



Número: **0070948-32.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção A da 20ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **03/11/2020**

Valor da causa: **R\$ 12.825,00**

Assuntos: **Seguro**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
CARLOS EDUARDO DA SILVA (AUTOR)		ADSON JOSE ALVES DE FARIAS (ADVOGADO)	
COMPANHIA EXCELSIOR DE SEGUROS (REU)			
RODRIGO CASTRO DE MEDEIROS (PERITO)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
73231 179	06/01/2021 13:34	ANEXO 1	Outros (Documento)



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

Rio de Janeiro, 29 de Outubro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200368516

Vítima: CARLOS EDUARDO DA SILVA

Data do Acidente: 12/04/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ROSSANA LIGIA FERNANDES DANTAS

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), CARLOS EDUARDO 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\$ 675,00

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

Graduação: Em grau residual 10%

% Invalidez Permanente DPVAT: (10% de 50%) 5,00%

Valor a indenizar: 5,00% x 13.500,00 = R\$ 675,00

Recebedor: CARLOS EDUARDO DA SILVA

Valor: R\$ 675,00

Banco: 104

Agência: 000003220

Conta: 000000024736-3

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: 014.301.954-60 4 - Nome completo da vítima: CARLOS EDUARDO 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: CARLOS EDUARDO DA SILVA 6 - CPF: 014.301.954-60
7 - Profissão: COZINHEIRO 8 - Endereço: RUA COTILDE PEREIRA DE LIMA 9 - Número: 100 10 - Complemento: CASA
11 - Bairro: FRAGOSO 12 - Cidade: PAULISTA 13 - Estado: PE 14 - CEP: 53.402-610
15 - E-mail: galbinospe@hotmail.com 16 - Tel.(DDD): (81) 3538-0069

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): ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) Nome do BANCO: _____
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: 3220 CONTA: 00024736 3 AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (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 por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: _____

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

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

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

34 - Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado
35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido
36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido
37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª Nome: _____ CPF: _____
Assinatura da testemunha
39 - 2ª Nome: _____ CPF: _____
Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: Abreu e Lima/PE 13/10/2020
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): CARLOS EDUARDO DA SILVA

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

1 V002/2019



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 026ª CIRCUNSCRIÇÃO - RIO DOCE - DP26ªCIRC DIM/7ªDESEC

BOLETIM DE Ocorrência Nº. **20E0116001553**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **09/10/2020** às **10:29**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado), que aconteceu no dia **12/4/2020** às **21:30**

Fato ocorrido no endereço: **RUA ANAPOLIS, 1** - Bairro: **FRAGOSO** - **OLINDA/PERNAMBUCO/BRASIL** -
CEP: **53130-150**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR \ AGENTE)
CARLOS EDUARDO DA SILVA (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): CARLOS EDUARDO DA SILVA

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

CARLOS EDUARDO DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **JOSEFA ANA DA CONCEICAO** Pai: **FRANCISCO SERGIO DA SILVA** Data de Nascimento: **5/2/1982** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / NÃO INFORMADO / BRASIL** Documentos: **6352968/SDS/PE (RG)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **1º. GRAU INCOMPLETO** Profissão: **COZINHEIRO(A)** Telefones Celulares: **- 986820981**

Residencial: **CLOTILDE PEREIRA DE LIMA, 100, FRAGOSO, PAULISTA - PAULISTA/PERNAMBUCO/BRASIL**

DESCONHECIDO (não presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

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

VEICULO (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **CARLOS EDUARDO DA SILVA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **CARLOS EDUARDO DA SILVA**

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

Placa: **PFO8618** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO)
Ano Fabricação/Modelo: **2011/2011** Combustível: **GASOLINA**

Complemento / Observação

INFORMA A VITIMA QUE SE DIRIGIA SENTIDO JARDIM ATALNTICO CONDUZINDO A SUA MOTOCICLETA, QUANDO COLIDIU COM UMVEICULO DESCONHECIDO QUE VINHA NA CONTRA MÃO, CAINDO COM A MOTO NO CHÃO, DE ONDE CAUSOU LESÃO NO TORNOZELO , E VINDO DEPOIS A SABER QUE TINHA FRATURADO , SENDO LEVADO PELO SAMU ATÉ A UPA DA TABAJARA E DE LÁ REMOVIDO PARA O HOSPITAL MIGUEL ARRÃES ONDE FOI FEITO O PROCEDIMENTO MÉDICO. INFORMA AINDA QUE O VEICULO DESCONHECIDO FUGIU DO LOCAL SEM PRESTAR SOCORRO. NADA MAIS DIGNO DE REGISTRO.



09/10/2020

Secretaria de Defesa Social :: INFOPOL

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

Carlos Eduardo da Silva

CARLOS EDUARDO DA SILVA
(VITIMA)

B.O. registrado por: *[Assinatura]* **ERNANDES ALVES FERREIRA** - Matrícula: **151512-8**

(Liberado em **09/10/2020** às **10:51**)

149/pernambuco/VisualizaBO.do?idUn=116&idOc=8626570&nroBO=20E0116001553&tipo=simples&natPrincipal=ACIDENTE DE TR... 2/2



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200368516 **Cidade:** Olinda **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: CARLOS EDUARDO DA SILVA **Data do acidente:** 12/04/2020 **Seguradora:** CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 16/10/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DA BASE DO 5º METATARSO DO PÉ DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA. (P2,3,4,6,8,11,14)

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO PÉ DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL RESIDUAL DO PÉ DIREITO.

**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
Perda funcional completa de um dos pés	50 %	Em grau residual - 10 %	5%	R\$ 675,00
Total			5 %	R\$ 675,00





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: 014.301.954-60 4 - Nome completo da vítima: CARLOS EDUARDO 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: CARLOS EDUARDO DA SILVA 6 - CPF: 014.301.954-60
7 - Profissão: COZINHEIRO 8 - Endereço: RUA COTILDE PEREIRA DE LIMA 9 - Número: 100 10 - Complemento: CASA
11 - Bairro: FRAGOSO 12 - Cidade: PAULISTA 13 - Estado: PE 14 - CEP: 53.402-610
15 - E-mail: balbino@pe@hotmail.com 16 - Tel.(DDD): (81) 3538-0069

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): ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) Nome do BANCO: _____
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: 3220 CONTA: 00024736 3 AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (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 por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:

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

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

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

34 - Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado
35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido
36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido
37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª | Nome: _____ CPF: _____
Assinatura da testemunha
39 - 2ª | Nome: _____ CPF: _____
Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: Abreu e Lima/PE 13/10/2020
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): CARLOS EDUARDO DA SILVA

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

1 V002/2019



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: 23/10/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 675,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: CARLOS EDUARDO DA SILVA

BANCO: 104

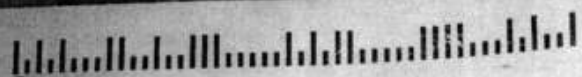
AGÊNCIA: 03220

CONTA: 000000024736-3

Nr. da Autenticação A3EF5F2912A01251



Boleto de Pagamento de Licenciamento 2020
Veículos Usados



CARLOS EDUARDO DA SILVA
RUA CLOTILDE PEREIRA DE LIMA 100

FRAGOSO
53402-610 PAULISTA PE

PFO8618

YAMAHA/FACTOR YBR125 ED





CNPJ 09.769.035/0001-64

INSC. EST. N° 18.1.001.0014398-2

ATENDIMENTO: AVENIDA BRASIL - NUM. - 00931 - LOJA-5 - CENTRO
ABREU E LIMA PE 53525-790DADOS DO CLIENTE
ROSSANA LIGIA FERNANDES DANTAS MATRICULA: 103668667 Set/2020
R JOAQUIM NABUCCO, N. 00200 - TIMBO ABREU E LIMA PE 53520-170
INSCRICAO: 165.135.120.0443.000 GRUPO: 7 DEB. AUTOMATICO: 103668667

SITUAÇÃO ÁGUA LIGADO	SITUAÇÃO FOGOTO POTENCIAL	RESIDENCIAL 1	COMERCIAL 1	PÚBLICA
1	1	1	1	1
WODOMETRO A175224252	DATA LEIT. ANTERIOR 29/08/2020	DATA LEIT. ATUAL 29/09/2020	TIPO DE CONSUMO (A/E) MEDIA HD	

ÁGUA:
LEIT ANT: 5 CONSUMO: 1
LEIT ATU: 5
LEIT FAT: 5 HD PARADOHISTÓRICO DE CONSUMO
REFERENCIA CONSUMO08/2020 01
07/2020 01
06/2020 01
05/2020 01
04/2020 01
03/2020 01

MEDIA: 01

PARAMETROS	NUMERO DE AMOSTRAS		
	EXIG. PORT. MS 2.914/11	ANALISES REALIZ.	ATENDEM A LEGIS
TURBIDEZ	48	48	47
COR APARENTE	48	48	40
COLOR RESIDUAL	48	48	48
COLIF. TOTAIS	48	48	46
E. COLI	48	48	48

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		
RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)		
CONSUMO DE ÁGUA	1 M3	44,08
COMERCIAL 1 UNIDADE(S)		
CONSUMO DE ÁGUA	0 M3	64,84
MULTA P/IMPONTUALIDADE 08/2020		2,17
JUROS DE MORA 01/2020 02/2020 03/2020 E OUTRAS		21,20

TRIBUTOS	BASE DE CÁLCULO	PERCENTUAL (%)	VALOR DO IMPOSTO
ISS	108,92	1,65	1,80
ICMS	108,92	7,60	8,28

VENCIMENTO: 15/10/2020

TOTAL A PAGAR: 132,29

MENSAGEM:



DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DINHEIRO
CIRCULAR SUSEP 445/12

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

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

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

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

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

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

Pelo exposto, eu **ROSSANA LÍGIA FERNANDES DANTAS** inscrito (a) no **CPF/CNPJ 884.647.684-00**, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário **CARLOS EDUARDO DA SILVA** inscrito (a) no CPF sob o nº **014.301.954-60**, do sinistro de DPVAT cobertura **INVALIDEZ** da Vítima **CARLOS EDUARDO DA SILVA** inscrito (a) no CPF sob o nº **014.301.954-60**, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

☒ Recuso informar

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

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

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

Abreu e Lima 13 de *Outubro* de 2020
Rossana Lígia Fernandes Dantas
Assinatura do Declarante



UPA 24 HORAS - OLINDA

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

PROTOCOLO CLASSIFICAÇÃO REDE IMIP

Data e hora retirada da senha: 12/04/2020 21:14

	Nome Paciente:	CARLOS EDUARDO DA SILVA
	Cód. Paciente:	
	Data de Nascimento:	05/02/1982
	Sexo:	Masculino
	Idade:	38 anos
	Senha:	0117
	Convênio:	-
	Atendimento:	
SAME:		

Período: 12/04/2020 21:16 - 12/04/2020 21:19

ALEXSANDRA DA SILVA FERREIRA - COREN: 138761 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - CLASSIFICAÇÃO

Prioridade: **URGÊNCIA - AMARELO**

Cor: **AMARELO**

Queixa Principal: TRAZIDO PELO SAMU OLINDA, DOR E EDEMA EM MID, NEGA VOMITO + DESMAIO

Observação: NEGA ALERGIA-

Fluxograma sintoma: SITUAÇÕES ESPECIAIS

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

Especialidade: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

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

Data Impressão: 12/04/2020 21:19

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco

Página 1 de 1



Atendimento: 1613524

Senha da Classificação:

01

Data e Hora: 12/04/2020 21:23

Paciente: 540322 CARLOS EDUARDO DA SILVA

Sexo: MASCULINO

Nome Social:

Data do Nascimento: 05/02/1982 Idade: 38 anos Convenio: 2 SUS - PRONTO ATENDIMENTO

Nome da Mãe: JOSEFA ANA DA CONCEICAO

Nome do Pai: SEM DOC

CRM: 1234567

Estado Civil: SOLTEIRO

Nome do Médico: ORTOPEDISTA - PLANTONISTA

Endereço: RUA SEBASTIAO PEREIRA

100

Bairro: RIO DOCE

Cidade/UF: OLINDA

PE

Cep: 53090676

Usuário Atendimento: ALEXSANDRACA

RG (Identidade):

Data de Emissão:

CPF (Cadastro de Pessoa Física):

Fone: 87750094

CRN (Certidão de Registro de Nasc):

Data de Emissão CRN:

RESUMO DE TRATAMENTO

Peso: _____ Altura: _____ Temperatura: _____

Hora: 21:22

Queixa Principal

Exame Físico

Hipótese Diagnóstico

Conduta Terapêutica

Prescrição Médica

Destino: () Encaminhado ao Ambulatório () Residência

Transferido

Para:

Senha:

Carimbo/Médico

EDUARDO DE OLIVEIRA MELLO JUNIOR
Coronel Médico
CREMEPE 8208
INT: 0762833249 MN



1613524



HOSPITAL METROP. NORTE MIGUEL ARRAES

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

PROTOCOLO CLASSIFICACAO REDE IMIP

Data e hora retirada da senha: 13/04/2020 14:46



Nome Paciente: CARLOS EDUARDO DA SILVA
Cód. Paciente:
Data de Nascimento: 05/02/1982
Sexo: Masculino
Idade: 38
Senha: 0038
Convênio:
Atendimento:
SAME:

Ortop

: 13/04/2020 15:21 - 13/04/2020 15:24

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

Prioridade:

NAO URGENTE - VERDE

Cor:

VERDE

Queixa Principal:

VINDO DA UPA DE OLINDA
SENHA 5921695
ACIDENTE DE MOTO X CARRO
REFERE USO DE CAPACETE + DOR EM MID

Medicamento(s):

NÃO FAZ USO

Observação:

NEGA DM, HAS E OU ALERGIAS

Fluxograma sintoma:

TRAUMA

Discriminador(es):

- CONTUSÕES E ESCORIAÇÕES

Especialidade:

ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Sinais Vitais Lidos:

- SACR - REGUA DE DOR: 5
- SACR - ESCALA DE GLASGOW: 15
- FREQUENCIA CARDIACA: 101.00 BPM
- FREQUENCIA RESPIRATORIA: 20.00 RPM
- GLICOSE: 115.00 MG/DL
- P.A. SISTOLICA: 158.00 MMHG
- P.A. DISTOLICA: 100.00 MMHG
- PESO: 90.00 KG
- SATURAÇÃO DE OXIGÊNIO: 97.00 %
- TEMPERATURA(C): 36.00 °C



HMA - Hospital Miguel Arraes
Luzia de Paula
13/04/2020
Dra. Karina Oliveira
COREN-PE 153469-EM

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

Data Impressão: 13/04/2020 15:24

Página 1 de 1

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco





HOSPITAL
MIGUEL ARRAES

HOSPITAL MIGUEL ARRAES



Atendimento: 524075

Senha da Classificação:

0038

Data e Hora: 13/04/2020 15:34

Paciente: 135909 CARLOS EDUARDO DA SILVA

Sexo: MASCULINO

Nome Social:

Data do Nascimento: 05/02/1982

Idade: 38 anos

Convenio: 2

SUS - EXTERNO / URGENCIA

Nome da Mãe: JOSEFA ANA DA CONCEICAO

Nome do Pai:

CRM: 12346

Estado Civil: SOLTEIRO

Nome do Médico: PLANTONISTA ORTOPEDIA

Endereço: RUA CLOTILDE PEREIRA DE L -

100

Bairro: FRAGOSO

Cidade/UF: PAULISTA

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 evoluiu com melhora na dor no pé direito. Alívio da dor com analgésicos.

Exame Físico

ECG consistente com arritmia fibrilante.
Mig. no 1º grau a mobilização
fácil.

Hipótese Diagnóstico

Fratura Base 5º mtt

Prescrição Médica

Rx PE + tonometria + Pneu.

Dr. Robson Diniz
Médico

CRM-PE 28414

Difusão 1g + 2m 6/24

Dito 2m 1m

Controle

Retorno 3 dias para avaliação

Pele.

Dr. Robson Diniz
Médico

CRM-PE 28414

Assinatura e Carimbo/Médico

Destino: () Encaminhado ao Ambulatório () Residência

() Transferido: Para _____

Senha: _____

() Encaminhado ao setor de internação



DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO

Atendimento..... : 524075 Prontuário: 135909 SAME: 122488 Hora Atend: 15:34 Data Atend:13/04/2020
Paciente..... : CARLOS EDUARDO DA SILVA
Endereço..... : RUA CLOTILDE PEREIRA DE LIMA
Bairro..... : FRAGOSO
Cidade..... : PAULISTA
Convênio..... : SUS - EXTERNO / URGENCIA
CID Principal..... : -
CID's Secundários. :
Resultado..... : ALTA APOS MEDICACAO
Data Saída..... : 13/04/2020
Idade: 38 a
UF.: PE CEP: 53402610
Plano...: PLANO UNICO
Hora Saída : 19:10

Prestador da Evolução Médica: **PLANTONISTA ORTOPEDIA**

DIAGNOSTICO
ENF. ANGELICA

PLANTONISTA ORTOPEDIA / 12346
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

HOSPITAL METROPOLITANO NORTE MIGUEL ARRAES DE ALENCAR



Protocolo de Encaminhamento

TIPO DE OCORRÊNCIA
Causa Externa: Acidente/Violência (X) Causa Clínica () Obstétrico () Psiquiátrico ()
Em caso de violência/acidente: Via Pública (X) Domicílio () Local de Trabalho ()
SENHA 5921695

IDENTIFICAÇÃO
Nome do Paciente Carlos Eduardo Silva Idade: 38
Sexo: M (X) F () Profissão: Fone: Rio de Janeiro
Endereço Residencial: Bairro: Rio de Janeiro
Cidade: Duque de Caxias

CAUSA EXTERNA (ACIDENTE/VIOLENCIA)
Acidente de Trânsito: Ônibus () Caminhão () Carro de Passeio () Motocicleta ()
Atropelamento: Pedestre () Ciclista ()
Automóvel (Colisão): Passageiro () Motorista () Banco de Trás () Banco da Frente () Uso de cinto S () N ()
Motocicleta: Motociclista (X) Passageiro () Uso de Capacete: S (X) N ()
Semi-Afogamento/Submersão () Soterramento ()
Intoxicação Exógena () Animais Peçonhentos () Agente Causador: _____
Exposição ao: Fogo/Fumaça/Choque Elétrico ()
Queimaduras: 1º Grau () 2º Grau () 3º Grau ()
Queda: () Altura Aproximada _____ Metros () Queda da Própria Altura
Agressões: () Por Arma de Fogo/Tipo _____ () Arma Branca/Tipo: _____
Agressão Sexual () Maus Tratos () Outras () Citar: _____
Mecanismo do Trauma: () Impacto Frontal () Impacto Lateral () Impacto Traseiro () Ejeção () Capotamento

CAUSAS CLÍNICAS
História Clínica Atual: Dor no tórax + 1 dia
Hipótese Diagnóstica: Fratura costal com lesão de base

AValiação CLÍNICA
Glicemia Capilar (HGT): _____ Temperatura: _____ F.C.: _____ P.A.: _____
Vias Aéreas: FR _____ Dispneia S () N () Tiragem Intercostais S () N () Obstrução Vias Aéreas: S () N ()
Sibilos Expiratórios: S () N () BAN*: S () N () Deformidade do Tórax: S () N () Gemido/Estridor: S () N ()
Distúrbio Fala/Choro: S () N ()
Agitação Psicomotora: S () N () Lesões de face: S () N () Retração Xifóide: S () N ()
Perfusão Periférica: Boa () Lentificada () Bulhas Cardíacas: Normofonéticas () Hipofonéticas ()
Pulso: Rítmico (X) Arritmico () Filiforme () Fino ()
Colocação da Pele: Normocorada (X) Palidez () Cianose ()
Sudorese: S () N () Desidratado: S () N () Ictérico: S () N ()

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

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



HOSPITAL METROP. NORTE MIGUEL ARRAES

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

PROTOCOLO CLASSIFICACAO REDE IMIP

Data e hora retirada da senha: 16/04/2020 07:48



Nome Paciente: CARLOS EDUARDO DA SILVA
Cód. Paciente:
Data de Nascimento: 05/02/1982
Sexo: Masculino
Idade: 38
Senha: P0001
Convênio:
Atendimento:
SAME:

: 16/04/2020 08:14 - 16/04/2020 08:22

KENIA MAYLLA DOMINGOS ALVES - COREN: 7760 - : ENFERMEIRO(A) -

Prioridade:

NAO URGENTE - VERDE

Cor:

VERDE

Queixa Principal:

PACIENTE DA ORTOPEDIA VINDO ENCAMINHADO POR ROBSON DINIZ PARA REAVALIAÇÃO;

Observação:

NEGA HAS E DM
NEGA ALERGIA

Fluxograma sintoma:

TRAUMA

Discriminador(es):

- DOR LEVE (1-3/10)
- EVENTO (TRAUMA) HÁ MAIS DE 6 HORAS

Especialidade:

ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Sinais Vitais Lidos:

- FREQUENCIA CARDIACA: 130.00 BPM
- GLICOSE: 104.00 MG/DL
- P.A. SISTOLICA: 130.00 MMHG
- P.A.DISTOLICA: 87.00 MMHG
- SATURAÇÃO DE OXIGÊNIO: 98.00 %
- TEMPERATURA(C): 36.00 °C

RE. MA

HMA - Hospital Miguel Arraes

Lesão de Pele

Sim () Não ☒

Local

Enfermeiro

Kenia

FATURADO

07 / 05 / 2020

Ana Pimenta

Acolhido(a) por: KENIA MAYLLA DOMINGOS ALVES - COREN: 7760 - : ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 16/04/2020 08:22

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco

Página 1 de 1





HOSPITAL
MIGUEL ARRAES

HOSPITAL MIGUEL ARRAES



GESTÃO
IMIP
HOSPITALAR

Atendimento: 524287

Senha da Classificação:

Data e Hora: 16/04/2020 08:35

Paciente: 135909 CARLOS EDUARDO DA SILVA Sexo: MASCULINO
Nome Social:
Data do Nascimento: 05/02/1982 Idade: 38 anos Convenio: 2 SUS - EXTERNO / URGENCIA
Nome da Mãe: JOSEFA ANA DA CONCEICAO Nome do Pai:
Estado Civil: SOLTEIRO Nome do Médico: PLANTONISTA ORTOPEDIA CRM: 12346
Endereço: RUA CLOTILDE PEREIRA DE L - 100 Bairro: FRAGOSO
Cidade/UF: PAULISTA PE Usuário Atendimento: JOSAFAXA

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 comparece para avaliação de dor (orientado por Dr. Francisco) devido
fratura de base do 5º metacarpo. Altera de 4/5 de dor.

Exame Físico

ECG consistente orientado EUPNICO
Mm. Exms em tônus, flectivos

Hipótese Diagnóstica

Fratura 5º PM

Prescrição Médica

Retorno no dia 20/04 para avaliação de
curativo Jones + tala
alta.

Dr. Robinson Diniz
Médico
CRM-PE 29414

Dr. Rogério Amorim

Assinatura e Carimbo/Médico

Destino: () Encaminhado ao Ambulatório () Residência

() Transferido: Para _____

() Encaminhado ao setor de internação

Senha: _____



DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO

Atendimento..... : 524287 Prontuário: 135909 SAME: 122488 Hora Atend: 08:35 Data Atend: 16/04/2020
Paciente..... : CARLOS EDUARDO DA SILVA
Endereço..... : RUA CLOTILDE PEREIRA DE LIMA
Bairro..... : FRAGOSO
Cidade..... : PAULISTA
Convênio..... : SUS - EXTERNO / URGENCIA
CID Principal..... : -
CID's Secundários. :
Resultado..... : ALTA APOS CONSULTA
Data Saída..... : 16/04/2020
Idade: 38 a
UF.: PE CEP: 53402610
Plano...: PLANO UNICO
Hora Saída : 10:06

Prestador da Evolução Médica:

PLANTONISTA ORTOPEDIA

PLANTONISTA ORTOPEDIA / 12346
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

HOSPITAL METROPOLITANO NORTE MIGUEL ARRAES DE ALENCAR



HOSPITAL METROP. NORTE MIGUEL ARRAES

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

PROTOCOLO CLASSIFICACAO REDE IMIP

Data e hora retirada da senha: 20/04/2020 12:18



Nome Paciente: CARLOS EDUARDO DA SILVA
Cód. Paciente:
Data de Nascimento: 05/02/1982
Sexo: Masculino
Idade: 38
Senha: 0015
Convênio:
Atendimento:
SAME:

: 20/04/2020 12:34 - 20/04/2020 12:37

LUAN PREXEDES DA SILVA - COREN: 427217 - : ENFERMEIRO(A) -

Prioridade: **NAO URGENTE - VERDE**

Cor: **VERDE**

Queixa Principal: PACIENTE ENCAMINHADO POR DR ROBSON PARA AVALIAÇÃO ORTOPEDIA.

Fluxograma sintoma: REVISÃO ORTOPEDIA

Discriminador(es): - REVISÃO DE ORTOPEDIA

Especialidade: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Sinais Vitais Lidos:
- SACR - ESCALA DE GLASGOW: 15
- FREQUENCIA CARDIACA: 92.00 BPM
- GLICOSE: 144.00 MG/DL
- P.A. SISTOLICA: 131.00 MMHG
- P.A.DISTOLICA: 99.00 MMHG
- SATURAÇÃO DE OXIGÊNIO: 98.00 %

RT

20

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

Local

Enfermeiro

Luana Prexedes
Luana Prexedes
COREN: 427.217-ENF

FATURADO
11 / 05 / 2020
Ana Pimenta

Acolhido(a) por: LUAN PREXEDES DA SILVA - COREN: 427217 - : ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 20/04/2020 12:37

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco

Página 1 de 1





HOSPITAL
MIGUEL ARRAES

HOSPITAL MIGUEL ARRAES



Atendimento: 524567

Senha da Classificação:

0015

Data e Hora: 20/04/2020 12:41

Paciente: 135909 CARLOS EDUARDO DA SILVA

Sexo: MASCULINO

Nome Social:

Data do Nascimento: 05/02/1982 Idade: 38 anos Convenio: 2 SUS - EXTERNO / URGENCIA

Nome da Mãe: JOSEFA ANA DA CONCEICAO

Nome do Pai:

CRM: 12346

Estado Civil: SOLTEIRO

Nome do Médico: PLANTONISTA ORTOPEDIA

Endereço: RUA CLOTILDE PEREIRA DE L -

100

Bairro: FRAGOSO

Cidade/UF: PAULISTA

PE

Usuário Atendimento: JOSAFAXA

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 com historico de fraturas de Basi de 5º PGG Ho 1 semana,
comprometido por avaliação de pte. Alerte 0 0m 0 Hx 0

Exame Fisico

CGn consequente orientado fupnelo
mg:

Hipotese Diagnostico

Fraturas 5º PGG

Prescrição Médica

Retorno para avaliação de RLI 23/04

Dr. Robson Diniz
Médico
CRM PE 29414

01 Fractura

Assinatura e Carimbo/Médico

Destino: () Encaminhado ao Ambulatorio () Residência

() Transferido: Para

() Encaminhado ao setor de internação

Senha:



DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO

Atendimento..... : 524567 Prontuário: 135909 SAME: 122488 Hora Atend: 12:41 Data Atend: 20/04/2020
Paciente..... : CARLOS EDUARDO DA SILVA
Endereço..... : RUA CLOTILDE PEREIRA DE LIMA
Bairro..... : FRAGOSO
Cidade..... : PAULISTA
Convênio..... : SUS - EXTERNO / URGENCIA
CID Principal..... :
CID's Secundários. :
Resultado..... : ALTA APOS MEDICACAO
Data Saída..... : 20/04/2020
Idade: 38 a
UF.: PE CEP: 53402610
Plano...: PLANO UNICO
Hora Saída : 13:30

Prestador da Evolução Médica: **PLANTONISTA ORTOPEDIA**

PLANTONISTA ORTOPEDIA / 12346
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

HOSPITAL METROPOLITANO NORTE MIGUEL ARRAES DE ALENCAR

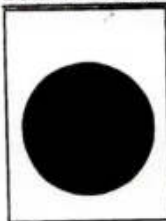


HOSPITAL METROP. NORTE MIGUEL ARRAES

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

PROTOCOLO CLASSIFICACAO REDE IMIP

Data e hora retirada da senha: 30/04/2020 13:03



Nome Paciente: CARLOS EDUARDO DA SILVA
Cód. Paciente:
Data de Nascimento: 05/02/1982
Sexo: Masculino
Idade: 38
Senha: 0014
Convênio:
Atendimento:
SAME:

Handwritten signature and initials

: 30/04/2020 13:04 - 30/04/2020 13:06

JOANA DARC SANTOS DA SILVA - COREN: 213370 - : ENFERMEIRO(A) -

Prioridade:

NAO URGENTE - VERDE

Cor:

VERDE

Queixa Principal:

PACIENTE RETORNA A PEDIDO MEDICO PARA REAVALIAÇÃO DE PROCEDIMENTO ORTOPEDICO REALIZADO HA 8 DIAS , NEGA HAS E DM E NEGA ALERGIAS.

Fluxograma sintoma:

REVISÃO ORTOPEDIA

Discriminador(es):

- REVISÃO DE ORTOPEDIA

Especialidade:

ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Sinais Vitais Lidos:

- SACR - REGUA DE DOR: 4
- SACR - ESCALA DE GLASGOW: 15
- FREQUENCIA CARDIACA: 108.00 BPM
- P.A. SISTOLICA: 123.00 MMHG
- P.A.DISTOLICA: 91.00 MMHG
- SATURAÇÃO DE OXIGÊNIO: 98.00 %

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

Local
Joana Santos
Enfermeiro

**REVISADO
NEPI-HMA**

FATURADO
08/05/2020
Feline Marques

Acolhido(a) por: JOANA DARC SANTOS DA SILVA - COREN: 213370 - : ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 30/04/2020 13:06

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco

Página 1 de 1



Imento: 525247

Senha da Classificação:

0014

e Hora: 30/04/2020 13:12

Paciente: 135909 CARLOS EDUARDO DA SILVA

Sexo: MASCULINO

Nome Social:

Data do Nascimento: 05/02/1982 Idade: 38 anos

Convenio: 2

SUS - EXTERNO / URGENCIA

Nome da Mãe: JOSEFA ANA DA CONCEICAO

Nome do Pai:

CRM: 12346

Estado Civil: SOLTEIRO

Nome do Médico: PLANTONISTA ORTOPEDIA

100

Bairro: FRAGOSO

Endereço: RUA CLOTILDE PEREIRA DE L

Usuário Atendimento: HANNESSAKCCA

Cidade/UF: PAULISTA

PE

Informações Associadas a Pacientes Estrangeiros / Visitantes

Data Entrada Brasil:

Nr Documento Estrangeiro:

Nacionalidade: BRASILEIRA

Observação:

RESUMO DE TRATAMENTO

Hora:

Peso:

Altura:

Temperatura:

Queixa Principal

Paciente relata ter sido atendida neste serviço há 8 dias com dor no tornozelo direito.

Exame Físico

Ex. físico e ortop. apresentando foleto em MII com presença de edema e dor à palpação. Não há inchaço da perna esquerda, nem de outro.

Hipótese Diagnóstico

Entorse / Luxação tornozelo D

Prescrição Médica

01 Analg. 1000
02 Rep. 2x
03 Colar 1 dia
04 Alca. 1 dia

Victor Costa
Médico
Ortopedia e Traumatologia
CRMPE - 25789

Assinatura e Carimbo/Médico

Destino: () Encaminhado ao Ambulatório () Residência

Senha:

() Transferido: Para
() Encaminhado ao setor de internação



DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO

Atendimento..... : 525247 Prontuário: 135909 SAME: 122488 Hora Atend: 13:12 Data Atend:30/04/2020
Paciente..... : CARLOS EDUARDO DA SILVA
Endereço..... : RUA CLOTILDE PEREIRA DE LIMA
Bairro..... : FRAGOSO
Cidade..... : PAULISTA
Convênio..... : SUS - EXTERNO / URGENCIA
CID Principal..... : -
CID's Secundários. :
Resultado..... : ALTA APOS MEDICACAO
Data Saída..... : 30/04/2020
Idade: 38 a
UF...: PE CEP: 53402610
Plano...: PLANO UNICO
Hora Saída : 16:51

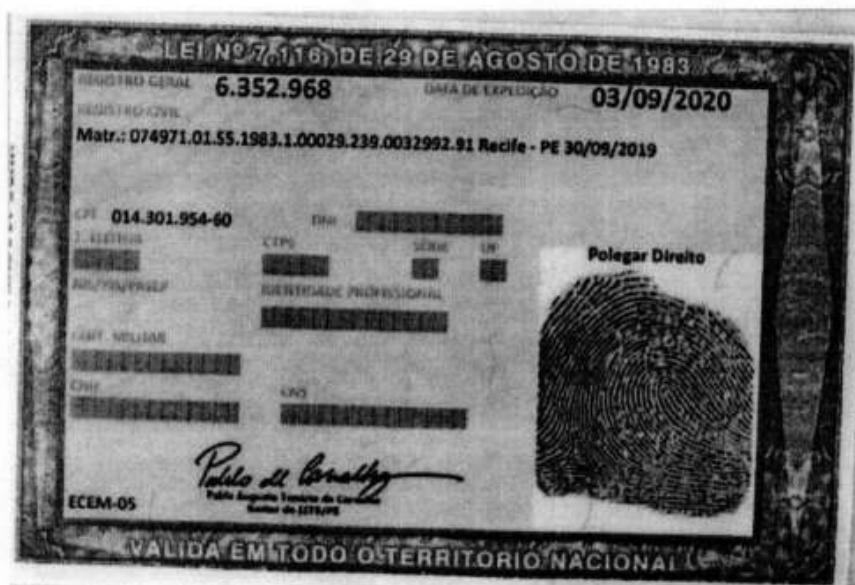
Prestador da Evolução Médica: PLANTONISTA ORTOPEDIA

PLANTONISTA ORTOPEDIA / 12346
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

HOSPITAL METROPOLITANO NORTE MIGUEL ARRAES DE ALENCAR









Ministério da Fazenda
Secretaria da Receita Federal do Brasil
Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: **014.301.954-60**

Nome: **CARLOS EDUARDO DA SILVA**

Data de Nascimento: **05/02/1982**

Situação Cadastral: **REGULAR**

Data da Inscrição: **22/07/2003**

Dígito Verificador: **00**

Comprovante emitido às: **17:30:53** do dia **16/09/2020** (hora e data de Brasília).
Código de controle do comprovante: **A5ED.FEC2.9D89.1C38**



Este documento não substitui o "Comprovante de Inscrição no CPF".

(Modelo aprovado pela IN/RFB nº 1.548, de 13/02/2015.)



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

PE Nº 014084761270 **BILHETE DE SEGURO DPVAT**
CARLOS EDUARDO 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

PAULISTA-PE

EXERCÍCIO
2018

DATA EMISSÃO
18/09/18

VIA

CPF / CNPJ
014.301.954-60

PLACA

FF08618

RENAVAM

341282651

MARCA / MODELO

YAMAHA / FACTOR YBR125 ED

ANO FAB.
2011

CAT. TARE.
09

Nº CHASSI

9C6KE1500B0033914

PRÊMIO TARIFÁRIO

FNS (R\$)

DENATRAN (R\$)

CUSTO DO SEGURO (R\$)

CUSTO DO BILHETE (R\$)

IOF (R\$)

TOTAL A SER PAGO SEGURADO (R\$)

☐ **COTA ÚNICA**

PAGAMENTO

☐ **PARCELADO**

DATA DE QUITAÇÃO

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.248.608/0001-04

FEV-2018

**DESTAQUE E GUARDE O BILHETE DPVAT.
ELE NAO É DE PORTE OBRIGATORIO**



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0291415/20
Vítima: CARLOS EDUARDO DA SILVA
CPF: 014.301.954-60
CPF de: Próprio
Seguradora: CIA EXCELSIOR DE SEGUROS
Data do acidente: 12/04/2020
Titular do CPF: CARLOS EDUARDO DA SILVA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

ROSSANA LIGIA FERNANDES DANTAS : 884.647.684-00

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

CARLOS EDUARDO DA SILVA : 014.301.954-60

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: 14/10/2020
Nome: ROSSANA LIGIA FERNANDES DANTAS
CPF: 884.647.684-00

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 14/10/2020
Nome: Marta Marinho dos Santos
CPF: 492.294.514-87

ROSSANA LIGIA FERNANDES DANTAS

Marta Marinho dos Santos



PROCURAÇÃO PARTICULAR

BENEFICIÁRIO/VÍTIMA:

Nome: CARLOS EDUARDO DA SILVA

Nacionalidade: BRASILEIRO Estado Civil: SOLTEIRO Profissão: COLICHEIRO

Identidade: 6.352.968-SDS/PE CPF: 014.301.954-60

Endereço: RUA CLOTILDE REBEIRA DE LIMA, nº 100, FRAGOSO, PAULISTA-PE, CEP: 53.402-610

PROCURADOR(A):

Nome: ROSSANA LÍGIA FERNANDES DANTAS

Nacionalidade: Brasileira Estado Civil: Divorciada Profissão: Empresária

Identidade: 7.742.986 SDS/PE CPF: 884.647.684-00

Endereço: Avenida Joaquim Nabuco nº 200, Timbó, Abreu e Lima/PE. Cep. 53.520-170

Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante quaisquer Seguradora pertencente ao Consórcio DPVAT, também perante aos pontos de atendimento da Seguradora Líder (Correios, Sincor (s) e Corretores), dar entrada em sinistro, enviar documentos relativo a pendências, receber correspondências, solicitar informações por escrito, e-mails ou por telefone, ter acesso ao número de sinistro ocorrido com a vítima no dia 12/04/2020, cobertura INVALIDEZ, em fim, acompanhar todo e qualquer andamento relativo ao sinistro em epígrafe do beneficiário (a)/vítima, até o término de sua liquidação, e finalmente praticar todos os atos necessários ao bom e fiel desempenho deste mandato. Obs.: É de responsabilidade do outorgante a veracidade das informações e documentos apresentados e disponibilizados ao outorgado.

Abreu e Lima/PE 13/10/2020
Local e data

X CARLOS EDUARDO DA SILVA

Assinatura do Beneficiário/Vítima
(Reconhecer firma por autenticidade)



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0291415/20
Vítima: CARLOS EDUARDO DA SILVA
CPF: 014.301.954-60
CPF de: Próprio
Seguradora: CIA EXCELSIOR DE SEGUROS
Data do acidente: 12/04/2020
Titular do CPF: CARLOS EDUARDO DA SILVA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

ROSSANA LIGIA FERNANDES DANTAS : 884.647.684-00

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

CARLOS EDUARDO DA SILVA : 014.301.954-60

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: 14/10/2020
Nome: ROSSANA LIGIA FERNANDES DANTAS
CPF: 884.647.684-00

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 14/10/2020
Nome: Marta Marinho dos Santos
CPF: 492.294.514-87

ROSSANA LIGIA FERNANDES DANTAS

Marta Marinho dos Santos

