

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO TAVARES BUIE



COLEÇÃO DE IMPRESSES



Maria José de Andrade

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 6.037.978 DATA DE EXPEDIÇÃO 22/07/2014

NOME << MARIA JOSÉ DE ANDRADE >>

FILIAÇÃO << LUIS DE ANDRADE SOBRINHO >>
<< HELENA FELIX DE ANDRADE >>

NATURALIDADE CHÃ GRANDE - PE DATA DE NASCIMENTO 12/07/1981

DOC. ORIGEM << CN.10280 L.408 F.282V CART.CHÃ GRANDE-PE 20.08.2002 >>

CPF 039.513.924-44

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

F-52 48.776 - 3031

COMPREV
COMPREV VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

29 OUT 2020

PROTOCOLO
AGÊNCIA RECIFE

VALIDAEM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

6.244.970 29/04/2015

«« JOSÉ IVANILDO DOS SANTOS »»

«« MANOEL JOSÉ DOS SANTOS »»

«« MARIA DE LOURDES DOS SANTOS »»

GRAVATÁ - PE 05/10/1980

«« 096578 01 55 2012 2 00041 019 »»

0012224 B1 BOA VISTA RR

053.773.574-77

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 29/08/03

4150239826 06091905.6347934

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

09-R50



José Ivanildo dos Santos

CARTEIRA DE IDENTIDADE

COMPREV
 COMPREV VIDA E PREVIDÊNCIA S/A
 29 OUT 2020
PROTOCOLO
 AGÊNCIA RECIFE

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: 3200389596

Nome do(a) Examinado(a): JOSE IVANILDO DOS SANTOS

Endereço do(a) Examinado(a): Rua Edson B de Oliveira, 24, , Chã Grande/PE

Identificação – Órgão Emissor UF / Número: SSP / 6244970

Data e local do acidente: 30/06/2020 - Gravatá/PE

Data e local do exame: 12/11/2020 - Caruaru/PE

Coordenadas Geográficas: latitude: -8.27885 , longitude: -35.96984

RESULTADO DA AVALIAÇÃO MÉDICA

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

fratura exposta do rádio e ulna direita e fratura fechada de Galeazzi a esquerda

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

Quadro submetido a osteossíntese com placas e parafusos

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

Ao exame físico do punho direito apresenta flexão aos 40°, extensão aos 20°, desvio ulnar aos 20°, desvio radial aos 10°, pronação aos 60°, supinação aos 20°, ausência de atrofia no segmento, mobilização passiva anormal, cicatriz operatória aparente, sem amputação. 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. Cumpre frisar que, conforme o exame físico, o periciado possui um déficit funcional de grau intenso no punho direito. Ao exame físico do punho esquerdo apresenta flexão aos 50°, extensão aos 40°, desvio ulnar aos 25°, desvio radial aos 20°, pronação aos 40°, supinação aos 50°, presença de atrofia no segmento, mobilização passiva anormal, cicatriz operatória aparente, sem amputação. 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. Cumpre frisar que, conforme o exame físico, o periciado possui um déficit funcional de grau médio no punho esquerdo.

IV. Nexo 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

Dano do punho esquerdo e direito

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 seqüela 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.

Punho Direito - Intenso - 75%

Punho Esquerdo - Médio - 50%

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



Andreia R. Madeira
CRM-19953

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

1 - 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: 053773574-77 4 - Nome completo da vítima: José Manoel dos Santos

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

5 - Nome completo: José Manoel dos Santos 6 - CPF: 053773574-77
 7 - Profissão: _____ 8 - Endereço: Recusou-se R Edison B de Oliveira 9 - Número: 24 10 - Complemento: casa
 11 - Bairro: 10. Helder Camara 12 - Cidade: Chã Grande 13 - Estado: PE 14 - CEP: 55636-000
 15 - E-mail: _____ 16 - Tel. (DDD): (81) 9668-4814

DADOS CADASTRAIS

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: RECLUSO 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) CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
 Bradesco (237) Itaú (341) Nome do BANCO: _____
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)
 AGÊNCIA: 0943 CONTA: 85928 8 AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

INVALIDEZ PERMANENTE

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

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

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

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

MORTE

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 (vai nascer)? 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 beneficiarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de restituição do valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

NÃO ALFABETIZADO

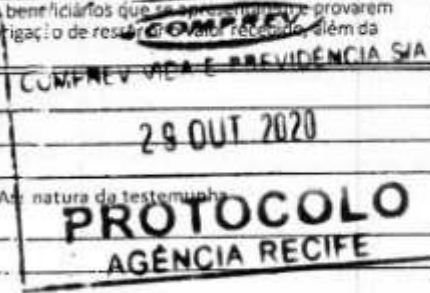
34 _____
 35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido _____
 36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido _____
 37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido _____

TESTEMUNHAS

38 - 1ª | Nome: _____ CPF: _____
 Assinatura da testemunha: _____
 39 - 2ª | Nome: _____ CPF: _____
 Assinatura da testemunha: _____

40 - Local e Data, Chã Grande, 29/09/20
José Manoel dos Santos
 41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver) _____ 43 - Assinatura do Procurador (se houver) _____





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

ATENDIMENTO: AVENIDA 20 DE DEZEMBRO - NUM. - 00910 - CENTRO
 CHA GRANDE PE 55636-000

| DADOS DO CLIENTE | | MATRICULA: 7433085 Ago/2020 | | | | | | | | | | | | | |
|--|--------------------------------|---|---|-------|-----------------|----------------|------------------|-----------|-------|------|------|-----------|-------|------|------|
| LUIZ DE ANDRADE SOBRINHO | | R EDSON BEZERRA DE OLIVEIRA, N. 00014 - DOM HELDER CAMARA CHA GRANDE PE 55636-000 | | | | | | | | | | | | | |
| INSCRIÇÃO: 045.175.535.0300.000 GRUPO: 6 | | DEB. AUTOMÁTICO: 00743308 | | | | | | | | | | | | | |
| SITUAÇÃO ÁGUA LIGADO | SITUAÇÃO ESGOTO POTENCIAL | RESIDENCIAL | QUANTIDADE DE ECONOMIZAS COMERCIAL INDUSTRIAL PÚBLICA | | | | | | | | | | | | |
| | | 1 | | | | | | | | | | | | | |
| HIDRÔMETRO A11UB87224 | DATA LEIT. ANTERIOR 29/07/2020 | DATA LEIT. ATUAL 28/08/2020 | TIPO DE CONSUMO (A/E) MEDIA HD | | | | | | | | | | | | |
| ÁGUA: LEIT ANT: 756 CONSUMO: 6 LEIT ATU: 756 LEIT FAT: 756 HD PARADO | | | | | | | | | | | | | | | |
| HISTÓRICO DE CONSUMO REFERÊNCIA CONSUMO | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | NÚMERO DE AMOSTRAS | | | | | | | | | | | | | |
| | | EXIG. PORT. MS 2.914/11 | ANÁLISES REALIZ. A LEGIS | | | | | | | | | | | | |
| 07/2020 | 06 | | | | | | | | | | | | | | |
| 06/2020 | 06 | | | | | | | | | | | | | | |
| 05/2020 | 06 | | | | | | | | | | | | | | |
| 04/2020 | 06 | | | | | | | | | | | | | | |
| 03/2020 | 06 | | | | | | | | | | | | | | |
| 02/2020 | 06 | | | | | | | | | | | | | | |
| MEDIA: | 06 | | | | | | | | | | | | | | |
| OBS.: (1) COLIFORMES TOTAIS AUSÊNCIA 75% 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. | | | | | | | | | | | | | | | |
| Qualidade de água: www.compesa.com.br | | | | | | | | | | | | | | | |
| DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS | | CONSUMO | TOTAL (R\$) | | | | | | | | | | | | |
| ÁGUA | | | | | | | | | | | | | | | |
| RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S) | | | | | | | | | | | | | | | |
| CONSUMO DE ÁGUA | | 6 M3 | 44,08 | | | | | | | | | | | | |
| <table border="1"> <thead> <tr> <th>VALOR</th> <th>BASE DE CÁLCULO</th> <th>PERCENTUAL (%)</th> <th>VALOR DO IMPORTE</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>R\$ 44,08</td> <td>44,08</td> <td>1,65</td> <td>0,73</td> </tr> <tr> <td>R\$ 44,08</td> <td>44,08</td> <td>7,60</td> <td>3,35</td> </tr> </tbody> </table> | | | | VALOR | BASE DE CÁLCULO | PERCENTUAL (%) | VALOR DO IMPORTE | R\$ 44,08 | 44,08 | 1,65 | 0,73 | R\$ 44,08 | 44,08 | 7,60 | 3,35 |
| VALOR | BASE DE CÁLCULO | PERCENTUAL (%) | VALOR DO IMPORTE | | | | | | | | | | | | |
| R\$ 44,08 | 44,08 | 1,65 | 0,73 | | | | | | | | | | | | |
| R\$ 44,08 | 44,08 | 7,60 | 3,35 | | | | | | | | | | | | |

VENCIMENTO: 15/09/2020

TOTAL A PAGAR: 44,08

MENSAGEM:



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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

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

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

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

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

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº9.613/98;

Pelo exposto, eu Maria José de Andrade inscrito (a) no CPF/CNPJ 039513924, 44 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Jose Ivanildo dos Santos inscrito (a) no CPF sob o Nº 053793974, 77, do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Jose Ivanildo dos Santos, inscrito (a) no CPF sob o Nº 053793974, 77, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora 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 | | Número | Complemento |
| <u>R. Edison Bezerra de Oliveira</u> | | <u>04</u> | <u>casa</u> |
| Bairro | Cidade | Estado | CEP |
| <u>St. Helder Câmara</u> | <u>Chã Grande</u> | <u>PE</u> | <u>55636-000</u> |
| Email | Telefone comercial(DDD) | Telefone celular (DDD) | |
| | <u>(81) 9668-4814</u> | | |

Chã Grande, 29 de 09 de 20
Local e Data

Maria José de Andrade
Assinatura do Declarante



Gravatá, 11 de Agosto de 2020.

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins de comprovação que a Sr. **JOSÉ IVANILDO DOS SANTOS** foi atendido pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) no dia 30 de junho de 2020, ID-0060, vítima de acidente motociclístico, no município de Gravatá. Sem mais para o momento.

Atenciosamente,

JACQUELINE AUGUSTA
Coordenadora Geral

COEN 103674

Jacqueline Augusta do N. Oliveira
Coordenadora Geral do SAMU Gravatá






GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 067ª CIRCUNSCRIÇÃO - CHÃ GRANDE - DP67ªCIRC
DINTER1/12ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **20E0157000397**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **17/08/2020** às **15:59**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia **30/6/2020** às **18:10**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICIPIO DE GRAVATA, 01, POR TRAS DO PARQUE CAROATA -**
Bairro: **ZONA RURAL - GRAVATA/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

0 (AUTOR \ AGENTE)
JOSE ADIELSON DOS SANTOS (OUTRO)
JOSE IVANILDO DOS SANTOS (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): JOSE IVANILDO DOS SANTOS

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

JOSE IVANILDO DOS SANTOS (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: MARIA DE LOURDES DOS SANTOS Pai: MANOEL JOSE DOS SANTOS Data de Nascimento: 5/10/1980 Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL
Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE CHA GRANDE, 24, RUA DO SOL - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - CHA GRANDE/PERNAMBUCO/BRASIL**

0 (não presente ao plantão) - Sexo: Desconhecido Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

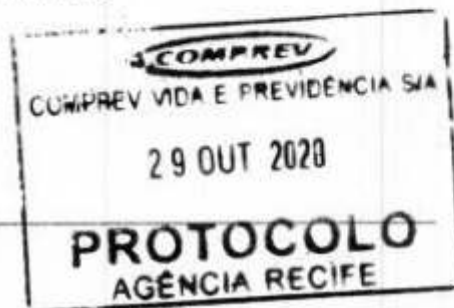
JOSE ADIELSON DOS SANTOS (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: M Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

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

MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **JOSE ADIELSON DOS SANTOS**, que estava em posse do(a) Sr(a): **JOSE IVANILDO DOS SANTOS**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 160 FAN ESDI** Objeto apreendido: Não
Cor: **VERMELHA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PDW8215** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO)
Ano Fabricação/Modelo: **2018/2018**

Complemento / Observação



COMPARECEU A ESTA DELEGACIA DE POLICIA A VITIMA INFORMANDO QUE NO REFERIDO DIA SOFREU UM ACIDENTE DE MOTOCICLETA, SEGUNDO O MESMO QUANDO TRAFEGAVA COM O VEICULO PARA SEU TRABALHO, AO ENTRAR NA CURVA COLIDIU COM UM ANIMAL (CAVALO) VINDO A SOFRER LESÃO E FRATURAS NOS DOIS BRAÇOS CONFORME LAUDO APRESENTADO NESTA UNIDADE POLICIAL. A VITIMA FOI SOCORRIDA PARA O HOSPITAL MUNICIPAL DAQUELA CIDADE E EM SEGUIDA TRANSFERIDA PARA O HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS EM RECIFE, DEVIDO A GRAVIDADE DAS LESÕES. SEM MAIS NADA A DECLARAR

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

Jose Ivanildo dos Santos
JOSE IVANILDO DOS SANTOS
(VITIMA)

Jose Kennedy Lopes da Silva
B.O. registrado por: **JOSE KENNEDY LOPES DA SILVA** - Matrícula: **273355-2**

COMPREV
COMPREV VIDA E PREVIDÊNCIA S/A
29 OUT 2020
PROTOCOLO
AGÊNCIA RECIFE

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

1 - 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: 053773574-77 4 - Nome completo da vítima: José Manoel dos Santos

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

5 - Nome completo: José Manoel dos Santos 6 - CPF: 053773574-77
 7 - Profissão: _____ 8 - Endereço: Recusou-se R Edison B de Oliveira 9 - Número: 24 10 - Complemento: casa
 11 - Bairro: 10. Helder Camara 12 - Cidade: Chã Grande 13 - Estado: PE 14 - CEP: 55636-000
 15 - E-mail: _____ 16 - Tel. (DDD): (81) 9668-4814

DADOS CADASTRAIS

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

21 - DADOS BANCÁRIOS: BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)
 CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
 Bradesco (237) Itaú (341) Nome do BANCO: _____
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)
 AGÊNCIA: 0943 CONTA: 85928 8 AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

INVALIDEZ PERMANENTE

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):
 Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
 O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
 O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.
 Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

MORTE

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 (vai nascer)? 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 beneficiarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de restituição do valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

NÃO ALFABETIZADO

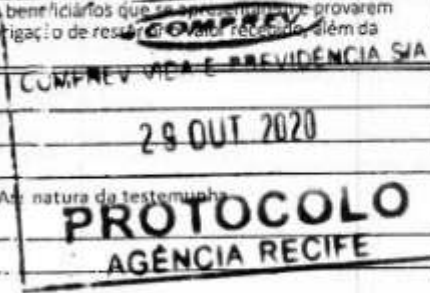
34 _____
 35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido _____
 36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido _____
 37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido _____

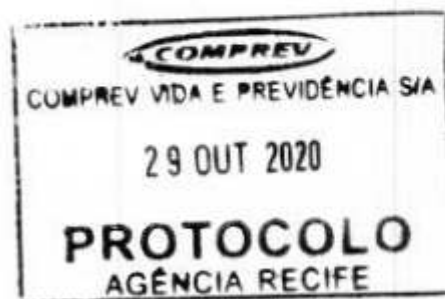
TESTEMUNHAS

38 - 1ª | Nome: _____ CPF: _____
 Assinatura da testemunha: _____
 39 - 2ª | Nome: _____ CPF: _____
 Assinatura da testemunha: _____

40 - Local e Data, Chã Grande, 29/09/20
 41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante) José Manoel dos Santos

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver) _____ 43 - Assinatura do Procurador (se houver) _____





Rio de Janeiro, 26 de Novembro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200389596

Vítima: JOSE IVANILDO DOS SANTOS

Data do Acidente: 30/06/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: MARIA JOSE ANDRADE

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JOSE IVANILDO 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\$ 1.687,50 |

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos punhos

25%

Graduação: Em grau completo 10%

% Invalidez Permanente DPVAT: (10% de 25%) 25,00%

Valor a indenizar: 25,00% x 13.500,00 = R\$ 6.750,00

Recebedor: **JOSE IVANILDO DOS SANTOS**

Valor: **R\$ 1.687,50**

Banco: **104**

Agência: **000000943**

Conta: **0000035928-8**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

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



Rio de Janeiro, 11 de Novembro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200389596

Vítima: JOSE IVANILDO DOS SANTOS

Data do Acidente: 30/06/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: MARIA JOSE ANDRADE

Assunto: INTERRUÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), JOSE IVANILDO 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



PROCURAÇÃO

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

1. OUTORGANTE: JOSE IVANILDO DOS SANTOS
portador(a) do documento de identidade n°: 6.244.970, expedido por SDS/PE, em 29/04/2015, inscrito no CPF sob o n°: 053.773.574-77,
residente: R. EDSON BEZERRA DE OLIVEIRA, n°: 04 complemento: CASA,
Bairro: DOM HELDER CAMARA, cidade: CHÃ GRANDE, Estado PE.

2. OUTORGADO: MARIA JOSÉ DE ANDRADE
portador(a) do documento de identidade n°: 6.037.978, expedido por SDS/PE, em 22/07/2014, inscrito no CPF sob o n°: 039.513.924-44,
residente: R. EDSON BEZERRA DE OLIVEIRA, n°: 04 complemento: CASA,
Bairro: DOM HELDER CAMARA, cidade: CHÃ GRANDE, Estado PE.

Amplios 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 da vítima:

JOSE IVANILDO DOS SANTOS. Acidente ocorrido no dia 30/06/2020, do sinistro de DPVAT da natureza Invalidez.

CHÃ GRANDE, 14 de SETEMBRO de 2020

OUTORGANTE: Jose Ivanildo dos Santos

(reconhecer firma por autenticidade)

lp Registro Civil de Pessoas Naturais do Município de Chã Grande
Luana Pilon - Tabelã

Reconheço por Autenticidade a firma indicada de JOSE IVANILDO DOS SANTOS que confere c/ o padrão reg. nesta serventia. Dou fé.

Adelma Pedrosa da Silva Teles Gomes (Substituta)



COMPREV
Chã Grande, 14 de setembro de 2020. Em test. Adelma
COMPREV VIDA E PREVIDÊNCIA S/A
Emtel: R\$ 3,67 TSUR R\$ 0,82 PERC R\$ 2,48 FERM R\$ 0,04 FUNSEG R\$ 0,08 Total R\$ 5,08
29 OUT 2020
PROTOCOLO
AGÊNCIA RECIFE

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0309285/20

Vítima: JOSE IVANILDO DOS SANTOS

CPF: 053.773.574-77

Seguradora: CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

Data do acidente: 30/06/2020

Titular do CPF: JOSE IVANILDO DOS SANTOS

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação

MARIA JOSE ANDRADE : 039.513.924-44

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

JOSE IVANILDO DOS SANTOS : 053.773.574-77

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: 29/10/2020
Nome: MARIA JOSE ANDRADE
CPF: 039.513.924-44

MARIA JOSE ANDRADE

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 29/10/2020
Nome: JOAO VITOR PEREIRA DA SILVA
CPF: 117.852.524-45

JOAO VITOR PEREIRA DA SILVA

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200389596 **Cidade:** Gravatá **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE IVANILDO DOS SANTOS **Data do acidente:** 30/06/2020 **Seguradora:** CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 11/11/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DOS OSSOS DO ANTEBRAÇO DIREITO
FRATURA FECHADA DO ANTEBRAÇO ESQUERDO (GALLEAZI)

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA E PARAFUSO) E ALTA. P3 4 5

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

Observações: @7 10 ** VÍTIMA INDENIZADA EM SINISTRO ANTERIOR (3150714426 DE 28/06/2015) EM Limitação funcional INTENSA do punho direito

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

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 superiores | 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: 3200389596 **Cidade:** Gravatá **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE IVANILDO DOS SANTOS **Data do acidente:** 30/06/2020 **Seguradora:** CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 11/11/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DOS OSSOS DO ANTEBRAÇO DIREITO
FRATURA FECHADA DO ANTEBRAÇO ESQUERDO (GALLEAZI)

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA E PARAFUSO) E ALTA. P3 4 5

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: @7 10 ** VÍTIMA INDENIZADA EM SINISTRO ANTERIOR (3150714426 DE 28/06/2015) EM Limitação funcional INTENSA do punho direito

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

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 superiores | 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: 3200389596

Cidade: Gravatá

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: JOSE IVANILDO DOS SANTOS

Data do acidente: 30/06/2020

Seguradora: CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

PARECER

Diagnóstico: Fratura exposta do rádio e ulna direita e fratura fechada de Galeazzi a esquerda

Descrição do exame físico: Ao exame físico do punho direito apresenta flexão aos 40°, extensão aos 20°, desvio ulnar aos 20°, desvio radial aos 10°, pronação aos 60°, supinação aos 20°, ausência de atrofia no segmento, mobilização passiva anormal, cicatriz operatória aparente, sem amputação. 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. Cumpre frisar que, conforme o exame físico, o periciado possui um déficit funcional de grau intenso no punho direito. Ao exame físico do punho esquerdo apresenta flexão aos 50°, extensão aos 40°, desvio ulnar aos 25°, desvio radial aos 20°, pronação aos 40°, supinação aos 50°, presença de atrofia no segmento, mobilização passiva anormal, cicatriz operatória aparente, sem amputação. 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. Cumpre frisar que, conforme o exame físico, o periciado possui um déficit funcional de grau médio no punho esquerdo

Resultados terapêuticos: Quadro submetido a osteossíntese com placas e parafusos
Alta médica

Sequelas permanentes: Déficit funcional de grau médio no punho esquerdo
Déficit funcional de grau intenso no punho direito

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 12/11/2020

Conduta mantida:

Observações: Vítima indenizada ,sinistro anterior (3150714426), em 75 % do punho direito, após nova avaliação não há indenização complementar a receber em punho esquerdo.

DANOS

| DANOS CORPORAIS COMPROVADOS | Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74) | Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74) | % Apurado | Indenização pelo dano |
|---|--|--|---------------|-----------------------|
| Perda completa da mobilidade de um dos punhos | 25 % | Em grau completo - 100 % | 50% | R\$ 6.750,00 |
| Total | | | 12,5 % | R\$ 1.687,50 |

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200389596

Cidade: Gravatá

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: JOSE IVANILDO DOS SANTOS

Data do acidente: 30/06/2020

Seguradora: CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

PARECER

Diagnóstico: Fratura exposta do rádio e ulna direita e fratura fechada de Galeazzi a esquerda

Descrição do exame físico: Ao exame físico do punho direito apresenta flexão aos 40°, extensão aos 20°, desvio ulnar aos 20°, desvio radial aos 10°, pronação aos 60°, supinação aos 20°, ausência de atrofia no segmento, mobilização passiva anormal, cicatriz operatória aparente, sem amputação. 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. Cumpre frisar que, conforme o exame físico, o periciado possui um déficit funcional de grau intenso no punho direito. Ao exame físico do punho esquerdo apresenta flexão aos 50°, extensão aos 40°, desvio ulnar aos 25°, desvio radial aos 20°, pronação aos 40°, supinação aos 50°, presença de atrofia no segmento, mobilização passiva anormal, cicatriz operatória aparente, sem amputação. 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. Cumpre frisar que, conforme o exame físico, o periciado possui um déficit funcional de grau médio no punho esquerdo

Resultados terapêuticos: Quadro submetido a osteossíntese com placas e parafusos
Alta médica

Sequelas permanentes: Déficit funcional de grau médio no punho esquerdo
Déficit funcional de grau intenso no punho direito

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 12/11/2020

Conduta mantida:

Observações: Vítima indenizada ,sinistro anterior (3150714426), em 75 % do punho direito, após nova avaliação não há indenização complementar a receber em punho esquerdo.

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 completa da mobilidade de um dos punhos | 25 % | Em grau completo - 100 % | 50% | R\$ 6.750,00 |
| Total | | | 12,5 % | R\$ 1.687,50 |



IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

DATA: 30/06/2020
HORA DA CHEGADA AO HOSPITAL: 19:18
Nº DO REGISTRO DO HOSPITAL: 474424
PACIENTE: JOSE IVANILDO DOS SANTOS
GENITORA: MARIA DE LOUDES DOS SANTOS
CNS: 708406236796560
TELEFONE:
DATA DE NASCIMENTO: 05/10/1980 IDADE: 39 SEXO: Masculino COR: Sem informação
ENDEREÇO: 15 DE NOVEMBRO Nº: 94
BAIRRO: NS DAS GRACAS CIDADE: GRAVATA UF: PE CEP:
PONTO DE REFERENCIA: ACOMPANHANTE: PAULO (AMIGO)

HDA

DETA TRAMPO A/ STAFF (USB) CORR. HISTORIA
DE COMBUSTIVEL MOTOCARRO, ESTAVA O CAPOTE
NA PERTE CONSERVADA, NA UNID
FRONTA AGENCIA N750 TRATOU TRAMPA 175 (E)
PANO...
TRAZEM PROTOCO TRAMPA
HADA 0170 AGENCIA EXPEDIT

EXAME FÍSICO

BCC, LOM, TAPADO, TENDONADO, AFDIM!
NA SOR EN COLUNA COMUM... (SOLTA) RITMADA COM COMUM
DITIMON PASADA
P/R 2T 3T PA 160 x 100
P/R 4T 3T - R1 SAT. 99%
ABNORM CLORAS - NAJ DOLORAR TC 77
105 136

EXAMES SOLICITADOS

Rx TORA, Rx COL COMUM, Rx PERTE

HD

COMPREV
COMPREV MDA E PREVIDENCIA SIA
29 OUT 2020

MÉDICO COM CARIMBO E ASSINATURA

PROTOKOLO
AGENCIA RECIFE

PRESCRIÇÃO, PROCEDIMENTOS – EVOLUÇÃO MEDICA E ENFERMAGEM

SINAIS VITAIS

| | | | | | |
|-------|--|------|--|------|--|
| TEMP. | | HGT | | P.A. | |
| F.C. | | F.R. | | | |

Tram 50mg 200 cm
 CETOPILO 100mg 180 cm


 Dr. Nelson Manoel P. da Cunha
 Médico - CRM - 74494/PE
 30 JUN 2020

HOF: Tramido - O. H. T. O. P. S. M.
 5966737

ALTA

HORA:

DATA

CURADO

MELHORADO

A PEDIDO

TRANSFERIDO

ADMINISTRATIVO

ÓBITO

MÉDICO RESPONSÁVEL / ASSINATURA / CARIMBO


 COMPREV VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

29 OUT 2020

FATURAMENTO / PROCEDIMENTO SUS

PROTOCOLO
 AGÊNCIA RECIFE



HOSPITAL OTÁVIO DE FREITAS
SES/PE



RELATÓRIO DA OPERAÇÃO

| | | |
|--|--------------------------------|------|
| NOME DO PACIENTE: JOSE IVANILDO DOS SANTOS | Nº DO REGISTRO: 1113188 | |
| CLINICA: ORTOPEDIA | Nº DO LEITO: 27-1 | |
| OPERADOR: DR DANIEL CAMPOS | | |
| 1º ASSISTENTE: DR ULYSSES BARBOSA | 2º ASSISTENTE: DR JOAO E BRUNO | |
| INSTRUMENTADOR: | ANESTESISTA: DR EVERTON | |
| ANESTESISTA: SEDAÇÃO + BLOQUEIO | DURAÇÃO: | |
| DATA DA OPERAÇÃO: 7/7/2020 | INÍCIO: | FIM: |
| DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: PSEUDOARTROSE E FRATURA DE OSSOS DE ANTEBRAÇO DIREITO | | |
| DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO: O MESMO | | |
| OPERAÇÃO PROPOSTA: TRATAMENTO CIRURGICO DE PSEUDOARTROSE E FRATURA DE OSSOS DE ANTEBRAÇO DIREITO | | |
| OPERAÇÃO REALIZADA: O MESMO | | |

DESCRIÇÃO DO ATO OPERATÓRIO

1. PACIENTE EM DDH SOB ANESTESIA
2. ASSEPSIA E ANTISSEPISIA
3. APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTEREIS
4. INCISÃO EM FACE VOLAR DE ANTEBRAÇO (HENRI)
5. DISSECÇÃO POR PLANOS
6. VISUALIZADO FOCO DE FRATURA EM RÁDIO
7. REDUÇÃO CRUENTA DE FRATURA
8. APOSIÇÃO DE PLACA DCP + 6 PARAFUSOS
9. PASSAGEM DE 7 PARAFUSOS CORTICAIS
10. VISUALIZADA BOA REDUÇÃO SOB RADIOSCOPIA
11. INCISÃO DIRETA SOB A ULNA
12. VISUALIZADA FRATURA COMINUTIVA DE ULNA
13. REDUÇÃO CRUENTA DE FRATURA
14. APOSIÇÃO DE 1 PLACA DCP SOBRE A ULNA E 6 PARAFUSOS CORTICAIS
15. SUTURA POR PLANOS + CURATIVO
16. A SR

MATERIAL UTILIZADO:
EMPRESA: ORTOMÉDIA
12 PARAFUSOS CORTICAIS
2 PLACA DCP FUROS

Bruno Carvalho
Médico
CRM: 28949





HOSPITAL OTÁVIO DE FREITAS
SES/PE



RELATÓRIO DA OPERAÇÃO

| | | |
|--|--------------------------------|------|
| NOME DO PACIENTE: JOSE IVANILDO DOS SANTOS | Nº DO REGISTRO: 1113188 | |
| CLINICA: ORTOPEDIA | Nº DO LEITO: 27-1 | |
| OPERADOR: DR DANIEL CAMPOS | | |
| 1º ASSISTENTE: DR ULYSSES BARBOSA | 2º ASSISTENTE: DR JOAO E BRUNO | |
| INSTRUMENTADOR: | ANESTESISTA: DR EVERTON | |
| ANESTESISTA: SEDAÇÃO + BLOQUEIO | DURAÇÃO: | |
| DATA DA OPERAÇÃO: 7/7/2020 | INÍCIO: | FIM: |
| DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: PSEUDOARTROSE E FRATURA DE OSSOS DE ANTEBRAÇO DIREITO | | |
| DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO: O MESMO | | |
| OPERAÇÃO PROPOSTA: TRATAMENTO CIRURGICO DE PSEUDOARTROSE E FRATURA DE OSSOS DE ANTEBRAÇO DIREITO | | |
| OPERAÇÃO REALIZADA: O MESMO | | |

DESCRIÇÃO DO ATO OPERATÓRIO

1. PACIENTE EM DDH SOB ANESTESIA
2. ASSEPSIA E ANTISSEPISIA
3. APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTEREIS
4. INCISÃO EM FACE VOLAR DE ANTEBRAÇO (HENRY)
5. DISSECÇÃO POR PLANOS
6. VISUALIZADO FOCO DE FRATURA EM RÁDIO
7. REDUÇÃO CRUENTA DE FRATURA
8. APOSIÇÃO DE PLACA DCP + 6 PARAFUSOS
9. PASSAGEM DE 7 PARAFUSOS CORTICAIS
10. VISUALIZADA BOA REDUÇÃO SOB RADIOSCOPIA
11. INCISÃO DIRETA SOB A ULNA
12. VISUALIZADA FRATURA COMINUTIVA DE ULNA
13. REDUÇÃO CRUENTA DE FRATURA
14. APOSIÇÃO DE 1 PLACA DCP SOBRE A ULNA E 6 PARAFUSOS CORTICAIS
15. SUTURA POR PLANOS + CURATIVO
16. A SR

MATERIAL UTILIZADO:
EMPRESA: ORTOMÉDIA
12 PARAFUSOS CORTICAIS
2 PLACA DCP FUROS



Brund Carvalho
Médico
CRM: 28949



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO

HOSPITAL OTÁVIO DE FREITAS

ORTOPEDIA EMERGÊNCIA

NOME: JOSÉ IVANILDO DOS SANTOS REG: 1113188

DATA: 01/07/2020

CIRURGIÃO: DR. BAUDEL

PRIMEIRO AUXILIAR: DR. THIAGO COUTINHO

ANESTESISTA: DR. FABIO

ANESTESIA: BLOQUEIO DE PLEXO MSD

HORA DO INICIO : 15:00 HORA DO TÉRMINO 16h

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: FRATURA EXPOSTA DE RADIO + ULNA DIREITO COM EXPOSIÇÃO > 12 HORAS + FRATURA GALLEAZI DE ANTEBRAÇO ESQUERDO FECHADA

DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO: O MESMO

CIRURGIA REALIZADA: TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA EXPOSTA DE ANTEBRAÇO DIREITO.

DESCRIÇÃO CIRÚRGICA

- 1) PACIENTE EM DDH SOB ANESTESIA
- 2) ASSEPSIA + ANTISSEPSIA + APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTÉREIS EM MSD
- 3) VERIFICADA LESÃO POR FRATURA EXPOSTA EM ANTEBRAÇO DIREITO COM EXPOSIÇÃO DE 3 CM COM > 12 HORAS DE EVOLUÇÃO (TRAUMA DIA 30/06 ÀS 6h)
- 4) AMPLIAÇÃO DE EXPOSIÇÃO, DESBRIDAMENTO DE TECIDOS DESVITALIZADOS + LAVAGEM EXAUSTIVA COM SF0,9%
- 5) SUTURA COM NYLON
- 6) CURATIVO, BOA PERFUSÃO DISTAL, TALA AXILOPALMAR DIREITA
- 7) À SR

OBS: PACIENTE OBESO COM ASMA GRAVE, FOI NECESSÁRIO USO DE GRANDE VOLUME ANESTÉSICO EM MSD (BLOQUEIO DE PLEXO) IMPOSSIBILITANDO ANESTESIA DE MSE E FIXAÇÃO DE GALLEAZI. NO ANTEBRAÇO DIREITO FRATURA EXPOSTA DE > 12 HORAS COM 3CM DE EXPOSIÇÃO, IMPOSSIBILITANDO FIXAÇÃO PRIMÁRIA EM URGÊNCIA.





Dados do Atendimento:
 Data/Hora Atend.: 30/06/2020 21:33
 Prontuário: 1113188
 Nº. Atendimento: 3457336
 Serviço: CIRURGIA

Enfermaria/Leito:

Médico:
 EDUARDO DE ALMEIDA CARACTOLO E SILVA

Nome: JOSE IVANILDO DOS SANTOS
 Sexo: MASCULINO
 Mãe: MARIA DE LOURDES DOS SANTOS
 Endereço: RUA DO SOL, N.º 24 - - BAIRRO: CENTRO - CIDADE: CHA GRANDE - UF: PE

Idade: 39 Anos 8 Meses 25 Dias
 Contatos: 81. 92965329 | Celular: 81.

Nasc.: 05/10/1980

Admissão

Queixa Principal

acidente de moto às 18h, nega desmaio ou vômito, refere ingestão alcoólica, Refere dor em antebraços. Nega desmaio ou vômito, nega cefaléia, nega cervicalgia.

História Clínica

acidente de moto às 18h, nega desmaio ou vômito, refere ingestão alcoólica, Refere dor em antebraços. Nega desmaio ou vômito, nega cefaléia, nega cervicalgia.

Exame Físico

dor + deformidade em antebraços, ferimentos em face ulnar do antebraço direito, boa perfusão distal membro aquecido

Observações

Conduta

internamento.

JARDIO DE ALMEIDA CARACTOLO E SILVA - CRM: Nº.61044

Data/Hora: 30/06/2020 - 21:43

PRÓTESE

REVISADO

10/07/20

Waldin

[Handwritten signature]

COMPREV
 COM. REV. VIDA E PREVIDÊNCIA S/A
 29 OUT 2020
PROTOCOLO
 AGÊNCIA RECIFE

*de acordo d
 original d
 [Handwritten signature]*



SES
HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS

End. Rua Aprígio Guimarães S/N Tejipló – Recife – PE PABX 31828500

RESUMO DE ALTA

Nome: JOSE IVANILDO DOS SANTOS

Reg: 1113188

Enf: 27

Leito: 01

DATA DE ENTRADA: 30/06/2020

DATA DE SAÍDA: 08/07/2020

DIAGNÓSTICO DE ENTRADA:

FRATURA DE OSSOS DE AMBOS OS ANTEBRAÇOS

DIAGNÓSTICO FINAL:

O MESMO

EVOLUÇÃO/EXAMES (EM ENFERMARIA):

PACIENTE COM FRATURA DE AMBOS OS ANTEBRAÇOS, SENDO UMA RECENTE EM ANTEBRAÇO ESQUERDO E UMA ANTIGA, REFRATURADA, EM ANTEBRAÇO DIREITO. EVOLUIU APÓS PROCEDIMENTO CIRÚRGICO BEM E EM LEITO DE ENFERMARIA, SENDO LIBERADO PARA CASA COM ORIENTAÇÕES, E RETORNO AO AMBULATÓRIO DE TRAUMA EM 15 DIAS.

THIAGO MORETHI DA S. BARBOSA
MÉDICO RESIDENTE EM
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRMPE 26375

MÉDICO RESPONSÁVEL - CRM





****SES/FUSAM****

HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS

End. Rua Aprígio Guimarães S/N Tejipió – Recife – PE PABX 31828500

COMUNICADO DE DESOCUPAÇÃO DE LEITO

NOME DO PACIENTE: JOSE IVANILDO DOS SANTOS

PRONTUÁRIO: 1113188 ADM: 30/06/2020 ALTA: 08/07/2020

SETOR: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA ENFERMARIA: 27 LEITO: 01

Médico - CRM


JOSE IVANILDO DOS SANTOS
RESIDENTE EM
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM/PE 28978





SES
HOSPITAL OTÁVIO DE FREITAS
 End. Rua Aprígio Guimarães S/N Tejupó-Recife-PE PABX 3182-8500

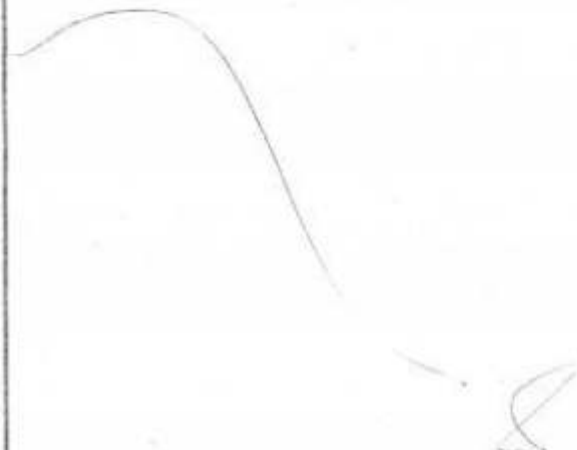
RECEITUÁRIO/REQUISIÇÃO DE EXAMES

Nome: Jose Luiz dos Santos Registro: _____

Clinica: _____ Procedência: _____

Apresenta consulta p/

AMBULATÓRIO de mão com 22 dias



Dr. Victor Alves
 MÉDICO
 CRÉ: 27294

Data: 22/10/2020

 Médico-CRM

075-HOF

COMPREV
 COMPREV VIDA E PREVIDÊNCIA S/A
 29 OUT 2020
PROTOCOLO
 AGÊNCIA RECIFE



HOSPITAL OTÁVIO DE FREITAS
ENFERMARIA DE ORTOPEDIA
RESIDÊNCIA EM ORTOPEDIA
LAUDO MÉDICO



DECLARO PARA OS DEVIDOS FINS QUE O SR JOSE IVANILDO DOS SANTOS, RG 6244970, É ACOMPANHADO NESTE SERVIÇO EM PÓS OPERATÓRIO DE FRATURA DE AMBOS OS ANTEBRAÇOS. PACIENTE, NO MOMENTO, APRESENTA LIMITAÇÃO PARA O EXERCÍCIO SUAS ATIVIDADES LABORAIS POR TEMPO INDEFINIDO.


Dr. João Victor Alves
MÉDICO
CRM-PE: 27294

27/07/2020

Médico






SES

HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS

End. Rua Aprígio Guimarães S/N Tejipió – Recife – PE PABX 31828500

RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

| | |
|---|---|
| IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE | 1ª VIA FARMÁCIA 2ª VIA PACIENTE |
| NOME COMPLETO: CRM-PE: | |
| PACIENTE: JOSE IVANILDO DOS SANTOS ENDEREGO: PRESCRIÇÃO: DIPIRONA 1G -----01 CX TOMAR 01 CP DE 6/6H SE DOR TRAMAL 50MG -----02 CX TOMAR 01CP DE 8/8H SE DOR INTENSA |  Dr. João Victor Alves MÉDICO CRM-PE: 27294 |
| IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR | IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR |
| NOME: _____ IDENTIDADE: _____ ORG EMISSOR: _____ END: _____ | |
| CIDADE: _____ UF: _____ FONE: _____ | ASSINATURA DO FARMACEUTICO DATA: ____/____/____ |



SES

HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS

End. Rua Aprígio Guimarães S/N Tejipió – Recife – PE PABX 31828500

RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

| | |
|---|--|
| IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE | 1ª VIA FARMÁCIA 2ª VIA PACIENTE |
| NOME COMPLETO: CRM-PE: | |
| PACIENTE: JOSE IVANILDO DOS SANTOS ENDEREGO: PRESCRIÇÃO: DIPIRONA 1G -----01 CX TOMAR 01 CP DE 6/6H SE DOR TRAMAL 50MG -----02 CX TOMAR 01CP DE 8/8H SE DOR INTENSA |  João Victor Alves MÉDICO CRM-PE: 27294 |
| IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR | IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR |
| NOME: _____ IDENTIDADE: _____ ORG EMISSOR: _____ END: _____ | |
| CIDADE: _____ UF: _____ FONE: _____ | ASSINATURA DO FARMACEUTICO DATA: ____/____/____ |

COMPRADO

REC. VIDA E PREVENÇÃO

29 OUT 2020

PROTOCOLO
AGÊNCIA RECIFE