



Número: **0165387-64.2022.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção B da 2ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **05/12/2022**

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

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

| Partes | Procurador/Terceiro vinculado |
|--------------------------------------|--|
| ALEXSANDRA GOMES DA SILVA (AUTOR) | THIAGO LUIZ CARNEIRO PEDROSA (ADVOGADO(A)) |
| COMPANHIA EXCELSIOR DE SEGUROS (RÉU) | ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR (ADVOGADO(A)) |

| Documentos | | | |
|---------------|--------------------|-------------------------|--------------------|
| Id. | Data da Assinatura | Documento | Tipo |
| 12459 3830 | 30/01/2023 09:33 | ANEXO 3 | Outros (Documento) |

ITAÚ UNIBANCO S.A.

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: Transferencia para conta no mesmo banco

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

BANCO: 341

AGÊNCIA: 477

CONTA: 78857

DATA DA TRANSFERENCIA:

30/09/2022

NUMERO DO DOCUMENTO:

PAG_8146918

VALOR TOTAL:

1.687,50

TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ALEXSANDRA GOMES DA SILVA

BANCO: 341

AGÊNCIA: 05196

CONTA: 000000028103

Número da Autenticação

880416DB2066FF9DE30A3473386F4BA384885A969135A2D7964B379C6ED8183A



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3220048039 **Cidade:** Jaboatão dos Guararapes **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ALEXSANDRA GOMES DA SILVA **Data do acidente:** 21/01/2020 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 26/09/2022

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DISTAL DO RÁDIO ESQUERDO. P3/4/5

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE). ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE PUNHO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DE PUNHO ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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





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

Rio de Janeiro, 04 de Outubro de 2022

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3220048039

Vítima: ALEXSANDRA GOMES DA SILVA

Data do Acidente: 21/01/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JULIANA MARIA DA SILVA NASCIMENTO

Procurador: JULIANA MARIA DA SILVA NASCIMENTO

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), ALEXSANDRA GOMES DA SILVA

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 médio 50%

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

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

Recebedor: **ALEXSANDRA GOMES DA SILVA**

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

Banco: **341**

Agência: **000005196**

Conta: **0000028103-3**

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.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0026654/22

Vítima: ALEXSANDRA GOMES DA SILVA

CPF: 710.163.654-38

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

Data do acidente: 21/01/2020

Titular do CPF: ALEXSANDRA GOMES DA SILVA

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

JULIANA MARIA DA SILVA NASCIMENTO : 111.691.044-60

Comprovante de residência
Declaração de Prevenção à Lavagem de Dinheiro
Documentos de identificação
Procuração

ALEXSANDRA GOMES DA SILVA : 710.163.654-38

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: 21/09/2022
Nome: JULIANA MARIA DA SILVA NASCIMENTO
CPF: 111.691.044-60

JULIANA MARIA DA SILVA NASCIMENTO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 21/09/2022
Nome: GABRIELLA MARIA DE ABREU MACHADO
CPF: 097.679.434-98

GABRIELLA MARIA DE ABREU MACHADO



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3220048039 **Cidade:** Jaboatão dos Guararapes **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ALEXSANDRA GOMES DA SILVA **Data do acidente:** 21/01/2020 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 26/09/2022

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DISTAL DO RÁDIO ESQUERDO. P3/4/5

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE). ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE PUNHO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DE PUNHO ESQUERDO.

Documentos complementares:

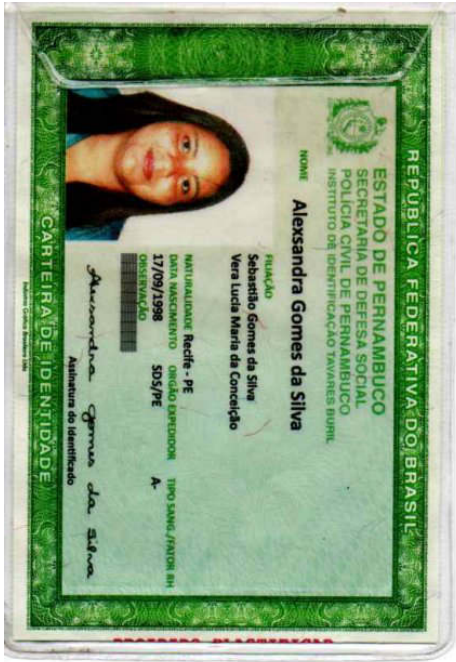
Observações:

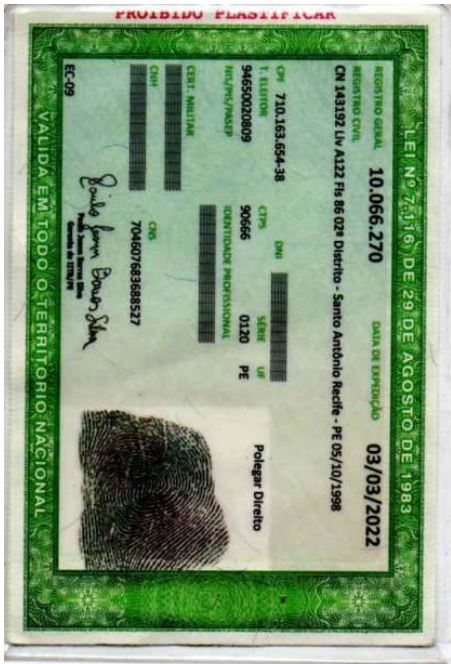
Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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







PROCURAÇÃO

Outorgante: Alexsandra gomes da Silva, Brasileiro(a), Estado Civil solteira, Profissão....., Residente e domiciliado à Rua Muro latao, nº 501, Bairro UR-05 Cohab, Município de: Recife, Estado PE, Cep 51280-341, Rg nº 10.066-270, órgão emissor SDS PE e CPF nº 710.163.654-38

Outorgado(a): **Juliana Maria da Silva Nascimento**, inscrito(a) no CPF sob o nº 111.691.044-60, Rg: 9.272.633, órgão emissor SDS-PE, estado civil: Solteira, Profissão: Autônoma. Com endereço na Tv. 3 Sempre Viva, Nº 78, Curado II, Jaboatão dos Guararapes-PE. Cep: 54000-000

Por este instrumento particular de procuração, o (a) outorgante nomeia e constitui o (a)

Outorgado (a) seu bastante procurador(a), para o fim especial de requerer junto à qualquer

Seguradora integrante do Consórcio Seguro DPVAT, o pagamento do sinistro, que vitimou em acidente de trânsito o (a) Sr.(a) Alexsandra gomes da Silva, ocorrido em 21 / 01 / 2020, conforme registrado pelo B.O anexo ao processo.

Podendo o(a) dito(a) procurador(a), representar o(a) outorgante junto a seguradora Líder dos consórcios DPVAT, podendo, para tanto, praticar todos os atos necessários para o bom e fiel cumprimento deste mandato.

Recife, de 09, de Agosto de 2022

Alexsandra gomes da Silva

Outorgante

Obs.: Reconhecer firma em cartório por **autenticidade ou verdadeira**



50

HOSPITAL GETÚLIO VARGAS
SERVIÇO DE DOCUMENTAÇÃO CIENTÍFICA



BOLETIM DE ESCLARECIMENTO

NOME: ALEXSANDRA GOMES DA SILVA

1. Ocorrência da Emergência: 820588

1.1 - Atendimento em: 21/01/2020

1.2 - Às 10 horas e 53 minutos.

1.3 - Internado: SIM

1.4 - Retirou-se às hr. e min.

2. Internamento Eletivo - Reg. Geral No. 1141935

2.1 - Internado em : 21/01/2020

2.2 - Alta em : 23/01/2020

3. Hipótese Diagnóstica: - FRATURA FECHADA DE RÁDIO DISTAL ESQUERDO.

4. Tratamento: - REDUÇÃO INCRUENTA + APOSIÇÃO DE 03 FIOS K 1,5 MM (21/01/2020).

5. Observação: PACIENTE VÍTIMA DE ATROPELAMENTO.

AS INFORMAÇÕES CONTIDAS NESTE DOCUMENTO FORAM TRANSCRITAS NA ÍNTEGRA DA FICHA E/OU PRONTUÁRIO DO PACIENTE.

DATA: 22.2.2021
HORA: 15:09:15
PASTA: 01.02.2021
FL
LP

Dr. Fábio L. F. da Fonte
Cir. Geral e do
Aparelho Digestivo
CRM 12519 - Mat. 209511-4

Dr. Fábio Luna.





**HOSPITAL GETÚLIO VARGAS
EMERGÊNCIA**



1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Atendimento: 820588

Prontuário: 0001141935

Nome: ALEXSANDRA GOMES DA SILVA

Data Nasc.: 17/09/1998

Idade: 21

Sexo: FEMININO

CPF:

RG: 10066270

CNS:

Endereço: RUA TAQUARAL

Nº 9

Bairro: ZUMBI DO PACHECO

Cidade: JABOATAO DOS
GUARARAPES

CEP: 54230575

Estado: PERNAMBUCO

Telefone: 91537135

Nome da Mãe: VERA LUCIA MARIA DA CONCEICAO

Acompanhante: ESPOSO (A)

Clínica: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Ocorrência: SENHA 5865194 * PCIENTE REFERE OR + LIMITACOES DE MOVIMENTOS EM MSESE MIESQ APOS QUEDA DE MOTO

2 - ATENDIMENTO

Data: 21/01/2020

Hora: 10:53

Queixa Principal/HDA

PACIENTE VITIMA DE ATROPELAMENTO HÁ 4 HORAS COM DOR + DEFORMIDADE EM PUNHO ESQUERDO, NEGA TCE, NEGA VOMTIOS, NEGA DESMAIO

Ória do Trauma

| | | | | | |
|--------------------------------------|---|-------------------|---|---|---|
| Perda da Consciência: | <input type="radio"/> SIM <input type="radio"/> NÃO | Episódio Emético: | <input type="radio"/> SIM <input type="radio"/> NÃO | Acidente de Trabalho: | <input type="radio"/> SIM <input type="radio"/> NÃO |
| Acidente de Trânsito: | <input type="radio"/> SIM <input type="radio"/> NÃO | Tipo: | | | |
| Colisão: | <input type="radio"/> SIM <input type="radio"/> NÃO | Tipo: | Motorista <input type="radio"/> | Passageiro <input type="radio"/> | |
| Atropelamento: | <input type="radio"/> SIM <input type="radio"/> NÃO | Local de Impacto: | | | |
| Vítima de Ferimento: | <input type="radio"/> SIM <input type="radio"/> NÃO | Tipo: | Sofreu Queda: | <input type="radio"/> SIM <input type="radio"/> NÃO | |
| Queimadura: | <input type="radio"/> SIM <input type="radio"/> NÃO | Por: | Transporte Realizado por: | | |
| Condições de imobilização adequadas: | <input type="radio"/> SIM <input type="radio"/> NÃO | Por que: | | | |

Exame Físico:

| | | | | | |
|---|---|--|-------------------------------------|---|------------------------------|
| A: Geral | Via aérea está pérvia: | <input type="radio"/> SIM <input type="radio"/> NÃO | O paciente fala: | <input type="radio"/> SIM <input type="radio"/> NÃO | Temp.: |
| EGB, CONSCIENTE, ATIVA, EUPNEICA, HIDRATADA, NORMOCORADA, DOR + DEFORMIDADE EM PUNHO ESQUERDO | | | | | |
| B: Respiratório: | | | | | |
| Circulatório | PA: | Pulso: | | | |
| D: Exames Neurológico | Deficiência Motora: | MSD <input type="checkbox"/> | MSE <input type="checkbox"/> | MID <input type="checkbox"/> | MIE <input type="checkbox"/> |
| Glasgow: Abertura ocular | Glasgow: Resposta Verbal | Pupilas: Isocóricas <input type="radio"/> Anisocóricas <input type="radio"/> | | | |
| Score: Hora: | Score: Hora: | Glasgow: Resposta Motora | | | |
| E: Abdomen | | | | | |
| Diagnóstico Inicial: FRATURA DE RADIO DISTAL ESQUERDO | | | | | |
| Exames/ Conduta: TRATAMENTO CIRURGICO DE URGENCIA - AO BLOCO CIRURGICO | | | | | |
| Definição do Caso: | | | | | |
| Internamento <input type="radio"/> | Cirurgia <input checked="" type="radio"/> | Óbito <input type="radio"/> | Termo de Alta <input type="radio"/> | Evadiu-se <input type="radio"/> | Alta <input type="radio"/> |

Dr. Luiz Moraes
Ortopedia/Traumatologia
CRM 13773

LUIZ FERNANDO CARDOSO DE MORAES - CRM: Nº.13773

Médico



Nome: ALEXSANDRA GOMES DA SILVA **Nº registro:** 201972
Dt. Nasc.: 17/09/98 - 21 ano (s) **Sexo:** Feminino
Mãe: VERA LUCIA MARIA DA CONCEICAO **Fone:** 81993592009
Endereço: R VALE DO ITAJAÍ, nº 1, COHAB. RECIFE - PE
Data/hora: 21/01/2020 - 08:47 **Nº pág.:** 1/1

GUIA DE ENCAMINHAMENTO E TRANSFERÊNCIA

HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL: FRATURA RADIO DISTAL E

EXAME FÍSICO:

PA: x mmHg | Temperatura: °
HGT: mg/dL | Sat O2: % | FC: Bpm | Peso: | Altura:

CONDUTA: INDICO CIRURGIA

EXAMES COMPLEMENTARES/RESULTADOS: RX

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA: S525 - Fratura da extremidade distal do rádio | Fratura de

DADOS DA TRANSFERÊNCIA:
Transferência encaminhado para: Hospital Getúlio Vargas
Motivo: Tratamento Cirúrgico
Senha: 5865194

ESPECIALIDADE:
Transporte: Ambulância Unidade
Transferência Cancelada? NÃO


Dr. THIAGO OLIVEIRA DE ALMEIDA
CRM:16462

Este documento foi assinado digitalmente, conforme Medida Provisória Nº 2.200-2 de 24/08/2001.
Nome do profissional: THIAGO OLIVEIRA DE ALMEIDA. CRM: 16462. Data e Hora: 21/01/2020 08:48:40.

HOSPITAL DO TRICENTENÁRIO - UPA IBURA
Rua Vale do Itajai, s/n - Lagoa Encantada - Ibura - Recife/PE - CEP: 51.320-180
CNPJ: 10.583.920.0002-14 | Fones (081) 3184-4595 / 3184-4616 | www.upaibura.org.br



HOSPITAL GETULIO VARGAS

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

MANCHESTER_V2

Data e hora retirada da senha: 21/01/2020 10:43

| | |
|----------------------------|---------------------------|
| Nome Paciente: | ALEXSANDRA GOMES DA SILVA |
| Cód. Paciente: | |
| Data de Nascimento: | 17/09/1998 |
| Sexo: | Feminino |
| Idade: | 21 |
| Senha: | E0015 |
| Convênio: | - |
| Atendimento: | |
| SAME: | |

Período: 21/01/2020 10:44 - 21/01/2020 10:44

MARGARIDA MARIA GONCALVES MARTINS MALTA - COREN: 148626 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) -

Prioridade: **AMARELO - URGENTE**

Cor: AMARELO

Queixa Principal: HISTORIA DE QUEDA DE MOTO HA 1 DIA, EVOLUI COM DOR + LIMITAÇÕES DE MOVIMENTOS EM MSESQ E MIESQ
NEGA DM HAS ALERGIAS

Observação: SENHA 5865194

Fluxograma sintoma: PROBLEMAS EM EXTREMIDADES

Discriminador(es): - DOR MODERADA?

Especialidade: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Sinais Vitais Lidos: - REGUA DE DOR: 5

Acolhido(a) por: MARGARIDA MARIA GONCALVES MARTINS MALTA - COREN: 148626 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 21/01/2020 10:44

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco

Página 1 de 1





Secretaria Estadual de Saúde

RELATÓRIO DA OPERAÇÃO

Nome: ALEXSANDRA GOMES DA SILVA
Registro: 1141935
Data da Cirurgia: 21/01/2020
Operador: DR MUCIO LEONCIO
1º auxiliar: DR. EMMANUEL MR1
Anestesista: O PLANTONISTA

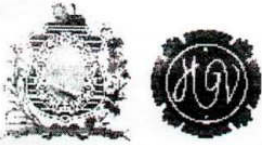
ESQ. D. 2020
Diagnostico Pré operatório: FRATURA FECHADA DE RADIO DISTAL DIREITO
Procedimento: redução incruenta + aposição de 03 fios k 1,5mm

Descrição operatória:

- 1) Paciente em decúbito dorsal sob anestesia;
- 2) Assepsia + antissepsia;
- 3) Aposição de campos operatórios estéreis; *Expend*
- 4) Observado edema e deformidade em punho ~~direito~~;
- 5) Realizado redução incruenta + aposição de 03 fios K 1,5 cruzados
- 6) Confirmado redução sob radioscopia
- 7) Curativo estéril;
- 8) Aposição de tala axilopalmar em ~~MST~~;
- 9) Boa perfusão distal ao final do procedimento.

Emmanuel Costa
Dr. Emmanuel Costa
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PE 27967





SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
FUNDAÇÃO DE SAÚDE AMAURY DE MEDEIROS - FUSAM
HOSPITAL GETULIO VARGAS

Usuario da Internação
THIAGO BM



820602

SUMÁRIO DE ADMISSÃO E ALTA

| | | | |
|--|---------------------------------|------------------------|-----------------|
| 1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE | | Nº Atendimento: 820602 | Nº AIH: _____ |
| Nome: ALEXSANDRA GOMES DA SILVA | | Prontuário: 1141935 | |
| Data Nasc.: 17/09/1998 | Idade: 21 | Sexo: FEMININO | Cor: PARDA |
| CPF: _____ | RG: 10066270 | CNS: _____ | Religião: _____ |
| Endereço: RUA TAQUARAL | | Nº: 9 | |
| Bairro: ZUMBI DO PACHECO | Cidade: JABOATAO DOS GUARARAPES | | Estado: PE |
| CEP: 54230575 | Fone: 91537135 | Profissão: _____ | |
| Nome da Mãe: VERA LUCIA MARIA DA CONCEICAO | | | |
| Nome do Conjuge: _____ | | | |
| Nome: _____ | | | |
| Parentesco: _____ | RG: _____ | Fone: 91537135 | |

| | |
|------------------------------------|--------------|
| 2 - INTERNAR PARA | |
| Clinica: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA | Prestador: 1 |
| Unidade de Internação: _____ | Leito: SR 77 |
| agnostico Inicial | CID: _____ |
| (Constante do Laudo Médico): _____ | |
| Procedimento Solicitado: _____ | CÓD.: _____ |
| Procedimento Realizado: _____ | CÓD.: _____ |

| COD | EQUIPE | NOME DO PROFISSIONAL | MATRICULA |
|-----|--------------------------|----------------------|-----------|
| 1. | Cirurgião | | |
| 2. | 1º Auxilio Cirúrgico | | |
| 3. | 2º Auxilio Cirúrgico | | |
| 4. | 3º Auxilio Cirúrgico | | |
| 5. | Demais Auxilio Cirúrgico | | |
| 6. | Anestesista | | |
| 7. | Clínico | | |
| 8. | Neonatologista | | |

| PROCEDIMENTOS ESPECIAIS | | | |
|--------------------------|-------------------------|--------------------------|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | MUDANÇA DE PROCEDIMENTO | <input type="checkbox"/> | USO DE FATORES DE COAGULAÇÃO |
| <input type="checkbox"/> | DIÁRIA DE UTI | <input type="checkbox"/> | USO DE OXIGÊNIO |
| <input type="checkbox"/> | DIÁRIA DE ACOMPANHANTE | <input type="checkbox"/> | NUTRIÇÃO PARENTERAL |
| <input type="checkbox"/> | USO DE ÓRTESE E PRÓTESE | <input type="checkbox"/> | |

| | | |
|---|------------|------------------------------------|
| CÓDIGO DO PROCEDIMENTO REALIZADO: _____ | CID: _____ | CARIMBO/REVISOR/FATURAMENTO: _____ |
|---|------------|------------------------------------|

RESUMO DO CASO (LETRA LEGÍVEL)

| |
|---|
| DIAGNÓSTICO PRINCIPAL |
| DIAGNÓSTICO SECUNDÁRIO |
| MOTIVO DA ALTA |
| DATA DA INTERNAÇÃO: _____ DATA DA ALTA: ____/____/____ DIAS DE INTERNAÇÃO: _____ |
| OBSERVAÇÃO: Enviar ao Faturamento com todos os dados devidamente preenchidos no prazo máximo de 48 horas após a alta do paciente. |





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 019ª CIRCUNSCRIÇÃO - PRAZERES - DP19ªCIRC DIM/6ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **22E0109007437**

ATROPELAMENTO COM VÍTIMA NÃO FATAL

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **08/09/2022** às **12:34**

ATROPELAMENTO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado) que aconteceu no dia **21/1/2020** às **07:00**

Fato ocorrido no endereço: **RODOVIA BR 101, 1** - Bairro: **PRAZERES - JABOATAO DOS GUARARAPES/PERNAMBUCO/BRASIL** - CEP: **54000000** - Ponto de Referência: **PROXIMO A COCA-COLA**
Local do Fato: **RODOVIA ESTADUAL**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR \ AGENTE)
ALEXSANDRA GOMES DA SILVA (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

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

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

ALEXSANDRA GOMES DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: **Feminino** Mãe: **VERA LUCIA MARIA DA CONCEICAO** Pai: **SEBASTIAO GOMES DA SILVA** Data de Nascimento: **17/9/1998** Naturalidade: **RECIFE / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **10066270/SDS/PE (RG), 71016365438 (CPF)** Profissão: **ESTAGIARIO(A)** Telefones Celulares: **- 993592009**

Endereço Residencial: **RUA MUCIO CATAO, 501 - CEP: 55000-000 - Bairro: COHAB - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL**

DESCONHECIDO (não presente ao plantão) - Sexo: Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

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

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

DESCONHECIDO

Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**

Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Seguro/Apolice: **INDEFINIDO**

Complemento / Observação

RELATA A VITIMA QUE NA MANHÃ DO DIA 21/01/2020 SOFREU UM ACIDENTE DO TIPO ATROPELAMENTO



ONDE VEIO A SER ATROPELADA POR UM MOTOCICLISTA QUE TRANSITAVA NO ACOSTAMENTO. RELATA QUE O MOTOCICLISTA AO LHE ATROPELAR CAIU DA MOTOCICLETA E LOGO EM SEGUIDA SE LEVANTOU E FOI EMBORA. QUE FOI ASSISTIDA POR POPULARES QUE ACIONARAM O CORPO DE BOMBEIROS QUE REALIZARAM OS PRIMEIROS SOCORROS NO LOCAL E ENCAMINHARAM A VITIMA A UPA DE LAGOA ENCANTADA SENDO EM SEGUIDA TRANSFERIDA PARA O HOSPITAL GETÚLIO VARGAS ONDE PASSOU POR CIRURGIA NO PUNHO ESQUERDO CONFORME DOCUMENTAÇÃO ORA APRESENTADA.

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

Alexsandra gomes da Silva

**ALEXSANDRA GOMES DA SILVA
(VITIMA)**



B.O. registrado por: **RUDNEY ANIZIO DOS SANTOS** - Matrícula: **350821-8**
(Liberado em **08/09/2022** às **12:53**)

[Handwritten signature]

08/09/2022 12:50





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: 410163654-38 3 - CPF da vítima: 410163654-38 4 - Nome completo da vítima: Alexandra Gomes da Silva

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 405/2012

5 - Nome completo: Alexandra Gomes da Silva 6 - CPF: 410163654-38
7 - Profissão: Estagiária 8 - Endereço: Av. Núcio Costas 9 - Número: 501 10 - Complemento: _____
11 - Bairro: Lohob. 12 - Cidade: Recife 13 - Estado: PE 14 - CEP: 51280-344
15 - E-mail: leandroreyrife@guoiqf.com 16 - Tel. (DDD): (81) 9868.1713

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 (304)
AGÊNCIA: 5196 CONTA: 28103 (3)
 CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: _____

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) Divorciado 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(s)/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 - Interessado Testemunha Autoridade Responsável Procurador(a)
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: Recife, 14 de Setembro de 2021.
Alexandra Gomes da Silva
41 - Assinatura da vítima/beneficiário/declarante

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

5.001 VOC2/2019

Scanned with CamScanner

