

Rio de Janeiro, 31 de Outubro de 2018

Aos Cuidados de: **EUCLIDES GOMES DA ROCHA BISNETO**

Nº Sinistro: **3180494172**

Vitima: **EUCLIDES GOMES DA ROCHA BISNETO**

Data do Acidente: **03/07/2018**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180494172**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

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

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 13541662



Rio de Janeiro, 09 de Novembro de 2018

Aos Cuidados de: EUCLIDES GOMES DA ROCHA BISNETO

Nº Sinistro: 3180494172

Vítima: EUCLIDES GOMES DA ROCHA BISNETO

Data do Acidente: 03/07/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180494172**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Documentação médico-hospitalar não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **SEGURADORA LÍDER DPVAT - REGULAÇÃO**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 13574595



Rio de Janeiro, 06 de Dezembro de 2018

Aos Cuidados de: EUCLIDES GOMES DA ROCHA BISNETO

Sinistro: 3180494172

Vítima: EUCLIDES GOMES DA ROCHA BISNETO

Data do Acidente: 03/07/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Senhor(a),

Comunicamos que o prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido de indenização do sinistro cadastrado sob o **número 3180494172** foi **interrompido**, em razão da necessidade de apuração de dados e informações por parte desta seguradora.

Solicitamos aguardar novo contato sobre o seu pedido de indenização, o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as análises cabíveis.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 13678074





AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL**, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL** e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2- "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário com 16 ou 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASI

CPF da Vítima

Nome completo da vítima

10425657400

EUCLIDES GOMES DA ROCHA BISNETO

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo EUCLIDES GOMES DA ROCHA BISNETO		CPF titular da conta 10425657400	Profissão AGRICULTOR
Endereço RUA JOSÉ ALEXANDRE		Número 001	Complemento CASA
Bairro CENTRO	Cidade MACHADOS	Estado PE	CEP 55740-000
Email alexamemoria@90@gmail.com			Telefone (DDD) (81) 998075455

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

☒ RECUSO INFORMAR ☐ SEM RENDA ☐ ATÉ R\$ 1.000,00 ☐ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00 ☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00 ☐ R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00 ☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00

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

☐ BRADESCO (237) ☒ BANCO DO BRASIL (001) ☐ ITAÚ (341)
☐ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA NRO. **9039** D/V **7** CONTA NRO. **76888** D/V **2**
(Informar dígito se existir) (Informar dígito se existir)

☐ **CONTA CORRENTE** (todos os bancos)

BANCO Nome _____ NRO. _____
 AGÊNCIA NRO. _____ D/V _____ CONTA NRO. _____ D/V _____
(Informar dígito se existir) (Informar dígito se existir)

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

Machados, PE, 31 de agosto de 2018
 Local e Data

Euclydes Gomes da Rocha Bisneto
 Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

CORAN-060485 (014-800) PDV:000001

26/07/2018 BANCO DO BRASIL 11:08:34

9999901 CORRESPONDENTE NARCANTO 0030

COMPROVANTE DE DEPÓSITO EM POUpanÇA

EM DINHEIRO

CLIENTE: LUCILDES G. BOMBA RIBEIRO

AGÊNCIA: 2034-7 CONTA: 10.888-2

CAIXA POUpanÇA 51

DATA: 26/07/2018



ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA MILITAR
BOLETIM DE OCORRÊNCIA

BO Nº 18E021500173

1ª Parte



Transcrição de registro (Fato)	Unidade Operacional 6ª CIPM	Circunscrição MACHADOS	Data ou Registro 03 / 07 / 2018	Hora do Registro 08:06	Nº da Folha / Total de Folhas 01/02				
	Descrição e Natureza ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL				Aviso de Ocorrências do CIODS Nº -				
	Data (dd/mm/aa) 03/07/2018	Hora (hh:mm) 07:10	☒ Auditoria Conhecida ☐ Auditoria desconhecida	☒ Consumado ☐ Tentado	☒ Culposos ☐ Doloso	☐ Flagrante ☐ Ato Infracional			
	Circunscrição do Fato MACHADOS		Local Principal da Ocorrência VIA PÚBLICA						
Dados do Evolvido	Logradouro (Rua, Avenida, Rodovia, etc.) ESTRADA DE TERRA PLANAGEM		RECEBIDO		Número				
	Complemento (Apto, Sala, Andar) VIA PÚBLICA		11 OUT 2018		CEP 55740000				
	Município MACHADOS	UF PE	Ponto de Referência SÍTIO CALIFORNIA	Seguradora Líder DPVAT					
	☒ VÍTIMA ☐ IMPULTADO ☐ SUSPEITO ☐ TESTEMUNHA ☐ OUTROS ☐ TURISTA ☒ Sim X Não								
Dados do Evolvido	Nome / Razão Social EUCIDES GOMES DA ROCHA BISNETO					Boletim de ocorrência 			
	Pai GESIEL OLIVEIRA GOMES DE SOUZA								
	Mãe SHESMENIA GOMES DA ROCHA FERREIRA								
	Apelido / Nome Fantasia		Sexo XM F	Estado Civil [7]	1. Solteiro(a) 3. Viúvo(a) 5. Amassado(a) 7. Não informado 2. Casado(a) 4. Divorciado(a) 6. Separado(a)				
	Data de Nascimento 20/05/1996	Idade aparente []	1. Recém-nascido / Lactante 2. Criança (1-12 anos) 3. Adolescente (13-17 anos)	4. Adulto - Jovem (18-30 anos) 5. Adulto (31-65 anos) 6. Idoso (Acima de 65 anos)	Escolaridade [7]	1. 1º Grau Completo 2. 1º Grau Incompleto 3. 2º Grau Completo 4. 2º Grau Incompleto 5. Superior Completo 6. Superior Incompleto 7. Não informado			
	X RG 8.754.302	CNH	Órgão Expedidor SDS	UF PE	X CPF 104.256.574-00	☐ CNPJ ☐ Outro-Qual?	Órgão Expedidor SRF	Naturalidade TIMBAUBA-PE	
	Logradouro (Rua, Avenida, Rodovia, etc.) RUA JOSE ALEXANDRE		Número 0001		Complemento Casa				
	Beiró CENTRO	CEP 55740-000	Município MACHADOS	UF PE	Telefone / Contato (DDD-Número)				
	Altura Aparente []	1. Até 0,5m 2. 0,6-1,0m 3. 1,1-1,5m	4. 1,51-1,70m 5. 1,71-1,80m 6. Acima de 1,80m	Peso []	1. Até 20kg 2. 21-40kg 3. 41-60kg	4. 61-80kg 5. 81-100kg 6. Acima de 100kg	Cor da Pele []	1. Parda 2. Branca 3. Negra 4. Amarela	Bigode ☐ Sim ☐ Não
	Cabelo - Tipo / Cor (Descrever)		Profissão AGRICULTOR		Tipo de Cicatriz / Local / Formato (Descrever)				
Tipo de Tatuagem / Local (Descrever)		Defeito Físico (Descrever)		Dentes (Descrever)					
Dados do Evolvido	☒ VÍTIMA ☐ IMPULTADO ☐ SUSPEITO ☐ TESTEMUNHA ☐ OUTROS ☐ TURISTA ☒ Sim X Não								
	Nome / Razão Social JOSE FERNANDES GOMES DA SILVA								
	Pai MANOEL LAURENTINO DA SILVA								
	Mãe MARIA JOSE DE OLIVEIRA SILVA								
	Apelido / Nome Fantasia		Sexo XM F	Estado Civil [7]	1. Solteiro(a) 3. Viúvo(a) 5. Amassado(a) 7. Não informado 2. Casado(a) 4. Divorciado(a) 6. Separado(a)				
	Data de Nascimento 18/10/1975	Idade aparente []	1. Recém-nascido / Lactante 2. Criança (1-12 anos) 3. Adolescente (13-17 anos)	4. Adulto - Jovem (18-30 anos) 5. Adulto (31-65 anos) 6. Idoso (Acima de 65 anos)	Escolaridade [7]	1. 1º Grau Completo 2. 1º Grau Incompleto 3. 2º Grau Completo 4. 2º Grau Incompleto 5. Superior Completo 6. Superior Incompleto 7. Não informado			
	X RG NÃO PORTAVA	CNH	Órgão Expedidor	UF	X CPF NÃO PORTAVA	☐ CNPJ ☐ Outro-Qual?	Órgão Expedidor SRF	Naturalidade MACHADOS - PE	
	Logradouro (Rua, Avenida, Rodovia, etc.) SÍTIO CALIFORNIA		Número n/n		Complemento Casa				
	Beiró ZONA RURAL	CEP 55740-000	Município MACHADOS	UF PE	Telefone / Contato (DDD-Número)				
	Altura Aparente []	1. Até 0,5m 2. 0,6-1,0m 3. 1,1-1,5m	4. 1,51-1,70m 5. 1,71-1,80m 6. Acima de 1,80m	Peso []	1. Até 20kg 2. 21-40kg 3. 41-60kg	4. 61-80kg 5. 81-100kg 6. Acima de 100kg	Cor da Pele []	1. Parda 2. Branca 3. Negra	Bigode ☐ Sim ☐ Não
Cabelo - Tipo / Cor (Descrever)		Profissão MOTORISTA		Tipo de Cicatriz / Local / Formato (Descrever)					

SERVENTIA REGISTRAL E NOTARIAL DE ORORÓPE
Rua Professor Manoel de Aguiar, 20 - Maripé - Ororópe - PE 55740-000
Fone: (81) 3333-1122 - E-mail: oficio@unipol.ororope.com.br

CÓPIA AUTÊNTICA, conforme o original apresentado.
PE-Ororópe, 18/09/2018.
Gustavo Adalberto de França Silva, Servente do
Cartório: R\$ 3,07 - TSF: R\$ 0,43 - FERC: R\$ 0,34
Total: R\$ 4,09
oficiounipol.ororope@gmail.com
Selo(s) 0677402-04Z06201801.00243



ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA MILITAR
BOLETIM DE OCORRÊNCIA

BO Nº 18E021500173

1 FOLHA

Fato	Unidade Operacional 6ª CIPM	Circunscrição MACHADOS	Data ou Registro 03/07/2018	Hora do Registro 08:05	Nº da Folha / Total de Folhas 02/02
	Forma de Aproximação?		Forma de Ação da Abordagem?		
	Local de Entrada?		Forma de Entrada?		
	Alterações no Local?		Forma de Evasão?		
Modus Operandi	Crimes Sexuais?		Estelionato?		
	Envolvido	Tipo de Objeto	Marca / Modelo	Número de Série	
	Quantidade	Valor	Moeda	Objeto Apreendido? ☐ Sim ☐ Não	
	Qual o motivo do registro do objeto?				
Objeto Envolvido Nº	Envolvido	Tipo de Objeto	Marca / Modelo	Número de Série	
	Quantidade	Valor	Moeda	Objeto Apreendido? ☐ Sim ☐ Não	
	Qual o motivo do registro do objeto?				
	Envolvido	Tipo de Objeto	Marca / Modelo	Número de Série	
Objeto Envolvido Nº	Quantidade	Valor	Moeda	Objeto Apreendido? ☐ Sim ☐ Não	
	Qual o motivo do registro do objeto?				
	Envolvido	Tipo de Objeto	Marca / Modelo	Número de Série	
	Quantidade	Valor	Moeda	Objeto Apreendido? ☐ Sim ☐ Não	
Dados do Veículo Nº	Envolvido	Marca / Modelo	Cor	Ano	Renavan
	UF	Chassi	Placa	Veículo Apreendido? ☐ Sim ☒ Não	
	Qual o motivo do registro do veículo?				
	Envolvido	Marca / Modelo	Cor	Ano	Renavan
Dados do Veículo Nº	01	HONDA/NX 150 BROS ES	PRETA	2010	262446170
	UF	Chassi	Placa	Veículo Apreendido? ☐ Sim ☒ Não	
	PE	9C2KD0550BR06M47	PFQ 1729		
	Qual o motivo do registro do veículo?				
Envolvido no Acidente de trânsito					
A vítima Euclides Gomes da Rocha Bisneto, estava pilotando a Moto de placa PFQ 1729-PE, de propriedade do senhor Bruno Alexandrer Dias Ferrer de Melo, quando ao cair em um buraco perdeu o controle e caiu, sofreu vários ferimentos, sendo socorrida pela senhora Dayane Maria de Oliveira, para o Hospital Edson Álvares da cidade de Machados e em consequência das gravidades dos ferimentos foi socorrido para outra unidade médica hospitalar.					

Exames Periciados: S. Solicitado R. Realizado					
Tipo de Exame		Envolvido ☐ S ☐ R	Tipo de Exame		Envolvido ☐ S ☐ R
☐ Condutor ☐ Recebedor		Matrícula		Viatura	
Responsável pelo Preenchimento		Interessado(a):		Preenchimento pela Validação	
Matrícula Nº		Ass.:		Matrícula Nº	
Ass.:		Ass.:		Ass.:	
Nome:		Nome:		Nome:	

SERVENÇA REGISTRAL E NOTARIAL DE OROBO-PE
Rua Professor Manoel de Aguiar, 20 - Manguinhos - OROBO-PE CEP: 55745-000
FONE: (81) 3556-1120 - E-mail: almeida@prota.gov.br

CÓPIA AUTÊNTICA, conforme o original apresentado.
DOU FE. OROBO, 18/07/2018.
Gustavo Adalberto de Franca Silva - Servente do
Cartório: R\$ 3,07 - TST: R\$ 0,00 - FISC: R\$ 0,34 - Total: R\$ 4,07
oficiomunio.oro@gmail.com
Selo(s) 0077602, 1F03201801.00244

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:

Casos com vítima entre 0 a 15 anos – O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

Casos com vítima entre 16 e 17 anos – Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima interditada com curador – Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima

EUCLEDES GOMES DA ROCHA BISNETO

CPF da Vítima

10425657400

Data do Acidente

03-07-2018

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante legal

Email

Telefone (DDD)

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:

Assinalar uma das opções abaixo:

☒ Não há estabelecimento do IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou

☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido.

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

Orubó-PE, 31 de agosto de 2018
Local e Data

Eucledes Gomes da Rocha Bisneto
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 24/12/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

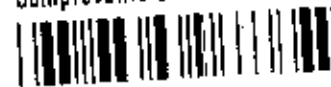
CLIENTE: EUCLIDES GOMES DA ROCHA BISNETO

BANCO: 001

AGÊNCIA: 02039-7

CONTA: 000010016888-4

Nr. da Autenticação 07FC695AA6CCCAB0



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, EUCLIDES GOMES DA ROCHA BISNETO,RG nº 8754302, data de expedição 04/05/09, Órgão SDS-PE

CPF nº 70425657400, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>RUA JOSÉ ALEXANDRE</u>
Número	<u>001</u>
Apto / Complemento	<u>CASA</u>
Bairro	<u>CENTRO</u>
Cidade	<u>MACHADOS</u>
Estado	<u>PERNAMBUCO</u>
CEP	<u>55740-000</u>
Telefone de Contato	<u>(81) 998075455-997065834</u>
E-mail	<u>obxamemoria@hotmail.com</u>

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Olinda-PE, 31 de agosto 2018Assinatura do Declarante: Euclydes Gomes da Rocha Bisneto



CNPJ 09.789.035/0001-64
INSC. EST. Nº 18.1.001.0014398-2

ATENÇÃO: RUA SILVIO BORDA GUERRA - NÚM. 00075 - CENTRO
MACHADOS PE 55740-000

DADOS DO CLIENTE

MATRÍCULA

JOSEFA EDINEUZA GOMES DA FOLHA FERREIRA
R JOSE ALEXANDRE, N. 00081 - CENTRO MACHADOS PE 55740-000

INSCRIÇÃO: 091.711.001.09311.000 DE GRUPO D. DEB AUTOMÁTICO: 014926355

SITUAÇÃO AGUA	SITUAÇÃO ESGOTO	RESIDENCIAL	QUANTIDADE DE ECONOMIAS	PÚBLICA
LIGADO	POTENCIAL	1	COMERCIAL INDUSTRIAL	
HIDROMETRO	DATA LEIT. ANTERIOR	DATA LEIT. ATUAL	TIPO DE CONSUMO (VE)	
A16N2071E4	04/05/2018	05/06/2018	REAL	

ÁGUA:

LEIT ANT: 481 CONSUMO: 1
LEIT ATU: 498
LEIT FAT: 498

HISTÓRICO DE CONSUMO
REFERÊNCIA CONSUMO

04/2018 15
03/2018 24
02/2018 27
01/2018 21
12/2017 22
11/2017 18
MÉDIA: 20

PARAMETROS	NÚMERO DE AMOSTRAS		
	EXIG. PORT. MS 2.914/11	ANÁLISES REALIZ.	ATEND. A LEGIS
TURBIDEZ	16	16	16
COR APARENTE	16	16	16
CLORO RESIDUAL	16	16	16
COLIF. TOTAIS	16	16	16
COLIF.	16	16	16

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

ÁGUA

RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)

ATE 10 M3 - 41,30 POR UNIDADE

11 M3 A 20 M3 - R\$ 4,74 POR M3

CONSUMO

TOTAL (R\$)

10 M3

41,30

17 M3

33,18

VALOR TRIBUTOS	BASE DE CÁLCULO	PERCENTUAL (%)	VALOR DO IMPOSTO
DE	74,48	1,65	1,23
DE	74,48	7,60	5,66

VENCIMENTO:

15/06/2018

TOTAL A PAGAR

74,48

MENSAGEM

INDICAÇÃO AO TRABALHO LINEAR

DEBENTE DISQUE 100



PREFEITURA MUNICIPAL
DE MACHADOS



HOSPITAL EDSON ÁLVARES

Rua José Alexandre, 240

Fone: 3649.1162

Documentação médica - hospit



FICHA DE EMERGÊNCIA

DATA: 03 / 07 / 2018. HORA: 08 : 05. REGISTRO: 00155.

NOME: Euclides Gema da Rocha Brito

SEXO: M. IDADE: 22. ESTADO CIVIL: Solteiro DATA NASC.: 20 / 05 / 1996.

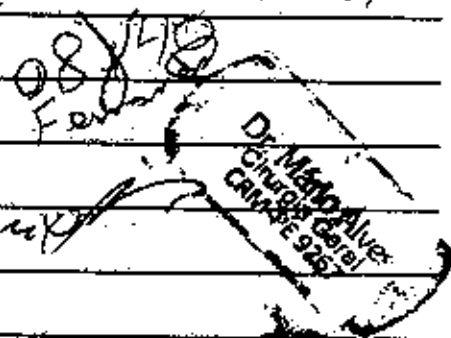
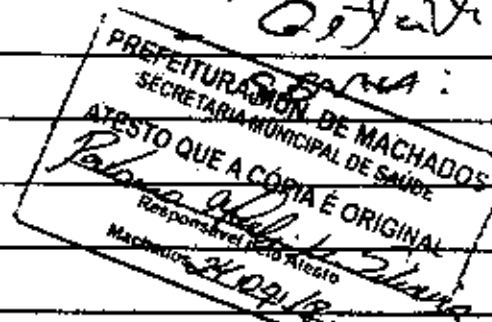
ENDEREÇO: Rua José Alexandre.

RESPONSÁVEL PELO PACIENTE: a mesma.

QUEIXAS:

paciente vítima de acidente
traumático, apresentando lesões
em membros superiores e
MID

COND.: - Morfina 10mg + ASD, fgt sul cv
- Alopurinol (Glicocorticoide)
Osteólise vertebral



() INTERNAÇÃO () TRANSFERIDO () OBSERVAÇÃO () ÓBITO () ALTA

CÓDIGO PROCEDIMENTO

Edson Alves

NOME: <i>Euclides Gomes Rocha Brito</i>		CARTÃO SUS:	
CLÍNICA:	ENFERMARIA:	LEITO:	Nº DO REGISTRO: <i>109 01 43</i>
DATA DE NASCIMENTO:	IDADE:	PESO:	ALTURA: SEXO: ☐ F ☐ M
MOTIVO DA ADMISSÃO/DIAGNÓSTICO INICIAL (CONSTANTE NO LAUDO MÉDICO): <i>fratura exposta fêmur Δ</i>			
COMORBIDADE:			
PROCEDIMENTO SOLICITADO: <i>fratura com oclusão (placa e parafusos)</i>			
PROCEDIMENTO REALIZADO/EXAMES REALIZADOS (MARCAR NO VERSO):			
DATA DA INTERNAÇÃO: <i>03.7.18</i>	DATA DA ALTA: <i>05.7.18</i>	DIAS DE INTERNAÇÃO: _____	
CÓDIGO DO PROCEDIMENTO REALIZADO:	CID:	CARIMBO/REVISOR/FATURAMENTO	
COD.	EQUIPE	NOME DO PROFISSIONAL	MATRÍCULA
1	CIRURGIÃO	<i>Dr. Fugener</i>	
2	AUXÍLIO CIRÚRGICO	<i>Dr. Roberto</i>	
3	AUXÍLIO CIRÚRGICO		
4	ANESTESISTA		
5	CLÍNICO		
PROCEDIMENTOS ESPECIAIS			
☐ DIÁRIA DE ACOMPANHANTE	☐ HEMODIÁLISE	☐	☐
☐ DIÁRIA DE UTI	☐ USO DE FATORES DE COAGULAÇÃO	☐	☐
☐ MUDANÇA DE PROCEDIMENTO	☐ USO DE OXIGÊNIO	☐	☐
☐ USO DE ORTESE E PRÓTESE	☐	☐	☐

RESUMO DO CASO (LETRA LEGÍVEL)	
ACHADOS CLÍNICOS, PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS REALIZADOS <i>Paciente com história de acidente por queda de altura na mão esquerda.</i>	
MEDICAÇÕES UTILIZADAS E DE ALTA:	
DIAGNÓSTICO PRINCIPAL: <i>fratura exposta fêmur Δ</i>	
CONDIÇÕES CLÍNICAS NA ALTA:	
MOTIVO DA ALTA: ☐ CURADO ☒ MELHORADO ☐ TRANSFERÊNCIA ☐ OUTROS	OBITO: ☐ IMI ☐ SVD ☐ BO

ORIENTAÇÃO QUANTO ACOMPANHAMENTO (AMBULATORIO DE RETORNO/ DATA DE RETORNO): <i>Retorno ao ambulatório em 10 dias para avaliação da cicatrização.</i>	
OBSERVAÇÃO: Enviar ao Faturamento com todos os dados devidamente preenchidos no prazo máximo de 48 horas após a alta do paciente.	
<i>05.07.18</i> <i>Dr. Gantomano</i> Orthopedista CRM-PE 42978 RBO 8223 MÉDICO RESPONSÁVEL	

CENTRO DE DIAGNÓSTICO



- RADIOGRAFIA DIGITAL - RX

- MAMOGRAFIA DIGITAL

- DENSITOMETRIA ÓSSEA

- TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA

- ULTRASSONOGRAFIA

- ESPECIALIDADES MÉDICA

- FISIOTERAPIA

- LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS

LAUDO MÉDICO

Declaro para os devidos fins, que o Sr. EUCLIDES GOMES DA ROCHA BISNETO, foi vítima de acidente de trânsito no dia 03/07/2018 sofrendo FRATURA DIAFISÁRIA DO FÊMUR DIREITO, submetido a tratamento cirúrgico no Hospital Getúlio Vargas (redução cirúrgica e fixação com haste femoral bloqueada retrógrada) . Atualmente apresenta ao exame físico limitação da flexão do joelho direito, com atrofia muscular da coxa direita e déficit da força muscular do membro inferior direito. Sequelas e alta médica definitiva.

LIMOEIRO, 21/08/2018

Dr. Roberto de Castro Costa
Ortopedia / Traumatologia
CRM: 11.730 / RQT: 7334

ROBERTO DE CASTRO COSTA

CRM: 11.730



HOSPITAL GETÚLIO VARGAS
SERVIÇO DE DOCUMENTAÇÃO CIENTÍFICA



BOLETIM DE ESCLARECIMENTO

NOME: EUCLIDES GOMES DA ROCHA BISNETO

1. Ocorrência da Emergência: 600783

1.1 - Atendimentos em: 03/07/18

1.2 - Às 11 horas e 53 minutos.

1.3 - Internado: SIM

1.4 - Retirou-se às hr. e min.

2. Internamento Eletivo - Reg. Geral No. 1090143

2.1 - Internado em: 03/07/18

2.2 - Alta em: 05/07/18

3. Hipótese Diagnóstica: FRATURA EXPOSTA DIAFISÁRIA DO FÊMUR DIREITO.

4. Tratamento: CIRURGIA EM 03/07/18 = LIMPEZA CIRÚRGICA + OSTEOSÍNTESE DE FRATURA DO FÊMUR DIREITO.

5. Observação: ACIDENTE MOTOCICLISTICO.

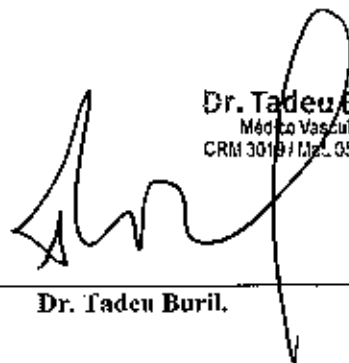
DATA: 30.10.2018

HORA: 10:11:14

PASTA: 01.10.2018

TB

RS


Dr. Tadeu Buril
Médico Vascular
CRM 3019 / RJL 0595583

Dr. Tadeu Buril.



HOSPITAL GETULIO VARGAS EMERGÊNCIA



1. IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome: EUCLIDES GOMES DA R

Data Nasc.: 20/05/1996

CPF:

Endereço: R

Bairro: MACI

CEP: 5574001

Nome da Mãe:

Acompanhante:

Nome do Conjug

Local de Procedê

Clinica: ORTOPED

Ocorrência: MACHADO SENHA 5460946 VITIMA DE ACIDENTE DE TRANSITO

Acidente de Trabalho: Sim ☐ Não ☐

ATENDIMENTO DATA 03/07/2018 HORA: 11:53

Queixa Principal / HDA:

*Pa caiu sobre a cabeça de hotel e sofreu com ferimento
Certo contuso e joelho direito e dor e dificuldade a caminhar*

História do Trauma

Perda da Consciência: Sim ☐ Não ☐ Episódio Emético: Sim ☐ Não ☐ Acidente de Trabalho: Sim ☐ Não ☐

Acidente de Trânsito: Sim ☐ Não ☐ Tipo:

Colisão: Sim ☐ Não ☐ Tipo: Motorista: ☐ Passageiro: ☐

Atropelamento: Sim ☐ Não ☐ Local de Impacto:

Vítima de Ferimento: Sim ☐ Não ☐ Tipo: Sofreu Queda: Sim ☐ Não ☐ Altura m

Queimadura: Sim ☐ Não ☐ Por: Transporte Realizado por:

Condições de imobilização adequadas: Sim ☐ Não ☐ Por que:

Observações:

Exame Físico:

A: Geral Via aérea esta pervia: Sim ☐ Não ☐ O paciente fala: Sim ☐ Não ☐ Temp.: C°

EFR, Conceto, Abax, Eupneus, Lubricado, Dor + edema a Cam

B: Respiratório

*a joelho direito ferimento certo contuso, Boa perfusão de
Pulso direito Normal*

C: Circulatório PA: x mmHg Pulso: bpm

D: Exames Neurológico

Deficiência motora: MSD ☐ MSE ☐ MID ☐ MIE ☐

Pupilas: Isocóricas ☐ Anisocóricas ☐

Glasgow: Abertura Ocular

Glasgow: Resposta Verbal

Glasgow: Resposta Motora

Escore: Hora:

Escore: Hora:

Escore: Hora:



HOSPITAL GETULIO VARGAS EMERGÊNCIA

E: Abdômen

Diagnóstico Inicial:

Exames Solicitados : 1 - Patologia Clínica

Exames Solicitados : 1 - Especializados

Resultado de Exames:

Código Procedimento:

Tratamento / Procedimentos:

Ass. Médico + Carimbo

Código Procedimento:

Indicação Cirúrgica: Sim ☐ Não ☐

Motivo:

Evolução de Enfermagem:

Ass. Médico + Carimbo

Ass. Enfermeira + Carimbo

Diag. Definitivo:

Definição do Caso:

Condição de Alta:

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

☐ Curado ☐ Melhorado
☐ Inalterado ☐ Piorado
☐ Óbito

Informação do Serviço Social

Confirmação do Nome:

Assist. Social:

Confirmação do Endereço:

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

Assist. Social

Observações:

Autorização para Alta / Internamento / Transferência

Médico:

CRM/CRO:

Data:

Hora:

Termo de Responsabilidade Para Internamento

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

Data:

Nome completo legível:

Nº da Identidade:

Assinatura:

Termo de Responsabilidade de Alta a Pedido:

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

Data:

Nome completo legível:

Nº da Identidade:

Assinatura:

Cadastramento: 03/07/2018 11:54 h DENNISELD

impressão: 03/07/2018 11:54 h DENNISELD

#CG#

Paciente vítima de acidente moto-moto, sem perda de consciência.
Ao exame: consciente, orientado, verga queixos torácicos e abdominais.
Ao exame de tórax e abdome: nada digno de nota.
CD: Alta da CG, à ortopedia

Médico

Dr. Samantha Azevedo
CRM-PE 23.884

HOSPITAL GETULIO VARGAS

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

MANCHESTER V2

Data e hora retirada da senha: 03/07/2018 11:42

Nome Paciente: EUCLIDES GOMES DA ROCHA BISNETO
Cód. Paciente:
Data de Nascimento: 20/05/1996
Sexo: Masculino
Idade: 22
Senha: E0022
Convênio:
Atendimento:
SAME:

Período: 03/07/2018 11:42 - 03/07/2018 11:43

MARGARIDA MARIA GONCALVES MARTINS MALTA - COREN: 148626 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) -

Prioridade:

AMARELO URGENTE

Cor:

AMARELO

Queixa Principal:

HISTORIA DE ACIDENTE DE MOTO; EVOLUI COM DOR + LIMITAÇÕES DE MOVIMENTOS EM MID

Observação:

SENHA 5460946

Fluxograma sintoma:

PROBLEMAS EM EXTREMIDADES

Primitivo(es):

- DOR MODERADA?

Especialidade:

ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Sinais Vitais Lidos:

- REGUA DE DOR: 5

Acolhido(a) por: MARGARIDA MARIA GONCALVES MARTINS MALTA - COREN: 148626 - FUNÇÃO:

Data Impressão: 03/07/2018 11:43



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco

HOSPITAL DO AG
Getúlio VargasFICHA PARA AVALIAÇÃO DE
RISCO DE QUEDA

NOME:

Nº DO REGISTRO:

SETOR:

DATA DE ADMISSÃO: / /

ASSINALAR COM X TODOS OS ITENS DE RISCO IDENTIFICADOS.
CONSIDERAR A EXISTÊNCIA DO RISCO QUANDO ASSINALAR UM OU MAIS ITENS.

- | | |
|-------------------------------------|---|
| ☐ | IDADE > OU IGUAL 65 ANOS |
| ☐ | CRIANÇAS < OU IGUAL 5 ANOS |
| ☐ | COMPROMETIMENTO NEUROLÓGICO |
| ☐ | DEPRESSÃO E/OU ANSIEDADE |
| ☒ | PREJUÍZO DO EQUILÍBRIO DA MARCHA |
| ☐ | DÉFICIT SENSITIVO, ACUIDADE AUDITIVA, TATO E VISUAL DIMINUÍDA |
| ☐ | HISTÓRIA PRÉVIA DE QUEDA |
| ☐ | ALTERAÇÃO METABÓLICA (EX: HIPOGLICEMIA) |
| ☐ | OBESIDADE MÓRBIDA OU BAIXO ÍNDICE DE MASSA CORPÓREA |
| ☐ | SEDAÇÃO/ANESTESIA |
| ☐ | MEDICAMENTO QUE ALTERAM O SISTEMA NERVOSO CENTRAL |
| ☐ | URGÊNCIA URINÁRIA/INTESTINAL |
| ☐ | HIPOTENSÃO ORTOSTÁTICA |
| ☒ | PACIENTE CIRÚRGICO |

CASO O PACIENTE APRESENTE UM OU MAIS FATORES DE RISCO, COLOCAR PULSEIRA ROXA NO
MÃO:☒ COLOCADO PULSEIRA ROXA☐ NÃO SE APLICA

ENTREGA DO FOLDER DE ORIENTAÇÃO AO PACIENTE/ACOMPANHANTE

☐ SIM☐ NÃO

ASSINATURA (ORIENTADO):

RECOMENDAÇÕES:

1. Orientar paciente e acompanhante quanto ao risco de queda e necessidade de solicitação da enfermagem para sua locomoção e mobilização;
2. Manter a cama na posição baixa, com todas travadas e grades de proteção elevadas;
3. Orientar a não trancar portas;
4. Orientar a não andar nem circular na enfermagem ou corredor no momento da limpeza;
5. Manter a área de circulação, livre de móveis e utensílios;
6. Auxiliar na deambulação dos pacientes que apresentarem dificuldade de marcha ou déficit sensitivo ou motor;
7. Estimular o uso de acessórios de apoio;
8. Conscientizar a família sobre a importância da presença de um acompanhante e comunicar a enfermagem quando houver necessidade de ausentar-se;
9. Manter iluminação adequada durante a noite;
10. Orientar a evitar apoiar-se na cama, móveis e parapeitos de janelas;
11. Manter o acompanhamento da enfermagem no momento do transporte;
12. Orientar o acompanhante para ficar atento às brincadeiras das crianças e a utilização de brinquedos;
13. Não deixar o paciente sozinho no banheiro ou durante o banho;
14. Intensificar a atenção a pacientes que estão em uso de sedativo e hipnótico, tranquilizante, diurético, anti-hipertensivo, anti-parkinsonianos.

ENFERMEIRA/COREN: 1900 - ATILA

RECEITUÁRIO

Unidade de Saúde:

Nome do Paciente:

ELLISON GOMES DA SILVA
BIZNETO 22 ANOS VITIMA DE
ACIDENTE MOTOCICLISTA EM 2011
PROFESSOR COM A LIMITAÇÃO DOS
MOVIMENTOS EM MTD (PROXIMAL
DA COXA DIREITA) APRESENTA LESÃO
CONTINUA EM DOBLO DIREITO
CURRIS 120 X 90 mm 170

ME CESSITO ALIACOS DO

ONTOPEDEISTA

Cartas: 5460 946

03/07/17
Date

Data

Dr. Mário Júnior

Clínico Geral
CRM-PE 23472

Professional/Reg.



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
HOSPITAL
Getúlio Vargas



SUMÁRIO DE ALTA

NOME:

OK. Per
Rafael de Jesus Gomes Rocha Br

NOME DA MÃE:

CARTÃO SUS:

CLÍNICA:

ENFERMARIA:

LEITO:

Nº DO REGISTRO:

109 0143

DATA DE NASCIMENTO:

IDADE:

PESO:

ALTURA:

SEXO:

F. ☐ M. ☐

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

fratura exposta fêmur A

COMORBIDADE:

PROCEDIMENTO SOLICITADO:

Tratamento cirúrgico (Haste interna no osso)

PROCEDIMENTO REALIZADO/EXAMES REALIZADOS (MARCAR NO VERSO):

DATA DA INTERNAÇÃO:

03, 7, 18

DATA DA ALTA:

05, 7, 18

DIAS DE INTERNAÇÃO:

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO REALIZADO:

CID:

CARIMBO/REVISOR/FATURAMENTO

CÓD.	EQUIPE	NOME DO PROFISSIONAL	MATRICULA
1	CIRURGIÃO	Dr. Figueira	
2	1º AUXÍLIO CIRÚRGICO	Dr. Rêgo	
3	2º AUXÍLIO CIRÚRGICO		
4	ANESTESISTA		
5	CLÍNICO		

- ☐ DIÁRIA DE ACOMPANHANTE
☐ DIÁRIA DE UTI
☐ MUDANÇA DE PROCEDIMENTO
☐ USO DE ÓRTESE E PRÓTESE

PROCEDIMENTOS ESPECIAIS

- ☐ HEMODIÁLISE
☐ USO DE FATORES DE COAGULAÇÃO
☐ USO DE OXIGÊNIO

RESUMO DO CASO (LETRA LEGÍVEL)

ACHADOS CLÍNICOS, PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS REALIZADOS

Paciente com história de acidente
motorcyclista na transição

MEDICAÇÕES UTILIZADAS E DE ALTA:

em M.D.

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL:

fratura exposta fêmur A

CONDIÇÕES CLÍNICAS NA ALTA:

MOTIVO DA ALTA: ☐ CURADO ☒ MELHORADO ☐ TRANSFERÊNCIA
☐ OUTROS

ÓBTO:

☐ IML ☐ SVO ☐ BO:

ORIENTAÇÃO QUANTO ACOMPANHAMENTO (AMBULATORIO DE RETORNO/ DATA DE RETORNO):

Urgência / emergência / atendimento / retorno ao ambulatório, U.O.P.A. (PAVIA)

OBSERVAÇÃO: Enviar ao Faturamento com todos os dados devidamente preenchidos no prazo máximo de 48 horas após a alta do paciente

05 07 18
DATA

Dr. Carlomano Maciel
Oncologista
CRM-PE 12878
ASSINATURA/CARIMBO/CRM



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
HOSPITAL
GETÚLIO VARGAS



Secretaria Estadual de Saúde RELATÓRIO DA OPERAÇÃO

Nome do paciente: EUCLIDES GOMES DA ROCHA BISNETO

Registro: 1090143

Data da operação: 03/07/18

Operador: DR. HYGINO MARINHO 1º auxiliar: DR. KENNET MR2

2º auxiliar: DR. ANDREY MR1 Anestesista: PLANTONISTA

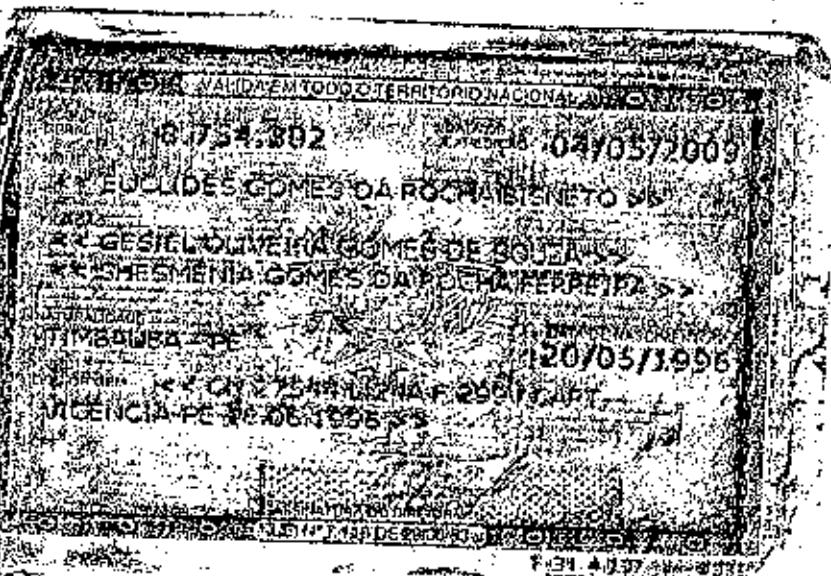
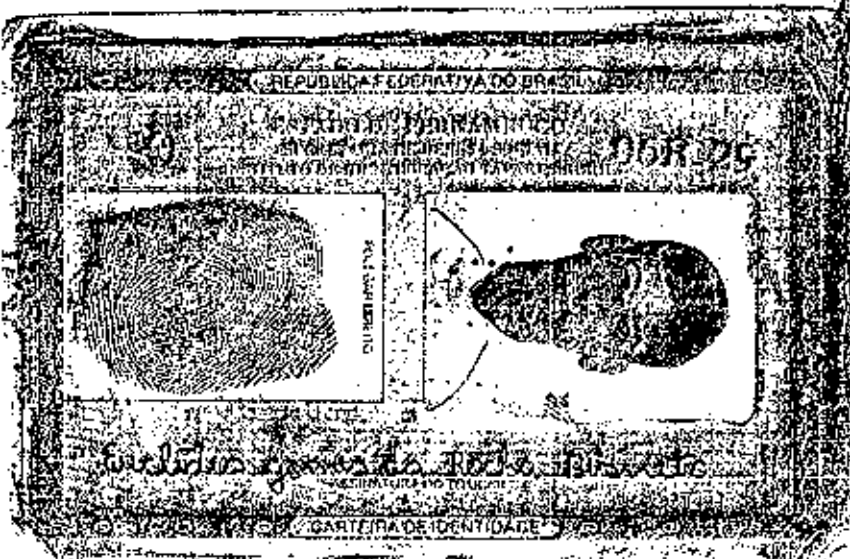
Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DIAFISÁRIA DE FÊMUR DIREITO

Tipo de operação: LMC + DESBRIDAMENTO + TRATAMENTO CIRÚRGICO
DE FRATURA DIAFISÁRIA DE FÊMUR - OSTEOSÍNTESE COM HASTE
INTRAMEDULAR BLOQUEADA DE FÊMUR

Descrição operatória:

- 1) Paciente em decúbito dorsal sob raqui-anestesia;
- 2) Assepsia e antissepsia;
- 3) Aposição de campos cirúrgicos estéreis;
- 4) Observado ferimento em face anterior de joelho direito já suturado; realizado exploração de ferimento, desbridamento de tecidos desvitalizados e limpeza abundante com SF 0,9%;
- 5) Realizada abordagem por via anterior do joelho direito, com incisão transtendão patelar;
- 6) Realizada retirada de gordura de Hoffa e tecido fibrotico articular;
- 7) Realizado com auxílio de fluoroscopia, a marcação e ponto de entrada em fêmur para o fio guia;
- 8) Realizado incisão em face lateral de coxa esquerda e redução cruenta de fratura de fêmur;
- 9) Realizado passagem de fio guia;
- 10) Realizado fresagem do canal medular até fresa Nº 11;
- 11) Colocação de haste intramedular retrógrada em fêmur direito Nº 10x42;
- 12) Retirada de fio guia;
- 13) Realizado bloqueio distal com 02 parafusos + 01 parafuso tampão e bloqueio proximal com 01 parafuso;
- 14) Realizado limpeza exaustiva de incisões com SF a 0,9%;
- 15) Sutura de tendão patelar com Vycril;
- 16) Sutura de incisões por planos com Vycril e Nylon;
- 17) Curativo estéril;
- 18) Observada boa perfusão distal ao fim do procedimento, com pulsos distais palpáveis e simétricos e arco de movimento de joelho completo ao final do procedimento.

Dr. Kennet Leite
MÉDICO
CRM-PE: 25.320
CRM-CE: 18.169



DUT

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180494172 **Cidade:** Machados **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: EUCLIDES GOMES DA ROCHA **Data do acidente:** 03/07/2018 **Seguradora:** COMPREV SEGURADORA S/A
BISNETO

PARECER

Diagnóstico: Fratura exposta 1/3 médio fêmur direito.

Descrição do exame médico pericial: Vítima queixa de dor em quadril e joelho direito. Ao exame: marcha claudicante (+++/++++), hipotrofia do quadríceps moderada, edema (++/++++). redução moderada da flexo-extensão do joelho direito

Resultados terapêuticos: Quadro submetido à osteossíntese com haste.
Realizou fisioterapia da qual teve alta há 2 meses.

Sequelas permanentes: Deficit funcional moderado (50%) em joelho direito

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 18/12/2018

Conduta mantida:

Observações: O exame físico descrito demonstrou que após a consolidação das lesões ocorridas no trauma e o término do tratamento, há um quadro sequelar caracterizado por restrição dos movimentos habituais em joelho direito, portanto mantemos a conduta do médico examinador.

Médico examinador: ANDREA RODRIGUES MADEIRA

CRM do médico: 19953

UF do CRM do médico: PE

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 joelho	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PRESTADOR

TOLEDO ASSISTÊNCIA MÉDICA LTDA EPP

Médico revisor: ALESSANDRA DURAES ALTAF

CRM do médico: 016562

UF do CRM do médico: CE

Assinatura do médico:

**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e
Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas de Seguro DPVAT**

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Número do Sinistro: 3180494172

Nome do(a) Examinado(a): EUCLIDES GOMES DA ROCHA BISNETO

Endereço do(a) Examinado(a): R JOSE ALEXANDRE, 1 - MACHADOS/PE -
CEP 55740-000

Identificação - Orgão Emissor/UF/Número : 8754302 - SDS PE

Data e Local do Acidente : 03/07/2018

Data e Local do Exame : 18/12/2018 AVENIDA DR PEDRO JORDÃO, 1252 -
CARUARU/PE

Resultado da Avaliação Médica

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

Fratura exposta 1/3 médio fêmur direito.

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

Quadro submetido à osteossíntese com haste. Realizou fisioterapia da qual teve alta há 2 meses.

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

Vítima queixa de dor em quadril e joelho direito. Ao exame: marcha claudicante (+++ /++++), hipotrofia do quadríceps moderada, edema (++ /++++). redução moderada da flexo-extensão do joelho direito.

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

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:

Dano funcional do joelho direito.

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 (*).

Vide motivo do impedimento 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

joelho direito

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

Região Corporal

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

Região Corporal

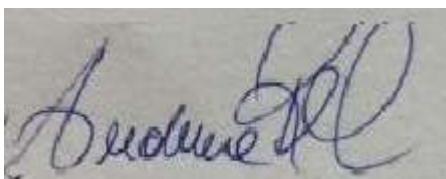
% do Dano () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal

% 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.

Dano funcional do joelho direito. 50%



ANDREA RODRIGUES MADEIRA CRM : 19953 / UF :PE

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

Outros

ASL-0382890/18

Vítima: EUCLIDES GOMES DA ROCHA BISNETO

CPF: 104.256.574-00

CPF de: Próprio

Data do acidente: 03/07/2018

Titular do CPF: EUCLIDES GOMES DA
ROCHA BISNETO

Seguradora: COMPREV SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência

Declaração de Inexistência de IML

Documentação médico-hospitalar

Documentos de identificação

DUT

Outros

EUCLIDES GOMES DA ROCHA BISNETO : 104.256.574-00

Autorização de pagamento

Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- 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.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de cancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 19/10/2018

Nome: EUCLIDES GOMES DA ROCHA BISNETO

CPF: 104.256.574-00

EUCLIDES GOMES DA ROCHA BISNETO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 19/10/2018

Nome: ANTONIO CLAUDIO DA SILVA ARAUJO

CPF: 134.037.047-69

ANTONIO CLAUDIO DA SILVA ARAUJO



Séguradora Líder - DPVAT

SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS

ID

IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA EUCILDES GOMES DA ROCHA BISNETO
DATA DO ACIDENTE 03-07-2018 CPF DA VÍTIMA 70425657400
PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO EUCILDES GOMES DA ROCHA BISNETO
QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR PAI VÍTIMA () REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COM A VÍTIMA É PAI
ENDEREÇO DO PORTADOR AV. JOSÉ ALEXANDRE
Nº 001 COMPLEMENTO CASA BAIRRO CENTRO
CIDADE MACHADOS UF PE CEP 55740-000
E-MAIL euclidesgomes@ig.com TELEFONE (81) 998075455
992065834

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

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

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

- (☐) CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
(☐) CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
(☐) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL), OU DECLARAÇÃO DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

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

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

- (☐) CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
(☐) CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
(☐) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA 31-08-2018

IDENTIDADE 8754302

ASSINATURA Euclides Gomes da Rocha Bisneto

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA 03.10.2018

NOME Marta Inês da Silva Araújo

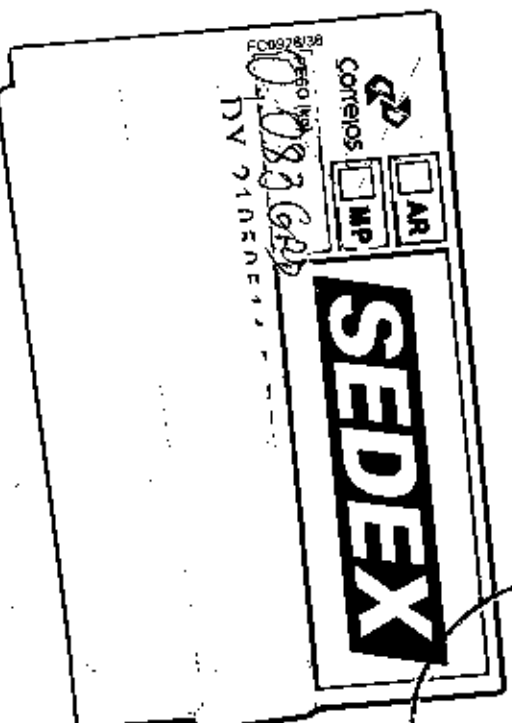
ASSINATURA Agente de Cobrança Ativo Com. 0303345

DESTINATÁRIO:

NOME OU RAZÃO SOCIAL - SEGURADORA LIDE DPVAT

ENDERECO - RUA SENADOR DANTAS Nº74, 15º ANDAR,
CENTRO.

CEP- 20031205 **CIDADE**- RIO DE JANEIRO **UF**- RJ



REMETENTE:

NOME OU RAZÃO SOCIAL -EUCIDES GOMES DA ROCHA

ENDEREÇO - RUA JOSÉ ALEXANDRE, Nº 0001, CENTRO.

CEP- 55740-000 **CIDADE**- MACHADOS **UF**- PE

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0382890/18

Número do Sinistro: 3180494172

Vítima: EUCLIDES GOMES DA ROCHA BISNETO

CPF: 104.256.574-00

Seguradora: COMPREV SEGURADORA S/A

Data do acidente: 03/07/2018

CPF de: Próprio

Título do CPF: EUCLIDES GOMES DA
ROCHA BISNETO

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Documentação médico-hospitalar

Outros

Outros



ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- 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.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 26/11/2018

Nome: EUCLIDES GOMES DA ROCHA BISNETO

CPF: 104.256.574-00

EUCLIDES GOMES DA ROCHA BISNETO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 26/11/2018

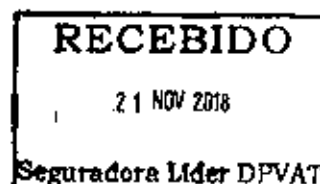
Nome: Elen Tais Alves Pereira

CPF: 126.261.667-07

Elen Tais Alves Pereira

Rio de Janeiro, 09 de Novembro de 2018

Aos Cuidados de: **EUCLIDES GOMES DA ROCHA BISNETO**
Nº Sinistro: **3180494172**
Vítima: **EUCLIDES GOMES DA ROCHA BISNETO**
Data do Acidente: **03/07/2018**
Cobertura: **INVALIDEZ**



Assunto: **EXIGÊNCIA DOCUMENTAL**

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o número **3180494172**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Documentação médico-hospitalar não conclusiva

A documentação deve ser entregue na **SEGURADORA LÍDER DPVAT - REGULAÇÃO**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi interrompido e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br ou ligue para o SAC DPVAT **0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Cartão nº 13574595





Seguradora Líder - DPVAT

SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

INVALIDEZ PERMANENTE (DAMS) (ID)

IDENTIFICAÇÃO

VITIMA Lucielyes Gomes da Rocha Bispo
DATA DO ACIDENTE 03.07.2018 CPF DA VITIMA 109.256.519.00
PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO Lucielyes Gomes da Rocha Bispo
QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR VI VITIMA ☐ REPRESENTANTE LEGAL, CUIO PARANTESCO COM
A VITIMA É _____
ENDEREÇO DO PORTADOR Rua José Alexandre
Nº 07 COMPLEMENTO CASA BAIRRO CEVILHA
CIDADE PARANHATOS UF PE CEP 55490-000
E-MAIL lucy.gomes@paranhatos.com TELEFONE (41) 996964929
992065834

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

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

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

- ☐ CARTERA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 - ☐ CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 - ☐ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VITIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

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

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

- ☐ CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 - ☐ CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 - ☐ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VITIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

VALORES DE INDENIZAÇÃO

- MORTE = R\$ 13.500,00
- INVALIDEZ PERMANENTE - ATÉ R\$ 13.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/74.
- DESPESAS MÉDICAS (DAMS) = REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO). ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.

- O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA
- COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO
- PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSSE WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA 19.11.2018

IDENTIDADE 2952299

ASSINATURA Adriano

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA

NOME Marcia José de Silva Araújo

ASSINATURA Marcia José de Silva Araújo

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180494172 **Cidade:** Machados **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: EUCLIDES GOMES DA ROCHA **Data do acidente:** 03/07/2018 **Seguradora:** COMPREV SEGURADORA S/A
BISNETO

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 05/12/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DIAFISÁRIA DO FÊMUR DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (HASTE).
ALTA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: %SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

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 membros inferiores	70 %	Em grau residual - 10 %	7%	R\$ 945,00
Total			7 %	R\$ 945,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180494172 **Cidade:** Machados **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: EUCLIDES GOMES DA ROCHA **Data do acidente:** 03/07/2018 **Seguradora:** COMPREV SEGURADORA S/A
BISNETO

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 05/12/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DIAFISÁRIA DO FÊMUR DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (HASTE).
ALTA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

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 membros inferiores	70 %	Em grau residual - 10 %	7%	R\$ 945,00
Total			7 %	R\$ 945,00

ESPECIALISTA

Empresa: Líder- Serviços AMD

Grupo: EQ3

Nome: FERNANDA CARDOSO GUERRA FONSECA

CRM: 533427

UF do CRM: RJ

Assinatura:

Fernanda C. G. Fonseca

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3180494172 **Cidade:** Machados **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: EUCLIDES GOMES DA ROCHA **Data do acidente:** 03/07/2018 **Seguradora:** COMPREV SEGURADORA S/A
BISNETO

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 09/11/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DIAFISÁRIA DO FÊMUR DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (HASTE).

Sequelas permanentes:

Sequelas: Não definido

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: A FALTA DE APRESENTAÇÃO DA DOCUMENTAÇÃO HOSPITALAR DE INTERNAÇÃO E/OU INTERNAMENTO, INVIABILIZOU ESTABELECE A RELAÇÃO ENTRE O ACIDENTE OCORRIDO E AS SEQUELAS INFORMADAS NOS DOCUMENTOS MÉDICOS APRESENTADOS, PORTANTO, DEVE-SE APRESENTAR EM COMPLEMENTO, AS SEGUINTE ALTERNATIVAS DE DOCUMENTAÇÃO MÉDICA:
- RELATÓRIO MÉDICO DA INTERNAÇÃO/INTERNAMENTO COM DESCRIÇÃO DO TRATAMENTO REALIZADO OU EM CURSO.
- EM CASO DE CIRURGIA ENVIAR FOLHAS DO CENTRO CIRÚRGICO, DESCREVENDO PROCEDIMENTO ADOTADO E MATERIAIS USADOS, FOLHA DE ANESTESIA, FOLHAS DE EVOLUÇÃO MÉDICA E SUMÁRIO DE ALTA. TAIS DOCUMENTOS SÃO EMITIDOS, MEDIANTE SOLICITAÇÃO, SEM CUSTO E SÃO DE DIREITO DOS PACIENTES SUBMETIDOS AOS TRATAMENTOS NAS INSTITUIÇÕES HOSPITALARES PÚBLICAS OU PARTICULARES, SEJA EM CARÁTER DE INTERNAÇÃO OU AMBULATORIAL.
NÃO SÃO SUFICIENTES PARA ANÁLISE MÉDICA DOCUMENTAL, DOCUMENTOS, SOMENTE, EMITIDOS POR ENFERMAGEM OU OUTROS PROFISSIONAIS DA ÁREA DE SAÚDE QUE NÃO SEJAM EMITIDOS POR MÉDICOS.

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
		Total	0 %	R\$ 0,00

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180494172 **Cidade:** Machados **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: EUCLIDES GOMES DA ROCHA **Data do acidente:** 03/07/2018 **Seguradora:** COMPREV SEGURADORA S/A
BISNETO

PARECER

Diagnóstico: Fratura exposta 1/3 médio fêmur direito.

Descrição do exame médico pericial: Vítima queixa de dor em quadril e joelho direito. Ao exame: marcha claudicante (+++/++++), hipotrofia do quadríceps moderada, edema (++/++++). redução moderada da flexo-extensão do joelho direito

Resultados terapêuticos: Quadro submetido à osteossíntese com haste.
Realizou fisioterapia da qual teve alta há 2 meses.

Sequelas permanentes: Deficit funcional moderado (50%) em joelho direito

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 18/12/2018

Conduta mantida:

Observações: O exame físico descrito demonstrou que após a consolidação das lesões ocorridas no trauma e o término do tratamento, há um quadro sequelar caracterizado por restrição dos movimentos habituais em joelho direito, portanto mantemos a conduta do médico examinador.

Médico examinador: ANDREA RODRIGUES MADEIRA

CRM do médico: 19953

UF do CRM do médico: PE

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 joelho	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PRESTADOR

TOLEDO ASSISTÊNCIA MÉDICA LTDA EPP

Médico revisor: ALESSANDRA DURAES ALTAF

CRM do médico: 016562

UF do CRM do médico: CE

Assinatura do médico:

Alessandra Duraes Altaf

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0382890/18

Vítima: EUCLIDES GOMES DA ROCHA BISNETO

CPF: 104.256.574-00

Seguradora: COMPREV SEGURADORA S/A

Data do acidente: 03/07/2018

Titular do CPF: EUCLIDES GOMES DA
ROCHA BISNETO

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

EUCLIDES GOMES DA ROCHA BISNETO : 104.256.574-00

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- 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.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 19/10/2018
Nome: EUCLIDES GOMES DA ROCHA BISNETO
CPF: 104.256.574-00

EUCLIDES GOMES DA ROCHA BISNETO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 19/10/2018
Nome: ANTONIO CLAUDIO DA SILVA ARAUJO
CPF: 134.037.047-69

ANTONIO CLAUDIO DA SILVA ARAUJO

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0382890/18

Número do Sinistro: 3180494172

Vítima: EUCLIDES GOMES DA ROCHA BISNETO

CPF: 104.256.574-00

Seguradora: COMPREV SEGURADORA S/A

Data do acidente: 03/07/2018

Titular do CPF: EUCLIDES GOMES DA
ROCHA BISNETO

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Documentação médico-hospitalar

Outros

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- 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.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 26/11/2018
Nome: EUCLIDES GOMES DA ROCHA BISNETO
CPF: 104.256.574-00

EUCLIDES GOMES DA ROCHA BISNETO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 26/11/2018
Nome: Elen Tais Alves Pereira
CPF: 126.261.667-07

Elen Tais Alves Pereira