETORNAR AO AMBULATORIO DE MÃO 20/08 – SANDRA PAIVA
- 2- MANTER CURATIVOS NO POSTO DE SAUDE.
- 3- PRESCREVO CEF-LEXINA POR 07 DIAS

DATA

Médico Responsável



Nome: JOSE MARQUES DA SILVA

Nº registro: 753733

Dt. Nasc.: 10/01/81 - 38 ano (s)

Sexo: Masculino

Mãe: IRENE JULIA DA SILVA

Fone: 81985885813

SEM SUS

Endereço: 2ª TRAV. PRIMITIVO DE MIRANDA, nº 12, MATRIZ. VITORIA DE SANTO ANTAO - PE

Data/hora: 11/08/2019 - 00:45

Nº pág.: 1/1

Setor: Leito:

CONSULTA MÉDICA

ANAMNESE:

ALERGIA:

QUEIXA PRINCIPAL:

{ - }

QUEIXA RELATADA AO MÉDICO :

EXAME FÍSICO:

Pa: X mmHg Temp: °C HGT: mg/dL

Peso: Kg Altura: m SP O₂: %

Observação:

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:

RESULTADOS DE EXAMES:

RX COM TRAUMA DE FACE REGIAO METONIANA COM FERIMENTO LACERO CONTUSO INTERNO COM PERDA DE SUBISTANACIA +ESMAGAMENTO PARCIAL DO 5ºQD ESQ. + TALA TIPO LUVA

EVOLUÇÃO DO PACIENTE:

TRAUMA DE FACE DA REGIAO METONIANA + ESMAGAMENTO PARCIAL DO 5º QD ESQ.

CRM: 3506

Dr. EDSON BRIGIDO DA SILVA FILHO



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
HOSPITAL
Getúlio Vargas



RECEITUÁRIO

NOME COMPLETO:

João Mendes de Paula

IDADE:

SEXO:

F

☐

M

☒

Laudo médico

Laudo médico de acordo de
diagnóstico em relação ao trauma
na região do braço e do antebraço
(br). Foi constatado lesões
de caráter ativas

Ass: M661

M665

20/08/09

Dr. Antonio Junior
Osteomaneurológico

Avenida General San Martin s/n - Capoeiras
Recife-PE - CEP 50.930-060
Fone: 0XX(81)31849300



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
HOSPITAL
Getúlio Vargas



RECEITUÁRIO

NOME COMPLETO:

João Dias de Fátima

IDADE:

SEXO:

F

M

☒

Relato

história para read Cap
10/10/10

Dr. Oni

20/10/10

Avenida General San Martín s/n - Cordão
Recife-PE - CEP 50.630-000
Fone: 0XX(81) 31945500



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco

HOSPITAL

Getúlio Vargas

Diretoria

Ofício nº 2500/2019



SECRETARIA
DE SAÚDE

GOVERNO DO ESTADO
Pernambuco

Recife, 19 de Dezembro de 2019

À: FB ASSESSORIA DPVAT.

REF.: SOLICITAÇÃO DA CÓPIA DO PRONTUÁRIO MÉDICO - PACIENTE SENHOR JOSÉ MARQUES DA SILVA.

Em atenção ao vosso **Ofício N° 039/2019**, enviamos (anexo), Prontuário Médico e Boletim de Esclarecimento do paciente senhor **JOSÉ MARQUES DA SILVA**.

Atenciosamente,

Hospital Getúlio Vargas
Dr. Bartolomeu A. Nascimento Jr.
CRM/PE 12.490
Diretor

Dr. Bartolomeu A. Nascimento Jr.
Diretor do Hospital Getúlio Vargas

Senhora
Fernanda Brandão de Oliveira
Rua Cônego José Fernandes Machado, 233 - Várzea
Nesta

BANJ/fgscm

Av. Gal. San Martin s/n – Cordeiro
Recife – PE - CEP. 50.630-060
Fone: 0XX.81.3184.5607
E-mail: hqvsec@saude.pe.gov.br
CNPJ nº 10.572.048/0005-51



HOSPITAL GETÚLIO VARGAS
SERVIÇO DE DOCUMENTAÇÃO CIENTÍFICA



BOLETIM DE ESCLARECIMENTO

NOME: JOSE MARQUES DA SILVA

1. Ocorrência da Emergência: 755436

1.1 - Atendimentos em: 11/08/19

1.2 - Às 03 horas e 08 minutos.

1.3 - Internado:

1.4 - Retirou-se às hr. e min.

2. Internamento Eletivo - Reg. Geral No. 1127598

2.1 - Internado em:

2.2 - Alta em: 19/08/19

3. Hipótese Diagnóstica: FRATURA EXPOSTA DE FALANGE DISTAL DO 5º QUIRODÁCTILO
ESQUERDO + FERIMENTO NA FACE.

4. Tratamento: CIRURGIA EM 11/08/19 - LIMPEZA MECÂNICO CIRÚRGICA + DESBRIDAMENTO
+ SUTURA.

5. Observação: ACIDENTE MOTOCICLISTICO.

DATA: 13.12.2019

HORA: 13:55:06

PASTA: 01.12.2019

GSL

RS

Gustavo Souza Leão
CRM 11075
Dr. Gustavo Souza Leão.

HOSPITAL GETULIO VARGAS EMERGÊNCIA



1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

ATENDIMENTO: 755436

Prontuário: 1127598

HGV - Hospital Getúlio Vargas

Prontuário: 1127598

1127598

CNS: 708004857962721

Paciente: JOSE MARQUES DA SILVA

Clinica: SALA DE RECUPERAÇÃO

Nascido: 10/01/1981

Idade: 38 Anos 7 Meses

Leito: SR 74

Mae: IRENE JULIA DA SILVA

Sexo: MASCULINO

Endereço: 20 TRAVESSA PRIMITIVO DE MIRANDA, 12 - MATRIZ - VITÓRIA DE SANTO

Fone: 8588-5513

ANTAO - PE - Cep 55802154

Prestador: 1 HOSPITAL GETULIO V

DATA: 11/08/2019

USUÁRIO: MARIA J

NO

Cor:

CNS: 708004857962721

Nº: 12

Estado: PE

DE SANTO ANTAO

Profissão:

Local de Procedência: OUTROS HOSPITAIS

Clinica: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Ocorrência: SENHA - 5746300 VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO TRAUMA EM MAO ESQ. TEC. EDSON POLIC. JOAO MURILO

Acidente de Trabalho: Sim ☐ Não ☐

- ATENDIMENTO DATA: 11/08/2019 HORA: 03:08 h Médico:

Queixa Principal / HDA:

*Perda de vitas de quad a direita há ± 4 horas
mgo após, vito. de direita.*

História do Trauma

Perda da Consciência: Sim ☐ Não ☐

Episódio Emético: Sim ☐ Não ☐

Acidente de Trabalho: Sim ☐ Não ☐

Acidente de Trânsito: Sim ☐ Não ☐

Tipo:

Colisão: Sim ☐ Não ☐

Tipo:

Motorista: ☐ Passageiro: ☐

Atropelamento: Sim ☐ Não ☐

Local de Impacto:

Vitima de Ferimento: Sim ☐ Não ☐

Tipo:

Sofreu Queda: Sim ☐ Não ☐ Altura m

Queimadura: Sim ☐ Não ☐

Por:

Transporte Realizado por:

Condições de imobilização adequadas: Sim ☐ Não ☐

Por que:

Observações:

mgo. M1; mgo. D1

Exame Físico:

A - Geral

Via aérea esta pèrvia: Sim ☐ Não ☐ O paciente fala: Sim ☐ Não ☐ Temp.: Cº

S/C

B: Respiratório

mgo. M1; mgo. D1

C: Circulatório

PA: x mmHg Pulso: bpm

Medicamento

D: Exames Neurológico

Deficiência motora: MSD ☐ MSE ☐ MID ☐ MIE ☐ Pupilas: Isocóricas ☐ Anisocóricas ☐

Glasgow: Abertura Ocular

Glasgow: Resposta Verbal

Glasgow: Resposta Motora

Escore: 4 Hora:

Escore: 5 Hora:

Escore: 7 Hora:

15





HOSPITAL GETULIO VARGAS EMERGÊNCIA



E: Abdômen

Diagnóstico Inicial:

SI alterado

Fígado exposto 5º QDE

Exames Solicitados : 1 - Patologia Clínica

Exames Solicitados : 1 - Especializados

Resultado de Exames:

Rx

Código Procedimento:

Tratamento / Procedimentos:

- SAT. VAS. Captação 2g

- Sólido indolente, fígado
do Bico Novato fígado.

- Ao Bloco exp. 1.5cm de

Ass. Médico + Carimbo

Código Procedimento:

Ass. Médico + Carimbo

Indicação Cirúrgica: Sim ☐ Não ☐ Motivo:

Leve

Evolução de Enfermagem

Diag. Definitivo:

Definição do Caso:

☐ Internamento ☐ Cirurgia ☐ Óbito ☐ Termo de Alta a Pedido ☐ Evadiu-se

Condição de Alta:

☐ Curado ☐ Melhorado
☐ Inalterado ☐ Piorado
☐ Óbito

Informação do Serviço Social

Confirmação do Nome:

Assist. Social.

Confirmação do Endereço:

Providências: Alta ☐ Transferência ☐ Estudo de Caso ☐ Exames Externos: ☐

Assist. Social

Observações:

Autorização para Alta / Internamento / Transferência

Médico:

CRM/CRO

Data:

Hora:

Termo de Responsabilidade Para Internamento :

- Estou ciente das normas existente neste Hospital, as quais integralmente e autorizo a realização de tratamentos, clínicos e/ou cirúrgicos, inclusive transfusões e sem os exames complementares e transporte se forem necessários.

Data: _____ Nome completo legível: _____

Nº da Identidade: _____ Assinatura: _____

Termo de Responsabilidade de Alta a Pedido :

- Responsabilizo-me pela imediata retirada do paciente deste nosocômio, bem como tenho absoluto conhecimento sobre as consequências que deste ato possam advir.

Data: _____ Nome completo legível: _____

Nº da Identidade: _____ Assinatura: _____

Cadastramento: 11/08/2019 03:08 h CLAUDIOAS

impressão: 11/08/2019 03:08 h CLAUDIOAS

HCTB BMF#

Paciente com história de acidente motorizado
causando com trauma. Ao exame físico BMF
apresenta lesão com contusão em local inspecion

CD Sutura
CD Alta BMF

Médico

Dr. Jeoval Neto
CRM de Trauma BMF
CRBPE 11.519



Hospital de
Medicina Interna

Nome: **JOSE MARQUES DA SILVA** Nº registro: **793733**
Dt. Nasc.: **10/01/81 - 38 ano(s)** Sexo: **Masculino**
Mãe: **IRENE JULIA DA SILVA** Fone: **8198585813**
SEM SUS
Endereço: **2ª TAV. PRIMITIVO DE MIRANDA, nº 12, MATRIZ. VITÓRIA DE SANTO ANTÃO - PE**
Data/hora: **11/08/2019 - 01:43** Nº pag.: **1/1**
Setor: **Leito:**

GUIA DE ENCAMINHAMENTO E TRANSFERÊNCIA

EXAME FÍSICO

PA: **X** Temporalis: **HGT:**
Altera: **Peso:**

ANAMNESE DO MÉDICO

RX COM TRAUMA DE FACE REGIÃO METONIANA COM FERIMENTO LACERO CONTUSO INTERNO COM PERDA DE SUBSTÂNCIA - ESMAGAMENTO PARCIAL DO 5º QD ESQ. TRAUMA DE FACE DA REGIÃO METONIANA - ESMAGAMENTO PARCIAL DO 5º QD ESQ.

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA

CONDLTA

EXAMES COMPLEMENTARES/RESULTADOS

SEGUIR EM ANEXO O RX

DADOS DA TRANSFERÊNCIA

Local: **Hosp. Getúlio Vargas**
Motivo: **Tratamento Cirúrgico**
Senha: **5746300**

Edson Brigido
SIAP
CRM - 3506

CRM: 3506
Dr. EDSON BRIGIDO DA SILVA FILHO

Av. Henrique de Holanda nº87, Matriz CEP: 55602-000 - Vitória da Santo Antão/PE
Contato: (81) 3526-8833

Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco

HOSPITAL
Getúlio Vargas**SUMÁRIO DE ALTA**

NOME

jose marques da silva

02 (DUAS) VIAS

NOME DA MÃE

CARTÃO SUS

CLÍNICA:

CIRURGIA DA MAO

ENFERMARIA:

SR

LEITO:

Nº DO REGISTRO:

DATA DE NASCIMENTO:

IDADE:

PESO:

ALTURA:

SEXO

MASC

MOTIVO DA ADMISSÃO/DIAGNÓSTICO INICIAL (CONSTANTE NO LAUDO MÉDICO):

fratura exposta de f4 de 5 qde MAIS LESAO DE LEITO UNGUEAL

COMORBIDADE: DM

PROCEDIMENTO SOLICITADO / EXAMES REALIZADOS

DA INTERNAÇÃO:

11/08/2019

DATA DA ALTA:

16/08/2019

DIAS DE INTERNAÇÃO:

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO REALIZADO 041503 0013

CID

CARIMBO/REVISOR/FATURAMENTO

0415040035/T79.3 + 0408020392/562.6

COD

EQUIPE

NOME DO PROFISSIONAL

1

CIRURGIÃO

2

1º AUXÍLIO CIRURGICO

3

2º AUXÍLIO CIRURGICO

4

ANESTESISTA

5

CLÍNICO

RESUMO DO CASO

(ACHADOS CLÍNICOS, PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS REALIZADOS)

MEDICAÇÕES UTILIZADAS E DE ALTA

CEFALEXINA -

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL

Fratura exposta de f4 de 5 qde MAIS LESAO DE LEITO UNGUEAL

CONDIÇÕES CLÍNICAS NA ALTA

SEM SECREÇÃO OU SINAIS FLOGÍSTICOS NO LOCAL; ADM MANTIDA

MOTIVO DA ALTA

ÓBITO

CURADO _____ MELHORADO X TRANSFERÊNCIA _____

IML _____ SVU _____ BU _____

OUTROS:

ORIENTAÇÃO QUANTO ACOMPANHAMENTO

- 1- RETORNAR AO AMBULATORIO DE MÃO 20/08 - SANDRA PAIVA
- 2- MANTER CURATIVOS NO POSTO DE SAUDE.
- 3- PRESCREVO CEFALEXINA POR 07 DIAS

DATA

Medico Responsável



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
HOSPITAL
GETÚLIO VARGAS



Secretaria Estadual de Saúde

RELATÓRIO DA OPERAÇÃO

Nome do paciente: JOSE MARQUES DA SILVA REG: 1127598

Data: 11/08/2019

Operador: DR TERCIO 1º AUXILIAR: DR ANDREY MR2

2º AUXILIAR: DR MAURICIO R1

Anestesista: O CIRURGIÃO

Diagnóstico pré-operatório: FRATURA EXPOSTA DE 5º QDE (F3)

Tipo de operação: LMC + SUTURA

Descrição operatória:

- 1) Paciente em decúbito dorsal sob anestesia local;
- 2) Assepsia e antissepsia;
- 3) Aposição de campos operatórios estéreis;
- 4) Observada lesão em falange distal do 5º QDE com preservação da face ulnar
- 5) Perfusão lentificada de porção distal do 5º QDE
- 6) Fratura cominuida em F3 impossibilitando fixação com fio K
- 7) Realizado desbridamento de tecidos desvitalizados
- 8) Limpeza copiosa com SF 0,9%
- 9) Sutura com nylon 4-0
- 10) Curativo;
- 11) Imobilização do 5º qde com Tala splint
- 12) Perfusão lentificada de 5º QDE

Dr. Andrey Freitas Duarte
Ortopedia e Traumatologia
CRM/PE 26721

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE PERNAMBUCO

SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA

INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO E REGISTRO

EC-12




Jose Marques da Silva

CARTERA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL

NOME 6.627.696

DATA DE EXPEDIÇÃO 18/05/2018

<< JOSE MARQUES DA SILVA >>

<< MANOEL MARQUES DA SILVA >>

<< IRENE JULIA DA SILVA >>

NATURALIDADE GRAVATÁ - PE

DATA DE NASCIMENTO 10/01/1981

DOC. ORIGEM << CN. 19.126 LA-16 F.129 CART. 10 >>

GRAVATÁ-PE 01.01.1988

CPF 044.186.404-01

ASSINATURA DO DETENTOR

LEI Nº 7.116 DE 20/08/83

110013452005004122.0106085

F-01 18.545 - 3122

1221607980

15/02/2016

0-800-4-A-FLYER
#8007194637

VÁLIDA EM TODOS
 OS TERRITÓRIOS NACIONAIS
 1221607980



FEELINGS BOARD OF CULTURE

CALL SERVICE / ONA 800/674-6746 OR 674-6746

056-538-384-69 30/04/2503

THE VARIOUS COUNTRIES

DIAZOTA BRANCO DE

— (1925) —

2008

50/06/2011 13/02/2011 05229456871

153/02/2021

50/06/2011

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PE Nº 014483627502
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 000 RENAVAM RNTRO EXERCÍCIO
1 1068562703 ***** 2019

NOME
JOSE MARQUES DA SILVA

VIT. STO ANTÃO-PE 0

CPF / CNPJ 044.186.404-01 PLACA PDA6581

PLACA ANT / UF ***** / PE CHASSI 9C5KG0660F0048446

ESPECIE TIPO FASE / MOTOCICLETA COMBUSTÍVEL ALCO / GASOL

MARCA / MODELO YAMAHA / YS150 FAZER ED ANO FAB 2015 ANO MOD 2015

CAP / POT / CIL 2F / 149CL CATEGORIA PARTIC COR PREDOMINANTE VERMELHA

COTA ÚNICA VENC. COTA ÚNICA I P V A 1 IPVA 2019 QUITADO 1 ***** 2 ***** 3 *****

FAIXA IRVA PARCELAMENTO / COTAS 1 ***** 2 ***** 3 *****

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) 80.11 ICV (R\$) 0.32 PRÊMIO TOTAL (R\$) 84.58 DATA DE PAGAMENTO 25/01/19

OBSERVAÇÕES SEM RESERVA

ASSINATURA DO PROPRIETÁRIO

VIT. STO ANTÃO-PE 25/01/19

Marcelo Bruto da Costa Correia

Assessor Presidente em Exercício DETRAN/PE

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

PE Nº 014483627502 BILHETE DE SEGURO DPVAT

JOSE MARQUES DA SILVA

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

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

VIT. STO ANTÃO-PE EXERCÍCIO 2019 DATA EMISSÃO 25/01/19

VIA 000 RENAVAM RNTRO EXERCÍCIO
1 044.186.404-01 PDA6581

RENAVAM 1068562703 MARCA / MODELO YAMAHA / YS150 FAZER ED

ANO FAB 2015 ANO MOD 2015 CHASSI 9C5KG0660F0048446

PRÊMIO TARIFÁRIO

IRSEM 36.05 DETRAN (R\$) 4.01 CUSTO DO SEGURO (R\$) 40.06

CUSTO DO BILHETE (R\$) 4.15 ICV (R\$) 0.32 TOTAL SEGURO DPVAT (R\$) 84.58

PAGAMENTO: ☒ COTA ÚNICA ☐ PARCELADO DATA DE QUITAÇÃO 25/01/19

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 05.246.408/0001-04

DESTAQUE E GUARDE O BILHETE DPVAT
ELE NÃO É DE FORTE OBRIGATORIO.



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200029783 **Cidade:** Vitória de Santo Antão **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE MARQUES DA SILVA **Data do acidente:** 11/08/2019 **Seguradora:** SINAF PREVIDENCIAL CIA. DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 23/01/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA CORTO CONTUSO EM REGIÃO MENTONIANA DA FACE
FRATURA EXPOSTA DO 5º DEDO DA MÃO ESQUERDA

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (DESBRIDAMENTO-PAG15) E ALTA MÉDICA

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO 5º DEDO DA MÃO ESQUERDA

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DO 5º DEDO DA MÃO ESQUERDA

**Documentos
complementares:**

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

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
Dedos mão-Perda funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão	10 %	Em grau leve - 25 %	2,5%	R\$ 337,50
Total			2,5 %	R\$ 337,50



IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA JOSE MARQUES DA SILVADATA DO ACIDENTE 11/08/2019 CPF DA VÍTIMA 044.186.404-01PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO Fernanda Brandão de OliveiraQUALIFICAÇÃO DO PORTADOR () VÍTIMA () REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COM A VÍTIMA É PROCURADORENDEREÇO DO PORTADOR RUA CONEGO JOSE FERNANDES MACHADONº 233 COMPLEMENTO A BAIRRO VarzeaCIDADE Recife UF PE CEP 50970-230E-MAIL fernandabrandao2013@gmail.com TELEFONE (81) 98552-9424

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

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

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

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

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

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

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

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

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

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- VALORES DE INDENIZAÇÃO**
- MORTE = R\$ 13.500,00
 - INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R\$ 13.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/74.
 - DESPESAS MÉDICAS (DAMS) = REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO). ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.
- O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA
 - COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO
 - PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSSE WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA _____

IDENTIDADE 6141955 SDS/PE

ASSINATURA _____

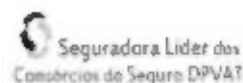
RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA _____

NOME _____

ASSINATURA _____

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0025306/20

Vítima: JOSE MARQUES DA SILVA

Data do acidente: 11/08/2019

CPF: 044.186.404-01

CPF de: Próprio

Titular do CPF: JOSE MARQUES DA SILVA

Seguradora: SINAF PREVIDENCIAL CIA. DE SEGUROS

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

FERNANDA BRANDAO DE OLIVEIRA : 056.639.994-69

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

JOSE MARQUES DA SILVA : 044.186.404-01

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.

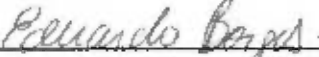
Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 17/01/2020
Nome: FERNANDA BRANDAO DE OLIVEIRA
CPF: 056.639.994-69

FERNANDA BRANDAO DE OLIVEIRA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 17/01/2020
Nome: Eduardo Rodrigo de Sousa Borges
CPF: 077.643.254-06


Eduardo Rodrigo de Sousa Borges

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE:

NOME: JOSÉ MARQUES DA SILVA

NACIONALIDADE: BRASILEIRO

IDENTIDADE: 6.627.696 ORGÃO: SDS/PE

CPF: 044 - 186 - 404 - 01

ESTADO CIVIL: _____

ENDEREÇO: BC DO RANCHO, 19 - MATRIZ - VITÓRIA DE SANTO ANTÃO/PE
CEP. 55.600-000

OUTORGADO:

NOME: Fernanda Brandão de Oliveira

NACIONALIDADE: Brasileira

IDENTIDADE: 6.141.955 SDS/PE

CPF: 056.639.994-69

ESTADO CIVIL: Solteira

ENDEREÇO: Rua Conde José Fernandes Machado, Nº 233 - Varzea - Recife/PE

Cep: 50.970-230

Pelo presente instrumento particular de procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador e outorgado acima qualificado, a quem confio para representar-me perante instituições hospitalares, corpo de bombeiro, samu e Boletim de Ocorrência e retificar caso necessário, para solicitar e retirar quais quer documentações médicas e certidões de atendimento do outorgante acima qualificado. Confio para representar-me perante SEGURADORAS, referente ao seguro obrigatório DPVAT o pagamento do sinistro que vitimou em acidente de trânsito o senhor (a):

JOSÉ MARQUES DA SILVA

Escolha o (s) tipos (s) de cobertura

☐ LT DADS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☐ LT INVALIDEZ PERMANENTE ☐ morte

Data do Acidente: 11/08/2019

VITÓRIA DE SANTO ANTÃO, 03/12/2019

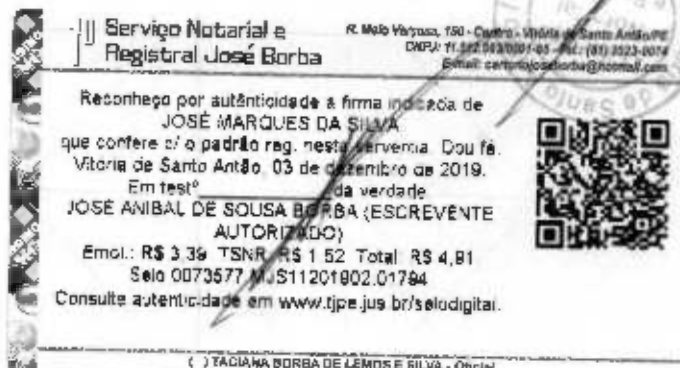
Local e data

José Marques da Silva

Cartório
José Borba

ASSINATURA DO OUTORGANTE

(RECONHECER POR AUTENTICIDADE)



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0025306/20

Vítima: JOSE MARQUES DA SILVA

CPF: 044.186.404-01

Seguradora: SINAF PREVIDENCIAL CIA. DE SEGUROS

Data do acidente: 11/08/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: JOSE MARQUES DA SILVA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

FERNANDA BRANDAO DE OLIVEIRA : 056.639.994-69

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

JOSE MARQUES DA SILVA : 044.186.404-01

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: 17/01/2020
Nome: FERNANDA BRANDAO DE OLIVEIRA
CPF: 056.639.994-69

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 17/01/2020
Nome: Eduardo Rodrigo de Sousa Borges
CPF: 077.643.254-06

FERNANDA BRANDAO DE OLIVEIRA

Eduardo Rodrigo de Sousa Borges