

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: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | **SAC** (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | **Central Ouvidoria**: 0800 021 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/BIBLIOTECASWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

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

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

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS - SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. ² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS - COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Evandro Carlos da Silva Nascimento
inscrito (a) no CPF/CNPJ 094.568.984 / 58 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário
Alison Cardoso Araujo inscrito (a) no CPF sob o Nº 128.648.944-08
do sinistro de DPVAT cobertura incapacidade da Vítima Alison Cardoso Araujo
inscrito (a) no CPF sob o Nº 128.648.944 / 08 conforme determinação da Circular Susep 445/12:
Declaro Profissão: Perito Renda: X e apresento os documentos comprobatórios:
☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço: <u>Rua Teófilo de Souza</u>		Número: <u>26</u>	Complemento: <u>Casa</u>
Bairro: <u>Prinatal</u>	Cidade: <u>Paudalho</u>	Estado: <u>PE</u>	CEP: <u>55825-000</u>
E-mail: <u>js.assessoriaoficial@gmail.com</u>			Tel. (DDD): <u>81.99304.6299</u>

Local e Data: Pis Unidos Recife 29.10.10

Evandro Carlos da Silva Nascimento
Assinatura do Declarante

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: 26/11/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 5.062,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ALISON CARDOSO ARAUJO

BANCO: 260

AGÊNCIA: 00001

CONTA: 000099346225-9

Nr. da Autenticação 24E48F824C17BB3E

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 0095843-03



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

ALISON CARDOSO ARAUJO
CPF: 128.848.944-08 NIS: 20032895490

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

RUA NAMEDE COELHO 460 A

DOIS UNIDOS/RECIFE
52140-180 RECIFE 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

21/10/2020

TOTAL A PAGAR (R\$)

0,00

DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL

14/10/2020

DATA DA APRESENTAÇÃO

14/10/2020

NÚMERO DA NOTA FISCAL

127831034

CONTA CONTRATO

007030560404

Nº DO CLIENTE

2018672193

Nº DA INSTALAÇÃO

0062947224

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL - BAIXA RENDA COM NIS
Monofásico

RESERVADO AO FISCO

9FE7.B5CF.2690.F1C3.3D43.3280.E824.DB21

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)
Consumo-TUSD até 30 kWh	30,00	0,10832998	3,24
Consumo-TUSD superior a 30 até 100 kWh	42,00	0,18670850	7,79
Consumo-TE até 30 kWh	30,00	0,09262775	2,77
Consumo-TE superior a 30 até 100 kWh	42,00	0,15879943	6,66
Multa por atraso-NF 124038908 - 14/09/20			0,43
Juros por atraso-NF 124038908 - 14/09/20			0,09
Atualização IGP-M-NF 124038908 - 14/09/20			0,44
Compensação DMIC 03/20			0,19
Correc.Monet. DMIC Mes - 03/2020			0,01
TOTAL DA FATURA			21,22

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS

ICMS		PIS		COFINS	
BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
0,00		0,00	20,46	0,30	0,19
					0,19
					0,85

Tarifas Aplicadas

Consumo-TUSD até 30 kWh	0,10832998
Consumo-TUSD superior a 30 até 100 kWh	0,18670850
Consumo-TE até 30 kWh	0,09262775
Consumo-TE superior a 30 até 100 kWh	0,15879943

HISTÓRICO DO CONSUMO

OUT	20	■■■■■■■■■■	72
SET	20	■■■■■■■■■■	76
AGO	20	■■■■■■■■■■	80
JUL	20	■■■■■■■■■■	76
JUN	20	■■■■■■■■■■	106
MAY	20	■■■■■■■■■■	103
ABR	20	■■■■■■■■■■	107
MAR	20	■■■■■■■■■■	109
FEV	20	■■■■■■■■■■	95
JAN	20	■■■■■■■■■■	99
DEZ	18	■■■■■■■■■■	113
NOV	18	■■■■■■■■■■	106
OUT	18	■■■■■■■■■■	100

ATENDIMENTO: RUA CAP PEDRO IVO - NUM. - 00053 - CENTRO PAUDA
 LHO PE 55825-000

DADOS DO CLIENTE

MATRÍCULA: 17874942 Feb/2020

MARIA O. DA S. NASCIMENTO
 R TRINTA E UM, N. 00026 - PRIMAVERA PAUDALHO PE 55825-000

INSCRIÇÃO: 106 160 095 0118 000 GRUPO: 11 DER AUTOMATICO: 017874942

SITUAÇÃO ÁGUA	SITUAÇÃO ESGOTO	RESIDENCIAL	QUANTIDADE DE ECONOMIAS COMERCIAL INDUSTRIAL	PÚBLICA
CORTADO	POTENCIAL	1		
HIDRÔMETRO	DATA LEIT. ANTERIOR	DATA LEIT. ATUAL	TIPO DE CONSUMO (A/E)	
A10B353176	04/02/2020	05/03/2020	MÉDIA HD	

ÁGUA:

LEIT ANT: 225 CONSUMO: 0
 LEIT ATU: HD RETIRADO
 LEIT FAT: 225

HISTÓRICO DE CONSUMO
REFERÊNCIA CONSUMO

01/2020 00
 12/2019 00
 11/2019 00
 10/2019 00
 09/2019 00
 08/2019 00
 MÉDIA: 00

PARAMETROS	NÚMERO DE AMOSTRAS		
	EXIG. PORT. MS 2.914/11	ANÁLISES REALIZ.	ATENDEM A LEGIS
TURBIDEZ	42	48	48
COR APARENTE	42	48	38
CLORO RESIDUAL	42	48	47
COLIF. TOTAIS	42	48	30
E. COLI	42	48	48

Qualidade de Água: www.compesa.com.br

OBS.: (1) COLIFORMES TOTAIS AUSÊNCIA 95% DAS AMOSTRAS EXAMINADAS
 (2) OS PARÂMETROS COLIFORMES TOTAIS, ESCHERICHIA COLI E CLORO
 RESIDUAL SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES SANITÁRIAS DA ÁGUA
 (3) OS PARÂMETROS COR E TURBIDEZ SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES
 ASSOCIADAS AO ASPECTO VISUAL DA ÁGUA

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS

ÁGUA

RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)

CONSUMO TOTAL (R\$)

MULTA P/IMPONTUALIDADE 01/2020

TARIFA CORTADO DEC. 18.251/94 02/2020

0,26
 13,22

Rio de Janeiro, 02 de Dezembro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200391889

Vítima: ALISON CARDOSO ARAUJO

Data do Acidente: 28/03/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: EVANDRO CARLOS DA SILVA NASCIMENTO

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), ALISON CARDOSO ARAUJO

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\$ 5.062,50

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

Graduação: Em grau intenso 75%

% Invalidez Permanente DPVAT: (75% de 50%) 37,50%

Valor a indenizar: 37,50% x 13.500,00 = R\$ 5.062,50

Recebedor: ALISON CARDOSO ARAUJO

Valor: R\$ 5.062,50

Banco: 260

Agência: 000000001

Conta: 000099346225-9

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



**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: 3200391889

Nome do(a) Examinado(a): ALISON CARDOSO ARAUJO

Endereço do(a) Examinado(a): R MAMEDE COELHO, 460, C, Recife/PE

Identificação – Órgão Emissor UF / Número: SDSPE / 9179449

Data e local do acidente: 28/03/2020 - Recife/PE

Data e local do exame: 09/11/2020 - Arcoverde/PE

Coordenadas Geográficas: latitude: -8.41899 , longitude: -37.06033

RESULTADO DA AVALIAÇÃO MÉDICA

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

Ferimento corto contuso no pé direito com lesão neurológica do nervo tibial anterior.

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

Tratamento conservador

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

Ao exame físico do pé direito apresenta eversão aos 5°, inversão aos 10°, pé cavo, sem amputação, sem encurtamento, marcha com claudicação, agachamento normal, mobilização passiva normal, articulação metatarsofalangeana aos 30°. Apresenta na região observada ausência de atrofia, cicatriz operatória aparente, sensibilidade normal, coloração normal, temperatura normal, sinais inflamatórios inexistentes, inexistência de alterações musculares, presença de alteração motora do segmento. Cumpre frisar que, conforme o exame físico, o pericéado possui um déficit funcional de grau leve no pé direito.

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

Pé em equino devido lesão neurológica do nervo tibial anterior

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.

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: 128.648.944-08 4 - Nome completo da vítima: Alison Cardoso Traufo

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

5 - Nome completo: Alison Cardoso Traufo 6 - CPF: 128.648.944-08
7 - Profissão: Agricultor 8 - Endereço: Rua. Marede Coelho 9 - Número: 460 10 - Complemento: casa
11 - Bairro: Pais Unidos 12 - Cidade: Recife 13 - Estado: PE 14 - CEP: 52140-180
15 - E-mail: j1.assessoriaofr@gmail.com 16 - Tel./DDD: 81.99304.6299

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

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

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

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: nubank

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 estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- 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 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 ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:

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

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro(nascidos)? ☐ 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

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

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

38 - 1ª | Nome: CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data,

Alison Cardoso Traufo

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 064ª CIRCUNSCRIÇÃO - GLORIA DO GOITÁ - DP64ªCIRC
DINTER1/12ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **20E0154001316**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **17/10/2020** às **15:16**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia **28/3/2020** às **20:00**

Natureza Jurídica: **QUEDA DE MOTO**

Fato ocorrido no endereço: **ALTO JOSE DO PINHO, 1, PROXIMO A ESCOLA NO ALTO JOSE DO PINHO, RECIFE-PE - Bairro: ALTO JOSE DO PINHO - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL - CEP: 52110-460**

Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

NAO SE APLICA (AUTOR / AGENTE)
ADRIANA CARDOSO DE OLIVEIRA (OUTRO)
ALISSON CARDOSO ARAUJO (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

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

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

ALISSON CARDOSO ARAUJO (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: ADRIANA CARDOSO DE OLIVEIRA Pai: ANDERSON DA SILVA ARAUJO Data de Nascimento: 11/1/2000 Naturalidade: RECIFE / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 9179449/3DS/PE (RG), 12864894408 (CPF) Estado Civil: SOLTEIRO(A) Escolaridade: 2º. GRAU COMPLETO Profissão: OUTRAS PROFISSOES Endereço Residencial: RUA MAMEDE COELHO, 400, CASA A - CEP: 55000-000 - Bairro: DOIS UNIDOS - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL

NAO SE APLICA - Ramo de Atividade: **NAO INFORMADO**

Nome do Representante: - Cargo do Representante: - Pessoa de Contato no estabelecimento comercial: -
Telefone de Contato: -

ADRIANA CARDOSO DE OLIVEIRA (não presente ao plantão) - Sexo: Feminino Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

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

MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **ADRIANA CARDOSO DE OLIVEIRA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **ALISSON CARDOSO ARAUJO**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 160 START** Objeto apreendido: **Não**
Quantidade: **1,000 (UNIDADE)**

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:

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

5 - Nome completo: 6 - CPF: 7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento: 11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP: 15 - E-mail: 16 - Tel(DDD):

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

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) ☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

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

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: Hubank

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 estou impossibilitado de apresentar a laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de 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 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 ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:

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

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (ou nascos)? ☐ 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

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

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

38 - 1ª | Nome: CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data,

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

RELATÓRIO MÉDICO PARA AVALIAÇÃO DE INVALIDEZ PERMANENTE (TOTAL OU PARCIAL)

DECLARAÇÕES DO MÉDICO (DE PRÓPRIO PUNHO)

DATA DO ACIDENTE:	28/3/20	DATA DO INÍCIO DO TRATAMENTO:	28/3/20
NOME COMPLETO DA VÍTIMA:	Alison Cardoso Araújo		
LESÕES RESULTANTES DO ACIDENTE:	Lêvio Tendão Tibial anterior		
DADOS RESUMIDOS DOS TRATAMENTOS REALIZADOS (DATAS):	Tratamento cirúrgico		
ALTA MÉDICA?	☒ SIM ☐ NÃO		
EXISTE ALGUM DEFEITO OU DOENÇA PRÉ-EXISTENTE?	☐ SIM ☒ NÃO		
CASO POSITIVO DESCREVER:			
COM RELAÇÃO A INVALIDEZ PODE-SE CONCLUIR QUE:	☐ A INVALIDEZ É TEMPORÁRIA, PORTANTO PASSÍVEL DE RECUPERAÇÃO SIGNIFICATIVA OU DE CURA ATRAVÉS DE TRATAMENTO. ☒ A INVALIDEZ É PERMANENTE, OU SEJA, NÃO HÁ POSSIBILIDADE DE RECUPERAÇÃO SIGNIFICATIVA OU DE CURA.		

GRAU DE INCAPACIDADE FUNCIONAL IRREVERSÍVEL (especificar o segmento ou órgão atingido)

	SEGMENTO ANATÔMICO OU ÓRGÃO AFETADO
1ª	Tendão anterior do joelho com lesão do ligamento cruzado anterior e do ligamento cruzado posterior, além de lesão do menisco anterior e posterior. #57 - Grav
2ª	
3ª	
4ª	
5ª	

AFIRMO QUE ASSISTI E/OU AVALIEI A VÍTIMA NO PERÍODO DE		A	
E QUE AS RESPOSTAS ACIMA SÃO COMPLETAS E VERDADEIRAS.			
LOCAL	DATA	ASSINATURA E CARIMBO	
Corumbá	20/9/20	Victor Crispim Ortopedia e Traumatologia CRM 25144	

Pé Direito - Leve - 25%

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

Ferimento corto/ contuso em pé direito com lesão neurológica de tibial anterior, o mesmo apresentando no exame físico um pé equino. Graduação de 25% apenas do segmento afetado.

Eduardo Nery Campos
Eduardo Nery Campos
eduardo@nerycampos.com
2004-07-07 08:00:00

Placa: **PCS5499** (PERNAMBUCO/RECIFE)
Combustível: **GASOLINA**

Complemento / Observação

RELATA A VÍTIMA QUE ESTAVA CONDUZINDO A MOTOCICLETA CITADA ACIMA PELA SITUADA LOCALIDADE, QUANDO UM VEÍCULO NÃO IDENTIFICADO QUE ESTAVA EM SENTIDO CONTRÁRIO PASSOU PARA A CONTRA MÃO E A VÍTIMA NA TENTATIVA DE DESVIAR DO MESMO, COLOCOU A MOTOCICLETA POR CIMA DA CALÇADA ONDE ACABOU PERDENDO O CONTROLE DA MESMA VINDO A CAIR AO SÓLO. COM SÉRIAS LESÕES FOI SOCORRIDA PARA O HOSPITAL GETÚLIO VARGAS NO RECIFE-PE.

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

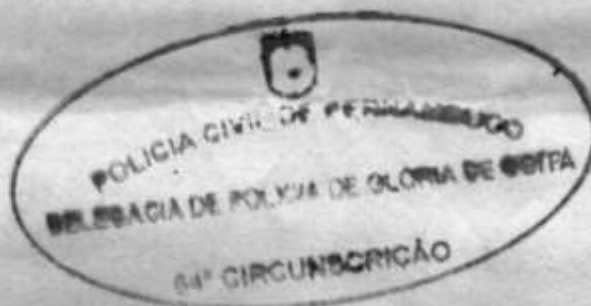
ALISSON CARDOSO ARAUJO
(VITIMA)

Alisson Cardoso Araujo

B.O. registrado por: **SEVERINO EVALDO DO NASCIMENTO** - Matrícula: **159.816-3**
(Liberado em **17/10/2020** às **15:37**)

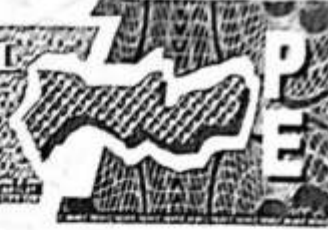


Severino Evaldo do Nascimento
Comissário Especial de Polícia
Matr. 159.816-3

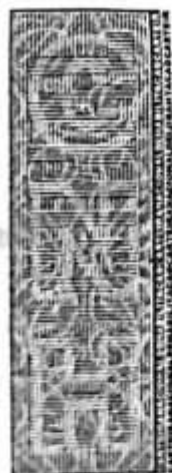




REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO



VÁLIDA EM TODO
O TERRITÓRIO NACIONAL
1676416620



PROIBIDO PLASTIFICAR

1676416620

NOME
EVANDRO CARLOS DA SILVA NASCIMENTO



DOC. IDENTIDADE / ÓRG. EMISSOR / UF
7963603 SDS PE

CPF
094.568.984-58

DATA NASCIMENTO
26/12/1990

FILIAÇÃO
**JOSE CARLOS DO NASCIME
NTO
MARIA ODETE DA SILVA N
ASCIMENTO**

PERMISSÃO

ACC

CAT. HAB.
AB

Nº REGISTRO
04918344208

VALIDADE
24/05/2023

1ª HABILITAÇÃO
12/04/2010

OBSERVAÇÕES
EAR

Evandro Carlos da Silva Nascimento

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
CARPINA, PE

DATA EMISSÃO
24/05/2018

Charles Andrews Sousa Ribeiro
Diretor Presidente

ASSINATURA DO EMISSOR

**54213449766
PE086093193**

PERNAMBUCO



NOME
ALISON CARDOSO ARAUJO



DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR / UF
9179449 SDS PE

CPF DATA NASCIMENTO
128.648.944-08 11/01/2000

FILIAÇÃO
**ANDERSON DA SILVA ARAUJO
ADRIANA CARDOSO DE OLIVEIRA**

PERMISSÃO ACC CAT. HAB
A

Nº REGISTRO VALIDADE 1ª HABILITAÇÃO
07203789676 05/02/2021 29/01/2019

OBSERVAÇÕES

Alison Cardoso Araujo

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL DATA EMISSÃO
OLINDA, PE 11/02/2020

Roberto Fontelles
Roberto Carlos Moreira Fontelles
Diretor Presidente

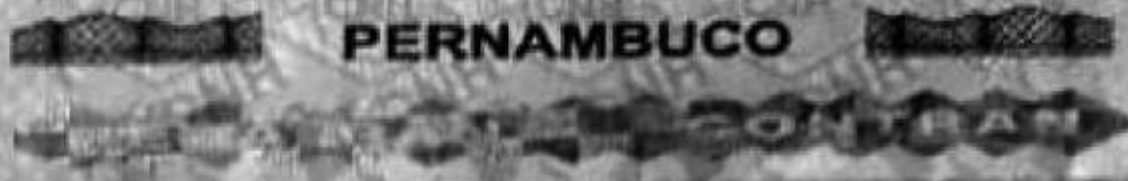
ASSINATURA DO EMISSOR

61666055004
PE097840602

PERNAMBUCO

VÁLIDA EM TODO
O TERRITÓRIO NACIONAL
1998901722

PROIBIDO PLASTIFICAR
1998901722



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADIAS

DETRAN - PE Nº 013432760816
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

1 1189350983 2019

ADRIANA CARDOSO DE OLIVEIRA

RECIFE-PE

022.729.924-41

PC85493

***** PC854930KR029268

PAR MOTOCICLETA

CAROLINA

HONDA/CG 160 START 2019 2019

22/162CL PARTIC DRETA

IPVA 2019 QUITADO

00.11 0.22 54.58 01/09/19

SEM RESERVA

RECIFE-PE 01/09/19

Roberto Carlos Moreira Fontelles

PE Nº 013432760816 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ADRIANA CARDOSO DE OLIVEIRA

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.seguradoralider.com.br
SAC DPVAT 0800 933 1304

RECIFE-PE

2019

01/09/19

1

022.729.924-41

PC85493

1189350983 HONDA/CG 160 START

2019 09 SC2KC2500KR029268

PRÊMIO TARIFÁRIO

20.05	4.01	40.06
-------	------	-------

4.15	0.92	54.58
------	------	-------

X 01/09/19

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 20.216.885/0001-04

DESTAQUE E GUARDE O BILHETE DPVAT.

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0311168/20

Vítima: ALISON CARDOSO ARAUJO

CPF: 128.648.944-08

Seguradora: CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

Data do acidente: 28/03/2020

Titular do CPF: ALISON CARDOSO ARAUJO

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

EVANDRO CARLOS DA SILVA NASCIMENTO : 094.568.984-58

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

ALISON CARDOSO ARAUJO : 128.648.944-08

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: 30/10/2020
Nome: EVANDRO CARLOS DA SILVA NASCIMENTO
CPF: 094.568.984-58

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 30/10/2020
Nome: Marta Marinho dos Santos
CPF: 492.294.514-87

EVANDRO CARLOS DA SILVA NASCIMENTO

Marta Marinho dos Santos

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200391889 **Cidade:** Recife **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ALISON CARDOSO ARAUJO **Data do acidente:** 28/03/2020 **Seguradora:** CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

PARECER

Diagnóstico: Ferimento corto contuso no pé direito com lesão neurológica do nervo tibial anterior.

Descrição do exame físico: Ao exame físico do pé direito apresenta eversão aos 5°, inversão aos 10°, pé cavo, sem amputação, sem encurtamento, marcha com claudicação, agachamento normal, mobilização passiva normal, articulação metatarsofalangeana aos 30°. Apresenta na região observada ausência de atrofia, cicatriz operatória aparente, sensibilidade normal, coloração normal, temperatura normal, sinais inflamatórios inexistentes, inexistência de alterações musculares, presença de alteração motora do segmento. Cumpre frisar que, conforme o exame físico, o periciado possui um déficit funcional de grau leve no pé direito.

Resultados terapêuticos: Submetido a tratamento conservador. Evoluiu com pé em equino devido lesão neurológica do nervo tibial anterior. Alta médica.

Sequelas permanentes: Limitação funcional do pé direito em grau severo.

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 09/11/2020

Conduta mantida:

Observações: NOTA DO REVISOR: TENDO EM VISTA A DESCRIÇÃO DO EXAME FÍSICO, OPTAMOS POR ALTERAR A ESTIMATIVA E ENQUADRAMENTO DA SEQUELA.

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 intenso - 75 %	37,5%	R\$ 5.062,50
Total			37,5 %	R\$ 5.062,50

Procuração

Pelo presente instrumento particular de procuração, o outorgante abaixo qualificado confere ao outorgado, também qualificado, os poder
abaixo transcritos:

1. Outorgante Alison Cardoso Souza

portador(a) do documento de identidade nº 9.179.449, expedido por SOS-PE, em
29/01/2019 inscrito no CPF sob o nº 128.648.944.08, residente na
Rua. Marede Coelho, nº 460
complemento Casa, Bairro Dois Unidos, cidade
Recife, Estado PE.

2. Outorgado Alando Carlos da Silva Nascimento

portador(a) do documento de identidade nº 7.963.603, expedido por SOS-PE, em
24/05/2010 inscrito no CPF sob o nº 094.568.984.58, residente na
Rua Princesa e um, nº 26
complemento Casa, Bairro Primavera, cidade
Paudalho, Estado PE.

Amplos poderes para praticar todos os atos administrativos e judiciais que se fizerem necessários na movimentação e conclusão
dos processos novos e complementares do Seguro Obrigatório - DPVAT, e especialmente para preenchimento e assinatura do
FORMULÁRIO DE AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO.

Dois Unidos Recife 29 de outubro de 2020.

Outorgante Alison Cardoso Souza

(VEJA ORIENTAÇÃO SOBRE AUTENTICIDADE DE DOCUMENTOS OU RECONHECIMENTO DE FIRMAS NO WWW.COESPSEGUROS.COM.BR)

Tratando-se de pessoa não alfabetizada, a procuração deverá ser firmada em cartório, obrigatoriamente.

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0311168/20

Vítima: ALISON CARDOSO ARAUJO

CPF: 128.648.944-08

Seguradora: CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

Data do acidente: 28/03/2020

Titular do CPF: ALISON CARDOSO ARAUJO

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

EVANDRO CARLOS DA SILVA NASCIMENTO : 094.568.984-58

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

ALISON CARDOSO ARAUJO : 128.648.944-08

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: 30/10/2020
Nome: EVANDRO CARLOS DA SILVA NASCIMENTO
CPF: 094.568.984-58

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 30/10/2020
Nome: Marta Marinho dos Santos
CPF: 492.294.514-87

EVANDRO CARLOS DA SILVA NASCIMENTO

Marta Marinho dos Santos

Rio de Janeiro, 05 de Novembro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200391889

Vítima: ALISON CARDOSO ARAUJO

Data do Acidente: 28/03/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: EVANDRO CARLOS DA SILVA NASCIMENTO

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), ALISON CARDOSO ARAUJO

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



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
HOSPITAL
Getúlio Vargas



NOME DA UNIDADE:
HOSPITAL GETÚLIO VARGAS
CGC Nº:
10.572.048/0005-51
(03 vias)

LAUDO PARA EMISSÃO DE AIH

CARTÃO SUS

SENHA:

NOME DO PACIENTE ALISON CARDOSO ARAUJO

DATA DE NASCIMENTO 11/01/2000

SEXO Feminino

Nº DO REGISTRO 01147000

NOME DA MÃE ADRIANA CARDOSO DE OLIVEIRA

ENDEREÇO RUA MAMEDE COELHO, N.º 460 - : BAIRRO: DOIS UNIDOS - CIDADE: RECIFE - UF: PE

Nº BLOCO

APTO

BAIRRO

MUNICIPIO

UF

CEP 52140180

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

HISTÓRIA CLÍNICA

EXAME FÍSICO

PRINCIPAIS RESULTADOS DOS EXAMES COMPLEMENTARES

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL

FERIMENTO CORTO-CONTUSO EM PÉ DIREITO COM LESÃO DE TENDÃO TIBIAL ANTERIOR

PROCEDIMENTO SOLICITADO

LMC + desbridamento + Imobilização

DESCRIÇÃO DA CLÍNICA/ESPECIALIDADE
ORTOPEDIA/TRAUMATO

CARATER DA INTERNAÇÃO
URGÊNCIA

Data 29/03/2020

Dr. José Victor M. Lucena
Ortopedia e Traumatologia
CREMEP 27796

Data

CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO SOLICITANTE DA INTERNAÇÃO

CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO AUTORIZADOR

PARA USO DAS UNIDADES PÚBLICAS

AUTORIZAÇÃO PARA INTERNAÇÃO EM UNIDADE COMPLEMENTAR

NOME DA UNIDADE

CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO RESPONSABILIDADE PELO ENCAMINHAMENTO

DATA DO ENCAMINHAMENTO

Avenida General San Martin s/n e Cordeiro
Recife/PE e CEP 50.630-060
Fone: 0XX.81.31845600

na cirurgia



HOSPITAL
GETÚLIO VARGAS

RELATÓRIO DE CIRURGIA



Unidade de Saúde:
HOSPITAL GETÚLIO VARGAS

Nome do paciente:
ALISON CARDOSO ARAUJO

Nº do Paciente:
1147000

Clínica/Leito:

Operador: KENNET LEITE

1º Assistente: FERNANDA MR2

2º Assistente: LUCAS MR1

Instrumentador:

Anestesista: PLANTONISTA

Anestesia: RAQUI

Duração:

Data da Operação: 29/03/2020

Início:

Fim:

Diagnóstico Pré-Operatório:

FERIMENTO CORTO-CONTUSO EM PÉ DIREITO COM LESÃO DE TENDÃO TIBIAL ANTERIOR

Diagnóstico Pós-Operatório:

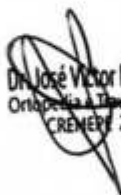
Operação Proposta:

LMC + DESBRIDAMENTO + IMOBILIZAÇÃO

Operação Realizada:

DESCRIÇÃO DO ATO OPERATÓRIO

- 1) Paciente em decúbito dorsal sob anestesia RAQUI
- 2) Assepsia e antissepsia;
- 3) Aposição de campos estéreis;
- 4) Visualizado ferimento em face dorsal de pé direito com lesão completa de tendão de músculo tibial anterior.
- 5) Realizado exploração de lesão, porém, não foi encontrado o coto proximal
- 6) Limpeza copiosa com SF0,9%
- 7) Desbridamento de tecidos desvitalizados
- 8) Sutura de pele com nylon 3,0.
- 9) curativo + tala bota
- 10) observada boa perfusão distal após o procedimento


Dr. José Victor M. Lucena
Ortopedia e Traumatologia
CREMER 27709



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
HOSPITAL
Getúlio Vargas



SUMÁRIO DE ALTA

NOME:

Alison Cardozo Araujo

02 (DUAS) VIAS

NOME DA MÃE:

Adriana Cardoso de Oliveira

CARTÃO SUS:

200.32895490.0003

CINEMA:

1.ª. de Logia

ENFERMAGEM:

102

LEITO:

05

Nº DO REGISTRO:

1147000

DATA DE NASCIMENTO:

11-01-2000

IDADE:

20.2

PESO:

ALTURA:

SEXO:

F: ☐ M: ☐

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

Ferimento aberto contuso por P e l. não ferido

COMORBIDADE:

PROCEDIMENTO SOLICITADO:

Tratamento cirúrgico

PROCEDIMENTO REALIZADO/EXAMES REALIZADOS (MARCAR NO VERSO):

DATA DA INTERNAÇÃO:

29.03.2020

DATA DA ALTA:

1/1/1

DIAS DE INTERNAÇÃO:

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO REALIZADO:

0415040035

CID:

S91.3

CARIMBO/REVISOR/ATURAMENTO

CÓD.

EQUIPE

NOME DO PROFISSIONAL

1

CIRURGIÃO

Dr. Romeu Azei

2

1º AUXÍLIO CIRÚRGICO

Dr. Arisson Leite

3

2º AUXÍLIO CIRÚRGICO

Dr. Emanuel MR2

4

ANESTESISTA

Dr. Mariana Loyo

5

CLÍNICO Intenutador

Dr. Yuri

PROCEDIMENTOS ESPECIAIS

☐

DIÁRIA DE ACOMPANHANTE

☐

HEMODIÁLISE

☐

☐

DIÁRIA DE UTI

☐

USO DE FATORES DE COAGULAÇÃO

☐

☐

MUDANÇA DE PROCEDIMENTO

☐

USO DE OXIGÊNIO

☐

☐

USO DE ÓRTESE E PRÓTESE

☐

☐

RESUMO DO CASO (LETRA LEGÍVEL)

ACHADOS CLÍNICOS, PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS REALIZADOS

MEDICAÇÕES UTILIZADAS E DE ALTA:

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL:

CONDIÇÕES CLÍNICAS NA ALTA:

MOTIVO DA ALTA:

☐ CURADO

☐ MELHORADO

☐ TRANSFERÊNCIA

ÓBTO:

☐ OUTROS

☐ IML

☐ SVO

☐ BO:

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

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

DATA

MÉDICO RESPONSÁVEL
ASSINATURA/CARIMBO/CRM

HQV 1010 V 1 2013.

Avenida General San Martín s/n - Cordeiro
Recife/PE - CEP 50.630-060
Fone: 0XX81.31845800



HOSPITAL GETÚLIO VARGAS EMERGÊNCIA



1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Atendimento: 843168

Prontuário: 0001147000

Nome: ALISON CARDOSO ARAUJO

Data Nasc.: 11/01/2000

Idade: 20

Sexo: FEMININO

CPF: 12864894408

RG: 9179449

CNS: 200 3289 5490 0003

Endereço: RUA MAMEDE COELHO

Nº 460 Bairro: DOIS UNIDOS

Cidade: RECIFE

CEP: 52140180

Estado: PERNAMBUCO

Telefone: 86386562

Nome da Mãe: ADRIANA CARDOSO DE OLIVEIRA

Acompanhante: COMPANHEIRO (A) Clínica: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Ocorrência: Nº SENHA - 5913332 * PACIENTE QUEIXA-SE DE CORTE PROFUNDO EM DORSO PÉ DIREITO APÓS BATER NO CHÃO IMPINANDO

2 - ATENDIMENTO

Data: 28/03/2020

Hora: 22:45

Queixa Principal/HDA

Paciente vítima de acidente motociclistico com trauma em pé direito e sangramento há 02h. nega tsem náuseas, vômitos ou perda da consciência. nega comorbidades. nega alergias.

História do Trauma

Perda da Consciência:	☐ SIM ☒ NÃO	Episódio Emético:	☐ SIM ☒ NÃO	Acidente de Trabalho:	☐ SIM ☒ NÃO
Acidente de Trânsito:	☐ SIM ☒ NÃO	Tipo:			
Colisão:	☐ SIM ☒ NÃO	Tipo:	Motorista ☐ Passageiro ☒		
Atropelamento:	☐ SIM ☒ NÃO	Local de Impacto:			
Vítima de Ferimento:	☐ SIM ☒ NÃO	Tipo:	Sofreu Queda:	☐ SIM ☒ NÃO	
Queimadura:	☐ SIM ☒ NÃO	Por:	Transporte Realizado por:		
Condições de imobilização adequadas:	☐ SIM ☒ NÃO	Por que:			

Exame Físico:

A: Geral	Via aérea está pèrvia:	☐ SIM ☒ NÃO	O paciente fala:	☐ SIM ☒ NÃO	Temp.:
Paciente reg, clinicamente estável, sem queixas					
B: Respiratório:					
S/ ALTERAÇÕES					
C: Circulatório	PA:	Pulso:			
ALTERAÇÕES					
D: Exames Neurológico	Deficiência Motora:	MSD ☐ MSE ☐ MID ☐ MIE ☐	Pupilas:	Isocóricas ☐ Anisocóricas ☐	
Glasgow: Abertura ocular	Glasgow: Resposta Verbal	Glasgow: Resposta Motora			
Score: Hora:	Score: Hora:	Score: Hora:			
S/ ALTERAÇÕES, G15					
E: Abdomen					
S/ ALTERAÇÕES					
Diagnóstico Inicial: LESÃO CORTO-CONTUSA EM PÉ DIREITO					
Exames/ Conduta:					
SOLICITO RAIOS X DE PÉ DIREITO + RX DE TORNOZELO DIREITO					
SAT 5000U 01 AMP IM + CEFALOTINA 2G + AD EV					
Definição do Caso:					
Internamento ☐	Cirurgia ☒	Óbito ☐	Termo de Alta ☐	Evadiu-se ☐	Alta ☐ Transferência ☐

JOSE VICTOR MADEIRO DE LUCENA - CRM: Nº.27709

Médico

Dr. José Victor M. Lucena
Ortopedia e Traumatologia
CRM: 27709