

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, 24 de Julho de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200262436 **Vítima: WOSILLEY ANDRE FERREIRA**

Data do Acidente: 25/01/2020 **Cobertura: INVALIDEZ**

Procurador: ROSSANA LIGIA FERNANDES DANTAS

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), WOSILLEY ANDRE FERREIRA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

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, 06 de Agosto de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200262436 **Vítima: WOSILLEY ANDRE FERREIRA**

Data do Acidente: 25/01/2020 **Cobertura: INVALIDEZ**

Procurador: ROSSANA LIGIA FERNANDES DANTAS

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), WOSILLEY ANDRE FERREIRA

Informamos que o pagamento da indenização do Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 1.687,50

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

Graduação: Em grau leve 25%

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

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

Recebedor: WOSILLEY ANDRE FERREIRA

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 077

Agência: 000000001

Conta: 000006848585-9

Tipo: CONTA CORRENTE

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

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorno 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 AGL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:
116.561.124-42 WOSILLEY ANDRÉ FERREIRA

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012

5 - Nome completo: WOSILLEY ANDRÉ FERREIRA 6 - CPF: 116.561.124-42
7 - Profissão: ALPINISTA 8 - Endereço: RUA JOSÉ FIALHO 9 - Número: 275 10 - Complemento: CASA - A
11 - Bairro: CENTRO 12 - Cidade: ITAPASSUNA 13 - Estado: PR 14 - CEP: 53.700-000
15 - E-mail: ballbinospa@hotmail.com (81)999441109 16 - Tel. (DDO): (33)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:

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

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

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção):
 Bradesco (237) Itaú (341)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: CONTA:
(Informar o dígito se existir)
(Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Somente os bancos):

Nome do BANCO: 077

AGÊNCIA: 0001 CONTA: 6848 585 9

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

Autorizo a Seguradora Lider 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 as custas da Seguradora Lider 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:	<input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (no Civil) <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado judicialmente <input type="checkbox"/> Viúvo	24 - Data do óbito da vítima:			
25 - Grau de Parentesco com a vítima:	26 - Vítima deixou companheiro(a): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:			
28 - Vítima <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:	30 - Vítima deixou nascitum (bebê morto): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	31 - Vítima teve irmãos?: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:	33 - Vítima deixou pais/avós vivos?: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte aqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que de 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

Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

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 - 1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

Floripa e Lamego 23/07/2020
X WOSILLEY ANDRÉ FERREIRA

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO

DELEGACIA DE POLÍCIA DA 031ª CIRCUNSCRIÇÃO - ITAPISSUMA - DP31ªCIRC DIM/8ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N.º **20E0121000277**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **08/07/2020** às **16:04**

Complemento o BO Número: **20E0121000184**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado) que aconteceu no dia **25/1/2020** às **21:08**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICIPIO DE ITAPISSUMA, 1, PRACA DA CAMBOA** - Bairro: **CENTRO** -
ITAPISSUMA/PERNAMBUCO/BRASIL - CEP: **55000-000**
Local do Fato: **PRACA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR \ AGENTE)
WOSILLEY ANDRE FERREIRA (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): WOSILLEY ANDRE FERREIRA

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

WOSILLEY ANDRE FERREIRA (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **JOSICLEIDE DA SILVA FERREIRA**
Pai: **XX** Data de Nascimento: **28/10/1994** Naturalidade: **ITAPISSUMA / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **8810268/SDS/PE**
(RG) 11656112442 (CPF) Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **2º. GRAU COMPLETO** Profissão: **OUTRAS PROFISSOES**
Telefones Celulares:
- **81986557266**

Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE ITAPISSUMA, 275, RUA JOSE FIALHO - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO -
ITAPISSUMA/PERNAMBUCO/BRASIL, PROX A MERCEARIA DE CHAVINHO**

DESCONHECIDO (não presente ao plantão) - Sexo: **Desconhecido** Mãe: **XX** Pai: **XX** Naturalidade: **NÃO INFORMADO /
PERNAMBUCO / BRASIL** Estado Civil: **DESCONHECIDO** Escolaridade: **DESCONHECIDO**

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

MOTO HONDA CG 125 (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **WOSILLEY ANDRE FERREIRA**, que estava em posse
do(a) Sr(a): **WOSILLEY ANDRE FERREIRA**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 125** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **PRETA** - Quantidade: **0,0 (UNIDADE)**

Placa: **KJQ7241** (PERNAMBUCO/ITAPISSUMA)
Ano Fabricação/Modelo: **2007/2007** Combustível: **GASOL/GNV** Seguro/Apolice: **LIDER**

Complemento / Observação

**COMPACEU A ESTA DELEGACIA O SR. WOSILLEY ANDRE FERREIRA RELATANDO QUE SOFREU UM ACIDENTE DE
TRANSITO NAS IMEDIAÇÕES DA PRAÇA CAMBOA PROXIMO AOS CORREIOS DE ITAPISSUMA. INFORMA QUE**

ESTAVA EM POSSE DA MOTO HONDA CG 125, PLACA KJQ 7241, DE PROPRIEDADE DO SR. CARLOS JOSE DO NASCIMENTO, E QUE VINHA CONDUZINDO QUANDO FOI SURPREENDIDO POR UM CARRO PRENDENDO A SUA Perna DIREITA. AFIRMA QUE NO MOMENTO NÃO PERCEBEU A GRAVIDADE DO ACIDENTE, E CONTINUOU CONDUZINDO A MOTO, QUANDO MINUTOS DEPOIS IDENTIFICOU SUA Perna ENSAGUENTADA COM DOIS TENDÕES QUEBRADOS. A VITIMA INFORMA QUE SEGUIU PARA O HOSPITAL PARA QUE QUE FOSSEM TOMADOS OS DEVIDOS CUIDADOS. NADA MAIS FOI DITO OU REGISTRADO.

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

WOSILLE Y Andre' Ferreira
WOSILLE Y ANDRE FERREIRA
(VITIMA)

B.O. registrado por: **MICHELINE TAVARES DOS SANTOS** - Matrícula: **2210851**
(Liberado em **08/07/2020** às **16:05**)



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO

DELEGACIA DE POLÍCIA DA 031ª CIRCUNSCRIÇÃO - ITAPISSUMA - DP31ªCIRC DIM/8ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N°. 20E0121000184

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **09/03/2020** às **11:08**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado) que aconteceu no dia **25/2/2020** às **21:08**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICIPIO DE ITAPISSUMA, 01, PRAÇA DA CAMBOA** - Bairro: **CENTRO - ITAPISSUMA/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **PRAÇA PÚBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR) AGENTE)
WOSILLEY ANDRE FERREIRA (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): WOSILLEY ANDRE FERREIRA

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

WOSILLEY ANDRE FERREIRA (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **JOSICLEIDE DA SILVA FERREIRA** Pai: **XX** Data de Nascimento: **28/10/1994** Naturalidade: **ITAPISSUMA / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **8810268/SDS/PE (RG) 11656112442 (CPF)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **2º. GRAU COMPLETO** Profissão: **OUTRAS PROFISSÕES**

Telefones Celulares:

- **81986557266**

Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE ITAPISSUMA, 275, RUA JOSE FIALHO - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - ITAPISSUMA/PERNAMBUCO/BRASIL, PROX A MERCEARIA DE CHAVINHO**

DESCONHECIDO (não presente ao plantão) - Sexo: **Desconhecido** Mãe: **XX** Pai: **XX** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL** Estado Civil: **DESCONHECIDO** Escolaridade: **DESCONHECIDO**

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

MOTO HONDA CG 125 (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **WOSILLEY ANDRE FERREIRA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **WOSILLEY ANDRE FERREIRA**

Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 125** Objeto apreendido: **Não**

Cor: **PRETA** - Quantidade: **(UNIDADE)**

Placa: **KJQ7241** (PERNAMBUCO/ITAPISSUMA)

Ano Fabricação/Modelo: **2007/2007** Combustível: **GASOL/GNV** Seguro/Apolice: **LIDER**

Complemento / Observação

COMPAREU A ESTA DELEGACIA O SR. WOSILLEY ANDRE FERREIRA RELATANDO QUE SOFREU UM ACIDENTE DE TRANSITO NAS IMEDIAÇÕES DA PRAÇA CAMBOA PRÓXIMO AOS CORREIOS DE ITAPISSUMA. INFORMA QUE ESTAVA EM POSSE DA MOTO HONDA CG 125, PLACA KJQ 7241, DE PROPRIEDADE DO SR. CARLOS JOSE DO NASCIMENTO, E QUE VINHA CONDUZINDO QUANDO FOI SURPREENDIDO POR UM CARRO PRENDENDO A SUA

PERNA DIREITA. AFIRMA QUE NO MOMENTO NÃO PERCEBEU A GRAVIDADE DO ACIDENTE, E CONTINUOU CONDUZINDO A MOTO, QUANDO MINUTOS DEPOIS IDENTIFICOU SUA Perna ENSAGUENTADA COM DOIS TENDÕES QUEBRADOS. A VITIMA INFORMA QUE SEGUIU PARA O HOSPITAL PARA QUE QUE FOSSEM TOMADOS OS DEVIDOS CUIDADOS. NADA MAIS FOI DITO OU REGISTRADO.

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

WOSILLEY Andre' Ferreira

**WOSILLEY ANDRE FERREIRA
(VITIMA)**

B.O. registrado por: **TARCIANA BARBOSA DE QUEIROZ** - Matricula: **3872432**

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 AGL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:
116.561.124-42 WOSILLEY ANDRÉ FERREIRA

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

5 - Nome completo: WOSILLEY ANDRÉ FERREIRA 6 - CPF: 116.561.124-42
7 - Profissão: ALPINISTA 8 - Endereço: RUA JOSÉ FIALHO 9 - Número: 275 10 - Complemento: CASA - A
11 - Bairro: CENTRO 12 - Cidade: ITAPASSUNA 13 - Estado: PR 14 - CEP: 53.700-000
15 - E-mail: ballbinospa@hotmail.com (81)999441109 16 - Tel. (DDO): (33)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:

REUSO INFORMAR
 SEM RENDA

R\$1.00 A R\$1.000,00
 R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
 ACIMA DE R\$5.000,00

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

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção):
 Bradesco (237) Itaú (341)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

CONTA CORRENTE (Somente os bancos):

Nome do BANCO: 077

AGÊNCIA: CONTA: 6848 585 9
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider 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 as custas da Seguradora Lider 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:	<input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (no Civil) <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado judicialmente <input type="checkbox"/> Viúvo	24 - Data do óbito da vítima:			
25 - Grau de Parentesco com a vítima:	26 - Vítima deixou companheiro(a): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:			
28 - Vítima <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:	30 - Vítima deixou nascitum (bebê morto): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	31 - Vítima teve irmãos?: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:	33 - Vítima deixou pais/avós vivos?: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte aqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que de 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

Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

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 - 1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

Floripa e Lamego 23/07/2020
X WOSILLEY ANDRÉ FERREIRA

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

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: 31/07/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: WOSILLEY ANDRE FERREIRA

BANCO: 077

AGÊNCIA: 00001

CONTA: 000006848585-9

Nr. da Autenticação 00EE1B093026213E



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 53525-790

DIÁDOS DO CLIENTE: 103668667 Juri/2020
ROSSANA LIGIA FERNANDES DANTAS MATRÍCULA:
R. JOAQUIM NABUCO, N. 08200 - TIMBO ABREU E LIMA PE 53520-170
INSCRIÇÃO: 165.135.120.0443.000 GRUPO:7 DEB. AUTOMÁTICO: 183068667

TIPO DE AGUA	TIPO DE AGUA	RESIDENCIAL	COMERCIAL	INDUSTRIAL	PÚBLICA
LIGADO	POTENCIAL	1	1		

HISTÓRICO DE LEITURA: DATA LEIT. ANTERIOR: 29/05/2020 DATA LEIT. ATUAL: 30/06/2020 TIPO DE CONSUMO (A/E): MÉDIA HD

AGUA:
LEIT. ANT: 5 CONSUMO: 1
LEIT. ATU: 5
LEIT. FAT: 5 HD PARADO

HISTÓRICO DE CONSUMO
REFERÊNCIA CONSUMO

REFERÊNCIA CONSUMO	PARAMETROS	NÚMERO DE AMOSTRAS		
		EXIG.	PORT.	ANALISES
05/2020 01	MS 2.914/11	36	36	29
04/2020 01	TURBIDEZ	36	36	29
03/2020 01	COR APARENTE	36	36	35
02/2020 01	CLORO RESIDUAL	36	36	33
01/2020 01	COLIF. TOTAIS	36	36	36
12/2019 01	E. COLI	36	36	36

MÉDIA: 01 Qualidade de Água: www.compresa.com.br
OBS.: (1)COLIFORMES TOTAIS AUSÊNCIA 95% DAS AMOSTRAS EXAMINADAS.
(2)OS PARÂMETROS COFIFORMES 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 05/2020		2,17

TIPO DE imposto	BASE DE CALCULO	PERCENTUAL (%)	VALOR DO IMPOSTO
ISS	108,92	1,65	1,80
ISS	108,92	7,60	8,28

VENCIMENTO: 15/07/2020 TOTAL A PAGAR: 111,09

MENSAGEM:

IDENTIFICAMOS A EXISTÊNCIA DE 4 FATURA(S) PENDENTES, NO TOTAL DE R\$ 448,84. REGULARIZE SEU DEBITO E EVITE A NEGATIVACAO E SUSPENSAO DO FORNECIMENTO DE AGUA.

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

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

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

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

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

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei 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 Wosiley André Ferreira,
inscrito (a) no CPF sob o Nº 116.561.124-42, do sinistro de DPVAT cobertura **INVALIDEZ** da Vítima
Wosiley André Ferreira, inscrito (a) no CPF sob o Nº 116.561.124-42,
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 Lider-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
Email:	balbinospe@hotmail.com	Telefone Comercial (DDD)	(81) 3538.0069	Telefone celular (DDD)	(81) 98721.5834

Abreu e Lima/PE 23 de Julho de 2020.
ROSSANA LÍGIA FERNANDES DANTAS
Assinatura do Declarante

UPA 24 HORAS - IGARASSU

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

PROTOCOLO CLASSIFICAÇÃO REDE IMIP

Data e hora retirada da senha: 25/01/2020 21:36

	Nome Paciente:	WOSILLEY ANDRE FERREIRA SIC
	Cód. Paciente:	
	Data de Nascimento:	28/10/1994
	Sexo:	Masculino
	Idade:	25 anos
	Senha:	0144
	Convênio:	-
	Atendimento:	
	SAME:	

Período: 25/01/2020 21:54 - 25/01/2020 21:54

JOSE ROBSON PEREIRA CORDEIRO - COREN: 7955 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - CLASSIFICAÇÃOPrioridade: **URGENCIA - AMARELO**Cor: AMARELO

Queixa Principal: LESAO LACERO CORTO EM PÉ DIREITO

Fluxograma sintoma: TRAUMA

Discriminador(es): - FERIMENTO SEM SANGRAMENTO ATIVO

Especialidade: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Acolhido(a) por: JOSE ROBSON PEREIRA CORDEIRO - COREN: 7955 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 25/01/2020 21:54

EVOLUÇÃO CLÍNICA (pareceres, resultado de exames, etc.)

Re: Frotas ofam

do 4.3 PDD

Cl. no fles

1

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM (ASS/COREN)

Pcte. admitido na sala comum para aguardar transferência para fles com fisioterapia.

As funções: com comunicação, manuseio, higiene, auxílio, limpeza, manutenção, edição de documentos, realização de outras tarefas.

~~Jose Robson P. Guedes
COREN-PE 209023 ENF~~

~~AS 02:50h fale esteve de volta em 10:00h no
ambulatório com tbc inf pt
fles~~

EVOLUÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL (ASS/CRESS)

DESTINO:

ALTA: Melhorada Com Atestado Com Prescrição
 TRANSFERÊNCIA LOCAL: fles SENHA: 5068688
 ÓBITO Data: 1/1/ AS Cláudio Costa Neto ATESTADO DE ÓBITO SVO IML
Cláudio Costa Neto
Medicina / Traumatologia
08:00h / 24.099
CHAMPEPE:

TERMO DE RESPONSABILIDADE DE ALTA A PEDIDO PARA MAIORES DE 18 ANO:

Responsabilizo-me pela recusa do tratamento médico proposto e saída deste serviço de saúde, assim como tenho absoluto conhecimento sobre todas as consequências que deste ato possam advir.

DATA: 1/1/

HORA: 10:00

NOME LEGÍVEL: _____

RG: _____

GRAU DE PARENTESCO: _____

ASSINATURA: _____

RECEPÇÃO / CARIMBOS: _____

Protocolo de Encaminhamento

TIPO DE OCORRÊNCIA

Causa Externa: Acidente/Violência () Causa Clínica () Obstétrico () Psiquiátrico ()
Em caso de violência/acidente: Via Pública () Domicílio () Local de Trabalho ()

SENHA 556869

IDENTIFICAÇÃO

Nome do Paciente: _____ Idade: _____

Sexo: M () F () Profissão: _____ Fone: _____

Endereço Residencial: _____ Bairro: _____

Cidade: _____

CAUSA EXTERNA (ACIDENTE/VIOLÊNCIA)

Acidente de Trânsito: Ônibus () Caminhão () Carro de Passeio () Motocicleta ()

Atropelamento: Pedestre () Ciclista ()

Automóvel (Colisão); Passageiro () Motorista () Banco de Trás () Banco da Frente () Uso de cinto: S() N()

Motocicleta: Motociclista () Passageiro () Uso de Capacete: S() N()

Semi-Afogamento/Submersão () Soterramento ()

Intoxicação Exógena () Animais Peçonhentos () Agente Causador: _____

Exposição ao: Fogo/Fumaça/Choque Elétrico ()

Queimaduras: 1º Grau () 2º Grau () 3º Grau ()

Queda: () Altura Aproximada _____ Metros () Queda da Própria Altura

Agressões: () Por Arma de Fogo/Tipo _____ () Arma Branca/Tipo: _____

Agressão Sexual () Maus Tratos () Outros () Citar: _____

Mecanismo do Trauma: () Impacto Frontal () Impacto Lateral () Impacto Traseiro () Ejeção () Capotamento

CAUSAS CLÍNICAS

História Clínica Atual: _____

Hipótese Diagnóstica: _____

AVALIAÇÃO CLÍNICA

Glicemia Capilar (HGT): _____ Temperatura: _____ F.C.: _____ P.A.: _____ X _____

Vias Aéreas: FR _____ Dispnéia 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()

Disturbio Fala/Choro: S() N()

Agitação Psicomotora: S() N() Lesões de face: S() N() Retração Xifóide: S() N()

Perfusão Periférica: Boa () Lentificada() Bulhas Cardiacas: Normofonéticas () Hipofonéticas ()

Pulso: Rítmico () Arrítmico () Filiforme () Fino ()

Coloração da Pele: Normocorada () Palidez () Cianose ()

Sudorese: S() N() Desidratado: S() N() Ictérico: S() N()

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

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

EXAME NEUROLÓGICO

Avaliação Primária: Alerta () Resposta Verbal () Resposta ao Estímulo Doloroso () Irresponsivo ()

Escala de Coma de Glasgow (ECG)

ABERTURA OCULAR

Abertura Ocular Espontânea 4
Abertura Ocular a Voz 3
Abertura Ocular a dor 2
Sem abertura ocular 1

RESPOSTA VERBAL

Orientado 5
Confuso 4
Resposta Inapropriada 3
Sons Incompreensíveis 2
Sem resposta Verbal 1

RESPOSTA MOTORA

Obedece ao comando 6
Localiza Estímulo Doloroso 5
Retirada ao Estímulo Doloroso 4
Des corticação 3
Des cerebração 2
Sem resposta motora 1

TOTAL DE PONTOS ECG: _____

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

Avaliação Pupilar: Isocôricas () Anisocôricas () Midriase () Miase ()

Classificação TCE pela ECG
ECG 3-8: TCE Grave
ECG 9-13: TCE Moderado
ECG 14-15: TCE Leve

NATUREZA DA LESÃO

Presença de sangramento externo: S() N()

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

Lesões Infra-abdominais: S() N() Fratura em Osso Longo: Fechada() Aberta()

USO DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS

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

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

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

Loló() Maconha() Cola() Cocaina () Crack() Lança-perfume() Anfetaminas() Extase()

CONDUTA CLÍNICA/EVOLUÇÃO

Imobilização da Coluna Cervical: S() N()

Reanimação Cardiopulmonar: S() N()

Imobilização Tala Gessada: S() N()

RX: S() N() Analgesia: S() N()

Antibioticoterapia: S() N() Especificar: _____

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

Oxigênio terapia: Cateter () Venturi () CPAP ()

Volume de Fluidos Infundido: _____

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

Outras Condutas: _____

Entubação Orotraqueal: S() N()

Intercorrências: _____

Ventilação Mecânica: Modalidade _____

FiO2: _____

MOTIVO DA TRANSFERÊNCIA

170 Crônico

CONCLUSÃO DO ATENDIMENTO

Hospital para onde foi encaminhado: _____

Medico Regulador: _____ Hora: _____

Transferência com acompanhamento Médico: S() N()

01/01/20

Local e data

Cláudio Costa Neto
Ortopedia / Traumatologia
CRM-PE 24.099
Médico Assistente

HOSPI. METROP. NORTE MIGUEL ARRAES

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

PROTÓCOLO CLASSIFICAÇÃO REDE IMIP

Data e hora retirada da senha: 26/01/2020 03:31

	Nome Paciente: WOSILLEY ANDRE FERREIRA
	Cód. Paciente:
	Data de Nascimento: 28/10/1994
	Sexo: Masculino
	Idade: 25 anos
	Senha: 0004
	Convênio:
	Atendimento:
	SAME:

Periodo: 26/01/2020 03:40 - 26/01/2020 03:43
KENIA MAYLLA DOMINGOS ALVES - COREN: 7760 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - CLASSIFICAÇÃO

Prioridade:

Cor:

Queixa Principal: PACIENTE ENCAMINHADO DA UPA DE IGARASSU COM SENHA 5868688. VITIAM DE QUEDA DE MOTO APRESENTA DOR. FRATURA EXPOSTA DE 3º E 4º PDD.

Observação: NEGA HAS E DM
NEGA ALERGIAS

Fluxograma sintoma: TRAUMA

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

Especialidade: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Sinais Vitais Lidos:
- FREQUENCIA CARDIACA: 71.00 BPM
- GLICOSE: 96.00 MG/DL
- P.A. SISTOLICA: 149.00 MMHG
- P.A. DISTOLICA: 68.00 MMHG
- SATURAÇÃO DE OXIGÉNIO: 99.00 %
- TEMPERATURA(C): 36.00 °C*RE...ADO
HMA*

HMA - Hospital Miguel Arraes

Lesão de Pele

Sim () Não (X)

Local

Enfermeiro

*Kenia Maylla
COREN: 7760-EN*

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

Data Impressão: 26/01/2020 03:43



Atendimento: 514363

Senha da Classificação:

Data e Hora: 26/01/2020 03:47

Paciente: 133664 WOSILLEY ANDRE FERREIRA

Sexo: MASCULINO

Nome Social:

Data do Nascimento: 28/10/1994 Idade: 25 anos Convenio: 2 SUS - EXTERNO / URGENCIA

Nome da Mãe:: JOSICLEIDE DA SILVA PEREIRA

Nome do Pai:

Estado Civil: SOLTEIRO

Nome do Médico: PLANTONISTA ORTOPEDIA

CRM: 12346

Endereço: JOSE FIALHO

275

Bairro: CENTRO

Cidade/UF: ITAPISSUMA

PE

Usuário Atendimento: PAULAFSC

Informações Associadas a Pacientes Estrangeiros / Visitantes

Data Entrada Brasil:

Nacionalidade: BRASILEIRA

Nr Documento Estrangeiro:

Observação:

RESUMO DE TRATAMENTO

Peso:

Altura:

Temperatura:

Hora:

Queixa Principal

Paciente vítima de corte de moto com trauma
fraturado em pé direito, talve ossos
mão direita e ombro

Exame Físico

Constro st. orientado curvatura
- mida dor + 7cm

Hipótese Diagnóstico

Expos + 3 = 4. METATARSO (D)
+ fractura extenso com PI

Prescrição Médica

- CEFOTIQUINA 2g + 200L (SUSP-00)
- IMAPO 050g 2F2 + 1000ST
- DIPRONE 1g + 200L
500/100 IM
TX PI (D)

DO BLOCO CIRÚRGICO
Gente médica 240 + 2000ST
CLINICAS CIR 1000 + 2000ST
Dr. Ian Lacerda
Ortopedia/Trumatologia
CRM: 23590/CRH-PE: 9824

Assinatura e Carimbo/Médico

Destino: Encaminhado ao Ambulatório Residência

Senha:

Transferido: Para _____

Encaminhado ao setor de internação



Laudo para solicitação de autorização de internação

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO			
1 - ESTABELECIMENTO SOLICITANTE	HOSPITAL MIGUEL ARRAES	<i>AT-514365</i>	2 - CNES 6431569
3 - ESTABELECIMENTO EXECUTANTE	HOSPITAL MIGUEL ARRAES		4 - CNES 6431569

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5 - Nome do Paciente WOSILLEY ANDRE FERREIRA	6 - N° Prontuário 133654							
7 - Cartão Nacional do SUS	8 - Data de Nascimento 28/10/1994	9 - Sexo <table border="1"><tr><td><input checked="" type="checkbox"/> Masculino</td><td><input type="checkbox"/> Feminino</td></tr><tr><td>X</td><td>1</td></tr></table>	<input checked="" type="checkbox"/> Masculino	<input type="checkbox"/> Feminino	X	1	10 - RaçaCor 03 - Parda	10.1 - Etnia 0000 - Não Se Aplica
<input checked="" type="checkbox"/> Masculino	<input type="checkbox"/> Feminino							
X	1							
11 - Telefone de Contato 4700-1234								

11 - Nome da Mãe

ANSWER

© MESMO

15 - Fazenda (Rua N° Baixo)

JOSE FAJALHO, 275 - CENTRO

16. Municipio

ITAPISSUMA

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA VITIMA
2º - Incipais Sinais e Sintomas Clínicos
- VITIMA DE QUEDA DE MOTO COM TRAUMA E FERIMENTO EXtenso EM PE DIREITO, CONSCIENTE ORIENTADO EUPNEICO ESTAVEL
- EDEMA + FERIMENTO EXtenso EM PE DIREITO

21 - Condições que justificam a internação

22 - Principais Resultados de Provas Diagnósticas

23 - Diagnóstico Inicial / Código

FX EXPOSTA DE 3 E 4º METATARSI

Preparado: Prendimiento. Solicitado:

PROCEDIMENTO SOLICITADO

3 - CID 10 Causas Asociadas

27 - Descrição do Procedimento Solicitado		PROCEDIMENTOS SEQUENCIAIS EM ORTOPEDIA		
29 - Especialidade	30 - Caráter de Atendimento	31 - Documento	32 - Nº do Documento (CNS/CPF) do Profissional Solicitante/Assistente	
CIRÚRGICA	2	(X) CNS () CPF	980016278437533	
33 - Nome do Profissional Solicitante/Assistente	34 - Data da Solicitação		35 - Assinatura e Carimbo do Profissional e Registro no Conselho	36 -
SORMANE DE CARVALHO BRITTO	26/01/2020		 Sormane de Carvalho Britto CRM-SP 16339	

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIA)			
36 - (<input checked="" type="checkbox"/>) Acidente de Trânsito	39 - CNPJ Seguradora	40 - N° Bilhete	41 - Série
37 - (<input type="checkbox"/>) Acid. Trabalho Típico	42 - CNPJ / Empresa	43 - CNAE / Empresa	44 - CBOR

AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizador	47 - Cód. Órgão Emissor E260000001	52 - Nº da Autorização de Funcionamento
---------------------------------------	---------------------------------------	---

48 - Documento 49 - Nº do Documento (CNS/CPF) do Profissional Autorizado
() CNS () CPF 51 - Assinatura e Carimbo (Nº Registro do Conselho).
262010245137

Dra. Lucy
Traumato
CRM: 17.111

514263

Código do Laudo: 514363

HOSPITAL MIGUEL ARRAESMV 2000 - Sistema de Centro Cirúrgico e Obstétrico
Ficha de Cirurgia Descritiva

Página.: 0001

Data....: 26/01/2020

Hora....: 09:10

Aviso de Cirurgia : 62514
Paciente : 133654Convênio Atend.: 1
Leito : 340
Dt. Início : 26/01/2020 08:35Cid Pré-Operatório : S923
Cid Pós-Operatório : S923Sala : 0005 SALA 05
WOSILLEY ANDRE FERREIRA
SUS - INTERNACAO
VERMELHO - EXTRA 009
Dt. Fim : 26/01/2020 09:20
FRATURA DE OSSOS DO METATARSO
FRATURA DE OSSOS DO METATARSOAtendimento : 514365
Carteira :
Idade : 25 Anos

Procedimento: 0408020342

TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA / LESÃO FISARIA DAS FALANGES DA MÃO (COM
FIXAÇÃO) (PRINCIPAL)Convênio: 001
Anestesia: 05SUS - INTERNACAO
RAQUI ANESTESIACIRURGIA
ANESTESISTA18757 JEFFERSON CALUME DE OLIVEIRA JUNIOR
14582 FELIPE CESAR LINS MENDES**Descrição Cirúrgica :**

DIAGNÓSTICO: FRATURA EXPOSTA DE 3º E 4º MTT DO PÉ DIREITO
 CIRURGIA: LIMPEZA E DEBRIDAMENTO CIRÚRGICOS + FIXAÇÃO PERCUTÂNEA COM FIOS K
 CIRURGIÃO: DR JEFFERSON CALUME
 1º AUXÍLIO: DR PEDRO THIAGO
 ANESTESISTA: DR FELIPE MENDES
 ANESTESIA: RAQUI ANESTESIA

RELATO DE INTERVENÇÃO

1. PACIENTE EM DDH SOB RAQUI ANESTESIA;
2. ASSEPSIA E ANTISSEPSIA DE MID;
3. APOSIÇÃO DE CAMPOS CIRÚRGICOS ESTÉREIS;
4. ABORDAGEM DO FERIMENTO COM HEMOSTASIA DO MESMO;
5. LIMPEZA EXAUSTIVA MECANOCIRURGICA COM SF 0,9%;
6. DEBRIDAMENTO DE TECIDOS DESVITALIZADOS;
7. FIXAÇÃO DAS FRATURAS DE 3º E 4º METATAROS COM 4 FIOS K N° 1,5
8. SUTURA DA PELE;
9. CURATIVO ESTÉRIL + TALA GESSADA TIPO BOTA.

Achados Cirúrgicos:**Descrição Complementar**

01/01/2020
FATURADO
CLAUDEVAN SOUSA
FATURISTA

Dr. Icaro Matheus S. Pereira
Ortoped/Trumatologia
CRM 25560 PE

DR(A) : JEFFERSON CALUME DE OLIVEIRA JUNIOR
CRM : 18757

FICHA DE INTERNAÇÃO

Cód. Atendimento: 514365

Usuário: WESLEYFS

Rua Estrada da Fazendinha, 5/N
Jaguaribe - Paulista - PE
CEP.: 53.400 - 000

DADOS DO PACIENTE

Paciente: **WOSILLEY ANDRE FERREIRA**

Idade: 25a 2m 29d

Sexo: M

Estado Civil: SOLTEIRO

Prontuário: 133664

Profissão:

Escolaridade:

Data de Nascimento: 28/10/1994

R.G.:

C.P.F.: 06940338470

Telefone:

CEP 53700000

Endereço: JOSE FIALHO

, 275

- CENTRO

- ITAPISSUMA

- PE

Origem: INTERNACAO

Dados da Internação

Convênio: SUS - INTERNACAO

Data e Hora da Internação: 26/01/2020 04:04

Unidade Internação: VERDE 2 ORTOPEDIA Acomodação: ENFERMARIA DE OBSERVACA Leito: VERD2-36

Médico Internação: PLANTONISTA ORTOPEDIA

DADOS DO RESPONSÁVEL

Nº Tele:

R.G.:

C.P.F.:

Endereço:

- Número:

FATURADO
04/10/2020
CLAUDEVA SOUZA
FATURISTA
Elois.

Telefone:

Cidade:

Estado civil:

DADOS DA LIBERAÇÃO DO PACIENTE

Data da Alta: 27/01/2020

Hora da Alta: 10:30

Motivo: Melhorado A Pedido Transferência Óbito Evasão

Condições de Alta: Boas

Diagnóstico Principal.....: Fret. exposte do 2ºMº mtr (0)

REVISADO
CCIT-HM

Diagnóstico Secundário01.: _____

Diagnóstico Secundário02.: _____

Procedimento.....: ce + opcl + RFFF c/ mtr K

Dra. Luciana Moser
Traumatologista
CRM: 17.171

Médico e CRM:

Wosilley da Silva Ferreira
Responsável pela retirada do paciente Assinatura e RG

TERMO DE RESPONSABILIDADE

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

Em _____ de _____ de _____

Assinatura e RG do paciente ou pessoa responsável

Atendimento: 514365
Dt Atendimento: 26/01/2020 - 04:04
Paciente: 133664 WOSILLEY ANDRE FERREIRA

Serviço:	37 ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	Convênio:	1 SUS - INTERNACAO
Leito:	200 ORTO-502-LEITO 004	Plano:	1 GERAL
Motivo Alta:	1 ALTA MELHORADA	Usuário:	MANOELASTC
CID:			
Procedimento de Alta	0301060070 - DIAGNOSTICO E/OU ATENDIMENTO DE URGENCIA EM CLINICA CIRURGICA		

Observação de Alta

ANA CAROLINE DA SILVA

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

HOSPITAL METROPOLITANO NORTE MIGUEL ARRAES DE ALENCAR

DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO

Atendimento.....: 514363 Prontuário: 133664 SAME: 120248 Hora Atend: 03:47 Data Atend: 26/01/2020
Paciente.....: WOSILLEY ANDRE FERREIRA Idade: 25 a
Endereço.....: JOSE FIALHO
Bairro.....: CENTRO
Cidade.....: ITAPISSUMA UF.: PE CEP: 53700000
Convênio.....: SUS - EXTERNO / URGENCIA Plano...: PLANO UNICO
CID Principal.....: -
CID's Secundários.:
Resultado.....: ENCAMINHADO AO SETOR DE INTERNACAO Hora Saída : 04:03
Data Saída.....: 26/01/2020

Prestador da Evolução Médica:

PLANTONISTA ORTOPEDIA

PLANTONISTA ORTOPEDIA / 12346
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Protocolo de Encaminhamento

TIPO DE OCORRÊNCIA

Causa Externa: Acidente/Violência () Causa Clínica () Obstétrico () Psiquiátrico ()
Em caso de violência/acidente: Via Pública () Domicílio () Local de Trabalho ()

SENHA: 5868688

IDENTIFICAÇÃO

Nome do Paciente: _____

Idade: 15

WOSILEY ANDRE FERREIRA

Sexo: M () F () Profissão: _____

Fone: _____


1178633

Endereço Residencial: _____

Bairro: _____

Cidade: Itararé

CAUSA EXTERNA (ACIDENTE/VIOLÊNCIA)

Acidente de Trânsito: Ônibus () Caminhão () Carro de Passeio () Motocicleta ()

Atropelamento: Pedestre () Ciclista ()

Automóvel (Colisão); Passageiro () Motorista () Banco de Trás () Banco da Frente () Uso de cinto: S() N()

Motocicleta: Motociclista () Passageiro () Uso de Capacete: S() N()

Semi-Afogamento/Submersão () Soterramento ()

Intoxicação Exógena () Animais Peçonhentos () Agente Causador: _____

Exposição ao: Fogo/Fumaça/Choque Elétrico ()

Queimaduras: 1º Grau () 2º Grau () 3º Grau ()

Quada: () Altura Aproximada _____ Metros () Queda da Própria Altura

Agressões: () Por Arma de Fogo/Tipo _____ () Arma Branca/Tipo: _____

Agressão Sexual () Maus Tratos () Outros () Citar: _____

Mecanismo do Trauma: () Impacto Frontal () Impacto Lateral () Impacto Traseiro () Ejeção () Capotamento

CAUSAS CLÍNICAS

História Clínica Atual: Migração de quecas
de risco de origem cardíaca
de risco de origem vascular

Hipótese Diagnóstica: Formigação de 3, 4: POM

AVALIAÇÃO CLÍNICA

Glicemia Capilar (HGT): _____ Temperatura: _____ F.C.: _____ P.A.: _____ X

Vias Aéreas: FR _____ Dispnéia 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 () Lenticificada () Bulhas Cardiacas: Normofonéticas () Hipofonéticas ()

Pulso: Rítmico () Arrítmico () Filiforme () Fino ()

Coloração da Pele: Normocorada () Palidez () Cianose ()

Sudorese: S() N() Desidratado: S() N() Ictérico: S() N()

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

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



VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 7.742.986 DATA DE EXPEDIÇÃO 12/05/2017

NOME: << ROSSANA LÍGIA FERNANDES DANTAS >>

FALHAÇÃO: << SEBASTIÃO RADIR DANTAS >>
<< INACIA FERNANDES DANTAS >>

NATURALIDADE: CAMPINA GRANDE - PB DATA DE NASCIMENTO: 07/04/1973

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

CPF: 884.647.684-00

ASSINATURA DO DIRETOR: [Signature]

LEI N° 7.116 DE 29/08/83

317052661805134701.7453785 F-76 88.077 - 3422



DETAN - PE
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

Nº 014488259649

VIA	COD. RENAVAM	R.N.T.R.C.	EXERCÍCIO
1	912001054	*****	2019

NOME

CARLOS JOSE DO NASCIMENTO

ITAPISSUMA - PE

CPF / CNPJ

053.811.544-02

PLACA

RJQ7241

PLACA ANT. / UF

***** / PE

CHASSI

9C2JC30707R111414

ESPECIE TIPO

PAS / MOTOCICLISTA

COMBUSTIVEL

GASOLINA

MARCA / MODELO

HONDA/CG 125 FAN

ANO FAB.

2007

ANO MOD.

2007

CAP / POT / CIL

2P/124CL

CATEGORIA

PARTIC

COR PREDOMINANTE

PRETA

COTA ÚNICA

IPVA 2019 QUITADO

VENC. COTA ÚNICA

VENC / COTAS

I

P

V

A

FAIXA IPVA

PARCELAMENTO / COTAS

1*

2*

3*

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$)

80.11

IOF (R\$)

0.32

PRÊMIO TOTAL (R\$)

84.58

DATA DE PAGAMENTO

04/02/19

OBSERVAÇÕES

SEM RESERVA.

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0206352/20

Vítima: WOSILLEY ANDRE FERREIRA

CPF: 116.561.124-42

CPF de: Próprio

Data do acidente: 25/01/2020

Titular do CPF: WOSILLEY ANDRE FERREIRA

Seguradora: CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

ROSSANA LIGIA FERNANDES DANTAS : 884.647.684-00

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

WOSILLEY ANDRE FERREIRA : 116.561.124-42

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 23/07/2020
Nome: ROSSANA LIGIA FERNANDES DANTAS
CPF: 884.647.684-00

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 23/07/2020
Nome: Marta Marinho dos Santos
CPF: 492.294.514-87

ROSSANA LIGIA FERNANDES DANTAS

Marta Marinho dos Santos

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3200262436 **Cidade:** Itapissuma **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: WOSILLEY ANDRE FERREIRA **Data do acidente:** 25/01/2020 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 27/07/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE 2º,3º E 4º PODODÁCTILO DIREITO. P3.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO E ALTA MÉDICA. P5,7,9.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DE DEDOS 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 DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DE DEDOS 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
Dedos da pé-Perda funcional completa de qualquer um dos dedos do pé	10 %	Em grau médio - 50 %	5%	R\$ 675,00
Total			5 %	R\$ 675,00

PROCURAÇÃO PARTICULAR

BENEFICIÁRIO/VÍTIMA:

Nome: WOSILLEY ANDRE FERREIRA
Nacionalidade: Brasileiro Estado Civil: SOLTEIRO Profissão: Alpinista
Identidade: 8 810 968 CPF: 116.561.124-42
Endereço: Rua Jose F. Almeida, 275 - A. CASA,
Centro de Mossoró - PE, CEP: 53.700-000

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

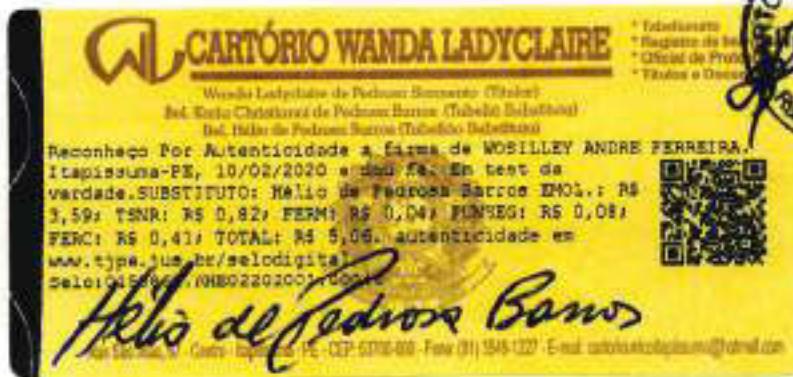
Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante quaisquer Seguradora pertencente ao Consórcio DPVAT, também perante aos pontos de atendimento da Seguradora Lider (Correios, Sincor (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 25/01/2020, 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.

Episema 50/02/2020
Local e data

Local e data

• Wosilla Andu' fermin

Assinatura do Beneficiário/Vitima
(Reconhecer firma por autenticidade)



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3200262436 **Cidade:** Itapissuma **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: WOSILLEY ANDRE FERREIRA **Data do acidente:** 25/01/2020 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 27/07/2020

Valorização do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DE 3º E 4º METATAROS DIREITOS.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO E ALTA MÉDICA. P5,7,9.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE 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 DÉFICIT FUNCIONAL LEVE 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 leve - 25 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50