
Rio de Janeiro, 16 de Setembro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200330277

Vítima: DAVID FEITOSA DOS SANTOS

Data do Acidente: 23/11/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: FERNANDA BRANDAO DE OLIVEIRA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), DAVID FEITOSA DOS SANTOS

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 22 de Setembro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200330277

Vítima: DAVID FEITOSA DOS SANTOS

Data do Acidente: 23/11/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: FERNANDA BRANDAO DE OLIVEIRA

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), DAVID FEITOSA DOS SANTOS

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, foi verificada a necessidade de realização de avaliação médica presencial para a identificação e/ou enquadramento da invalidez permanente de acordo com a tabela prevista na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do seu pedido fica interrompido e sua contagem será reiniciada após a emissão do laudo da avaliação médica.

O não comparecimento à avaliação médica agendada poderá gerar o cancelamento do pedido do Seguro DPVAT.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 01 de Outubro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200330277

Vítima: DAVID FEITOSA DOS SANTOS

Data do Acidente: 23/11/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: FERNANDA BRANDAO DE OLIVEIRA

Assunto: NOVA TENTATIVA DE PAGAMENTO

Senhor(a), DAVID FEITOSA DOS SANTOS

Comunicamos que o banco indicado para recebimento do Seguro DPVAT rejeitou o depósito por problemas nos dados informados e, com isso, não foi possível concluir o seu pagamento.

Para nova tentativa de depósito, será necessário o envio de novo formulário de Autorização de Pagamento com os dados bancários atualizados e devidamente assinado.

O formulário está disponível no nosso site e deverá ser entregue na CIA EXCELSIOR DE SEGUROS, ponto de atendimento onde o pedido do Seguro DPVAT foi feito.

O prazo de 30 (trinta) dias para pagamento do Seguro PVAT foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber o documento solicitado. Caso não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 14 de Outubro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200330277

Vítima: DAVID FEITOSA DOS SANTOS

Data do Acidente: 23/11/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: FERNANDA BRANDAO DE OLIVEIRA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), DAVID FEITOSA DOS SANTOS

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\$ 4.725,00

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros inferiores 70%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 70%) 35,00%

Valor a indenizar: 35,00% x 13.500,00 = R\$ 4.725,00

Recebedor: **DAVID FEITOSA DOS SANTOS**

Valor: **R\$ 4.725,00**

Banco: **237**

Agência: **000006341-0**

Conta: **0000013125-3**

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: ☐ DABS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 055.712.864-20 4 - Nome completo da vítima: DAVID FEITOSA DOS SANTOS

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

5 - Nome completo: DAVID FEITOSA DOS SANTOS 6 - CPF: 055.712.864-20
7 - Profissão: RECURSO 8 - Endereço: V. APRIAL OLIVEIRA 9 - Número: 13 10 - Complemento: CASA 4
11 - Bairro: ENB. MARAQUAPE 12 - Cidade: PAULISTA 13 - Estado: PE 14 - CEP: 53.423-560
15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD): (81) 98552-9424

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR DE 18 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\$1.009,00 ☐ 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: 821 4 CONTA: 71628 6

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

☒ Declaro, sob as penas da Lei, que não estou impossibilitado de apresentar o Laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins do requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

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

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discordar do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou CNJ) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúva

24 - Data do óbito da vítima:

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

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tenha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima detinha nascituro(nasceres)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tenha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima detinha 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 certo, 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 159 do Código Penal.

34 - Nome legível de quem assina a pedido (a rgo)

35 - CPF legível de quem assina a pedido (a rgo)

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rgo)

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: Recife 10 de Setembro de 2020.

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 POLICIA DA 032ª CIRCUNSCRIÇÃO - ENGENHO MARANGUAPE - DP32ªCIRC
DIM/8ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 20E0122000968

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **09/09/2020** às **15:16**

ATROPELAMENTO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado), que aconteceu no dia **23/11/2019** às **17:00**

Fato ocorrido no endereço: **RODOVIA PE - 22, 01, VIA PUBLICA** - Bairro: **ENGENHO MARANGUAPE - PAULISTA/PERNAMBUCO/BRASIL** - CEP: **50000000** - Ponto de Referência: **PROXIMIDADE DA IGREJA CATOLICA**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR / AGENTE)
MARILEIDE MARIA SILVA (NOTICIANTE)
DAVID FEITOSA DOS SANTOS (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**

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

DAVID FEITOSA DOS SANTOS (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **MARILEIDE FEITOSA DOS SANTOS** Pai: **GILVAN FEITOSA DOS SANTOS** Data de Nascimento: **10/10/1985** Naturalidade: **PAULISTA / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **6971831/SDS/PE (RG)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **1º. GRAU INCOMPLETO** Profissão: **DO LAR** Telefones Celulares: **- 81985529424**

Endereço Residencial: **RUA ARI SANTA CRUZ DE OLIVEIRA, 13, QUADRA C-7 LOTE-13 - CEP: 55000-000 - Bairro: ENGENHO MARANGUAPE - PAULISTA/PERNAMBUCO/BRASIL, PROXIMO A PADARIA PAN ERIKA**

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

MARILEIDE MARIA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: **Feminino** Mãe: **CARMELITA MARIA DE OLIVEIRA** Pai: **EDINIZ ANTONIO DA SILVA** Data de Nascimento: **27/4/1953** Naturalidade: **RECIFE / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **984636/SDS/PE (RG), 19751540453 (CPF)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **1º. GRAU INCOMPLETO** Profissão: **COZINHEIRO(A)** Telefones Celulares: **- 81984813659**

Endereço Residencial: **RUA ARI SANTA CRUZ DE OLIVEIRA, 13, QUADRA C-7 LOTE-13 CASA - CEP: 55000-000 - Bairro: ENGENHO MARANGUAPE - PAULISTA/PERNAMBUCO/BRASIL, PROXIMO A PADARIA PAN ERIKA**

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

VEICULO (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**, que estava em posse do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**

Categoria/Marca/Modelo: **NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**
Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Descrição: **UM VEICULO TIPO ONIBUS DA EMPRESA DO RODOTUR**

Complemento / Observação

INFORMOU A NOTICIANTE NO DIA, HORA E LOCAL JÁ DESCRITOS EM TELA QUE, A VÍTIMA IRIA A TRAVESSAR A CITADA AVENIDA; QUANDO FOI ATROPELADO PELO VEICULO EM QUESTÃO. INFORMA AINDA A NOTICIANTE QUE O AUTOR AGENTE, NÃO PRESTOU SOCORROS, E SE AUSENTOU DO LOCAL. A VÍTIMA FOI SOCORRIDA PELO SAMU, QUE GEROU A OCORRÊNCIA DE NºS-712089 DATADO DO DIA, 23/11/2019 ÀS 17:35 HORAS, SENDO CONDUZIDO PARA O HOSPITAL MIGUEL ARRAES, QUE GEROU O CÓDIGO DE ATENDIMENTO Nº505381. ENCERRO O EXPOSTO FATO DELEGACIA DO JANGA

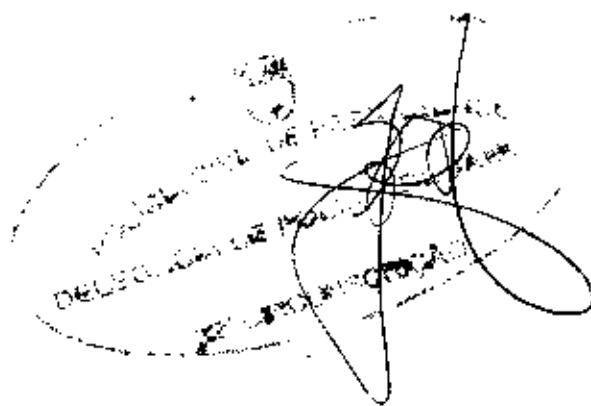
Assinatura da(s) pessoa(s) presente nesta unidade policial

(David)
DAVID FEITOSA DOS SANTOS
(VÍTIMA)

MARILEIDE MARIA SILVA
(NOTICIANTE)

B.O. registrado por: **JOSE ELIDIO DE SOUZA LAGES** - Matrícula: **3848051**
(Liberado em **09/09/2020 às 15:57**)

(Assinatura)



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 055.712.864-20 4 - Nome completo da vítima: DAVID FEITOSA DOS SANTOS

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

5 - Nome completo: DAVID FEITOSA DOS SANTOS 6 - CPF: 055.712.864-20
7 - Profissão: RECURSO 8 - Endereço: V. APRIAL OLIVEIRA 9 - Número: 13 10 - Complemento: CASA 4
11 - Bairro: END. MARAQUAPE 12 - Cidade: PAULISTA 13 - Estado: PE 14 - CEP: 53.423-560
15 - E-mail: 16 - Tel (DDD): (81) 98552-9424

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR DE 18 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\$1.009,00 ☐ 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: 821 4 CONTA: 71628 6

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

☒ Declaro, sob as penas da Lei, que não estou impossibilitado de apresentar o Laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins do requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

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

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discordar do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou CNJ) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúva

24 - Data do óbito da vítima:

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

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tenha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro(nos)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tenha 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 159 do Código Penal.

34 - Nome legível de quem assina o pedido (a rgo)

35 - CPF legível de quem assina o pedido (a rgo)

37 - Assinatura de quem assina o pedido (a rgo)

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: Recife 10 de Setembro de 2020.

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO

DA Nº 06.07.2020.
EM: 30.07.2020.

Atendendo ao requerimento do Sr., **DAVID FEITOSA DOS SANTOS**,
RG Nº 6.971.831 SDS - PE, CPF Nº 059.712.864-20, declaramos que
baseado na ficha de **Ocorrência Nº S - 712089** do dia **23 de novembro de 2019**,
foi atendido pelo nosso Serviço de Atendimento Móvel de Urgência -
SAMU Paulista, por volta das 17hs e 35min, vítima atropelamento, na Rodovia
PE - 022, S/N, Engenho Maranguape - Paulista, nas proximidades da Igreja
Católica, sendo em seguida removido para o hospital Miguel Arraes.

Carlos Augusto Sampaio
MHT 039104
Carlos Augusto Sampaio
Coordenador
SAMU-Paulista

BRADESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 237 AGÊNCIA: 2373-6 CONTA: 000000429200-6

DATA DA TRANSFERENCIA:

09/10/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL:

4.725,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: DAVID FEITOSA DOS SANTOS

BANCO: 237

AGÊNCIA: 06341-0

CONTA: 000000013125-3

Nr. Autenticação

BRADESCO0910202005000000000023706341000000013125472500 PAGO

NOTA FISCAL | FATURA | CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

2a VIA

COMPANHIA ENERGÉTICA DE PERNAMBUCO

AV. JOÃO DE BARROS, 111, BOA VISTA, RECIFE, PERNAMBUCO

CEP 50050-902

CNPJ 10.835.932/0001-08

INSCRIÇÃO ESTADUAL 0005943-93



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 5599

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

DADOS DO CLIENTE

MARIA NATALIA DOS SANTOS

MCID005P02

CPF: 100.018.344-01

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

RUA ARI STA C OLIVEIRA 13 --A

ENGENHO MARANGUAPE/JANGA

53423-560 PAULISTA PE

As condições gerais de fornecimento (Resolução ANEEL 414/2010), tarifas, produtos, serviços prestados e tributos se encontram à disposição, para consulta em nossas unidades de atendimento e no site www.celpe.com.br

DATA DE VENCIMENTO

31/08/2020

TOTAL A PAGAR (R\$)

0,00

DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL

17/08/2020

DATA DA APRESENTAÇÃO

24/08/2020

NÚMERO DA NOTA FISCAL

120436529

CONTA CONTRATO

007027089075

Nº DO CLIENTE

2016230710

Nº DA INSTALAÇÃO

0006514230

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL - RESIDENCIAL

Monofásico

RESERVADO AO FISCO

A9F7.FBC6.8FA7.05BA.2EB3.332E.9E05.83CB

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)
Consumo Ativo(kWh)-TUSD	30,00	0,34426334	10,32
Consumo Ativo(kWh)-TE	30,00	0,26758282	8,02
Cartão de Todos - 0800-283-8916			23,10
Compensação DMIC 06/20			0,06-
TOTAL DA FATURA			41,38

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS								
ICMS			PIS			COFINS		
BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
0,00		0,00	18,34	1,09	0,19	18,34	5,04	0,92

Tarifas Aplicadas		HISTÓRICO DO CONSUMO	
Consumo Ativo(kWh)-TUSD	0,32316000	AGO 20	30
Consumo Ativo(kWh)-TE	0,25118000	JUL 20	30
		JUN 20	30
		MAI 20	30
		ABR 20	30
		MAR 20	69
		FEV 20	30
		JAN 20	39
		DEZ 19	41
		NOV 19	36
		OUT 19	30
		SET 19	30
		AGO 19	81

Faturado pelo mínimo da fase - Custo de Disponibilidade, Artigo 98, Resolução ANEEL 414/2010.

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

NÚMERO DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR		ATUAL		Nº DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO kWh
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA				
000000003171359367	CAT	15/07/2020	1.255,00	17/08/2020	1.283,00	33	1,00000	0,00	28,00

DATA PREVISTA PARA A PRÓXIMA LEITURA: 16/09/2020

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES

DESCRIÇÃO	CONJUNTO	VALOR APURADO	META MENSAL	META TRIM.	META ANUAL
jun/2020					
DIC-No.de horas sem Energia	PAU AMARELO	3,20	5,07	10,15	20,30
FIC-No.de vezes sem Energia		1,00	3,17	6,35	12,70
DMIC-Duração máxima de interrupção contínua		3,20	2,86	0,00	0,00
DICRI-Duração de interrupção em dia crítico					Limite DICRI: 12,22
EUSD-Valor do Encargo de Uso = R\$ 9,69					
Todo Consumidor pode solicitar a apuração dos indicadores DIC, FIC, DMIC e DICRI a qualquer tempo.					

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Pague no ponto mais perto de voce! disk bebidas e alimentos: rua dr luiz ignacio de andrade lima no 1286 loja janga / j e z informatica: rua agamenon magalhães engenho maranguapeLista completa em www.celpe.com.br. Na data da leitura a bandeira em vigor é a Verde. Mais informações em www.aneel.gov.br. O cliente é compensado quando há violação na continuidade individual ou do nível de tensão de fornecimento. Pagto. em atraso gera multa 2%(Res414/ANEEL), Juros 1%a.m(Lei 10.438/02) e atualização monetária no próx. mês Isenção do ICMS conforme Art.9, XLVIII, a, 2.1, do RICMS-PE. O Cliente é compensado quando há descumprimento do prazo definido para os padrões de atendimento comercial.

NÍVEIS DE TENSÃO

TENSÃO NOMINAL(V)	LIMITE DE VARIAÇÃO(V)	
	MÍNIMO	MÁXIMO
220	202	231

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

DESTAQUE AQUI

CONTA CONTRATO

007027089075

MÊS/ANO

08/2020

TOTAL A PAGAR(R\$)

0,00

VENCIMENTO

31/08/2020

TALÃO DE PAGAMENTO

Evite dobrar, perfurar ou rasurar.

Este canhoto será usado em leitora ótica.

PAGAMENTO ATRAVÉS DE FICHA DE COMPENSAÇÃO

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

INTERNACIONAL

VISA

Página 1 de 2



CPC RECIFE PL III
 FERNANDA BRANDAO DE OLIVEIRA
 RUA CONEGO JOSE FERNANDES MACHADO 233 CASA A
 VARZEA RECIFE PE
 50970-230



Vencimento: 04/06/2020
 Postagem: 27/05/2020

Data de Vencimento	Total da Fatura R\$
04/06/2020	1.297,70
Pagamento Mínimo R\$	Parcelamento de Fatura R\$
148,37	Entrada 18,00 + 24 x 121,28
Período	Total do Financiamento
Maio / 2020	2.911,13
	CET Anual 149,19%

Data prevista para o fechamento da próxima fatura: 24/06/2020

Mensagem importante				Resumo das Despesas			
Pagamento da fatura: Opção sempre pelo pagamento total da fatura. Em caso de imprevistos, você poderá utilizar o Crédito Rotativo. Dessa forma, se o pagamento for entre o mínimo estipulado e inferior ao valor total, haverá cobrança de juros remuneratórios incidentes sobre a diferença entre o valor total e o pago de até R\$ 159,75. Caso o pagamento realizado seja inferior ao mínimo estipulado ou não seja efetivado pagamento de qualquer valor, haverá adicionalmente incidência de juros de mora e multa.				Saldo Anterior			
Parcelado Fácil (automático): Caso o cliente não realize pagamento ou se já houve opção pelo crédito rotativo no mês anterior e o pagamento desta fatura for inferior ao valor total, o saldo remanescente deste mês será parcelado em até 24 vezes desde que o pagamento seja igual ou superior ao valor mínimo, com parcela mínima de R\$ 20,00, podendo o cliente optar por outras condições de parcelamento por meio da Central de Atendimento ao Cliente ou no Internet Banking Correntistas Bradesco (www.bradesco.com.br). IOF isento de 03 de abr à 03 de jul/2020, exceto para transações internacionais, conforme Decreto 10.305/2020.				(-) Pagamento / Crédito			
Número do Cartão				(-) Despesas Locais R\$			
Limite de Crédito Total R\$				(-) Despesas no exterior em R\$			
Limite de Saque R\$				(-) Total da Fatura R\$			
Limite Disponível em 24/05/2020				Taxes Mensais			
4551 XXXX XXXX 8901	1.310,00	524,00	12,30	Taxa no Mês (%)			
Data Histórico de Lançamentos				Taxa de Juros (%)			
Classe				CET			
Unidade				Taxas Mens. p/ Próx. Período			
Cotação do Dólar				Pagamento de Contas			
R\$				Parcelamento Fatura			
05/05 PAG BOLETO BANCARIO			351,75	Contas Parceladas			
06/05 PAG BOLETO BANCARIO			653,71	com Juros			
25/05 ENCARGOS DE ATRASO			3,71	Cartão			
25/05 ENCARGOS DE ROTATIVO			2,25	Rotativo			
FERNANDA BRANDAO DE OLIVEIRA				Saque à Vista			
Cartão 4551 XXXX XXXX 8901				* Sobre as operações de crédito incidido o IOF Diário (0,00001%) e IOF Adicional (0,00%) de acordo com a legislação vigente. Válido para o vencimento desta fatura.			
08/04 JOSE MATIAS NETO MEROZ/02	RECIFE		107,34	Forma Fácil Bradesco: 4002 0022 / 0800 570 0022. Atendimento 24 horas, 7 dias por semana. Consultas, informações e serviços transacionais. Acesso ao Exterior: 55 11 4002 0022. SAC - Bradesco Cartões: 0800 727 9988. SAC - Desistência Autêntica ou de Fato: 0800 722 0089. Atendimento 24 horas, 7 dias por semana. Reclamações, cancelamentos e informações gerais. Ouvidoria: 0800 727 9933. Atendimento das 08h às 18h, de 2ª a 6ª, exceto feriados. Se não ficar satisfeito com a solução apresentada, contate a Ouvidoria.			
01/05 JOSE MATIAS NETO MER	RECIFE		13,88				
03/05 UberBR LIBER TRIP HELP.UBE	SAO PAULO		4,93				
07/05 PAG*WanderlennyVieira	RECIFE		133,00				
08/05 PAG*Panificadora	RECIFE		30,00				
08/05 KI GALETO	RECIFE		23,00				
09/05 PAGOLIVRE *ESPLASE10	BARUERI		159,86				
09/05 BOI QUENTAO	RECIFE		70,32				
10/05 UberBR LIBER TRIP HELP.UBE	SAO PAULO		7,57				
11/05 food *IFOOD	OSASCO		15,50				
11/05 MERCADOPAGO *MADPIZZA	Osasco		49,00				

A FALTA DE PAGAMENTO OU PAGAMENTO ABAIXO DO MÍNIMO DA FATURA ACARRETARÁ A COBRANÇA DE IOF, JUROS DE MORA 1% A.M., MULTA 2% E JUROS REMUNERATORIOS DO:		A PARTIR DA SUA PRÓXIMA FATURA, O VALOR PARA PAGAMENTO MÍNIMO PASSA A SER:	
(I) PARCELAMENTO DE FATURA E/OU PARCELAMENTO FACIL APLICADOS SOBRE O VALOR DAS PARCELAS VENCIDAS, E/OU (II) CREDITO ROTATIVO SOBRE OS DEMAIS VALORES.		A PARTIR DE 5% DO VALOR TOTAL DA FATURA.	

Bradesco		237-2	23794.15009 90020.544905 17000.211403 2 00000000000000	
Nome do Pagador/CNPJ/CPF/Endereço/Cidade/UF/CEP				
FERNANDA BRANDAO DE OLIVEIRA - CPF: 058.839.984-65 RUA CONEGO JOSE FERNANDES MACHADO 233 CASA A, VARZEA, RECIFE, PE, CEP 50970-230				
Assinatura/Assinatura:				
Nome Número	Nº Documento	Data de Vencimento	Valor do Documento	(*) Valor Pago
00205449017-3	00205449017-3	04/06/2020	R\$ 1.297,70	
Nome do Beneficiário/CNPJ/CPF/Endereço				
Banco Bradesco S/A - CNPJ 80.748.948/0001-12 - Núcleo Cidade de Deus, S/N - Prédio Fresta - 4º Andar - Vila Yara - CEP 06029-900 - Osasco - SP				
Agência/Código do Beneficiário				
4150-5 / 0002114-8				
Autenticação Mecânica				
Bradesco				
237-2	23794.15009 90020.544905 17000.211403 2 00000000000000			
Local de Pagamento			Data de Vencimento	
PACÍVEL PREFERENCIALMENTE EM QUALQUER AGÊNCIA BRADESCO			04/06/2020	
Nome do Beneficiário/CNPJ/CPF/Endereço			Agência/Código do Beneficiário	
Banco Bradesco S/A - CNPJ 80.748.948/0001-12 - Núcleo Cidade de Deus, S/N - Prédio Fresta - 4º Andar - Vila Yara - CEP 06029-900 - Osasco - SP			4150-5 / 0002114-8	
Data do Documento	Nº do Documento	Espécie DDC	Assinatura	Data Processamento
25/05/2020	00205449017-3	RECIBO	N	25/05/2020
Uso do Bônus	Carteira	Espécie R\$	Quantidade	(*) Valor do Documento
050	05	R\$		R\$ 1.297,70
Informações de responsabilidades do beneficiário				(-) Desconto/Abatimento
Os encargos de pagamento rotativo ou de atraso, serão cobrados na próxima fatura.				(+) Juros/Multa
Pagamento em cheque será considerado líquido somente após a sua compensação.				(*) Valor Pago
Sr. Caixa, não receber este boleto após 15 dias do vencimento				
Nome do Pagador/CNPJ/CPF/Endereço/Cidade/UF/CEP				
FERNANDA BRANDAO DE OLIVEIRA - CPF: 058.839.984-65 RUA CONEGO JOSE FERNANDES MACHADO 233 CASA A, VARZEA, RECIFE, PE, CEP 50970-230				
Assinatura/Assinatura:				
Autenticação Mecânica - Ficta de Compensação				

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200330277

Cidade: Paulista

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: DAVID FEITOSA DOS SANTOS

Data do acidente: 23/11/2019

Seguradora: ALFA SEGURADORA

PARECER

Diagnóstico: Fratura de fêmur distal esquerdo, fratura bimaléolar esquerda.

Descrição do exame físico: Ao exame físico do tornozelo esquerdo apresenta flexão dorsal aos 5°, flexão plantar aos 5°, presença de atrofia no segmento, marcha com claudicação, agachamento alterado, sem encurtamento, mobilização passiva anormal, cicatriz operatória aparente. Apresenta na região observada sensibilidade anormal, coloração normal, temperatura normal, sinais inflamatórios inexistentes, presença de alterações da musculatura do segmento, presença de alteração motora do segmento, sem amputação. Cumpre frisar que, conforme apurado através do exame físico, o conjunto das sequelas repercute em todo o membro inferior.

Resultados terapêuticos: Tratamento cirúrgico, osteossíntese das fraturas, fez fisioterapia. Alta há cerca de 30 dias.

Sequelas permanentes: Deficit funcional moderado em membro inferior esquerdo

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 24/09/2020

Conduta mantida:

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

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau médio - 50 %	35%	R\$ 4.725,00
Total			35 %	R\$ 4.725,00

**LAUDO DE AVALIAÇÃO MÉDICA PARA FINS DE VERIFICAÇÃO E
QUANTIFICAÇÃO DE LESÕES PERMANENTES EM VÍTIMAS DO SEGURO DPVAT**

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo.

Número do Sinistro: 3200330277

Nome do(a) Examinado(a): DAVID FEITOSA DOS SANTOS

Endereço do(a) Examinado(a): Rua Ari Santa Cruz de Oliveira, 13, , Paulista/PE

Identificação – Órgão Emissor UF / Número: SSP / Não Informado

Data e local do acidente: 23/11/2019 - Paulista/PE

Data e local do exame: 24/09/2020 - Recife/PE

Coordenadas Geográficas: latitude: -8.05634 , longitude: -34.8981

RESULTADO DA AVALIAÇÃO MÉDICA

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

fratura de fêmur distal esquerdo, fratura bimalleolar esquerda.

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

osteossíntese das fraturas, fez fisioterapia. Alta há cerca de 30 dias.

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

Ao exame físico do tornozelo esquerdo apresenta flexão dorsal aos 5°, flexão plantar aos 5°, presença de atrofia no segmento, marcha com claudicação, agachamento alterado, sem encurtamento, mobilização passiva anormal, cicatriz operatória aparente. Apresenta na região observada sensibilidade anormal, coloração normal, temperatura normal, sinais inflamatórios inexistentes, presença de alterações da musculatura do segmento, presença de alteração motora do segmento, sem amputação. Cumpre frisar que, conforme apurado através do exame físico, o conjunto das sequelas repercute em todo o membro inferior.

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

Sim

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

Sim

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

limitação de grau médio de membro inferior esquerdo, com bloqueio e deformidade de tornozelo esquerdo.

Caso a resposta do item V seja "Não", concluir utilizando apenas as opções no item VII "a".

Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item VII "b".

VII. Segundo previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*)

() "Vítima em tratamento"

() "Sem sequela permanente" (Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica).

b) Havendo dano corporal segmentar, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Membro Inferior Esquerdo - Médio - 50%

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



Leonardo Neves
Médico
CRM 11742



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

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

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)
Capitais e regiões metropolitanas: 0800-1586 / Outras regiões: 0800 822 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 85 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ovidória: 0800 022 91 35

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

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

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

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS - SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELA CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ADERTA, 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 ILCITAS PREVISTAS NA LEI Nº 9.613/99.

Pelo exposto, eu **FERNANDA BRANDAO DE OLIVEIRA**

inscrito (a) no CPF/CNPJ **056.639.994** / **69** na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do beneficiário

DAVID FEITOSA DOS SANTOS inscrito (a) no CPF sob o nº **059.712.864/20**

do sinistro de DPVAT cobertura **INVALIDEZ** da vítima **DAVID FEITOSA DOS SANTOS**

inscrito (a) no CPF sob o nº **059.712.864/20** conforme determinação da Circular Susep 445/12;

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

☒ Recusa informar

Declaro ainda, sob as penas de 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. Este cliente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço: **RUA CÔNEGO JOSE FERNANDES MACHADOS**

Bairro: **VARZEA**

Cidade: **RECIFE**

E-mail: **fernandabrandao2013@gmail.com**

Número: **233**

Complemento: **CASA**

Estado: **PE**

CEP: **50.670-250**

Tel (DDD):

81 98652-9424 / 81 99472-7853

Local e Data:

RECIFE 10 Setembro 2020

Assinatura do Declarante

HOSPITAL METROP. NORTE MIGUEL ARRAES

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

PROTOCOLO CLASSIFICAÇÃO REDE IMIP

Data e hora retirada da senha: 23/11/2019 18:22



Nome Paciente: DAVID FEITOSA DOS SANTOS
Cód. Paciente:
Data de Nascimento: 25/03/1988
Sexo: Masculino
Idade: 33 anos
Senha: 0030
Convênio:
Atendimento:
SAME:

Período: 23/11/2019 18:37 - 23/11/2019 18:40

ANDREA MARIA SILVA DE OLIVEIRA - COREN: 386426 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - CLASSIFICAÇÃO

Prioridade:

Cor:

VERMELHO

Queixa Principal:

VITIMA DE ATROPELAMENTO POR CARRO HÁ 1 HS
APRESENTA ESCORIAÇÕES EM NM IE E REFERE DOR
SONOLENTO;
RELATA DOR EM MID, -

Observação:

TRAZIDO PELO SAMU PAULISTA

Fluxograma sintoma:

TRAUMA

Discriminador(es):

- SUSPEITA DE FRATURA OU LUXAÇÃO COM DEFORMIDADE

Especialidade:

CHIRURGIA GERAL

Sinais Vitais Lidos:

- FREQUENCIA CARDIACA: 74.00 BPM
- SATURAÇÃO DE OXIGÊNIO: 97.00 %

- Pressão Arterial: 120 x 80 mmHg

- FC: 74 bpm

- P.O2: 97 %

HMA - Hospital Miguel Arraes

Lesão de Pele

Sim () Não (x)

Local

Andria Oliveira
COREN-PE 386426-ENI

Enfermeiro

RECEBIDO
NEPILMA

Acolhido(a) por: ANDREA MARIA SILVA DE OLIVEIRA - COREN: 386426 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 23/11/2019 18:40

ma de Atendimento com Classificação de Risco



HOSPITAL
MIGUEL ARRAES

HOSPITAL MIGUEL ARRAES



GESTÃO
IMIP
HOSPITALAR

Atendimento: 505266

Senha da Classificação:

Data e Hora: 23/11/2019 18:45

Paciente: 131617 DAVID FEITOSA DOS SANTOS

Sexo: MASCULINO

Nome Social:

Data do Nascimento: 25/03/1986 Idade: 33 anos Convenio: 2 SUS - EXTERNO / URGÊNCIA

Nome da Mãe: MARILEIDE MARIA DA SILVA

Nome do Pai:

Estado Civil: SOLTEIRO

Nome do Médico: PLANTONISTA ORTOPEDIA

CRM: 12340

Endereço: RUA ARI SANTA CRUZ DE OLIVEIRA

13

Bairro: ENGENHO MARANHÃO

Cidade/UF: PAULISTA

PE

Usuário Atendimento: MCMICARSI

Informações Associadas a Pacientes Estrangeiros / Visitantes

Data Entrada Brasil:

Nacionalidade: BRASILEIRA

Nº Documento Estrangeiro:

Observação:

RESUMO DE TRATAMENTO

Peso: _____ Altura: _____ Temperatura: _____ Hora: 18-45

Queixa Principal

Dor no membro inferior direito, dor aguda, (tentativa de redução) não foi possível. Dor no membro inferior esquerdo, dor aguda, (tentativa de redução) não foi possível. Dor no membro superior direito, dor aguda, (tentativa de redução) não foi possível. Dor no membro superior esquerdo, dor aguda, (tentativa de redução) não foi possível.

Exame Físico

PE - Membros inferiores: dor aguda, (tentativa de redução) não foi possível. PE - Membros superiores: dor aguda, (tentativa de redução) não foi possível. PE - Membros superiores: dor aguda, (tentativa de redução) não foi possível. PE - Membros superiores: dor aguda, (tentativa de redução) não foi possível.

Hipótese Diagnóstica

1 - Lesão de grau 4 (40%) + M.D. + lesão de grau 4.

Prescrição Médica

1 - PE DE GRAU 4 (40%) + M.D. + lesão de grau 4.
2 - Analgésicos de ação rápida.
3 - 40% de álcool.

Assinatura e Carimbo Médico

Destino: () Encaminhado ao Ambulatório () Residência

() Transferido: Para _____ Senha: _____

() Encaminhado ao setor de Internação

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

Página.: 0001

Data.: 02/12/2019

Hora.: 18:21

Aviso de Cirurgia : 61282

Paciente : 131617

Convênio Atend. : 1

Leito : 70

Dt. Início : 02/12/2019 17:08

Id. Pré-Operatório : S825

Id. Pós-Operatório : S825

Sala : 0001 SALA 01

DAVID FEITOSA DOS SANTOS

SUS - INTERNACAO

ORTL-511-LEITO 002

Dt. Fim : 02/12/2019 18:38

FRATURA DO MALEOLO MEDIAL

FRATURA DO MALEOLO MEDIAL

Atendimento : 605361

Certific.

Idade : 33 Anos

Procedimento: 0408050504

Convênio: 001

Anestesia: 00

TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA LESÃO LIGAMENTAR AO NÍVEL DO JOELHO (PRINCIPAL)

SUS - INTERNACAO

RAQUI ANESTESIA

CIRURGIÃO
ANESTESISTA

13246 FRANCISCO RAFAEL DO COUTO SOARES

2380 GENESIO GOMES DA CRUZ JUNIOR

Descrição Cirúrgica:

DIAGNÓSTICO: FERIMENTO INFECTADO EM FACE MEDIAL DO TORNOZELO ESQUERDO SECUNDÁRIO A FRATURA DO MALEOLO MEDIAL

CIRURGIA: LIMPEZA E DEBRIDAMENTO CIRURGICOS + FIXAÇÃO EXTERNA DE TORNOZELO ESQUERDO

CIRURGIÃO: DR FRANCISCO COUTO

1º AUXÍLIO: DR CARO MÖLIM

ANESTESISTA: DR GENESIO GOMES

ANESTESIA: RAQUI ANESTESIA

RELATO DE INTERVENÇÃO

1. PACIENTE EM DDH SOB RAQUI ANESTESIA;
2. ASSÉPSIA E ANTISSEPSIA DE MÍ;
3. APOSIÇÃO DE CAMPOS CIRURGICOS ESTÉREIS;
4. IDENTIFICADO FERIMENTO INFECTADO NA FACE MEDIAL DO TORNOZELO ESQUERDO COM ODOR FÉTIDO E SAÍDA DE SECREÇÃO PURULENTA
5. REALIZADO DEBRIDAMENTO EXTENSO DE TECIDOS DESVITALIZADOS
6. LIMPEZA EXAUSTIVA MECANOCIRURGICA COM SF 0,9%
7. COLETA DE MATERIAL DE PARTES MOLES PARA CULTURA
8. FIXAÇÃO EXTERNA TRANSARTICULAR DE TORNOZELO ESQUERDO COM FIXADOR EXTERNO LINEAR EM MONTAGEM TUBO-A-TUBO
9. CURATIVO COM ADAPTIC PARA COBERTURA DE FALHA DE COBERTURA CUTÂNEA
10. BOA PERFUSÃO DISTAL EM MIE

Achados Cirúrgicos:**Descrição Complementar**12/12/19
CLAUDEVAN SOUSA
FATURISTADr. Mauro M. de S. Pereira
Ortopedia e Traumatologia
CRM 26562-DFDR(A): FRANCISCO RAFAEL DO COUTO SOARES
CRM : 13246

EVOLUÇÃO CLÍNICA

NOME: DAVID FEITOSA DOS SANTOS
CLÍNICA: _____

ENFERMAGEM: _____

REG: 131617
LEITO: _____

DATA/HORA	
27/11/2019	# SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
	# ADMISSÃO
	PACIENTE VITIMA DE ATROPELAMENTO (TENTATIVA DE SUICÍDIO), PORTADOR DE DISTÚRBO PSQUIÁTRICO, RELATANDO DOR EM TODO O MEMBRO INFERIOR ESQUERDO. NEGA ALERGIAS.
	EGB, CONSCIENTE, EUPNEICO, AFEBRIL
	HD: FRATURA DE CONDILO FEMORAL LATERAL ESQUERDO
	FRATURA DA PROXIMAL DE FIBULA ESQUERDA
	FRATURA DE MALEOLO MEDIAL ESQUERDO
28/11/19	# SOT#
12:00	HD: AMESMA
	EM DOR, SEM ESTABILIDADE, COM MANEJO
	CONTINUO SEM NOVAS QUEIXAS
	CD: AVALIAÇÃO AD AVALIAÇÃO MANEJO
	SEHA 617504
AS 11:30	DISTRIBUIÇÃO DO ANTI-EMBRÉO PARA O
	APTOPO POR MANEJO DO PACIENTE
	NESSE SERVIÇO, SOLICITO AVALIAÇÃO
	DA PESSOA E SERVIÇO SOCIAL
29/11/19	# SOT#
12:00	HD: A - MESMA
	EVOLUI BEM, ESTÁVEL, CONSCIENTE, EUPNEICO
	ELABORADO SEM NOVAS QUEIXAS
	CD: AVALIAÇÃO CLÍNICA NA SEGUNDA
30/11/19	# SOT#
12:10	HD: AMESMA
	EM DOR, SEM ESTABILIDADE, EUPNEICO
	SEM NOVAS QUEIXAS CD: CONTINUA
	ORIENTANDO
	CD: AVALIAÇÃO CLÍNICA - AVALIAÇÃO MANEJO

Guilherme Barros Assis
Médico
CRM-PE 22.749

Dr. Ian Lacerda
CRM-PE 23.590

Dr. Ian Lacerda
CRM-PE 23.590

Dr. Ian Lacerda
CRM-PE 23.590

Dr. Ian Lacerda
CRM-PE 23.590

Atendimento: 506361

Dt Atendimento: 24/11/2019 - 18:46

Dt Alta: 04/12/2019 - 15:01

Paciente: 131617 DAVID FEITOSA DOS SANTOS

Serviço: 15 ORTOPEdia/TRAUMATOLOGIA

Convênio: 1 SUS - INTERNACAO

Leito: 70 ORTL 511-LEITO 002

Plano: 1 GERAL

Motivo Alta: 1 ALTA MFI HORADA

Usuário: ALYNEKLB

CID:

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

Observação de Alta

ALYNE KARMEM DE LIMA BARBOZA

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

HOSPITAL METROPOLITANO NORTE MIGUEL ARRAS DE ALENCAR



PERNAMBUCO

GOVERNADOR DO ESTADO



MIGUEL ARRAES



Instituto de Medicina e Pesquisa
Prof. Fernando Figueira

RESUMO DE ALTA HOSPITALAR/ESCLARECIMENTO

NOME: DAVID FEITOS DOS SANTOS

NOME SOCIAL: _____

IDADE: 32 SEXO: M

DATA NASC.: 25/03/1986

REG: 1234567

DATA DA ADMISSÃO: 27/12/19

DATA DA ALTA: 4/12/19

DIAGNÓSTICO:

- FRATURA DO CÔNDILO FEMURAL LATERAL ESQ + FRATURA BIMALEOLAR DO TORNOZELO ESQ + FERIMENTO EXTENSO INFECTADO DO TORNOZELO ESQ

TRATAMENTO REALIZADO:

- LIMPEZA + DESBRIDAMENTO + FIXAÇÃO EXTERNA DO TORNOZELO ESQ

ORIENTAÇÕES:

- AGENDAR RETORNO AO AMBULATÓRIO DE ORTOPEDIA (SETOR DE AMBULATÓRIOS, NO TÉRREO DAS SEGUNDAS ÀS SEXTAS-FEIRA) EM 02 SEMANAS;
- TROCA DIÁRIA DE CURATIVOS CONFORME ORIENTADO;
- NÃO DEITAR SOBRE LADO OPERADO;
- FAZER USO DE AAS OU RIVAROXABANA POR 35 DIAS;
- PROCEDER AO SERVIÇO SOCIAL (2º ANDAR) PARA RECEBER ORIENTAÇÕES SOBRE ONDE REALIZAR FISIOTERAPIA;
- RETORNO PRECOCE PELA EMERGÊNCIA SE: FEBRE, INCHAÇO IMPORTANTE E VERMELHIDÃO NA FERIDA, SAÍDA DE SECREÇÃO EM GRANDE QUANTIDADE OU PURULENTA, DOR IMPORTANTE

PROGRAMA APÓS ALTA:

AMBULATÓRIO DE EGRESSO SIM (x) NÃO ()

DATA DA CONSULTA AMBULATORIAL: ____/____/____

ASSINATURA DO MÉDICO, CARIMBO E CRM

HOSPITAL METROPOLITANO NORTE MIGUEL ARRAES

Sumário da Classificação de Risco - Protocolo

PROTOCOLO CLASSIFICAÇÃO REDE IMIP

Data e hora retirada da senha: 06/12/2019 09:16



Nome Paciente: DAVID FEITOSA DOS SANTOS
Cód. Paciente:
Data de Nascimento: 10/10/1985
Sexo: Masculino
Idade: 34 anos
Senha: 0014
Convênio:
Atendimento:
SAME:

Período: 06/12/2019 09:28 - 06/12/2019 09:33

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

Prioridade:

Cor:

VERDE

Queixa Principal:

PACIENTE RETORNA PARA AVALIAÇÃO DA ORTOPEDIA

Fluxograma sintoma:

TRAUMA

Discriminador(es):

- EVENTO (TRAUMA) HÁ MAIS DE 6 HORAS

Especialidade:

ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Sinais Vitais Lidos:

- FREQUENCIA CARDIACA: 0.00 BPM

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

Local

Joana Darc Santos
Enfermeiro

RECEBADO
HMA

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

Data Impressão: 06/12/2019 09:33



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	DAVID FEITOSA DOS SANTOS			6 - Nº Inscrição	131817
7 - Cartão Nacional do SUS	8 - Data de Nascimento	9 - Sexo	10 - Raça/Cor	10.1 - Etnia	
203197087180009	25/03/1986	<input checked="" type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino	03 - Parda	0000 - Não Se Aplica	
11 - Nome da Mãe	MARILEIDE MARIA DA SILVA			12 - Telefone da Contato	8198740971
13 - Nome Responsável	MARILEIDE MARIA DA SILVA			14 - Telefone do Contato	
15 - Endereço (Rua, Nº, Bairro)	RUA ARI SANTA CRUZ DE OLIVEIRA, 13 - ENGENHO MARANGUAPE				
16 - Município	17 - INE	18 - UF	19 - CEP		
PAULISTA	261070	PE	53423370		

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

Principais Sinais e Sintomas Clínicos

PACIENTE 28 ANOS SEXO MASCULINO EM POS. OP DE FERIMENTO INFECTADO EM TORNOZELO ESQUERDO + FRATURA BIALEOLAR DE TÍZ ESQUERDO. FRATURA EXTERNA DIA 02/12 E FRATURA DE FEMUR DISTAL ESQUERDO SEM DESVIO (KOTTA). MÃE DO PACIENTE REFERE QUE O MESMO, PELA CADEIRA DE BASE (PSIQUIÁTRICO) PISA NO CHÃO A DESPEITO DAS ORIENTAÇÕES E TEVE EPISÓDIO DE QUEDA EVOLUINDO COM DOR EM JOELHO DO TÍZ E TORNOZELO ESQUERDO.

AO EXAME: HIG. DESORIENTADO CONSCIENTE EUPNEICO AFEBRIL.

ME - FERIMENTO EM REGIÃO MEDIAL DO TORNOZELO SEM SAÍDA DE SECREÇÃO PURULENTA.

21 - Condições que justificam a internação

AS ACIMA

22 - Principais Resultados de Provas Diagnósticas

EXAME CLÍNICO E RADIOLOGICO

23 - Descrição da Lesão / Código	24 - CID 10 Principal	25 - CID 10 Secundária	26 - CID 10 Causas Associadas
FRATURA DO FEMUR, PARTE NÃO ESPECIFICADA	8729 S72.4	W189 W18.9	0408.05.058-4

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - Descrição do Procedimento Solicitado	28 - Código do Procedimento		
PROCEDIMENTOS SEQUENCIAIS EM ORTOPEDIA	0415020089		
29 - Especialidade	30 - Caracter de Atendimento	31 - Documento	32 - Nº do Documento (CNS/CPF) do Profissional Solicitante/Assistente
CIRÚRGICA	2	(X) CNS () CPF	930015278437533
33 - Nome do Profissional Solicitante/Assistente	34 - Data da Solicitação	35 - Assinatura e Carimbo (Nº de Registro no Conselho)	16339
SORMANE DE CARVALHO BRITTO	06/12/2019		

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - () Acidente de Trânsito	39 - CNPJ Seguradora	40 - Nº Dilete	41 - Sexo
37 - () Acidente Trabalho Típico	42 - CNPJ Empresa	43 - CNAT / Empresa	44 - CNOR
38 - () Acidente Trabalho Atípico			
45 - Vínculo com a Previdência			
() Empregado () Empregador () Autônomo () Desempregado () Aposentado () Não Segurado			

AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizador	47 - Cód. Órgão Emissor	62 - Nº da Autorização de Internação Hospitalar (AIH)
	E260000001	
48 - Documento	49 - Nº do Documento (CNS/CPF) do Profissional Autorizador	
() CNS () CPF		
50 - Data da Autorização	51 - Assinatura e Carimbo (Nº de Registro no Conselho)	

Assinatura e Carimbo do Profissional Autorizador
CNS 930015278437533
E260000001

AIH
261910223169-1

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

Página.: 0001

Data.: 10/12/2019

Hora.: 10:15

Aviso de Cirurgia: 61478
Paciente: 131617
Convênio Atend.: 1
Leito: 72
Dt. Início: 10/12/2019 08:30Sala: 0003 SALA 03
DAVID FEITOSA DOS SANTOS
SUS - INTERNACAO
ORTL-511-LEITO 004
Dt. Fim: 10/12/2019 09:50

Atendimento: 507242

Carteira:
Idade: 33 AnosCid Pré Operatório: S724
Cid Pós Operatório: S724FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DO FEMUR
FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DO FEMUR

Procedimento: 0408050594

TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA LESÃO FISARIA AO NÍVEL DO JOELHO (PRINCIPAL)

Convênio: 001

SUS - INTERNACAO

Anestesia: 05

RAQUI ANESTESIA

CIRURGIÃO
ANESTESISTA18099 FILIPE MACIEL BELFORT CAMPOS
11468 MARIA DA CONCEIÇÃO DOS SANTOS SILVA**Descrição Cirúrgica:**DIAGNÓSTICO: FRATURA CORONAL POSTERIOR DO CÔNDILO FEMORAL LATERAL ESQUERDO (AO: 33B3.2)
CONDUTA: RAFI COM PARAFUSOS DE TRAÇÃO TIPO HEBERT
CIRURGIÃO: DR FILIPE BELFORT
1º AUXILIAR: DR KCARO MÖLIM
ANESTESISTA: DRA MARIA DA CONCEIÇÃO
ANESTESIA: RAQUIANESTESIA**RELATO DE INTERVENÇÃO**

1. PACIENTE EM DDH SOB RAQUIANESTESIA
2. ASSEPSIA + ANTISSEPÇÃO DE MIE
3. APOSIÇÃO DE CAMPOS CIRÚRGICOS ESTÉREIS
4. INCISÃO LATERAL NO JOELHO ESQUERDO
5. DIVULSÃO POR PLANOS E ARTROTOMIA LATERAL DO JOELHO ESQUERDO
6. VISUALIZADO FOCO DE FRATURA
7. REALIZADA REDUÇÃO CRUENTA COM AUXÍLIO DE FIO K Nº 2,0 E MANUTENÇÃO DA MESMA COM DI LIO K Nº 2,0
8. FIXAÇÃO DA FRATURA UTILIZANDO 2 PARAFUSOS DE TRAÇÃO CANULADOS 4,5MM TIPO HEBERT
9. LIMPEZA COM SF 0,9%
10. SUTURA POR PLANOS COM FECHAMENTO DA CAPSULA ARTICULAR
11. CURATIVO ESTÉRIL

Achados Cirúrgicos:**Descrição Complementar**SATURADO
16/12/19
CLAUDIVAN SOUSA
FATURISTADR(A): FILIPE MACIEL BELFORT CAMPOS
CRM: 18099

EVOLUÇÃO CLÍNICA

NOME: DAVID FEITOSA DOS SANTOS
NOME SOCIAL: [Data de Publicação]

DATA NASC.: 25/03/86
REG:131617

DATA/HORA	TRAUMATOLOGIA
06/12/2019 11:00	<p>PACIENTE 33 ANOS SEXO MASCULINO EM POS OP DE FERIMENTO INFECTADO EM TORNOZELO ESQUERDO + FRATURA BIMALEOLAR DE TNZ ESQUERDO FEITO FIXAÇÃO EXTERNA DIA 02/12 E FRATURA DE FEMUR DISTAL ESQUERDO SEM DESVIO (HOFFA). MAE DO PACIENTE REFERE QUE O MESMO, PELA DOENÇA DE BASE (PSIQUIATRICO) PISA NO CHÃO A DESPEITO DAS ORIENTAÇÕES E TEVE EPISÓDIO DE QUEDA EVOLUINDO COM DOR EM JOELHO ESQUERDO E TORNOZELO ESQUERDO. APRESENTA DISTÚRBO PSIQUIATRICO (NÃO SABENDO ESPECIFICAR) EM USO CLONAZEPAM, HALOPERIDOL, PROMETAZINA, CLORPROMAZINA E LEVOMEPRIMAZINA. NEGA ALERGIAS E OUTRAS COMORBIDADES.</p> <p>AO EXAME: BEG DESORIENTADO CONSCIENTE EUPNEICO AFEBRIL MIE + FERIMENTO EM REGIÃO MEDIAL DO TORNOZELO SEM SAÍDA DE SECREÇÃO PURULENTA FIXADOR EXTERNO TRANSARTICULAR DE TORNOZELO SEM SINAIS DE SOLTURA NV + DOR AO MOBILIZAR JOELHO, EDEMA 2+4+, SEM LESÃO DE PELE</p> <p>RX - OBSERVADO DESVIO DA FRATURA DE FEMUR DISTAL</p> <p>HD: FERIMENTO EM TORNOZELO ESQUERDO POS OP DE FIXAÇÃO EXTERNA DE TORNOZELO FRATURA DE FEMUR DISTAL ESQUERDO (HOFFA)</p>

4711
14h

4- L019

122 13-12-2019

Exame físico da lesão

Exame físico da lesão

Exame físico da lesão

3- F.

EXAME FÍSICO
EXAME FÍSICO



HOSPITAL
MIGUEL ARRAGES

IMIP
Instituto de Medicina Integral
Prof. Fernando Figueira

RESUMO DE ALTA HOSPITALAR/ESCLARECIMENTO

NOME: DAVID FEITOSA DOS SANTOS

NOME SOCIAL: [Data de Publicação]

IDADE: 33 **SEXO:** M

DATA DA ADMISSÃO: 06/12/19

DATA NASC: 25/03/86

REG: [Categoria]

DATA DA ALTA: 11/12/19

DIAGNÓSTICO:

- FRATURA DO CONDILO FEMURAL ESQ

TRATAMENTO REALIZADO:

- OSTEOSÍNTESE COM 02 PARAFUSOS CANULADOS 4.5

ORIENTAÇÕES:

- AGENDAR RETORNO AO AMBULATÓRIO DE ORTOPEDIA (SETOR DE AMBULATÓRIOS, NO TÉRREO DAS SEGUNDAS ÀS SEXTAS-FEIRA) EM 02 SEMANAS;
- TROCA DIÁRIA DE CURATIVOS CONFORME ORIENTADO;
- FAZER USO DE MEDICAÇÕES PRESCRITAS;
- DOBRAR O JOELHO DO MEMBRO OPERADO;
- DEAMBULAR COM USO DE 02 MUIFTAS SEM CARGA NO MEMBRO OPERADO;
- PROCEDER AO SERVIÇO SOCIAL (2º ANDAR) PARA RECEBER ORIENTAÇÕES SOBRE ONDE REALIZAR FISIOTERAPIA;
- RETORNO PRECOCE PELA EMERGÊNCIA SE: FEBRE, INCHAÇO IMPORTANTE E VERMELHIDÃO NA FERIDA, SAÍDA DE SECREÇÃO EM GRANDE QUANTIDADE OU PURULENTO, DOR IMPORTANTE OU FALTA DE AR.

EXAME FÍSICO:

ESTADO GERAL: BOM

FERIDA OPERATÓRIA: OK

MEMBRO ACOMETIDO COM BOA PERFUSÃO PERIFÉRICA, SEM SINAIS DE SÍNDROME COMPARTIMENTAL OU TVP, SEM DEFICIT NEUROLÓGICO.

Adelto Telino
Traumatologia / Ortopedia
CRM 20671 TEOT: 15866

ASSINATURA DO MÉDICO, CARIMBO E CRM

Estrada da Fazendinha, S/N, Jaguaribe, CEP: 53400-000, Paulista - PE

Atendimento: 507242

Dt Atendimento: 06/12/2019 - 17:26

Dt Alta: 12/12/2019 - 03:54

Paciente: 131617 DAVID FEITOSA DOS SANTOS

Serviço: 37 ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Convênio: 1 SUS - INTERNACAO

Leito: 72 ORTL-511-LEITO 004

Plano: 1 GERAL

Motivo Alta: 1 ALTA MELHORADA

Usuário: IRACEMASMS

CID

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

Observação de Alta

EVAIR OLIVEIRA DIAS

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

HOSPITAL METROPOLITANO NORTE MIGUEL ARRÃES DE ALENCAR



PERNAMBUCO

GOVERNO DO ESTADO

MIGUEL ARRAGES



Instituto de Medicina Integral
Prof. Fernando Figueira

RESUMO DE ALTA HOSPITALAR/ESCLARECIMENTO

NOME: DAVID FEITOSA DOS SANTOS

NOME SOCIAL: Vera de Paduação

IDADE: 33 SEXO: M

DATA DA ADMISSÃO: 06/12/19

DATA NASC.: 25/03/86

REG: [Categoria]

DATA DA ALTA: 11/12/19

DIAGNÓSTICO:

- FRATURA DO CONDILO FEMURAL ESQ

TRATAMENTO REALIZADO:

- OSTEOSÍNTESE COM 02 PARAFUSOS CANULADOS 4.5

ORIENTAÇÕES:

- AGENDAR RETORNO AO AMBULATÓRIO DE ORTOPEDIA (SETOR DE AMBULATÓRIOS, NO TÉRREO DAS SECUNDAS ÀS GLATAS-PEIRA) EM 02 SEMANAS;
- TROCA DIÁRIA DE CURATIVOS CONFORME ORIENTADO;
- FAZER USO DE MEDICAÇÕES PRESCRITAS;
- DOBRAR O JOELHO E MEXER O TORNOZELO DO MEMBRO OPERADO;
- DEAMBULAR COM USO DE 02 MULETAS SEM CARGA;
- PROCEDER AO SERVIÇO SOCIAL (2º ANDAR) PARA RECEBER ORIENTAÇÕES SOBRE ONDE REALIZAR FISIOTERAPIA;
- RETORNO PRECOZE PELA EMERGÊNCIA SE: FEBRE, INCHAÇO IMPORTANTE E VERMELHIDÃO NA FERIDA, SAÍDA DE SECREÇÃO EM GRANDE QUANTIDADE OU PURULENTO, DOR IMPORTANTE OU FALTA DE AR.

EXAME FÍSICO:

ESTADO GERAL: BOM

FERIDA OPERATÓRIA: OK

MEMBRO ACOMETIDO COM BOA PERFUSÃO PERIFÉRICA, SEM SINAIS DE SÍNDROME COMPARTIMENTAL OU TVP, SEM DEFICIT NEUROLÓGICO.


ASSINATURA DO MÉDICO, CARIMBO E CRM

RESUMO DE ALTA HOSPITALAR/ESCLARECIMENTO

NOME: DAVID FEITOSA DOS SANTOS

DATA NASC.: 25/03/86

NOME SOCIAL: (Data de Publicação)

REG: [Categoria]

IDADE: 33 **SEXO:** M

DATA DA ADMISSÃO: 06/12/19

DATA DA ALTA: 11/12/19

DIAGNÓSTICO:

- FRATURA DO CONDILO FEMURAL ESQ

TRATAMENTO REALIZADO:

- OSTEOSÍNTESE COM 02 PARAFUSOS CANULADOS 4.5

ORIENTAÇÕES:

- AGENDAR RETORNO AO AMBULATÓRIO DE ORTOPEdia (SETOR DE AMBULATÓRIOS, NO TÉRREO DAS SEGUNDAS ÀS SEXTAS-FEIRA) EM 02 SEMANAS;
- TROCA DIÁRIA DE CURATIVOS CONFORME ORIENTADO;
- FAZER USO DE MEDICAÇÕES PRESCRITAS;
- DOBRAR O JOELHO E MEXER O TORNOZELO DO MEMBRO OPERADO;
- DEAMBULAR COM USO DE 02 MUJETAS SEM CARGA;
- PROCEDER AO SERVIÇO SOCIAL (2º ANDAR) PARA RECEBER ORIENTAÇÕES SOBRE ONDE REALIZAR FISIOTERAPIA;
- RETORNO PRECOCE PELA EMERGÊNCIA SE: FEBRE, INCHAÇO IMPORTANTE E VERMELHIDÃO NA FERIDA, SAÍDA DE SECREÇÃO EM GRANDE QUANTIDADE OU PURULENTE, DOR IMPORTANTE OU FALTA DE AR.

EXAME FÍSICO:

ESTADO GERAL: BOM

FERIDA OPERATÓRIA: OK

MEMBRO ACOMETIDO COM BOA PERFUSÃO PERIFÉRICA, SEM SINAIS DE SÍNDROME COMPARTIMENTAL OU TVP, SEM DEFICIT NEUROLÓGICO.


Adauto Telino
Traumatologia / Ortopedia
CRM 20471 TEOT 15466

ASSINATURA DO MÉDICO, CARIMBO E CRM

ATESTADO MÉDICO

Atesto para os devidos fins que o (a) senhor (a)

David Feitoria dos Santos

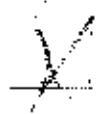
foi atendido (a) neste

Serviço no dia 24/11/19 em

MENTO

ASC.: 25/03/1986
1617

A ALTA: 4/12/19



Necessitado de 30 dias de afastamento de suas atividades
no trabalho ou escola?



Estando apto para voltar ao trabalho.



Como transportante.



Outros: _____

TORNOZELO ESQ +

RIOS, NO TÉRREO DAS

Paulista, 04 de 12 de 2019

RE ONDE REALIZAR

VERMELHIDÃO NA
E IMPORTANTE.

Adalberto Telino
Médico

ASSINATURA DO MÉDICO, CARIMBO E CRM

RECEITUÁRIO

David Ferreira dos Santos

Paciente no 10º DPO de
tratamento com início de
fratura de fêmur e
maloclusão medial esquerda.

Está evoluindo bem
com orientação adequada.

Atenciosos FC de joelho
na evolução.

HD - Fratura de fêmur e
maloclusão medial E

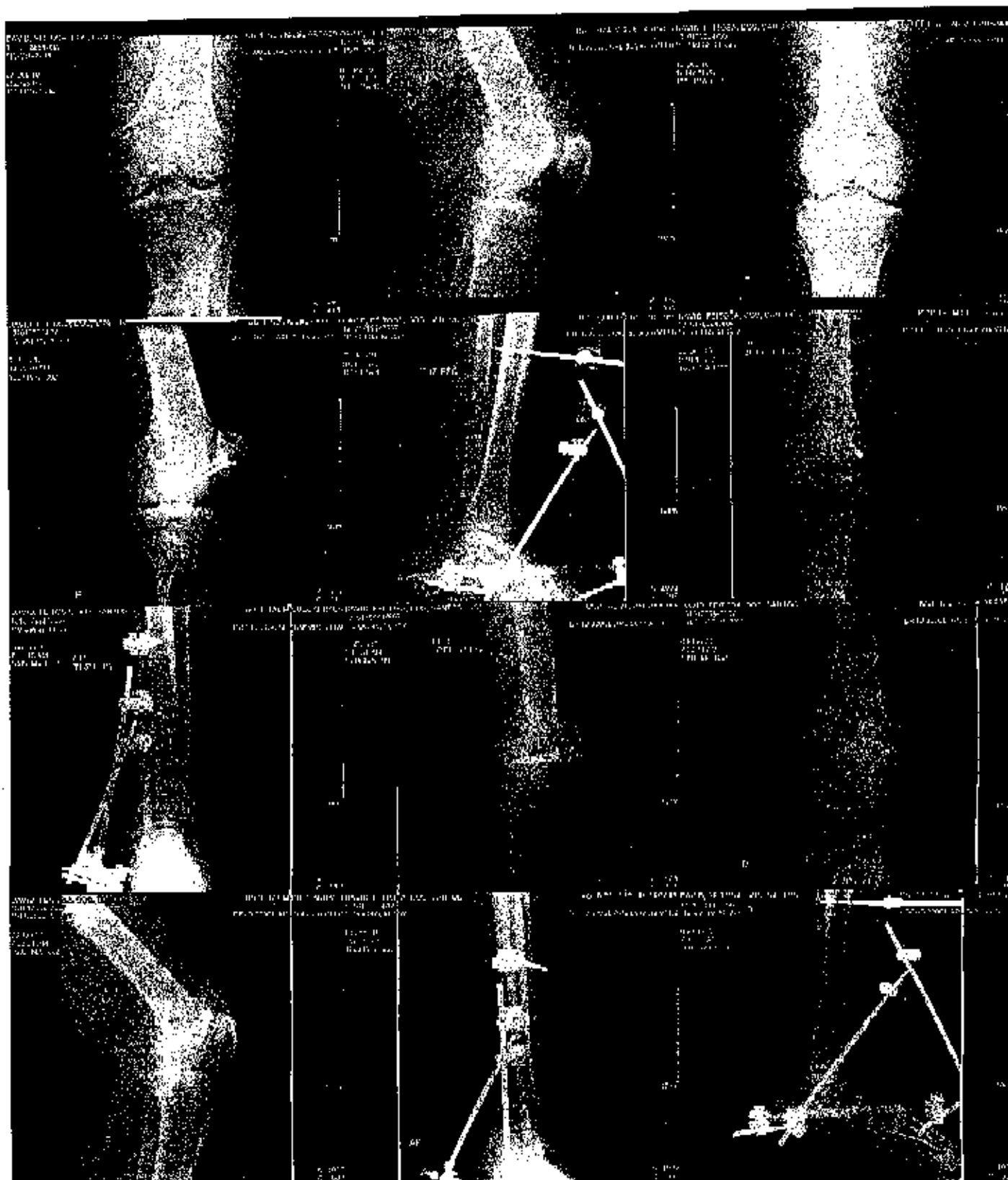
CD - Afundado - ad - pro
avendo des.

O LEITE MATERNO É O MELHOR ALIMENTO PARA SEU FILHO

S 72, S 22

20/11/19


Diretor
CRM 13045



DAVID FEITOSA DOS SANTOS

131617

10 Oct 1985, M. 34Y

26-Nov-2019

16.58.20.93

602 IMA 1

VRT

HPL

HMA

Emotion 16 (2010)

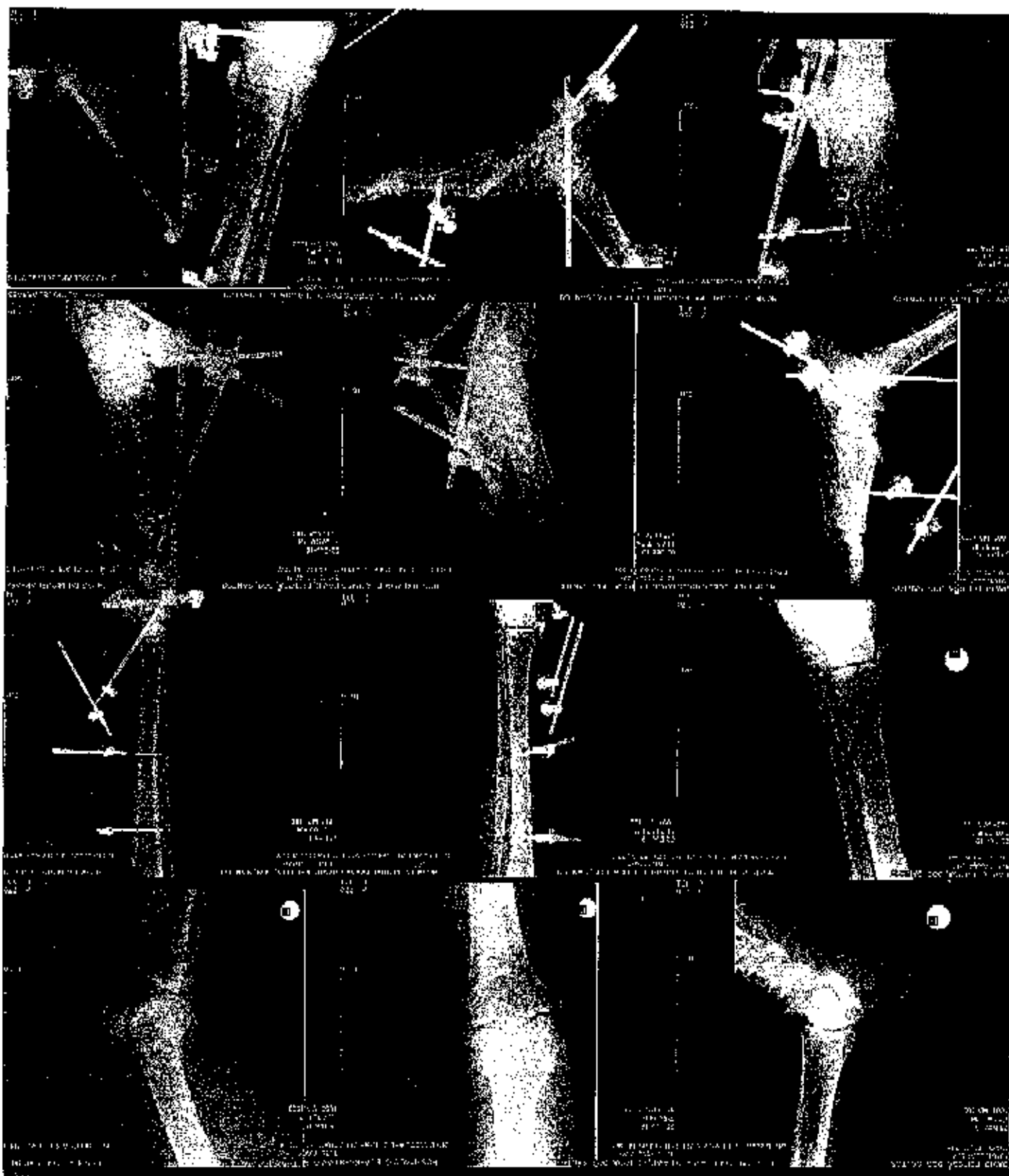
CT 2014A

Spin: -8

Tilt: 3

RAH





JOELHO ESQ

Fluor 3

TNZ ESC

FUJEFAM

JOELHO ESQ

FIM DA FILME

Serviço de Imagem:

Raios X
Tomografia
Endoscopia
Ultrassonografia
Ecocardiograma

Estrada da Fazendinha S/N. Jaguaribe, Paulista-PE. CEP: 53.413-000 -
PABX: 81-3181-9600/FAX: 3181-9617



hma.imip.org.br

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

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

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5 - Nome do Paciente	DAVID FEITOSA DOS SANTOS			6 - Nº Prontuário	131917
7 - Cartão Nacional do SUS	8 - Data de Nascimento	9 - Sexo	10 - Raça/Cor	10.1 - Etnia	
20319708/180009	25/03/1988	Masculino (X) F	03 Parda	0000 - Não Se Aplica	
11 - Nome da Mãe	MARLEIDE MARIA DA SILVA			12 - Telefone de Contato	8198740971
13 - Nome Responsável	DR. JAILSON FRANCISCO			14 - Telefone de Contato	
15 - Endereço (Rua, Nº, Bairro)	RUA ARI SANTA CRUZ DE OLIVEIRA, 13 - ENGENHO MARANGUAPE				
16 - Município	17 - IBGE	18 - UF	19 - CEP		
PAULISTA	261070	PE	63423370		

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - Sinais e Sintomas Clínicos
 ANTE VITIMA DE ATROPELAMENTO (TENTATIVA DE SUICÍDIO), PORTADOR DE DISTÚRBO PSIQUIÁTRICO, RELATANDO DOR EM TODO O MEMBRO INFERIOR.
 RAO

21 - Condições que justificam a internação
 TRATAMENTO CIRÚRGICO

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

23 - Traumatismo (Local / Código)

FRATURAS DE OUTRAS PARTES DO MEMBRO

24 - CID 10 Principal 25 - CID 10 Secundário 26 - CID 10 Causa Associada

S728
 582.5 W199
 X 82.4 04.08.05.057.8

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - Descrição do Procedimento Solicitado	28 - Código do Procedimento
TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA LESÃO FISÁRIA AO NÍVEL DO JOELHO	0408060594
29 - Especialidade	30 - Caracter de Atendimento
CIRÚRGICA	2
31 - Documento	32 - Nº do Procedimento (CNS/CPF) do Profissional Solicitante
(X) CNS () CPF	980016790085258
33 - Nome do Profissional Solicitante/Assistente	34 - Data da Solicitação
ANTONIO JOSE OLIVEIRA DE A. QUEIROZ	27/11/2019
35 - Assinatura e Carimbo (Nº de Registro do Conselho)	36 - Assinatura e Carimbo (Nº de Registro do Conselho)
18787	18787

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

37 - () Acidente de Trânsito	38 - () Acid. Trabalho Típico	39 - () Acid. Trabalho Trajetos	39 - CNPJ Seguradora	40 - Nº Sítio	41 - Sítio
42 - CNPJ / Empresa	43 - CNPJ / Empresa	44 - CNPJ			
45 - Vínculo com a Previdência					
() Empregado	() Empregador	() Autônomo	() Desempregado	() Aposentado	() Não Segurado

AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizador	47 - Cód. Órgão Emissor	48 - Nº da Autorização de Internação Hospitalar (AIH)
	E260000001	
48 - Documento	49 - Nº do Documento (CNS/CPF) do Profissional Autorizador	
() CNS () CPF		
50 - Data da Autorização	51 - Assinatura e Carimbo (Nº de Registro do Conselho)	

Assinatura
 Traumatologia / Ortopedia
 CRM 206744/EOT: 15665

AIH
 261910223136-1

Código do Laudo: 605266

FICHA DE INTERNAÇÃO

Cód. Atendimento: **505361**

Usuário: JULIANAPP

DADOS DO PACIENTE

Paciente: **DAVID FEITOSA DOS SANTOS**
Idade: 33a 8m 2d Sexo: M Estado Civil: SOLTEIRO Data de Nascimento: 25/11/1986
Profissão: Prontuário: 135617
R.G.: C.P.F.: Escolaridade: Data de Internação: 24/11/2019 18:46
Endereço: RUA ARI SANTA CRUZ DE OLIVEIRA, 13 Telefone: ENGENHO MARANGUAPE CEP: 534233/0 - PAULISTA
Origem: INTERNACAO Data e Hora da Internação: 24/11/2019 18:46
Convênio: SUS - INTERNACAO Plano: GERAL
Unidade Internação: VERDE 2 ORTOPEDIA Acomodação: ENFERMARIA DE OBSERVACAO Leito: VERDE2 OR
Médico Internação: PLANTONISTA ORTOPEDIA

DADOS DO RESPONSÁVEL

Nome: R.G.: C.P.F.: FATURADO 12/12/19
Preço: Número: CLAUDEIANE SOUSA
Telefone: Cidade: Estado civil: *Clms.*

DADOS DA LIBERAÇÃO DO PACIENTE

Data da Alta: 28/11/19 Hora da Alta: 12:00

Motivo: ☐ Melhorado ☐ A Pedido ☒ Transferência ☐ Óbito ☐ Evasão

Condições de Alta: BOA

Diagnóstico Principal..... FRAT. COMBIDO FEMURAL LATERAL ESQUERDA

FR. PROXIMAL DE FEMUR. ESQUERDA

Diagnóstico Secundário01.: FR. MALLÉOLA MEDIAL ESQUERDA

Diagnóstico Secundário02.:

Procedimento..... TRANSFERENCIA PARA TRATAMENTO OUTRO HOSPITAL

Dr. Laila Lacenta
CRM: 9824
RPM: 23590

Médico e CRM:

Responsável pela retirada do paciente

Assinatura e RG

TERMO DE RESPONSABILIDADE

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

de de

Assinatura e RG do paciente ou pessoa responsável

DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO

Atendimento.....: 505266 Prontuário: 131517 SAME: 118216 Hora Atend: 18:45 Data Atend: 23/11/2019
Paciente.....: DAVID FEITOSA DOS SANTOS Idade: 33 a
Endereço.....: RUA ARI SANTA CRUZ DE OLIVEIRA
Bairro.....: ENGENHO MARANGUAPE
Cidade.....: PAULISTA UF.: PE CEP: 53423370
Convênio.....: SUS - EXTERNO / URGENCIA Plano.: PLANO UNICO
CID Principal.....: -
CID's Secundários.:
Resultado.....: ENCAMINHADO AO SETOR DE INTERNACAO
Data Saída.....: 24/11/2019 Hora Saída : 18:45

Previsão da Evolução Médica: PLANTONISTA ORTOPEDIA

PLANTONISTA ORTOPEDIA / 12346
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA



RECEITUÁRIO MÉDICO

SOLICITO:

FISIOTERAPIA

NOME: DAVID FEITOS DOS SANTOS

DATA NASC.:

NOME SOCIAL: (Empresa) FLORENCE

25/03/98

IDADE: (Idade) SEXO: (Empresa)

REG: 131517

DATA DA ADMISSÃO: (Comentários)


DATA DA ALTA: 4/12/19

Solicito 20 sessões de fisioterapia motora para: (X) ganho de ADM, (X) controle algico, reforço muscular DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO. Carga (X) zero () parcial conforme tolerância

Paciente com diagnóstico de: FRATURA DO CONDILO FEMURAL LATERAL FRATURA BIMALEOLAR DO TORNOZELO ESQUERDO + FERIMENTO INFECTADO DO TORNOZELO ESQUERDO;

ASSINATURA DO MÉDICO, CARIMBO E CRM

Estrada da Fazendinha, S/N, Jaguaribe, CEP: 53400-000, Paulista - PE


CRM: 20877 REG: 15665

Estrada da Fazendinha, S/N, Jaguaribe, CEP: 53400-000, Paulista - PE



RECEITUÁRIO MÉDICO

SOLICITO:

FISIOTERAPIA

NOME: DAVID FEITOSA DOS SANTOS

DATA NASC.: 25/03/86

NOME SOCIAL: [Tipo de Publicação]

REG: [Categoria]

IDADE: 33 SEXO: M

DATA DA ADMISSÃO: 06/12/19

DATA DA ALTA: 11/12/19

Solicito 20 sessões de fisioterapia motora para: ☒ Içamento de ADM, ☐ controle síncico, reforço muscular MMII, Carga ☒ zero ☐ parcial conforme tolerância.

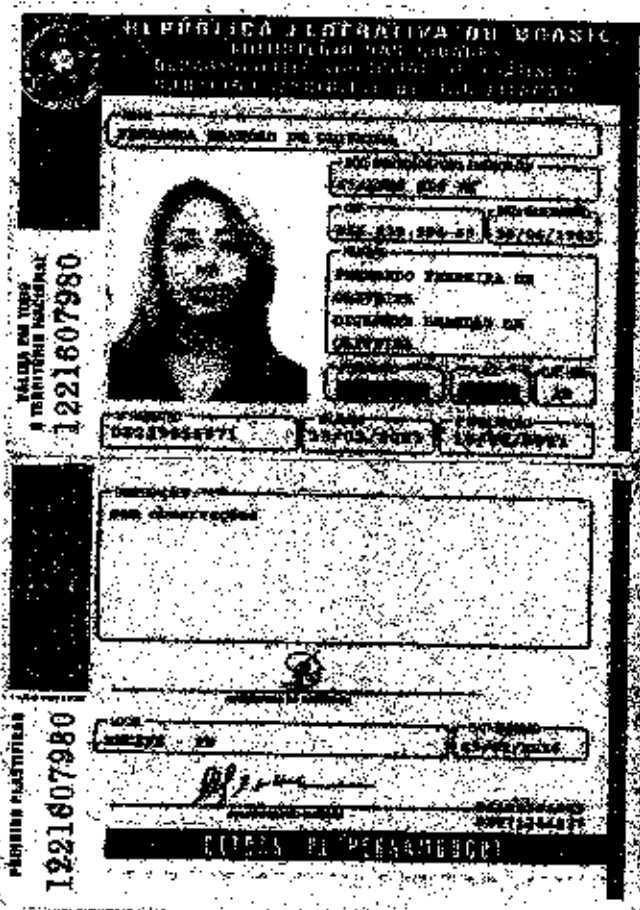
Paciente com diagnóstico de: FRATURA DO CONDILO FEMURAL ESQ + FRATURA BIMALEAR ESQ
+ FERIMENTO EXTENSO DO TORNÓZELO ESQ

ASSINATURA DO MÉDICO, CARIMBO E CRM

Estrada da Fazendinha, S/N, Jaguaribe, CEP: 53400-000, Paulista - PE



Estrada da Fazendinha, S/N, Jaguaribe, CEP: 53400-000, Paulista - PE





Ministério da Fazenda
Secretaria da Receita Federal do Brasil

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: **056.639.994-69**

Nome: **FERNANDA BRANDAO DE OLIVEIRA**

Data de Nascimento: **30/06/1983**

Situação Cadastral: **REGULAR**

Data da Inscrição: **30/10/2002**

Digito Verificador: **00**

Comprovante emitido às: **10:32:55** do dia **15/09/2020** (hora e data de Brasília).
Código de controle do comprovante: **FA71.56FB.D948.9826**



Este documento não substitui o [“Comprovante de Inscrição no CPF”](#).

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

IDENTIFICAÇÃO

VITIMA **DAVID FELIPE DOS SANTOS**NÚMERO DO CONTRATO **2311118019** - Nº de protocolo **059-712.864-20**PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO **Fernanda Brandão de Oliveira**DATA DE EMISSÃO DA DOCUMENTAÇÃO **12/05/2019**LOCAL DE EMISSÃO DA DOCUMENTAÇÃO **BRASILIA - DF**NOME DO SEGURO ADQUIRIDOR **PROCUA S/A**ENDEREÇO DO SEGURO ADQUIRIDOR **RUA CONEGO JOSE FERNANDES MACHADO**Nº **233** QUANTIDADE DE DOCUMENTOS **A**TIPO DE RECIBO **A**UF **DF**Cidade **Varzea**CEP **50920-230**E-MAIL **fernandabrandao2013@gmail.com**TELEFONE **#1 365629424**

MARQUE EM CADA DOCUMENTO ENTREGUE

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

Fornecedores de Atendimento: **INSTITUTO NACIONAL DE SEGURANÇA E SAÚDE (CÓPIA AUTENTICADA E ELEVEL)**

O presente documento é emitido em decorrência do atendimento ao protocolo de atendimento ao cliente nº 059-712.864-20, em virtude da solicitação de documentação para o seguro DPVAT - Invalidiz Permanente e Dams.

O presente documento é emitido em decorrência do atendimento ao protocolo de atendimento ao cliente nº 059-712.864-20, em virtude da solicitação de documentação para o seguro DPVAT - Invalidiz Permanente e Dams.

O presente documento é emitido em decorrência do atendimento ao protocolo de atendimento ao cliente nº 059-712.864-20, em virtude da solicitação de documentação para o seguro DPVAT - Invalidiz Permanente e Dams.

O presente documento é emitido em decorrência do atendimento ao protocolo de atendimento ao cliente nº 059-712.864-20, em virtude da solicitação de documentação para o seguro DPVAT - Invalidiz Permanente e Dams.

O presente documento é emitido em decorrência do atendimento ao protocolo de atendimento ao cliente nº 059-712.864-20, em virtude da solicitação de documentação para o seguro DPVAT - Invalidiz Permanente e Dams.

O presente documento é emitido em decorrência do atendimento ao protocolo de atendimento ao cliente nº 059-712.864-20, em virtude da solicitação de documentação para o seguro DPVAT - Invalidiz Permanente e Dams.

O presente documento é emitido em decorrência do atendimento ao protocolo de atendimento ao cliente nº 059-712.864-20, em virtude da solicitação de documentação para o seguro DPVAT - Invalidiz Permanente e Dams.

O presente documento é emitido em decorrência do atendimento ao protocolo de atendimento ao cliente nº 059-712.864-20, em virtude da solicitação de documentação para o seguro DPVAT - Invalidiz Permanente e Dams.

O presente documento é emitido em decorrência do atendimento ao protocolo de atendimento ao cliente nº 059-712.864-20, em virtude da solicitação de documentação para o seguro DPVAT - Invalidiz Permanente e Dams.

O presente documento é emitido em decorrência do atendimento ao protocolo de atendimento ao cliente nº 059-712.864-20, em virtude da solicitação de documentação para o seguro DPVAT - Invalidiz Permanente e Dams.

O presente documento é emitido em decorrência do atendimento ao protocolo de atendimento ao cliente nº 059-712.864-20, em virtude da solicitação de documentação para o seguro DPVAT - Invalidiz Permanente e Dams.

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

Fornecedores de Atendimento: **INSTITUTO NACIONAL DE SEGURANÇA E SAÚDE (CÓPIA AUTENTICADA E ELEVEL)**

O presente documento é emitido em decorrência do atendimento ao protocolo de atendimento ao cliente nº 059-712.864-20, em virtude da solicitação de documentação para o seguro DPVAT - Invalidiz Permanente e Dams.

O presente documento é emitido em decorrência do atendimento ao protocolo de atendimento ao cliente nº 059-712.864-20, em virtude da solicitação de documentação para o seguro DPVAT - Invalidiz Permanente e Dams.

O presente documento é emitido em decorrência do atendimento ao protocolo de atendimento ao cliente nº 059-712.864-20, em virtude da solicitação de documentação para o seguro DPVAT - Invalidiz Permanente e Dams.

O presente documento é emitido em decorrência do atendimento ao protocolo de atendimento ao cliente nº 059-712.864-20, em virtude da solicitação de documentação para o seguro DPVAT - Invalidiz Permanente e Dams.

O presente documento é emitido em decorrência do atendimento ao protocolo de atendimento ao cliente nº 059-712.864-20, em virtude da solicitação de documentação para o seguro DPVAT - Invalidiz Permanente e Dams.

O presente documento é emitido em decorrência do atendimento ao protocolo de atendimento ao cliente nº 059-712.864-20, em virtude da solicitação de documentação para o seguro DPVAT - Invalidiz Permanente e Dams.

O presente documento é emitido em decorrência do atendimento ao protocolo de atendimento ao cliente nº 059-712.864-20, em virtude da solicitação de documentação para o seguro DPVAT - Invalidiz Permanente e Dams.

O presente documento é emitido em decorrência do atendimento ao protocolo de atendimento ao cliente nº 059-712.864-20, em virtude da solicitação de documentação para o seguro DPVAT - Invalidiz Permanente e Dams.

O presente documento é emitido em decorrência do atendimento ao protocolo de atendimento ao cliente nº 059-712.864-20, em virtude da solicitação de documentação para o seguro DPVAT - Invalidiz Permanente e Dams.

O presente documento é emitido em decorrência do atendimento ao protocolo de atendimento ao cliente nº 059-712.864-20, em virtude da solicitação de documentação para o seguro DPVAT - Invalidiz Permanente e Dams.

O presente documento é emitido em decorrência do atendimento ao protocolo de atendimento ao cliente nº 059-712.864-20, em virtude da solicitação de documentação para o seguro DPVAT - Invalidiz Permanente e Dams.

O presente documento é emitido em decorrência do atendimento ao protocolo de atendimento ao cliente nº 059-712.864-20, em virtude da solicitação de documentação para o seguro DPVAT - Invalidiz Permanente e Dams.

O presente documento é emitido em decorrência do atendimento ao protocolo de atendimento ao cliente nº 059-712.864-20, em virtude da solicitação de documentação para o seguro DPVAT - Invalidiz Permanente e Dams.

O presente documento é emitido em decorrência do atendimento ao protocolo de atendimento ao cliente nº 059-712.864-20, em virtude da solicitação de documentação para o seguro DPVAT - Invalidiz Permanente e Dams.

O presente documento é emitido em decorrência do atendimento ao protocolo de atendimento ao cliente nº 059-712.864-20, em virtude da solicitação de documentação para o seguro DPVAT - Invalidiz Permanente e Dams.

O presente documento é emitido em decorrência do atendimento ao protocolo de atendimento ao cliente nº 059-712.864-20, em virtude da solicitação de documentação para o seguro DPVAT - Invalidiz Permanente e Dams.

O presente documento é emitido em decorrência do atendimento ao protocolo de atendimento ao cliente nº 059-712.864-20, em virtude da solicitação de documentação para o seguro DPVAT - Invalidiz Permanente e Dams.

O presente documento é emitido em decorrência do atendimento ao protocolo de atendimento ao cliente nº 059-712.864-20, em virtude da solicitação de documentação para o seguro DPVAT - Invalidiz Permanente e Dams.

O presente documento é emitido em decorrência do atendimento ao protocolo de atendimento ao cliente nº 059-712.864-20, em virtude da solicitação de documentação para o seguro DPVAT - Invalidiz Permanente e Dams.

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

VALORES DE INDENIZAÇÃO

- MORTALIDADE - R\$ 15.500,00
- INVALIDEZ PERMANENTE - ATÉ R\$ 15.500,00 ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/74
- DESPESAS MÉDICAS (DAMS) - ATÉ R\$ 7.000,00 (PRELIMINAR) ESTE VALOR VARIA CONFORME O TIPO DE DESPESAS CONFERIDAS

O prazo para pagamento da indenização é de 30 dias contados a partir da entrada da documentação completa.

Com base na legislação em vigor, poderão ser solicitados documentos complementares, como os listados neste formulário.

Para acompanhar o pedido de indenização, acesse www.dpvatsegurosbrasil.com.br ou ligue para o número 0800-000000.Data de emissão **10/09/2020**Assinatura **6741555/ADS/PE**Assinatura 

Assinatura

Assinatura

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200330277

Cidade: Paulista

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: DAVID FEITOSA DOS SANTOS

Data do acidente: 23/11/2019

Seguradora: ALFA SEGURADORA

PARECER

Diagnóstico: Fratura de femur distal esquerdo, fratura bimalleolar esquerda.

Descrição do exame físico: Ao exame físico do tornozelo esquerdo apresenta flexão dorsal aos 5°, flexão plantar aos 5°, presença de atrofia no segmento, marcha com claudicação, agachamento alterado, sem encurtamento, mobilização passiva anormal, cicatriz operatória aparente. Apresenta na região observada sensibilidade anormal, coloração normal, temperatura normal, sinais inflamatórios inexistentes, presença de alterações da musculatura do segmento, presença de alteração motora do segmento, sem amputação. Cumpre frisar que, conforme apurado através do exame físico, o conjunto das sequelas repercute em todo o membro inferior.

Resultados terapêuticos: Tratamento cirúrgico, osteossíntese das fraturas, fez fisioterapia. Alta há cerca de 30 dias.

Sequelas permanentes: Deficit funcional moderado em membro inferior esquerdo

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 24/09/2020

Conduta mantida:

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

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 membros inferiores	70 %	Em grau médio - 50 %	35%	R\$ 4.725,00
Total			35 %	R\$ 4.725,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200330277 **Cidade:** Paulista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: DAVID FEITOSA DOS SANTOS **Data do acidente:** 23/11/2019 **Seguradora:** ALFA SEGURADORA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 21/09/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DA CÔNDILO FEMORAL ESQUERDO.
FRATURA EM FACE MEDIAL DO TORNOZELO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO COM FIOS K E PARAFUSOS EM JOELHO E FIXADOR EXTERNO NO TORNOZELO. ALTA MÉDICA.
P3 / P9 / P16 / P17 IMAGEM

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DE MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

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 DE MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

**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 membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200330277 **Cidade:** Paulista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: DAVID FEITOSA DOS SANTOS **Data do acidente:** 23/11/2019 **Seguradora:** ALFA SEGURADORA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 21/09/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DA CÔNDILO FEMORAL ESQUERDO.
FRATURA EM FACE MEDIAL DO TORNOZELO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO COM FIOS K E PARAFUSOS EM JOELHO E FIXADOR EXTERNO NO TORNOZELO. ALTA MÉDICA.
P3 / P9 / P16 / P17 IMAGEM

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

Observações: SOLICITO PERICIA

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 membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE:

NOME: DAVID FEITOSA DOS SANTOS

NACIONALIDADE: BRASILEIRO

IDENTIDADE: 6.971.831 ORGÃO: SDS/PE

CPF: 059.712.864.20

ESTADO CIVIL: SOLTEIRO

ENDEREÇO: R. ARIAL OLIVEIRA, 13-A - ENG.
MARAGUAPE / JANGA

OUTORGADO:

NOME: Fernanda Brandão de Oliveira

NACIONALIDADE: Brasileira

IDENTIDADE: 6.141.955 SDS/PE

CPF: 056.639.994-69

ESTADO CIVIL: Solteira

ENDEREÇO: Rua Conego José Fernandes Machado, Nº 233 – Varzea – Recife/PE

Cep: 50.970-230

Pelo presente instrumento particular de procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador e outorgado acima qualificado, a quem confio para representar-me perante instituições hospitalares, corpo de bombeiro, samu e Boletim de Ocorrência e retificar caso necessário, para solicitar e retirar quais quer documentações médicas e certidões de atendimento do outorgante acima qualificado. Confio para representar-me perante SEGURADORAS, referente ao seguro obrigatório DPVAT o pagamento do sinistro que vitimou em acidente de trânsito o senhor (a):

DAVID FEITOSA DOS SANTOS

Escolha o (s) tipo (s) de cobertura ☒ DMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☐ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ morte

Data do Acidente: 23/11/2019

Recife 11 de Setembro 2020

Local e data

f. David

ASSINATURA DO OUTORGANTE

(RECONHECER POR AUTENTICIDADE)