
Rio de Janeiro, 15 de Julho de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200250758

Vítima: JOAO FRANCISCO DO NASCIMENTO

Data do Acidente: 22/12/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: LUA GUILHERME MANGABEIRA DE CARVALHO

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JOAO FRANCISCO DO NASCIMENTO

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, contados 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, 16 de Julho de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200250758

Vítima: JOAO FRANCISCO DO NASCIMENTO

Data do Acidente: 22/12/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: LUA GUILHERME MANGABEIRA DE CARVALHO

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), JOAO FRANCISCO DO NASCIMENTO

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, 30 de Julho de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200250758

Vítima: JOAO FRANCISCO DO NASCIMENTO

Data do Acidente: 22/12/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: LUA GUILHERME MANGABEIRA DE CARVALHO

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JOAO FRANCISCO DO NASCIMENTO

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\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos punhos
25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

Recebedor: JOAO FRANCISCO DO NASCIMENTO

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000000774

Conta: 0000068708-2

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: 833.150.394 53 4 - Nome completo da vítima: João Francisco do Nascimento

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

5 - Nome completo: João Francisco do Nascimento 6 - CPF: 833.150.394 53

7 - Profissão: Nômade 8 - Endereço: Av Manoel G. Moraes 9 - Número: 108 10 - Complemento: A

11 - Bairro: Centro 12 - Cidade: Haquetinga 13 - Estado: PE 14 - CEP: 55950-000

15 - E-mail: wressoria.goiana@gmail.com 16 - Tel.(DDD): (31) 9.8289 7962

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: 0774 CONTA: 68708 2

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: CONTA:

(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 6.194/74), uma vez 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 ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no CNJ) ☐ 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 (vivo/nascido)? ☐ 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 autografado

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:

Haquetinga/PE 09.07.2020

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

DADOS CADASTRAIS

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

NÃO ALFABETIZADO

TESTEMUNHAS

CAIXA

POUPANÇA



5067 2250 2207 9059

5067

VALIDO ATÉ

10/24

JOAO F DO NASCIMENTO

0774 013 00068708-2

elo



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 055ª CIRCUNSCRIÇÃO - ITAQUITINGA -
DP55ªCIRC DINTER1/11ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 20E0145000216

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 30/06/2020 às
09:30

Complementa o BO Número: 20E0145000188

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado)
que aconteceu no dia 22/12/2019 no período da Manhã

Fato ocorrido no endereço: **MUNICÍPIO DE ITAQUITINGA, 1, RUA TIUBA 2
PE-62 - Bairro: CENTRO - ITAQUITINGA/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **RODOVIA ESTADUAL**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR \ AGENTE)
ERIVALDO DE OLIVEIRA SILVA (OUTRO)
JOÃO FRANCISCO DO NASCIMENTO (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a)
Sr(a): JOÃO FRANCISCO DO NASCIMENTO

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

.....
JOÃO FRANCISCO DO NASCIMENTO (presente no plantão) - Sexo:
Masculino Mãe: **SEVERINA BERNARDO DA SILVA** Pai: **ANTONIO FRANCISCO DO**
NASCIMENTO Data de Nascimento: **6/10/1970** Nacionalidade: **ITAQUITINGA / PERNAMBUCO /**
BRASIL Documentos: **4112215/SSS/PE (RG), 83318039483 (CPF)** Estado Civil: **ANASIAADO(A)**
Escolaridade: **1º. GRAU INCOMPLETO** Profissão: **COMERCIANTE** Telefones Celulares:
- 8192122268

Endereço Residencial: **MUNICÍPIO DE ITAQUITINGA, 1, RUA TIUBA 2 PE-62 - CEP:**
55000-000 - Bairro: CENTRO - ITAQUITINGA/PERNAMBUCO/BRASIL

DESCONHECIDO - Ramo de Atividade: NAO INFORMADO

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

ERIVALDO DE OLIVEIRA SILVA (não presente no plantão) - Sexo:

Masculino Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

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

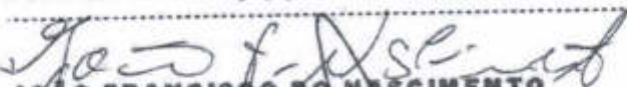
MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **ERIVALDO DE OLIVEIRA SILVA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **JOÃO FRANCISCO DO NASCIMENTO**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/YAMAHA/FACTOR 125 I ED** Objeto apreendido: **NS**
Cor: **PRETA** - Quantidade: **0 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **KFT3239** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Rensvam: **227745159** Chassi:
926KEJ2E8A0102212
Ano Fabricação/Modelo: **2009/2010**

Complemento / Observação

COMPARECEU A ESTA DP, NA DATA DE 04/06/2020, O SR. JOÃO FRANCISCO E RELATOU QUE EM 22/12/19 SOFREU UM ACIDENTE DE MOTO DEPOIS DO POSTO DE GASOLINA TRAJANO. CONFORME LAUDO MÉDICO O PACIENTE RELATOU DEFORMIDADE EM PUNHO ESQUERDO, QUE FOI REDUZIDA EM ATENDIMENTO INICIAL. PORÉM NÃO FOI COLOCADA IMOBILIZAÇÃO. EVOLUIU COM DOR NO LOCAL. E DEPOIS FOI CONSTATADA FRATURA DISTAL DE RÁDIO ESQUERDO E ORIENTADO QUE O MESMO PROCURASSE O HOSPITAL MIGUEL ARRAES PARA CIRURGIA.

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


JOÃO FRANCISCO DO NASCIMENTO
(VÍTIMA)

B.O. registrado por: **JOSE MARTINS LEITE** - Matrícula: **1569049**



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 055ª CIRCUNSCRIÇÃO - ITAQUITINGA -
DP55ªCIRC DINTER1/11ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **20E0145000188**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 04/06/2020 às
10:44

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado)
que aconteceu no dia 22/12/2019 no período da Manhã

Fato ocorrido no endereço: **MUNICIPIO DE ITAQUITINGA, 1, RUA TIUBA 2**
PE-52 - Bairro: CENTRO - ITAQUITINGA/PERNAMBUCO/BRASIL
Local do Fato: **RODOVIA ESTADUAL**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR/AGENTE)
JOÃO FRANCISCO DO NASCIMENTO (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a)
Sr(a): JOÃO FRANCISCO DO NASCIMENTO

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

JOÃO FRANCISCO DO NASCIMENTO (presente ao plantão) - Sexo:
Masculino Mãe: SEVERINA BERNARDO DA SILVA Pol: ANTONIO FRANCISCO DO
NASCIMENTO Data de Nascimento: 6/10/1979 Naturalidade: ITAQUITINGA / PERNAMBUCO /
BRASIL Documentos: 4112812/SDS/PE (RG), 83315639453 (CPF) Estado Civil:
CASADO(A) Escolaridade: 1ª. GRAU INCOMPLETO Profissão: COMERCIANTE Telefones
Celulares:
- 8192122288

Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE ITAQUITINGA, 1, RUA TIUBA 2 PE-52 - CEP:**
55000-000 - Bairro: CENTRO - ITAQUITINGA/PERNAMBUCO/BRASIL

DESCONHECIDO - Ramo da 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)

MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): JOÃO FRANCISCO DO
NASCIMENTO, que estava em posse do(a) Sr(a): JOÃO FRANCISCO DO

NASCIMENTO

Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/YAMAHA/FACTOR 125 I ED** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **PRETA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **KFT2338** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Renavam: **227745458** Chassi:
SCCKEJ2E0A0102212
Ano Fabricação/Modelo: **2009/2010**

Complemento / Observação

COMPARECEU À ESTA DP, NA DATA DE 04/06/2020, O SR. JOÃO FRANCISCO E
RELATOU QUE EM 22/12/19 SOFREU UM ACIDENTE DE MOTO DEPOIS DO POSTO DE
GASOLINA TRAJANO. CONFORME LAUDO MÉDICO O PACIENTE RELATOU
DEFORMIDADE EM PUNHO ESQUERDO, QUE FOI REDUZIDA EM ATENDIMENTO
INICIAL, PORÉM NÃO FOI COLOCADA IMOBILIZAÇÃO. EVOLUIU COM DOR NO
LOCAL, E DEPOIS FOI CONSTATADA FRATURA DISTAL DE RÁDIO ESQUERDO E
ORIENTADO QUE O MESMO PROCURASSE O HOSPITAL MIGUEL ARRAES PARA
CIRURGIA.

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

JOÃO FRANCISCO DO NASCIMENTO
(VITIMA)

B.O. registrado por: **FRANCISCO ANDRADE DOS SANTOS NETO** - Matrícula:
390000-3

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: 833.150.394 53 4 - Nome completo da vítima: João Francisco do Nascimento

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

5 - Nome completo: João Francisco do Nascimento 6 - CPF: 833.150.394 53

7 - Profissão: Nômade 8 - Endereço: Av. Manoel G. Moraes 9 - Número: 108 10 - Complemento: A

11 - Bairro: Centro 12 - Cidade: Haquetinga 13 - Estado: PE 14 - CEP: 55950-000

15 - E-mail: wressoria.goiana@gmail.com 16 - Tel. (DDD): (41) 9.8289 7962

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: 0774 CONTA: 68708 2

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: CONTA:

(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 6.194/74), uma vez 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 ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no CNJ) ☐ 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 (vivo/nascido)? ☐ 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 autografado

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:

Haquetinga/PE 09.07.2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

DADOS CADASTRAIS

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

NÃO ALFABETIZADO

TESTEMUNHAS

CAIXA

POUPANÇA



5067 2250 2207 9059

5067

VALIDO ATÉ

10/24

JOAO F DO NASCIMENTO

0774 013 00068708-2

elo

6

FICHA DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA

Paciente:	Yoad, Francisco de Nascimento	Data:	22/12/19
Data de Nascimento:	06/10/1970	Idade:	49 anos
Sexo:	M	Cad. SUS:	
Documento:		Registro:	770 181
Endereço:	Lot: Gutuba	Hora de Chegada:	11:10
Filiação:	Silvina Francisco da Silva	Hora de Saída:	
Profissão/ocupação:			

AValiação de Enfermagem/Acolhimento

QUEIXA PRINCIPAL:

☐ Febre ☐ Vômitos ☐ Dificuldade de Respirar ☐ Tosse ☐ Taquicardia ☐ Convulsão

☐ Desmaio ☐ Tonturas ☐ Fraqueza ☐ Confusão Mental ☐ Fadiga ☐ Cefaleia

☐ Distúrbios Visuais ☐ Diarreia ☐ Parestesia e/ou Paralisia de parte do corpo

☐ Dor Local ☐ Sangramento Local ☒ Outras queixas: fratura M5 E?

ANTECEDENTES MÓRBIDOS/MEDICAMENTOS

☒ Hipertensão ☒ Diabetes ☐ Problemas Cardíacos ☐ Asma Bronquite ☒ Alergias

☐ Tuberculose ☐ Convulsão ☐ Desmaio ☒ Tabagismo ☐ Enfisema ☒ Alcoolismo

☐ A.V.C ☐ Outro:

☐ Uso de Medicamentos:

Classificação: Vermelho ☐ Amarelo ☐ Verde ☐ Azul ☐

Enfermeiro: Renanque

PE:

SINAIS VITAIS:

P.A. 130 X 100 mmHg T 36.6 °C P 100 bpm F.R. 20 rpm

Peso: 70 Kg HGT: 166 mg/dl Saturação: 98 %

Avaliação Médica

Queixa Principal/Histórico da Doença: Lesão por pressão de apêndice de colo, apresentando dor e edema e liberação de secreções de M5 E,

EXAME FÍSICO:

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA/CONDUTA

1. Infecção

2. Obstrução

3. Secundária

4. Sifilose

10/12/19

12:23

Enfermeiro

Fred M. de Oliveira

CRM-PA: 0304060061

0304060061

0304060061

0304060061

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: 24/07/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOAO FRANCISCO DO NASCIMENTO

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00774

CONTA: 000000068708-2

Nr. da Autenticação 9452FBEFA7F9636B



Tarifa Social de Energia Elétrica Criada pela Lei 10.438, de 26/04/02

NOTA FISCAL DE ENERGIA ELÉTRICA

Companhia Energética de Pernambuco
Av. João de Barros, 111, São Vito, Recife - PE, CEP 50060-902
CNPJ 10.826.812/0001-00 | Ins. Est. 0075943-01 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE
MARIA JOSE DE SANTANA

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
AV MANOEL G. MORAES 106 A

CPF: 089.117.994-18

ITAQUITINGA-ITAQUITINGA
ITAQUITINGA PE
55050-030

CLASSIFICAÇÃO
B1 RESIDENCIAL
RESIDENCIAL
Município

7034497618	02/2020
28/03/2020	20/03/2020
17.88	

DATA DE EMISSÃO	DATA DE VENCIMENTO	DATA DE PAGAMENTO
09/07/2020	UNICA	10/02/2020
18/02/2020	20/03/2020	15/01/2020

CONSUMO	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo (kWh) - TUSD	20.000000	0,31152147	6,24
Consumo Ativo (kWh) - TE	30.000000	0,25216140	7,56
Acrescimo Bandeira AMPLA			0,12
ICMS Subvenção COE-NF 000098298-34/12/19			0,18
Aduto por stress-NF 003638721 - 22/01/20			0,34
Aduto por stress-NF 003638721 - 22/01/20			0,92

TOTAL DA FATURA

17,88

TP DO	TP DA	DATA	ANTERIOR	DATA	ATUAL	MP DE	CONSUMO	ÁREA	CONSUMO (kWh)
MP DO	FUNÇÃO	DATA	LEITURA	DATA	LEITURA	MP DE	CONSUMO	ÁREA	CONSUMO (kWh)
MP DO	OKT	22/01/2020	21-301-20	14/01/2020	21-301-20	22	100000		17,88

TP DO	TP DA	DATA	ANTERIOR	DATA	ATUAL	MP DE	CONSUMO	ÁREA	CONSUMO (kWh)
MP DO	FUNÇÃO	DATA	LEITURA	DATA	LEITURA	MP DE	CONSUMO	ÁREA	CONSUMO (kWh)
MP DO	OKT	22/01/2020	21-301-20	14/01/2020	21-301-20	22	100000		17,88

Informações importantes:
A fatura de energia elétrica é emitida em nome do titular da conta. O titular é responsável por pagar a fatura no prazo estabelecido. O não pagamento da fatura pode resultar em suspensão do fornecimento de energia elétrica.

TP DO	TP DA	DATA	ANTERIOR	DATA	ATUAL	MP DE	CONSUMO	ÁREA	CONSUMO (kWh)
MP DO	FUNÇÃO	DATA	LEITURA	DATA	LEITURA	MP DE	CONSUMO	ÁREA	CONSUMO (kWh)
MP DO	OKT	22/01/2020	21-301-20	14/01/2020	21-301-20	22	100000		17,88

TP DO	TP DA	DATA	ANTERIOR	DATA	ATUAL	MP DE	CONSUMO	ÁREA	CONSUMO (kWh)
MP DO	FUNÇÃO	DATA	LEITURA	DATA	LEITURA	MP DE	CONSUMO	ÁREA	CONSUMO (kWh)
MP DO	OKT	22/01/2020	21-301-20	14/01/2020	21-301-20	22	100000		17,88



CNPJ 09.769.035/0001-64
INSC. EST. Nº 18.1.001.0014398-2
ATENDIMENTO: AVENIDA NUNES MACHADO - NUH. - S/N - CENTRO GOI
ANA PE 55900-000

DADOS DO CLIENTE MATRÍCULA: 10399440 Abr/2020
MELICIO DA COSTA LEITE NETO
R DQ CAXIAS, N. 00170 - CASA-D - CENTRO GOIANA PE 55900-000
INSCRIÇÃO: 062.490.765.0134.000 GRUPO: 13 DEB. AUTOMÁTICO: 010399440

SITUAÇÃO ÁGUA	SITUAÇÃO ESGOTO	RESIDENCIAL	QUANTIDADE DE ESCOPOS	PÚBLICA
LIGADO	POTENCIAL		1	
HIDRÔMETRO A12F163548	DATA LEIT. ANTERIOR 06/04/2020	DATA LEIT. ATUAL 07/05/2020	TIPO DE CONSUMO (AVE) REAL	

ÁGUA:
LEIT ANT: 398 CONSUMO: 4
LEIT ATU: 402
LEIT FAT: 402

HISTÓRICO DE CONSUMO
REFERÊNCIA CONSUMO

03/2020 07
02/2020 01
01/2020 07
12/2019 01
11/2019 26
10/2019 06
MÉDIA: 08

PARAMETROS	NÚMERO DE AMOSTRAS		
	EXIG. PORT. MS 2.914/11	ANÁLISES REALIZ.	ATENDEM A LEGIS
TURBIDEZ	45	45	39
COR APARENTE	45	45	38
CLORO RESIDUAL	45	45	41
COLIF. TOTAIS	45	45	44
E. COLI	45	45	45

Qualidade de Água: www.compesa.com.br
OBS.: (1) COLIFORMES TOTAIS AUSÊNCIA 95% DAS AMOSTRAS EXAMINADAS
(2) OS PARÂMETROS COLIFORMES TOTAIS, ESCHERICHIA COLI E CLORO
RESIDUAL SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES SANITÁRIAS DA ÁGUA
(3) OS PARÂMETROS COR E TURBIDEZ SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES
ASSOCIADAS AO ASPECTO VISUAL DA ÁGUA

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS	CONSUMO	TOTAL (R\$)
ÁGUA COMERCIAL 1 UNIDADE(S)	4 M3	64,84
CONSUMO DE ÁGUA		66,37
PARCELAMENTO DE DÉBITOS PARCELA 01/06		

DESCRIÇÃO	VALOR DA PARCELA	QUANTIDADE DE	VALOR DO DÉBITO
DE	64,84	1,65	1,07
COPIA	64,84	7,60	4,93

VENCIMENTO: 20/06/2020

TOTAL A PAGAR: 131,21

MENSAGEM:



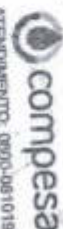
82830000001-5 31210010062-3 0103

VENCIMENTO: 20/06/2020

TO

MAN

ATENDIMENTO: 0800-0810186
VACACIONTES: 0800-0810186



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

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)
Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

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

A Circular SUSEP 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 CDAF¹.

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. ² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu João Guilherme mangabeira de Carvalho

inscrito (a) no CPF/CNPJ 083.562.324 / 65 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

João Francisco do Nascimento inscrito (a) no CPF sob o Nº 833.150.394 / 53

do sinistro de DPVAT cobertura Invalididez da Vítima João Francisco do Nascimento

inscrito (a) no CPF sob o Nº 833.150.394 / 53, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

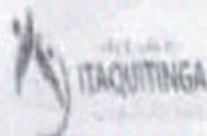
☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço: <u>Rua Duque de Caxias</u>		Número: <u>110</u>	Complemento: <u>10</u>
Bairro: <u>Centro</u>	Cidade: <u>Goiana</u>	Estado: <u>PE</u>	CEP: <u>55900-000</u>
E-mail: <u>amambria.goiana@gmail.com</u>			Tel.(DDD): <u>81</u> 9.9808-6287 <u>81</u> 9.8289-7962

Local e Data: Goiana - PE 09.07.2020

[Assinatura]
Assinatura do Declarante



PREFEITURA MUNICIPAL DE ITAQUITINGA

FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE - SUS/UNIDADE MISTA ADELINA AZEVEDO

b

FICHA DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA

Paciente:	João, Francisco de Almeida	Data:	12/12/19
Data de Nascimento:	06/10/1970 49 anos	Registro:	720181
Sexo:	M Cad. SUS	Hora de Chegada:	
Documento:	108 - Gutuba	Hora de Saída:	11:10
Endereço:	Setor - Gutuba		
Filiação:	Silvana Almeida da Silva		
Profissão/ocupação:			

AVALIAÇÃO DE ENFERMAGEM/ACOLHIMENTO

QUEIXA PRINCIPAL:
☐ Febre ☐ Vômitos ☐ Dificuldade de Respirar ☐ Tosse ☐ Taquicardia ☐ Convulsão
☐ Desmaio ☐ Tonturas ☐ Fraqueza ☐ Confusão Mental ☐ Fadiga ☐ Cefaleia
☐ Distúrbios Visuais ☐ Diarreia ☐ Parestesia e/ou Paralisia de parte do corpo
☐ Dor Local ☐ Sangramento Local ☒ Outras queixas: fratura MS E?

ANTECEDENTES MÓRBIDOS/MEDICAMENTOS

☒ Hipertensão ☒ Diabetes ☐ Problemas Cardíacos ☐ Asma Bronquite ☒ Alergias
☐ Tuberculose ☐ Convulsão ☐ Desmaio ☒ Tabagismo ☐ Enfisema ☒ Alcoolismo
☐ A.V.C ☐ Outro:
☐ Uso de Medicamentos:
Classificação: Vermelho ☐ Amarelo ☐ Verde ☐ Azul ☐

SINAIS VITAIS:

P.A.	150	X	100	mmHg	T	36.6	°C	P	70	bpm	F.R	12	rpm
Peso:		Kg	HGT:	166	cm	Saturação	98	%					

Avaliação Médica

Queixa Principal/Histórico da Doença:
de sono, dor no abdômen, e vivencia de movimento de MS E,

EXAME FÍSICO:

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA/CONDUTA
1 - Infecção
2 - Infecção
3 - Infecção

MÉDICO - CRM/PE

Fred M. de Oliveira

CRM-PE 21172

0301060061

Atendimento: 512579

Senha da Classificação:

0026

Data e Hora: 14/01/2020 13:00

Paciente: 133300 JOAO FRANCISCO DO NASCIMENTO Sexo: MASCULINO
Nome Social:
Data do Nascimento: 06/10/1970 Idade: 49 anos Convenio: 2 SUS - EXTERNO / URGENCIA
Nome da Mãe: SEVERINA BERNARDO DA SILVA Nome do Pai:
Estado Civil: SOLTEIRO Nome do Médico: PLANTONISTA ORTOPEDIA CRM: 12346
Endereço: RUTIUBA 2 -- Bairro: CENTRO
Cidade/UF: ITAQUITINGA PE Usuário Atendimento: ALESSANDRAPSF

Informações Associadas a Pacientes Estrangeiros / Visitantes

Data Entrada Brasil:

Nacionalidade: BRASILEIRA

Nr Documento Estrangeiro:

Observação:

RESUMO DE TRATAMENTO

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

Queixa Principal

Paciente vítima de acidente automobilístico em 22/12/2019 mantendo reformare
mantendo em punho (E), que foi movida em atendimento inicial, porém não
localizada mobilização. Apresenta novamente quadro de dor, que foi constatada

Exame Físico

Exame físico: RTAL DE MÃO E DIREITO A PULSAÇÃO POSITIVA MIGUEL ARRAES
EUB, CORE, PULSO, ARTERIAL MATE, DM, ALERGIA G
ENVIO: CAPTOPAL 25mg A NOITE; RETORNO EM 05/01/2020

Hipótese Diagnóstica

F2 RTAL DE MÃO (E)

Prescrição Médica

1. Exame RT

#40: INTERNO PL TTD LUNAR

RETA ORAL PL MATE E DM LIBERADA

Guilherme B. de A. Antunes
Médico
CRM: 27.749

Guilherme B. de A. Antunes
Médico
CRM: 27.749

Assinatura e Carimbo/Médico

Destino: () Encaminhado ao Ambulatório () Residência

() Transferido: Para _____

Senha: _____

() Encaminhado ao setor de internação

HOSPITAL METROP. NORTE MIGUEL ARRAES

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

PROTOCOLO CLASSIFICACAO REDE IMIP

Data e hora retirada da senha: 14/01/2020 09:32



Nome Paciente: JOAO FRANCISCO DO NASCIMENTO
Cód. Paciente:
Data de Nascimento: 06/10/1970
Sexo: Masculino
Idade: 49 anos
Senha: 0026
Convênio:
Atendimento:
SAME:

entop

Período: 14/01/2020 12:50 - 14/01/2020 12:56

FERNANDA SOUZA DA CAMARA NASCIMENTO - COREN: 273647 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) -

Prioridade: **URGENCIA AMARELO**

Cor: **AMARELO**

Queixa Principal: QUEDA DE MOTOCICLETA DIA: 22/12/2020. HD: FRATURA DE MAO ESQUERDA.

Observação: PROCEDENTE DE ITAQUITINGA COM SENHA: 5860051. DM+, NEGA HAS E ALERGIA MEDICAMENTOSA.

Fluxograma sintoma: TRAUMA

Discriminador(es): - SUSPEITA DE FRATURA OU LUXAÇÃO SEM DEFORMIDADE

Especialidade: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Sinais Vitais Lidos:

- SACR - REGUA DE DOR: 8
- SACR - ESCALA DE GLASGOW: 15
- FREQUENCIA CARDIACA: 92.00 BPM
- GLICOSE: 197.00 MG/DL
- P.A. SISTOLICA: 132.00 MMHG
- P.A.DISTOLICA: 98.00 MMHG
- PESO: 68.00 KG
- SATURAÇÃO DE OXIGÊNIO: 91.00 %
- TEMPERATURA(C): 24.40 °C

HMA - Hospital Miguel Arraes
Lesão de Pele

Sim () Não (X)

Local: _____

Joana Santos
COREN 273647

RECEBADO
HMA

Acolhido(a) por: FERNANDA SOUZA DA CAMARA NASCIMENTO - COREN: 273647 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 14/01/2020 12:56



MIGUEL ARRAS



RESUMO DE ALTA HOSPITALAR/ESCLARECIMENTO

NOME: JOÃO FRANCISCO DO NASCIMENTO

NOME SOCIAL: [Data de Publicação]

IDADE: 49 SEXO: M

DATA DA ADMISSÃO: 15.01.2020

DATA NASC.: 06.10.70

REG: 133300

DATA DA ALTA: 20/1/20

DIAGNÓSTICO:

- FRATURA DE RÁDIO DISTAL ESQUERDO

TRATAMENTO REALIZADO:

- TRATAMENTO CONSERVADOR

ORIENTAÇÕES:

- AGENDAR RETORNO AO AMBULATÓRIO DE DR SORMANE BRITO (SETOR DE AMBULATÓRIOS, NO TERREO DAS SEGUNDAS ÀS SEXTAS-FEIRAS) EM 02 SEMANAS;
- NÃO RETIRAR, NÃO DANIFICAR, NÃO MOLHAR E NEM SUJAR TALA GESSADA.
- MEIXER DEDOS DA MÃO OPERADA CONFORME ORIENTAÇÃO MÉDICA;
- NÃO LEVANTAR PESO COM O MEMBRO SUPERIOR FRATURADO ATÉ LIBERAÇÃO MÉDICA;
- FAZER USO DE MEDICAÇÕES PRESCRITAS EM RECEITUÁRIO MÉDICO;
- PROCEDER AO SERVIÇO SOCIAL (2º ANDAR) PARA RECEBER ORIENTAÇÕES SOBRE ONDE REALIZAR FISIOTERAPIA;
- RETORNO PRECOCE PELA EMERGÊNCIA SE: FEBRE, INCHAÇO IMPORTANTE E VERMELHIDÃO NA FERIDA, SAÍDA DE SECREÇÃO EM GRANDE QUANTIDADE OU PURULENTA, DOR IMPORTANTE OU FALTA DE AR.

EXAME FÍSICO:

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

FERIDA OPERATÓRIA: TALA LUVA DE BOM ASPECTO

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: ____/____/____

João Bosco B. C. Neto
Ortopedia / Traumatologia
CREMEPE 26.670

ASSINATURA DO MÉDICO, CARIMBO E CRM

RESUMO DE ALTA HOSPITALAR/ESCLARECIMENTO

NOME: JOÃO FRANCISCO DO NASCIMENTO

NOME SOCIAL: [Data de Publicação]

IDADE: 49 SEXO: M

DATA DA ADMISSÃO: 15.01.2020

DATA NASC.: 06.10.70

REG: 133300

DATA DA ALTA: 20/1/20

DIAGNÓSTICO:

- FRATURA DE RÁDIO DISTAL ESQUERDO

TRATAMENTO REALIZADO:

- TRATAMENTO CONSERVADOR

ORIENTAÇÕES:

- AGENDAR RETORNO AO AMBULATÓRIO DE DR SORMANE BRITO (SETOR DE AMBULATÓRIOS, NO TÉRREO DAS SEGUNDAS ÀS SEXTAS-FÉIRAS) EM 02 SEMANAS;
- NÃO RETIRAR, NÃO DANIFICAR, NÃO MOLHAR E NEM SUJAR TALA GESSADA.
- MEXER DEDOS DA MÃO OPERADA CONFORME ORIENTAÇÃO MÉDICA;
- NÃO LEVANTAR PESO COM O MEMBRO SUPERIOR FRATURADO ATÉ LIBERAÇÃO MÉDICA;
- FAZER USO DE MEDICAÇÕES PRESCRITAS EM RECEITUÁRIO MÉDICO;
- 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

FERIDA OPERATÓRIA: TALA LUVA DE BOM ASPECTO

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: ____/____/____

João Bosco B. C. Neto
Ortopedia / Traumatologia
CREMEPE 26.670

ASSINATURA DO MÉDICO, CARIMBO E CRM



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	JOAO FRANCISCO DO NASCIMENTO			6 - Nº Prontuário	133300
7 - Cartão Nacional do SUS	8 - Data de Nascimento	9 - Sexo	10 - Raça/Cor	10.1 - Etnia	
706206090501664	06/10/1970	☒ Masculino ☐ Feminino	03 - Parda	0000 - Não Se Aplica	
11 - Nome da Mãe	SEVERINA BERNARDO DA SILVA			12 - Telefone de Contato	8199471740
13 - Nome Responsável	IGNORADO			14 - Telefone de Contato	
15 - Endereço (Rua, Nº, Bairro)	RUTIUBA 2, - CENTRO				
16 - Município	17 - IBGE	18 - UF	19 - CEP		
ITAQUETINGA	260780	PE	55950000		

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

2 - Principais Sinais e Sintomas Clínicos
ANTE VITIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO EM 22/12/2019, RELATANDO DEFORMIDADE IMPOTANTE EM FUNHO ESQUERDO, QUE FOI REDUZIDA EM
ADJUDICAMENTO INICIAL, PORPEM NÃO FOI COLOCADA IMOBILIZAÇÃO. EVOLUIU COM DOR NO LOCLAL, PROCURANDO NOVAMENTE SERVIÇO DE SAÚDE, ONDE
INSTATADA FRATURA DISTAL DE RADIO ESQUERDO E ORIENTADO QUE O MESMO PROCURASSE O HOSPITAL MIGUEL ARRAES PARA TRATAMENTO
CIRURGICO

21 - Condições que justificam a Internação
TRATAMENTO CIRURGICO

22 - Principais Resultados de Provas Diagnósticas
ANAMNESE+EXAME FÍSICO+RADIOGRAFIA

23 - Diagnóstico Inicial / Código	24 - CID 10 Principal	25 - CID 10 Secundário	26 - CID 10 Causas Associadas
FRATURA DO ANTEBRACO, PARTE NAO ESPECIFICADA	S529 5.52.5	W199 V29.9	03.28.21.001.9

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - Descrição do Procedimento Solicitado	28 - Código do Procedimento		
TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA EXTREMIDADE / METÁFISE DISTAL DOS OSSOS DO ANTEBRAÇO	0408020407		
29 - Especialidade	30 - Carater de Atendimento	31 - Documento	32 - Nº do Documento (CNS/CPF) do Profissional Solicitante/Assistente
CIRÚRGICA	2	(X) CNS () CPF	980016001207394
33 - Nome do Profissional Solicitante/Assistente	34 - Data da Solicitação	35 - Assinatura e Carimbo (Nº de Registro no Conselho)	
FABIO NEUMANN KAUFFMAN	14/01/2020	14368	

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 (AIH)
	E260000001	
48 - Documento	49 - Nº do Documento (CNS/CPF) do Profissional Autorizador	
() CNS () CPF		
50 - Data da Autorização	51 - Assinatura e Carimbo (Nº de Registro no Conselho)	

AIH
262010245205-5

Código do Laudo: 512579

EVOLUÇÃO CLÍNICA

NOME: JOAO FRANCISCO DO NASCIMENTO
NOME SOCIAL: [Data de Publicação]

DATA NASC.: 06/10/1970
REG:133300

DATA/HORA	TRAUMATOLOGIA
14/1/2020	
17:45	HDA/QPA: PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO EM 22/12/2019, RELATANDO DEFORMIDADE IMPOTANTE EM PUNHO ESQUERDO, QUE FOI REDUZIDA EM ATENDIMENTO INICIAL, PORPEM NÃO FOI COLOCADA IMOBILIZAÇÃO. EVOLUIU COM DOR NO LOCAL, PROCURANDO NOVAMENTE SERVIÇO DE SAÚDE, ONDE FOI CONSTATADA FRATURA DISTAL DE RADIO ESQUERDO E ORIENTADO QUE O MESMO PROCURASSE O HOSPITAL MIGUEL ARRAES PARA TRATAMENTO CIRURGICO
	Antecedentes Pessoais: HAS+, DM+, NEGA ALERGIAS
	Medicações de uso: CAPTOPRIL 25MG À NOITE, METFORMINA +GLIBENCLAMIDA
	Exame físico: EGB, COTE, EUPNEICO, AFEBRIL PUNHO ESQUERDO COM DEFORMIDADE E EDEMA. NEUROVASCULAR PRESERVADO
	Exame de imagem: FRATURA DISTAL DE RADIO ESQUERDO
	HD: FRATURA FECHADA DISTAL DE RADIO ESQUERDO
	CD: INTERNO PARA TRATAMENTO CIRURGICO SOSLICITO PRE OP E PCARDIO
15/01/20 07:38	<i>15/01/20 07:38</i> <i>Exame físico: EGB, COTE, EUPNEICO, AFEBRIL</i> <i>PUNHO ESQUERDO COM DEFORMIDADE E EDEMA. NEUROVASCULAR PRESERVADO</i> <i>Exame de imagem: FRATURA DISTAL DE RADIO ESQUERDO</i> <i>HD: FRATURA FECHADA DISTAL DE RADIO ESQUERDO</i> <i>CD: INTERNO PARA TRATAMENTO CIRURGICO</i> <i>SOSLICITO PRE OP E PCARDIO</i>
16/01/20 07:10	<i>16/01/20 07:10</i> <i>Exame físico: EGB, COTE, EUPNEICO, AFEBRIL</i> <i>PUNHO ESQUERDO COM DEFORMIDADE E EDEMA. NEUROVASCULAR PRESERVADO</i> <i>Exame de imagem: FRATURA DISTAL DE RADIO ESQUERDO</i> <i>HD: FRATURA FECHADA DISTAL DE RADIO ESQUERDO</i> <i>CD: INTERNO PARA TRATAMENTO CIRURGICO</i> <i>SOSLICITO PRE OP E PCARDIO</i>

15/01/20 07:38
Exame físico: EGB, COTE, EUPNEICO, AFEBRIL
PUNHO ESQUERDO COM DEFORMIDADE E EDEMA. NEUROVASCULAR PRESERVADO
Exame de imagem: FRATURA DISTAL DE RADIO ESQUERDO
HD: FRATURA FECHADA DISTAL DE RADIO ESQUERDO
CD: INTERNO PARA TRATAMENTO CIRURGICO
SOSLICITO PRE OP E PCARDIO

15/01/20 07:38
Exame físico: EGB, COTE, EUPNEICO, AFEBRIL
PUNHO ESQUERDO COM DEFORMIDADE E EDEMA. NEUROVASCULAR PRESERVADO
Exame de imagem: FRATURA DISTAL DE RADIO ESQUERDO
HD: FRATURA FECHADA DISTAL DE RADIO ESQUERDO
CD: INTERNO PARA TRATAMENTO CIRURGICO
SOSLICITO PRE OP E PCARDIO

16/01/20 07:10
Exame físico: EGB, COTE, EUPNEICO, AFEBRIL
PUNHO ESQUERDO COM DEFORMIDADE E EDEMA. NEUROVASCULAR PRESERVADO
Exame de imagem: FRATURA DISTAL DE RADIO ESQUERDO
HD: FRATURA FECHADA DISTAL DE RADIO ESQUERDO
CD: INTERNO PARA TRATAMENTO CIRURGICO
SOSLICITO PRE OP E PCARDIO

16/01/20 07:10
Exame físico: EGB, COTE, EUPNEICO, AFEBRIL
PUNHO ESQUERDO COM DEFORMIDADE E EDEMA. NEUROVASCULAR PRESERVADO
Exame de imagem: FRATURA DISTAL DE RADIO ESQUERDO
HD: FRATURA FECHADA DISTAL DE RADIO ESQUERDO
CD: INTERNO PARA TRATAMENTO CIRURGICO
SOSLICITO PRE OP E PCARDIO



FICHA DE INTERNAÇÃO

Cód. Atendimento: 512823

Usuário: ELISAMASP

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

DADOS DO PACIENTE

Paciente: JOAO FRANCISCO DO NASCIMENTO

Idade: 49a 3m 15d

Sexo: M

Estado Civil: SOLTEIRO

Prontuário: 133300
Data de Nascimento: 6/10/1970

Profissão:

Escolaridade:

R.G.: 4112818

C.P.F.: 83315039453

Telefone:

CEP 55950000

Endereço: RUTIUBA 2

- CENTRO

- ITAQUITINGA

- PE

Dados da Internação

Data e Hora da Internação: 15/1/2020 13:00

Plano: GERAL

Origem: URGENCIA/EMERGENCIA

Convênio: SUS - INTERNACAO

Unidade Internação: VERDE 2 ORTOPEDIA Acomodação: ENFERMARIA DE OBSERVACA Leito: VERD2-14

Médico Internação: PLANTONISTA ORTOPEDIA

DADOS DO RESPONSÁVEL

Nome:

R.G.:

C.P.F.:

Endereço:

- Numero:

Telefone:

Cidade:

Estado civil:

FATURADO
05/02/2020
CLAUDEVAN SOUSA
FARMACISTA

DADOS DA LIBERAÇÃO DO PACIENTE

Data da Alta: 20/01/2020

Hora da Alta: _____

Motivo:

☒ Melhorado

☐ A Pedido

☐ Transferência

☐ Óbito

☐ Evasão

Condições de Alta:

Bom Comportamento Clínico

Diagnóstico Principal.....

Exatidão da

Diagnóstico Secundário01.:

Diagnóstico Secundário02.:

Procedimento.....

tro Amputação

EXISADU
CIH-HMA

João Bosco R. C. Neto
Ortopedia / Traumatologia
CRM-PE 36.670

Médico e CRM:

Responsável pela retirada do paciente

Assinatura e RG

TERMO DE RESPONSABILIDADE

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

Em _____ de _____ de _____

Assinatura e RG do paciente ou pessoa responsável

Senha: 5860051

Posto Médico de:

Miguel Arraiz

Mat.: _____ Prost.: _____

Paciente: João Francisco do Nascimento

Residência: _____

Paciente com fratura em
mão esquerda, necessitando
de cirurgia de mão, segundo
avaliação com ortopedista
Dr. Marcus César Cavalho.

Solicito avaliação
de ortopedia do
Hospital Miguel Arraiz.

14/01/2020

Nome do Médico - CRM

Dr. Wenderley
CRM 10101
19455

Atendimento: 512823
Dt Atendimento: 15/01/2020 - 13:00 Dt Alta: 20/01/2020 - 12:17
Paciente: 133300 JOAO FRANCISCO DO NASCIMENTO

Serviço: 15 ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA Convênio: 1 SUS - INTERNACAO
Leito: 690 VERD2-14 Plano: 1 GERAL
Motivo Alta: 1 ALTA MELHORADA Usuário: ELISAMASP
CID:

Procedimento de Alta 0301060070 - DIAGNOSTICO E/OU ATENDIMENTO DE URGENCIA EM CLINICA CIRURGICA

Observação de Alta

ELISAMA DA SILVA PEREIRA

Esta conta foi paga com recursos públicos provenientes de seus impostos e contribuições sociais

HOSPITAL METROPOLITANO NORTE MIGUEL ARRAES DE ALENCAR

RELATÓRIO MÉDICO PARA AVALIAÇÃO DE INVALIDEZ PERMANENTE (TOTAL OU PARCIAL)

DECLARAÇÕES DO MÉDICO (DE PRÓPRIO PUNHO)

DATA DO ACIDENTE: 22/12/19	DATA DO INÍCIO DO TRATAMENTO MÉDICO: 22/12/19
NOME COMPLETO DA VÍTIMA: João Francisco do Nascimento	
LESÕES RESULTANTES DO ACIDENTE: Fratura articular rádio distal Esq.	
DADOS RESUMIDOS DOS TRATAMENTOS REALIZADOS (DATAS): Tratamento. Conservador de fratura do punho Esq com imobilização. Fisioterapia motoras e sensoriais	
ALTA MÉDICA? ☒ SIM ☐ NÃO	
EXISTE ALGUM DEFEITO OU DOENÇA PRÉ-EXISTENTE? ☐ SIM ☒ NÃO CASO POSITIVO DESCREVER:	
COM RELAÇÃO A INVALIDEZ PODE-SE CONCLUIR QUE: ☐ A INVALIDEZ É TEMPORÁRIA, PORTANTO PASSÍVEL DE RECUPERAÇÃO SIGNIFICATIVA OU DE CURA ATRAVÉS DE TRATAMENTO. ☒ A INVALIDEZ É PERMANENTE, OU SEJA, NÃO HÁ POSSIBILIDADE DE RECUPERAÇÃO SIGNIFICATIVA OU DE CURA.	

GRAU DE INCAPACIDADE FUNCIONAL IRREVERSÍVEL (especificar o segmento ou órgão atingido)

SEGMENTO ANATÔMICO OU ÓRGÃO AFETADO
1ª Dor, déficit de força e ADM
2ª no punho e mão esquerda
3ª com perda funcional de 50%.
4ª na mão e 60% no punho Esq.
5ª

AFIRMO QUE ASSISTI E/OU AVALIEI A VÍTIMA NO PERÍODO DE 07/07/2020 E QUE AS RESPOSTAS ACIMA, SÃO COMPLETAS E VERDADEIRAS.	
Local: Goriama.	DATA: 07/07/2020.
LOCAL	ASSINATURA E CARIMBO

Dr. Alexandre P. S. Vieira
CRM-PE 68.114-02/17006
SUSC 12014

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL		
MINISTÉRIO DAS CIDADES		
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO		
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO		
VÁLIDA EM TODOS OS TERRITÓRIOS NACIONAIS 1019700386	NOME LUA GUILHERME MANGABEIRA DE CARVALHO	
	DOC. IDENTIFIC. / ORIG. EMISSOR / UF 8317118 SDS PE	
	CPF 083.982.324-55	DATA NASCIMENTO 01/11/1995
	FILIAÇÃO MARCUS ANDRÉ ALBUQUERQUE DE M. CARVALHO ROBERTA ALESSANDRA MANGABEIRA ALBUQUERQUE	
	PONTUAÇÃO 00000000 ADIC. 00000000 CAT. HAB. B	
1ª REGISTRO 04503238220		
VALIDADE 09/01/2020		
1ª HABILITAÇÃO 18/03/2010		
OBSERVAÇÕES SER OBSERVAÇÕES		
PROBISS PLÁSTICAS 1019700386	LOCAL PAULISTA - PE	
	DATA EMISSÃO 12/01/2015	
	ASSINATURA DO DETENTOR 16440965286 78964115453	
DETENTOR: PE/PE/00000000		

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE PERNAMBURGO

SECRETARIA DE DEFESA CIVIL

INSTITUTO DE PROTEÇÃO E SALVAMENTO

06P226



João Pontes de Alencar

CARTÃO DE IDENTIDADE

REGISTRO
GERAL

4.112.818

DATA DE
EXPEDIÇÃO

17/05/2011

<< JOAO FRANCISCO DO NASCIMENTO >>

FILIAÇÃO

<< ANTONIO FRANCISCO DO NASCIMENTO >>

<< SEVERINA BERNARDO DA SILVA >>

NATURALIDADE

IAQUILINGA - PE

DATA DE NASCIMENTO

06/10/1970

DOC ORIGEM

<< 0758690155 1970 1 00016 351

0010325 69 IAQUILINGA-PE >>

CPE

833.150.394-53

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.118 DE 29/08/83

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PE Nº 014484934384
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA	COD. RENAVAM	R.N.T.C.	EXERCÍCIO
NOME			
CPF / CNPJ			
PLACA ANT. / UF	CHASSI	PLACA	
ESPECIE TIPO	COMBUSTÍVEL	MARCA / MODELO	
CAP. POT. / CL	CATEGORIA	ANO FAB.	ANO MOD.
COR PR. V. MINANTE	COTA ÚNICA	VENO. COTA ÚNICA	VENO. COTAS
PARCELAMENTO COTAS	1ª	2ª	3ª

PREMIO TARIFARIO (R\$) 100 (R\$) PREMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO

DOCUMENTO DE PORTE OBRIGATORIO
NAO VALIDO PARA TRANSFERENCIA

DATA DE EMISSÃO 22.01.10

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

PE Nº 014484934384 BILHETE DE SEGURO DPVAT

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

VIA	CPF / CNPJ	EXERCÍCIO	DATA EMISSÃO
RENAVAM	MARCA / MODELO	ANO FAB.	CHASSI
PREMIO TARIFARIO	CUSTO DO SEGURO	CUSTO DO BILHETE	DATA DE QUITACAO
PAGAMENTO	COTA ÚNICA	PARCELADO	DATA DE QUITACAO

SEGURO LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.542.608/0001-04

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3200250758 **Cidade:** Itaquitinga **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOAO FRANCISCO DO NASCIMENTO **Data do acidente:** 22/12/2019 **Seguradora:** INVESTPREV SEGUROS E PREVIDENCIA

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DISTAL DO RÁDIO ESQUERDO.

Descrição do exame físico: AO EXAME, APRESENTA DIMINUIÇÃO DA FLEXÃO DO PUNHO ESQUERDO EM 30°, DIMINUIÇÃO DA EXTENSÃO DO PUNHO ESQUERDO EM 35°, COM REDUÇÃO DA FORÇA FLEXORA E EXTENSORA DO PUNHO EM GRAU II. DEFORMIDADE COM DIMINUIÇÃO DO DESVIO ULNAR EM 5° E DEFORMIDADE EM REGIÃO DA EXTREMIDADE DISTAL DA ULNA ESQUERDA COM AUMENTO DE VOLUME. VÍTIMA REFERE DOR A PALPAÇÃO EM ARTICULAÇÃO RADIO ULNAR DISTAL E REGIÃO DORSAL.

Resultados terapêuticos: VÍTIMA ADMITIDA EM UNIDADE HOSPITALAR COM DEFORMIDADE EM PUNHO ESQUERDO, SENDO REDUZIDA INICIALMENTE, SEM IMOBILIZAÇÃO, POSTERIORMENTE RETORNOU AO HOSPITAL SENDO DIAGNOSTICADA A FRATURA DISTAL DO RÁDIO ESQUERDO, SENDO ENTÃO REALIZADA IMOBILIZAÇÃO COM IMOBILIZAÇÃO TIPO GESSO AXILO PALMAR POR APROXIMADAMENTE 40 DIAS. FOI ACOMPANHADO EM CARÁTER AMBULATORIAL E REALIZOU SESSÕES DE FISIOTERAPIA. NO MOMENTO ENCONTRA-SE EM ALTA ORTOPÉDICA.

Sequelas permanentes: Limitação funcional do punho esquerdo

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 20/07/2020

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 completa da mobilidade de um dos punhos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0197665/20

Vítima: JOAO FRANCISCO DO NASCIMENTO

CPF: 833.150.394-53

CPF de: Próprio

Data do acidente: 22/12/2019

Titular do CPF: JOAO FRANCISCO DO NASCIMENTO

Seguradora: INVESTPREV SEGUROS E PREVIDENCIA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

LUA GUILHERME MANGABEIRA DE CARVALHO : 083.562.324-65

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

JOAO FRANCISCO DO NASCIMENTO : 833.150.394-53

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: 15/07/2020
Nome: LUA GUILHERME MANGABEIRA DE CARVALHO
CPF: 083.562.324-65

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 15/07/2020
Nome: Steffany Caroliny Lins Veloso
CPF: 115.938.994-24

LUA GUILHERME MANGABEIRA DE CARVALHO

Steffany Caroliny Lins Veloso

**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: **3200250758**

Nome do(a) Examinado(a): **JOAO FRANCISCO DO NASCIMENTO**

Endereço do(a) Examinado(a):

AV MANOEL GUIMARAES MORAES, 108 - Itaquitinga - PE - CEP 55950-000

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**SDS /PE**] **4112818**

Data e local do acidente: [**22/12/2019**] **ITAQUITINGA PE**

Data e local do exame: [**20/07/2020**] **Goiana** [**PE**]

Resultado da Avaliação Médica

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

FRATURA DISTAL DO RÁDIO ESQUERDO.

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

AO EXAME, APRESENTA DIMINUIÇÃO DA FLEXÃO DO PUNHO ESQUERDO EM 30°, DIMINUIÇÃO DA EXTENSÃO DO PUNHO ESQUERDO EM 35°, COM REDUÇÃO DA FORÇA FLEXORA E EXTENSORA DO PUNHO EM GRAU II. DEFORMIDADE COM DIMINUIÇÃO DO DESVIO ULNAR EM 5° E DEFORMIDADE EM REGIÃO DA EXTREMIDADE DISTAL DA ULNA ESQUERDA COM AUMENTO DE VOLUME. VÍTIMA REFERE DOR A PALPAÇÃO EM ARTICULAÇÃO RADIO ULNAR DISTAL E REGIÃO DORSAL.

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

[**X**] Sim [] Não

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

VÍTIMA ADMITIDA EM UNIDADE HOSPITALAR COM DEFORMIDADE EM PUNHO ESQUERDO, SENDO REDUZIDA INICIALMENTE, SEM IMOBILIZAÇÃO, POSTERIORMENTE RETORNOU AO HOSPITAL SENDO DIAGNOSTICADA A FRATURA DISTAL DO RÁDIO ESQUERDO, SENDO ENTÃO REALIZADA IMOBILIZAÇÃO COM IMOBILIZAÇÃO TIPO GESSO AXILO PALMAR POR APROXIMADAMENTE 40 DIAS. FOI ACOMPANHADO EM CARÁTER AMBULATORIAL E REALIZOU SESSÕES DE FISIOTERAPIA. NO MOMENTO ENCONTRA-SE EM ALTA ORTOPÉDICA.

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

[**X**] Sim [] Não

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

Limitação funcional do punho esquerdo

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"

Esta avaliação médica deve ser repetida em ____ dias

() "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.

Região Corporal (Sequela):

Punho esquerdo

% do dano: () 10% residual () 25% leve
(X) 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

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



Dr. Tiago Martins Formiga
Ortopedia e Cirurgia do Joelho
CRM-PB 8085 - CRO-PB 24411
TÉCNICO 14830

Tiago Martins Formiga - CRM: 8085 - PB