



Número: **0078464-06.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção B da 33ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **10/12/2020**

Valor da causa: **R\$ 11.812,50**

Assuntos: **Seguro**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
WOSILLEY ANDRE FERREIRA (AUTOR)		ADSON JOSE ALVES DE FARIAS (ADVOGADO)	
COMPANHIA EXCELSIOR DE SEGUROS (REU)			
PAULO FERNANDO BEZERRA DE MENEZES FILHO (PERITO)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
74617849	04/02/2021 10:29	ANEXO 1	Outros (Documento)



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

Rio de Janeiro, 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

Carta nº 15968840





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, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

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

www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DADS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

4 - Nome completo da vítima:

116.563.124-42

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:

116.563.124-42

7 - Profissão:

ALFABETISTA

8 - Endereço:

RUA JOSÉ FIALHO

9 - Número:

275

10 - Complemento:

CASA - A

11 - Bairro:

CENTRO

12 - Cidade:

JARISSUMA

13 - Estado:

PE

14 - CEP:

53.700-000

15 - E-mail:

balbinoespe@hotmail.com (81)999441109 (33)3538.0068

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☐ RECUSO INFORMAR

☒ R\$1.000,00 A R\$1.000,00

☐ R\$2.501,00 ATE R\$5.000,00

☐ SEM RENDA

☐ R\$1.001,00 ATE 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)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: 077

AGÊNCIA:

CONTA:

AGÊNCIA:

CONTA:

(informar o dígito se existir)

(informar o dígito se existir)

(informar o dígito se existir)

(informar o dígito se existir)

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente; uma vez que (assinalar uma das opções):

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICO BENEFICIÁRIO - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

☐ Solteiro

☐ Casado (no civil)

☐ Divorçado

☐ Separado judicialmente

☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Se a vítima deixou companheiro(a):

26 - Vítima deixou companheiro(a):

☐ Sim

☐ Não

27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos?

☐ Sim

☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:

30 - Vítima deixou nascituro(s) vivo(s)?

☐ Sim

☐ Não

31 - Vítima teve irmãos?

☐ Sim

☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:

33 - Vítima deixou pais/avós vivos?

☐ Sim

☐ Não

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

34 - Assinatura da vítima/beneficiário (se houver)

35 - Nome legível de quem assina a rogatória pedido:

38 - 1ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

37 - (*) Assinatura de quem assina a rogatória pedido

40 - Local e Data:

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FP5.001 V002/2019



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 Nº. **20E0121000277**

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

Complementa o BO Número: **20E0121000184**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (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

:/Users/SDS/Infopoli-5.0.9/eml/BOEPreview.html

1/2



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: *Micheline Tavares dos Santos* **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 Nº. 20E0121000184

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

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (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 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: 2ª. 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: **(UNIDADE)**

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

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

Complemento / Observação

COMPARECEU 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

WOSILLEY ANDRE FERREIRA

**WOSILLEY ANDRE FERREIRA
(VITIMA)**

B.O. registrado por: **TARCIANA BARBOSA DE QUEIROZ** - Matrícula: **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 ASL:

3 - CPF da vítima:

116.563.124-42

4 - Nome completo da vítima:

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:

116.563.124-42

7 - Profissão:

ALFABETISTA

8 - Endereço:

RUA JOSÉ FIALHO

9 - Número:

275

10 - Complemento:

CASA - A

11 - Bairro:

CENTRO

12 - Cidade:

JARISSUMA

13 - Estado:

PE

14 - CEP:

53.700-000

15 - E-mail:

balbinoespe@hotmail.com (81)999441109 (33)3538.0068

16 - Tel.(DDD):

(33)3538.0068

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:



RECUSO INFORMAR



R\$1.000,00 A R\$1.000,00



R\$2.501,00 ATE R\$5.000,00



SEM RENDA



R\$1.001,00 ATE 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)☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: 077

AGÊNCIA:

0001

CONTA:

6848585

AGÊNCIA:

0001

CONTA:

6848585

(informar o dígito se existir)

(informar o dígito se existir)

(informar o dígito se existir)

(informar o dígito se existir)

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente; uma vez que (assinalar uma das opções):



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



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



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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:



Solteiro



Casado (no civil)



Divorçado



Separado judicialmente



Vivo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Se a vítima deixou companheiro(a):



Sim



Não



Sim



Não

27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos?



Sim



Não



Sim



Não



Sim



Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos:



Sim



Não

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

34 - Assinatura da vítima/beneficiário (se houver)

35 - Nome legível de quem assina a rogatória pedido:

36 - CPF legível de quem assina a rogatória pedido:

37 - (*) Assinatura de quem assina a rogatória pedido

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Procurador (se houver)

43 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FP5.001 V001/2019



BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 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



NOTA FISCAL FATURA CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA 2ª VIA																																											
COMPANHIA ENERGÉTICA DE PERNAMBUCO ALJOÃO DE BARROS, 111, BOA VISTA RECIFE, PERNAMBUCO CEP 50650-902 CNPJ 10.838.933/0001-03 INSCRIÇÃO ESTADUAL 500843-93		 CELPE www.celpe.com.br																																									
Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de 26/04/02 COMERCIAL 116 PRONTIDÃO 116 Atendimento ao deficiente auditivo ou de fala: 0800 281 0142 Ouvidoria 0800 282 5699 Agência de Regulação dos Serviços Públicos Delegados do Estado de Pernambuco-ARPE 0800 727-0167-Ligação Gratuita de Telefones Fixos Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL 167-Ligação Gratuita de telefones fixos e móveis																																											
QUADRO DO CLIENTE JOSICLEIDE DA SILVA FERRERA CPF: 068.493.384-70	DATA DE VENCIMENTO 21/07/2020 TOTAL A PAGAR (R\$) 65,68	DATA EMISSÃO DE NOTA FISCAL 16/07/2020 DATA DA APRESENTAÇÃO 16/07/2020 NOME DA NOTA FISCAL 116177761	CONTA CONTRATO 007034418033 Nº DO CLIENTE 2016825042 Nº DA INSTALAÇÃO 000682171																																								
ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA RUA JOSE FAHLO 275 -A CENTRO/IMBUSSUMA 53700-000 IMBUSSUMA PE		CLASSIFICAÇÃO B1 RESIDENCIAL - RESIDENCIAL MONOFÁSICO RESERVAÇÃO AO FISCO 3E8A.6B21.9CE2.B59B.4715.0A33.4DE9.10F6																																									
DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL																																											
<table border="1"> <thead> <tr> <th>DESCRIÇÃO</th> <th>QUANTIDADE</th> <th>PREÇO</th> <th>VALOR (R\$)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Consumo Ativo (KW)-TUSD</td> <td>74,93</td> <td>0,44038986</td> <td>33,28</td> </tr> <tr> <td>Consumo Ativo (KW)-TE</td> <td>74,93</td> <td>0,35628982</td> <td>26,56</td> </tr> <tr> <td>Contrib. Ilum. Pública Residencial</td> <td></td> <td></td> <td>4,35</td> </tr> <tr> <td>ICMS Substituição-COE-RF 18828888-150002</td> <td></td> <td></td> <td>0,03</td> </tr> <tr> <td>Multa por atraso-RF 109206850 - 15/05/20</td> <td></td> <td></td> <td>1,80</td> </tr> <tr> <td>Juros por atraso-RF 108289638 - 15/05/20</td> <td></td> <td></td> <td>0,00</td> </tr> <tr> <td>Atualização STFM-RF 18828888- 15/05/20</td> <td></td> <td></td> <td>0,00</td> </tr> <tr> <td>Dólar ITRPV - art 21 da Lei 10.438/02</td> <td></td> <td></td> <td>0,47</td> </tr> <tr> <td>TOTAL DA FATURA</td> <td></td> <td></td> <td>65,68</td> </tr> </tbody> </table>				DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)	Consumo Ativo (KW)-TUSD	74,93	0,44038986	33,28	Consumo Ativo (KW)-TE	74,93	0,35628982	26,56	Contrib. Ilum. Pública Residencial			4,35	ICMS Substituição-COE-RF 18828888-150002			0,03	Multa por atraso-RF 109206850 - 15/05/20			1,80	Juros por atraso-RF 108289638 - 15/05/20			0,00	Atualização STFM-RF 18828888- 15/05/20			0,00	Dólar ITRPV - art 21 da Lei 10.438/02			0,47	TOTAL DA FATURA			65,68
DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)																																								
Consumo Ativo (KW)-TUSD	74,93	0,44038986	33,28																																								
Consumo Ativo (KW)-TE	74,93	0,35628982	26,56																																								
Contrib. Ilum. Pública Residencial			4,35																																								
ICMS Substituição-COE-RF 18828888-150002			0,03																																								
Multa por atraso-RF 109206850 - 15/05/20			1,80																																								
Juros por atraso-RF 108289638 - 15/05/20			0,00																																								
Atualização STFM-RF 18828888- 15/05/20			0,00																																								
Dólar ITRPV - art 21 da Lei 10.438/02			0,47																																								
TOTAL DA FATURA			65,68																																								
<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="8">INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS</th> </tr> <tr> <th colspan="2">ICMS</th> <th colspan="2">PIS</th> <th colspan="2">COFINS</th> <th colspan="2"></th> </tr> <tr> <th>BASE DE CÁLCULO</th> <th>%</th> <th>VALOR DO CÁLCULO</th> <th>BASE DE CÁLCULO</th> <th>%</th> <th>VALOR DO CÁLCULO</th> <th>BASE DE CÁLCULO</th> <th>%</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>65,68</td> <td>25,00</td> <td>16,42</td> <td>65,68</td> <td>0,60</td> <td>0,40</td> <td>65,68</td> <td>3,75</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>2,19</td> </tr> </tbody> </table>				INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS								ICMS		PIS		COFINS				BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO CÁLCULO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO CÁLCULO	BASE DE CÁLCULO	%	65,68	25,00	16,42	65,68	0,60	0,40	65,68	3,75								2,19
INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS																																											
ICMS		PIS		COFINS																																							
BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO CÁLCULO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO CÁLCULO	BASE DE CÁLCULO	%																																				
65,68	25,00	16,42	65,68	0,60	0,40	65,68	3,75																																				
							2,19																																				
<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="8">DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL</th> </tr> <tr> <th>PERÍODO</th> <th>PERÍODO</th> <th>PERÍODO</th> <th>PERÍODO</th> <th>PERÍODO</th> <th>PERÍODO</th> <th>PERÍODO</th> <th>PERÍODO</th> </tr> <tr> <th>INÍCIO</th> <th>FIM</th> <th>INÍCIO</th> <th>FIM</th> <th>INÍCIO</th> <th>FIM</th> <th>INÍCIO</th> <th>FIM</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>16/06/2020</td> <td>16/07/2020</td> <td>16/06/2020</td> <td>16/07/2020</td> <td>16/06/2020</td> <td>16/07/2020</td> <td>16/06/2020</td> <td>16/07/2020</td> </tr> <tr> <td>00000000000000000000</td> <td>00000000000000000000</td> <td>00000000000000000000</td> <td>00000000000000000000</td> <td>00000000000000000000</td> <td>00000000000000000000</td> <td>00000000000000000000</td> <td>00000000000000000000</td> </tr> </tbody> </table>				DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL								PERÍODO	PERÍODO	PERÍODO	PERÍODO	PERÍODO	PERÍODO	PERÍODO	PERÍODO	INÍCIO	FIM	INÍCIO	FIM	INÍCIO	FIM	INÍCIO	FIM	16/06/2020	16/07/2020	16/06/2020	16/07/2020	16/06/2020	16/07/2020	16/06/2020	16/07/2020	00000000000000000000	00000000000000000000	00000000000000000000	00000000000000000000	00000000000000000000	00000000000000000000	00000000000000000000	00000000000000000000
DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL																																											
PERÍODO	PERÍODO	PERÍODO	PERÍODO	PERÍODO	PERÍODO	PERÍODO	PERÍODO																																				
INÍCIO	FIM	INÍCIO	FIM	INÍCIO	FIM	INÍCIO	FIM																																				
16/06/2020	16/07/2020	16/06/2020	16/07/2020	16/06/2020	16/07/2020	16/06/2020	16/07/2020																																				
00000000000000000000	00000000000000000000	00000000000000000000	00000000000000000000	00000000000000000000	00000000000000000000	00000000000000000000	00000000000000000000																																				
<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="8">DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES</th> </tr> <tr> <th>DESCRIÇÃO</th> <th>CONSUMO</th> <th>PERÍODO</th> <th>DATA</th> <th>TEMPO</th> <th>DATA</th> <th>TEMPO</th> <th>DATA</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>DESCRIÇÃO</td> <td>CONSUMO</td> <td>PERÍODO</td> <td>DATA</td> <td>TEMPO</td> <td>DATA</td> <td>TEMPO</td> <td>DATA</td> </tr> <tr> <td>DESCRIÇÃO</td> <td>CONSUMO</td> <td>PERÍODO</td> <td>DATA</td> <td>TEMPO</td> <td>DATA</td> <td>TEMPO</td> <td>DATA</td> </tr> </tbody> </table>				DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES								DESCRIÇÃO	CONSUMO	PERÍODO	DATA	TEMPO	DATA	TEMPO	DATA	DESCRIÇÃO	CONSUMO	PERÍODO	DATA	TEMPO	DATA	TEMPO	DATA	DESCRIÇÃO	CONSUMO	PERÍODO	DATA	TEMPO	DATA	TEMPO	DATA								
DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES																																											
DESCRIÇÃO	CONSUMO	PERÍODO	DATA	TEMPO	DATA	TEMPO	DATA																																				
DESCRIÇÃO	CONSUMO	PERÍODO	DATA	TEMPO	DATA	TEMPO	DATA																																				
DESCRIÇÃO	CONSUMO	PERÍODO	DATA	TEMPO	DATA	TEMPO	DATA																																				
<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="8">INFORMAÇÕES IMPORTANTES</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td colspan="8"> Na data da leitura a bateria em vigor é a Verde. Mais informações em www.celpe.com.br. O cliente é compensado quando há variação na sustentabilidade individual ou do nível de tensão de fornecimento. O cliente é compensado quando há suspensão do prazo definido para o padrão de atendimento comercial. Em caso de suspensão de fornecimento, o encerramento de contrato poderá ocorrer após 2 meses de faturamento. O cliente é compensado quando há suspensão do prazo definido para o padrão de atendimento comercial. Em caso de suspensão de fornecimento, o encerramento de contrato poderá ocorrer após 2 meses de faturamento. O cliente é compensado quando há suspensão do prazo definido para o padrão de atendimento comercial. Em caso de suspensão de fornecimento, o encerramento de contrato poderá ocorrer após 2 meses de faturamento. </td> </tr> </tbody> </table>				INFORMAÇÕES IMPORTANTES								Na data da leitura a bateria em vigor é a Verde. Mais informações em www.celpe.com.br. O cliente é compensado quando há variação na sustentabilidade individual ou do nível de tensão de fornecimento. O cliente é compensado quando há suspensão do prazo definido para o padrão de atendimento comercial. Em caso de suspensão de fornecimento, o encerramento de contrato poderá ocorrer após 2 meses de faturamento. O cliente é compensado quando há suspensão do prazo definido para o padrão de atendimento comercial. Em caso de suspensão de fornecimento, o encerramento de contrato poderá ocorrer após 2 meses de faturamento. O cliente é compensado quando há suspensão do prazo definido para o padrão de atendimento comercial. Em caso de suspensão de fornecimento, o encerramento de contrato poderá ocorrer após 2 meses de faturamento.																															
INFORMAÇÕES IMPORTANTES																																											
Na data da leitura a bateria em vigor é a Verde. Mais informações em www.celpe.com.br. O cliente é compensado quando há variação na sustentabilidade individual ou do nível de tensão de fornecimento. O cliente é compensado quando há suspensão do prazo definido para o padrão de atendimento comercial. Em caso de suspensão de fornecimento, o encerramento de contrato poderá ocorrer após 2 meses de faturamento. O cliente é compensado quando há suspensão do prazo definido para o padrão de atendimento comercial. Em caso de suspensão de fornecimento, o encerramento de contrato poderá ocorrer após 2 meses de faturamento. O cliente é compensado quando há suspensão do prazo definido para o padrão de atendimento comercial. Em caso de suspensão de fornecimento, o encerramento de contrato poderá ocorrer após 2 meses de faturamento.																																											
<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="4">NÍVEL DE TENSÃO</th> </tr> <tr> <th>TENSÃO NOMINAL (V)</th> <th>UNIDADE DE MEDIÇÃO (V)</th> <th>NÍVEL</th> <th>RAZÃO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>220</td> <td>220</td> <td>220</td> <td>220</td> </tr> </tbody> </table>				NÍVEL DE TENSÃO				TENSÃO NOMINAL (V)	UNIDADE DE MEDIÇÃO (V)	NÍVEL	RAZÃO	220	220	220	220																												
NÍVEL DE TENSÃO																																											
TENSÃO NOMINAL (V)	UNIDADE DE MEDIÇÃO (V)	NÍVEL	RAZÃO																																								
220	220	220	220																																								
<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="4">AUTENTICAÇÃO MECÂNICA</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td colspan="4"></td> </tr> </tbody> </table>				AUTENTICAÇÃO MECÂNICA																																							
AUTENTICAÇÃO MECÂNICA																																											
<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="4">CONTA CONTRATO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>CONTA CONTRATO</td> <td>MÊS</td> <td>TOTAL A PAGAR (R\$)</td> <td>VENCIMENTO</td> </tr> <tr> <td>007034418033</td> <td>07/2020</td> <td>65,68</td> <td>21/07/2020</td> </tr> </tbody> </table>				CONTA CONTRATO				CONTA CONTRATO	MÊS	TOTAL A PAGAR (R\$)	VENCIMENTO	007034418033	07/2020	65,68	21/07/2020																												
CONTA CONTRATO																																											
CONTA CONTRATO	MÊS	TOTAL A PAGAR (R\$)	VENCIMENTO																																								
007034418033	07/2020	65,68	21/07/2020																																								
<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="4">PAGAMENTO ATRAVÉS DE FICHA DE COMPENSAÇÃO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td colspan="4"></td> </tr> </tbody> </table>				PAGAMENTO ATRAVÉS DE FICHA DE COMPENSAÇÃO																																							
PAGAMENTO ATRAVÉS DE FICHA DE COMPENSAÇÃO																																											



ATENDIMENTO: AVENIDA BRASIL - NUM. - 00931 - LOJA-5 - CENTRO
ABREU E LIMA PE 53525-790

ROSAANA LIGIA FERNANDES DANTAS MATRICULA 103068667 JUN/2020
R 304QUIN NADUCCO, N. 00280 + TIWIO ABREU E LIMA PE 54520-170
INSCRIÇÃO: 105.135.120.0443.000 GRUPO: 7 DEB. AUTOMÁTICO: 103068667

LIGADO A17522452	POTENCIAL 29/05/2020	RESERVA 30/06/2020	TIPO DE CONSUMO (AC) MEDIA HD
---------------------	-------------------------	-----------------------	----------------------------------

LEIT ANT: 5	CONSUMO: 1
LEIT ATU: 5	
LEIT FAT: 5	NO PARADO

HISTORICO DE CONSUMO
REFERENCIA COMUM

05/2020	01
04/2020	01
03/2020	01
02/2020	01
01/2020	01
12/2019	01
NEDTA:	01

PARAMETROS	TUBO Nº 35 - GRUPOS 28		
	EXT. PORT. MS X 314/311	ANÁLISES REALIZ.	ATENÇÃO A LUGAR
TURBIDEZ	26	36	29
COR APARENTE	16	36	29
CLORO RESIDUAL	38	36	35
CLIF. TOTAIS	30	36	33
CLIF. NIT.	30	36	36

NFDATA: 01 Qualidade de Água: www.compsa.com.br
 OBS.: (1) COLIFORMES TOTAIS AUSÊNCIA 95% DAS AMOSTRAS EXAMINADAS
 (2) 505 PARÂMETROS COIFORMES TOTAIS, ESCHERICHIA COLI E CLORO
 RESIDUAL SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES SANITÁRIAS DA ÁGUA
 (3) 305 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	44,04
COMERCIAL 1 UNIDADE(S)		
CONSUMO DE ÁGUA	0 M3	04,84
MULTIPLICAÇÃO POR 1000		2,17

TRIMMINGS	BASE OF CANNED	PERCENTAGE	VALUE OF TRIMMINGS
100	100, 92	1, 65	1, 80
100	100, 92	7, 60	8, 28

15/07/2020.

TOTAL A PAGAR: **111.09**

MESSAGE:

IDENTIFICAMOS A EXISTENCIA DE 4 FATURAS PENDENTES, NO TOTAL DE R\$ 448,84. REGULARIZE SEU DEBITO E EVITE A NEGATIVACAO E SUSPENSAO DO FORNECIMENTO DE AGUA.



DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DINHEIRO
CIRCULAR SUSEP 445/12

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECASWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=28638>

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

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

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

* 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 da prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

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

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

Abreu e Lima 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) - CLASSIFICAÇÃO

Prioridade: **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

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco

Página 1 de 1



5868 688

UPA24h

UPA IGARASSU - IGARASSU

IMIP
HOSPITAL

Atendimento: **1178833**

Senha da Classificação:

0144

Data e Hora: **25/01/2020 22:00**

Paciente: **172451 WOSILLEY ANDRE FERREIRA** Sexo: **MASCULINO**
Nome Social: Cor: **Preta** Escolaridade: **NAO SABE/SEM DECLARACAO**
Data do Nascimento: **28/10/1994** Idade: **25 anos** Convenio: **2** SUS - PRONTO ATENDIMENTO
Nome da Mãe: **JOSICLEIDE DA SILVA FERREIRA** Nome do Pai:
Estado Civil: **SOLTEIRO** Nome do Médico: **ORTOPEDISTA - PLANTONISTA** CRM: **1234567**
Endereço: **ELIZABETH** 44 Bairro: **TRIUNFO**
Cidade/UF: **IGARASSU PE** Cep: **53625752** Usuário Atendimento: **DIEGODFS**
RG (Identidade): **8810268** SDS Data de Emissão: CNS: **20718538891000000000**
CPF (Cadastro de Pessoa Física): Fone: **94603146**
CRN(Certidão de Registro de Nasc): Data de Emissão CRN:

UPA IGARASSU
SATURADO

PESO: ALTURA: TEMPERATURA: °C FC: bpm FR: rpm PA: mmHg
DATA: / / HORA:

QUEIXA PRINCIPAL / DURAÇÃO / HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL

*Doença com sintomas de
fratura no pé direito.*

EXAME FÍSICO:

*semelhante com um
pé direito.*

HIPÓTESE(S) DIAGNÓSTICA(S):

Cr. Subto no

SOLICITAÇÃO DE EXAMES:

Claudio Costa Neto
Ortopedia / Traumatologia
CRM-PE 24.099

PRESCRIÇÃO MÉDICA:

HORÁRIO

*Dito, com
Corte e per 10g + 5g, 20 ml ou mais
Definitivo 26 + 17 ou mais*

Claudio Costa Neto
Ortopedia / Traumatologia
CRM-PE 24.099

México / Crampe:

ENCAMINHADO: () Ambulatório () Sala Verde () Sala Amarela () Sala Vermelha
Médico / Crampe:



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

Ex. fractura externa
do 4.º 3.º PDD

cr. po. hms

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM (ASS/COREN)

Paciente admitida na sala cirúrgica para agendar transporte
ao HUS com fratura de osso.

Após curativo com curativo próprio, monitorar, higiene
após, curar, monitorar, observar sinais e sintomas
para o 1.º.

Jose Robinson P. Cordeiro
COREN-PE 209823 ENF

As 02:30h. foi realizado o agendamento para o transporte
para o HUS com fratura de osso.

EVOLUÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL (ASS/CRESS)

DESTINO:

ALTA: () Melhorada () Com Atestado () Com Prescrição

(X) TRANSFERÊNCIA LOCAL: hms

SENHA: 5868688

() ÓBITO Data: / / AS () ATESTADO DE ÓBITO () SVO () IMI

Cláudio Costa Neto
Médico / Traumatologia
CRM 24.099

TERMO DE RESPONSABILIDADE DE ALTA A PEDIDO PARA MAIORES DE 18 ANOS

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: / / HORA: : :

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 568648

IDENTIFICAÇÃO

Nome do Paciente: _____ Idade: 23

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

Endereço Residencial: _____ Bairro: _____

Cidade: Igarassu

CAUSA EXTERNA (ACIDENTE/VIOLENCIA)

Acidente de Trânsito: Ônibus () Caminhão () Carro de Passado () 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: Paciente com queixa de dor no abdômen

Hipótese Diagnóstica: Doença inflamatória intestinal

AValiação Clínica

Glicemia Capilar (HGT): _____ Temperatura: _____ F.C.: _____ P.A.: _____
Vias Aéreas: FR _____ Dispneia S () N () Tiragem Intercostais S () N () Obstrução Vias Aéreas: S () N ()
Sibilos Expiratórios: S () N () BAN*: S () N () Deformidade do Tórax: S () N () Gemido/ Estridor: S () N ()
Distúrbio Fala/Choro: S () N ()
Agitação Psicomotora: S () N () Lesões de face: S () N () Retração Xifóide: S () N ()
Perfusão Periférica: Boa () Lentificada () Bulhas Cardíacas: Normofonéticas () Hipofonéticas ()
Pulso: Rítmico () Arritmico () 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
Descorticação 3
Decerebração 2
Sem resposta motora 1

TOTAL DE PONTOS ECG: _____

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

Avaliação Pupilar: Isocóricas () Anisocóricas () Midríase () Miose ()

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: Vitima () Outros ()

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

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

Lolô () Maconha () Cola () Cocaína () Crack () Lança-perfume () Anfetaminas () Éxtase ()

CONDUTA CLÍNICA/EVOLUÇÃO

Imobilização da Coluna Cervical: S () N ()

Imobilização Tala Gessada: S () N ()

Antibioticoterapia: S () N () Especificar: _____

Oxigenioterapia: Cateter () Venturi () CPAP ()

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

Entubação Orotraqueal: S () N ()

Ventilação Mecânica: Modalidade _____

FiO2: _____

Reanimação Cardiopulmonar: S () N ()

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

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

Volume de Fluidos Infundido: _____

Outras Condutas: _____

Intercorrências: _____

MOTIVO DA TRANSFERÊNCIA*HTO Crânio***CONCLUSÃO DO ATENDIMENTO**

Hospital para onde foi encaminhado: _____

Médico Regulador: _____

Hora: _____

Transferência com acompanhamento Médico: S () N ()

25/01/20

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

PROTOCOLO CLASSIFICACAO 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:

Período: 26/01/2020 03:40 - 26/01/2020 03:43

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

Prioridade:

Cor:

VERMELHO

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 OXIGÊNIO: 99.00 %
- TEMPERATURA(C): 36.00 °C

RECEBADO
HMA

HMA - Hospital Miguel Arraes
Lesão de Pele

Sim () Não (X)

Local

Enfermeiro

Kenia Maylla
COREN: 7760

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

Data Impressão: 26/01/2020 03:43

Página 1 de 1

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco





HOSPITAL
MIGUEL ARRAES

HOSPITAL MIGUEL ARRAES



Atendimento: 514363

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

Senha da Classificação: [REDACTED]

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:

CRM: 12346

Estado Civil: SOLTEIRO

Nome do Médico: PLANTONISTA ORTOPEDIA

Bairro: CENTRO

Endereço: JOSE FIALHO

275

Usuário Atendimento: PAULAFSC

Cidade/UF: ITAPISSUMA

PE

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 queda de altura com trauma
flamante na PE direita, tal qual
MGA abelhas, com a dor

Exame Físico

consistência aumentada com dor
na PE direita e 267mm

Hipótese Diagnóstico

FX. EXPOS + 2 3° e 4° METATARSO (D)
+ EXTERNO (EXPOS + 2 3° e 4°)

Prescrição Médica

- CEFOTAXIMA 2g + 266 (SUSPENSÃO)
- IANAPROF 50g 2FA + 1000ST
- DIFENHIDRAMINA 2g + 1000ST
- 500mg / 1m
RX PE (D)

AD BLOCO CERVICAL
GENTAMICINA 240g + 1000ST
CLINDAMICINA 600g + 3000ST

Assinatura e Carimbo/Médico

Dr. Jan Lacerda
Ortopedia / Traumatologia
CRM-PE: 22590/2019-PE: 1934

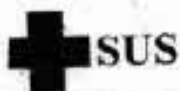
Destino: () Encaminhado ao Ambulatório () Residência

() Transferido: Para

() Encaminhado ao setor de internação

Senha:





Laudo para solicitação de autorização de internação

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

1 - ESTABELECIMENTO SOLICITANTE	HOSPITAL MIGUEL ARRAES	2 - CNES	6431569
3 - ESTABELECIMENTO EXECUTANTE	HOSPITAL MIGUEL ARRAES	4 - CNES	6431569

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5 - Nome do Paciente	WOSILLEY ANDRE FERREIRA			6 - Nº Prontuário	130664
7 - Cartão Nacional do SUS	8 - Data de Nascimento	9 - Sexo	10 - Raça/Cor	10.1 - Etnia	0000 - Não Se Aplica
700007546041700	28/10/1994	M	03 - Parda	12 - Telefone de Contato	8198655726
11 - Nome da Mãe	JOSICLEIDE DA SILVA PEREIRA			14 - Telefone do Contato	
13 - Nome Responsável	O MESMO				
15 - Endereço (Rua, Nº, Bairro)	JOSE FIALHO, 275 - CENTRO				
16 - Município	17 - IBGE	18 - UF	19 - CEP		
ITAPSSUMA	260775	PE	53700000		

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - História Clínica e Sintomas Clínicos	21 - Condições que justificam a internação	
VITIMA DE QUEDA DE MOTO COM TRAUMA E FERIMENTO EXTENSO EM PE DIREITO, CONSCIENTE ORIENTADO EUPNEICO ESTAVEL		
EDEMA + FERIMENTO EXTENSO EM PE DIREITO		
22 - Principais Resultados de Exames Diagnósticos		
ANAMNESE + EXAME FISICO		
23 - Diagnóstico Inicial / Código		
FX. EXPOSTA DE 3 E 4º METATARSO DIREITO		
24 - CID 10 Principal	25 - CID 10 Secundário	26 - CID 10 Causas Associadas
S923	W199	04.08.05.046-2

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - Descrição do Procedimento Solicitado	28 - Código do Procedimento	
PROCEDIMENTOS SEQUENCIAIS EM ORTOPEDIA	041502006	
29 - Especialidade	30 - Caracter de Atendimento	31 - Documento
CIRURGICA	2	(X) CNS () CPF
32 - Nº do Documento (CNS/CPF) do Profissional Solicitante/Assistente	33 - Data de Solicitação	
980016278437533	26/01/2020	
34 - Assinatura e Carimbo (Nº de Registro no Conselho)	16339	
SORMANE DE CARVALHO BRITTO		

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - CNPJ Seguradora	40 - Nº Bilhete	41 - Série
42 - CNPJ / Empresa	43 - CNAE / Empresa	44 - CBOE
45 - Vínculo com a Previdência		
() Empregado () Empregador () Autônomo () Desempregado () Aposentado () Não Segurado		

AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizador	47 - Cód. Órgão Emissor	52 - Nº da Autorização de internação
	E260000001	AIH 262010245137-3
48 - Documento	49 - Nº do Documento (CNS/CPF) do Profissional Autorizador	51 - Assinatura e Carimbo (Nº Registro do Conselho)
() CNS () CPF		Dr. Luciano Rêgo Traumatologista CRM 17777
50 - Data da Autorização		

Código do Laudo: 514363



Aviso de Cirurgia : 62514
Paciente : 133664
Convênio Atend. : 1
Leito : 340
Dt. Início : 26/01/2020 08:35
Cid Pré-Operatório : S923
Cid Pós-Operatório : S923

Sala : 0005 SALA 05
WOSILEY ANDRE FERREIRA
SUS - INTERNACAO
VERMELHO - EXTRA 009
Dt. Fim : 26/01/2020 09:20
FRATURA DE OSSOS DO METATARSO
FRATURA DE OSSOS DO METATARSO

Atendimento : 514365
Carteira :
Idade : 25 Anos

Procedimento: 0408020342
Convênio: 001
Anestesia: 05

TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA / LESÃO FISARIA DAS FALANGES DA MÃO (COM FIXAÇÃO) (PRINCIPAL)
SUS - INTERNACAO
RAQUI ANESTESIA

CIRURGIAO 18757 JEFFERSON CALUME DE OLIVEIRA JUNIOR
ANESTESISTA 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 ANTISSEPÇÃO DE MÍD.
3. APOSIÇÃO DE CAMPOS CIRÚRGICOS ESTÉREIS.
4. ABORDAGEM DO FERIMENTO COM HEMOSTASIA DO MESMO.
5. LIMPEZA EXAUSTIVA MECANOCIRÚRGICA COM SF 0,9%.
6. DEBRIDAMENTO DE TECIDOS DESVITALIZADOS.
7. FIXAÇÃO DAS FRATURAS DE 3º E 4º METATARSOS COM 4 FIOS K Nº 1,5
8. SUTURA DA PELE;
9. CURATIVO ESTÉRIL + TALA GESSADA TIPO BOTA.

Achados Cirúrgicos:

Descrição Complementar

FATURADO
26/01/2020
CLAUDEYAN SOUSA
FATURISTA

Dr. Igor M. de S. Pereira
Ortopedista
CRM 25560/RS

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

HOSPITAL METROPOLITANO NORTE MIGUEL ARRAES DE ALENÇAR





FICHA DE INTERNAÇÃO

Cód. Atendimento: **514365**

Usuário: **WESLEYFS**

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

DADOS DO PACIENTE

Paciente:	WOSILLEY ANDRE FERREIRA			Prontuário:	133664
Idade:	25a 2m 29d	Sexo:	M	Data de Nascimento:	28/10/1994
Profissão:		Estado Civil:	SOLTEIRO		
R.G.:		Escolaridade:		CEP:	53700000
Endereço:	JOSE FIALHO	C.P.F.:	06940338470	Telefones:	- ITAPISSUMA PE
			275	- CENTRO	
Dados da Internação					
Origem:	INTERNACAO	Data e Hora da Internação:	26/01/2020 04:04		
Convênio:	SUS - INTERNACAO	Plano:	GERAL		
Unidade Internação:	VERDE 2 ORTOPEdia	Acomodação:	ENFERMARIA DE OBSERVACAO	Leito:	VERD2-36
Médico Internação:	PLANTONISTA ORTOPEdia				

DADOS DO RESPONSÁVEL

Nº mes:	R.G.:	C.P.F.:	04/10/2019
Endereço:	- Número:	CLAUDEVAL SOUSA	
Telefone:	Cidade:	Estado civil:	Divorciado

DADOS DA LIBERAÇÃO DO PACIENTE

Data da Alta:	<u>27/01/2020</u>	Hora da Alta:	<u>10</u> : <u>30</u>
Motivo:	☒ Melhorado	☐ A Pedido	☐ Transferência
	☐ Óbito	☐ Evasão	
Condições de Alta:	<u>Bom</u>		
Diagnóstico Principal.....:	<u>Fratura exposta do fêmur (L)</u>		
Diagnóstico Secundário01.:			
Diagnóstico Secundário02.:			
Procedimento.....:	<u>LC + OAC + RFFP e não K</u>		

Dr. Luciana Moser
Traumatologia e Ortopedia
CRM: 17.171

Médico e CRM:

Josieleide 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, anestésias, transfusões, exames de sangue, ou qualquer outro tipo de exame médico e laboratorial) que se fizerem necessários para o diagnóstico, tratamento, cura e o bem estar do paciente.

Em _____ de _____ de _____

Assinatura e RG do paciente ou pessoa responsável



Atendimento: 514365
Dt Atendimento: 26/01/2020 - 04:04 Dt Alta: 27/01/2020 - 15:19
Paciente: 133664 WOSILLEY ANDRE FERREIRA

Serviço: 37 ORTOP23EDIA 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



HOSPITAL METROP. NORTE MIGUEL ARRAES
MV2000 - Sistema de Gerenciamento Ambulatorial
Relatório de Diagnóstico de Atendimento

Página: 1 / 1
Emitido por: PAULAFSC
Em: 26/01/2020 05:37

DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO

Atendimento..... : 514363 Prontuário: 133664 SAME: 120248 Hora Atend: 03:47 Data Atend: 26/01/2020
Paciente..... : WOSILLEY ANDRE FERREIRA
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
Data Saída..... : 26/01/2020 Hora Saída : 04:03

Prestador da Evolução Médica: PLANTONISTA ORTOPEDIA

PLANTONISTA ORTOPEDIA / 12348
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

HOSPITAL METROPOLITANO NORTE MIGUEL ARRAES DE ALENCAR





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: 25

WOLLEY ANDRE FERREIRA

Sexo: M () F () Profissão _____

Fone: _____

Endereço Residencial: _____

Bairro: _____

Cidade: _____

Itamarassu

CAUSA EXTERNA (ACIDENTE/VIOLENCIA)

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

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.: _____
Vias Aéreas: FR _____ Dispneia S () N () Tiragem Intercostais S () N () Obstrução Vias Aéreas: S () N ()
Sibilos Expiratórios: S () N () BAN*: S () N () Deformidade do Tórax: S () N () Gemido/ Estridor: S () N ()
Distúrbio Fala/Choro: S () N ()
Agitação Psicomotora: S () N () Lesões de face: S () N () Retração Xifóide: S () N ()
Perfusão Periférica: Boa () Lentificada () Bulhas Cardíacas: Normofonéticas () Hipofonéticas ()
Pulso: Rítmico () Arritmico () 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	
IDENTIFICAÇÃO	8.810.268
DATA DE EMISSÃO	06/11/2014
NOME << WOSILLEY ANDRÉ FERREIRA >>	
FILIAÇÃO << >>	
MATERNA << JOSICLEIDE DA SILVA FERREIRA >>	
NACIONALIDADE	ITAPISSUMA - PE
DATA DE NASCIMENTO	28/10/1994
DOCUMENTO << CN.10363 L.8 F.191V CART. ITAPISSUMA-PE-09/11/1994 >>	
116.561.124-42	
ASSINATURA DO DETENTOR DO DOCUMENTO	
LEI Nº 7.116 DE 29/08/83	
F-63 74.991 - 4431	



DENATRAN

DETRAN - PE

Nº 014488259649

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

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

KJQ7241

PLACA ANT / UF

***** / PE

CHASSI

9C2JC30707R111414

ESPECIE TIPO

PAS / MOTOCICLETA

COMBUSTÍVEL

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

VENC. COTA ÚNICA

VENC / COTAS

IPVA 2019 QUITADO

1* *****

FAIXA IPVA

PARCELAMENTO / COTAS

2* *****

3* *****

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$)

80.11

IOF (R\$)

0.323

PRÊMIO TOTAL (R\$)

84.58

DATA DE PAGAMENTO

04/02/19

OBSERVAÇÕES

SEM RESERVA

FORTE OBRIGATORIO
Pela Transparencia

CONTRAN



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

ROSSANA LIGIA FERNANDES DANTAS

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

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 seqüela

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: WOSILEY ANDRE FERREIRA
Nacionalidade: Brasileira Estado Civil: solteiro Profissão: Ativista
Identidade: 8 810.268 CPF: 116 565 124-42
Endereço: Rua José F. Alho, 275-A, Casa, 1
Centro, Marassolândia - 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

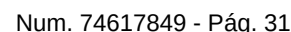
Endereço: Avenida Joaquim Nabuco nº 200, Timbó, Abreu e Lima/PE, Cep. 53.520-170

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 Líder (Correios, Sincor (s) e Corretores), dar entrada em sinistro, enviar documentos relativo a pendências, receber correspondências, solicitar informações por escrito, e-mails ou por telefone, ter acesso ao número de sinistro ocorrido com a vítima no dia 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.

Stapisuma 20/02/2020
Local e data

Wosiller Andre' Perrin

Assinatura do Beneficiário/Vítima
(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

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DE 3º E 4º METATARSOS 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

