

ITAÚ UNIBANCO S.A.

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: Doc - Transferencia para conta em outro banco

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

BANCO: 341

AGÊNCIA: 1234

CONTA: 12345

DATA DA TRANSFERENCIA:

13/08/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

320025766701

VALOR TOTAL:

843,75

TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ANA PAULA BARBOSA

BANCO: 341

AGÊNCIA: 00874

CONTA: 000000066689

Número da Autenticação

47D5367B898CEACF289ACA9C2CC49F3DAA4D76BEA7D2E75954AB5C75FB2AAA9F

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200257667

Cidade: Olinda

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: ANA PAULA BARBOSA

Data do acidente: 16/02/2020

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: FERIMENTO EM JOELHO ESQUERDO

Descrição do exame físico: VITIMA COM CICATRIZ EXTENSA EM REGIÃO DO JOELHO ESQUERDO, COM RETRAÇÃO CICATRICIAL, REALIZA FLEXÃO DO JOELHO A CERCA 85 GRAUS, DEFICIT DE FORÇA LEVE, SEM ALTERAÇÃO DA MARCHA.

Resultados terapêuticos: LIMPEZA E SUTURA DO FERIMENTO, FISIOTERAPIA. EVOLUI COM RETRAÇÃO CICATRICIAL ALTA MÉDICA

Sequelas permanentes: DEFICIT FUNCIONAL LEVE EM JOELHO ESQUERDO

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 06/08/2020

Conduta mantida:

Observações: O EXAME FÍSICO DESCRITO DEMONSTROU QUE APÓS A CONSOLIDAÇÃO DAS LESÕES OCORRIDAS NO TRAUMA E O TÉRMINO DO TRATAMENTO, HÁ UM QUADRO SEQUELAR CARACTERIZADO POR RESTRIÇÃO DOS MOVIMENTOS HABITUAIS EM JOELHO ESQUERDO, PORTANTO MANTEMOS A CONDUTA DO MÉDICO EXAMINADOR.

DANOS

| DANOS CORPORAIS COMPROVADOS | Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74) | Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74) | % Apurado | Indenização pelo dano |
|---|--|--|---------------|-----------------------|
| Perda completa da mobilidade de um joelho | 25 % | Em grau leve - 25 % | 6,25% | R\$ 843,75 |
| Total | | | 6,25 % | R\$ 843,75 |

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200257667

Cidade: Olinda

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: ANA PAULA BARBOSA

Data do acidente: 16/02/2020

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 29/07/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DOS OSSOS DO JOELHO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (LIMPEZA MECÂNICA CIRÚRGICA + DESBRIDAMENTO + SUTURA) E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO JOELHO 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 DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA JOELHO 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 joelho | 25 % | Em grau médio - 50 % | 12,5% | R\$ 1.687,50 |
| Total | | | 12,5 % | R\$ 1.687,50 |

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200257667

Cidade: Olinda

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: ANA PAULA BARBOSA

Data do acidente: 16/02/2020

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: FERIMENTO EM JOELHO ESQUERDO

Descrição do exame físico: VITIMA COM CICATRIZ EXTENSA EM REGIÃO DO JOELHO ESQUERDO, COM RETRAÇÃO CICATRICIAL, REALIZA FLEXÃO DO JOELHO A CERCA 85 GRAUS, DEFICIT DE FORÇA LEVE, SEM ALTERAÇÃO DA MARCHA.

Resultados terapêuticos: LIMPEZA E SUTURA DO FERIMENTO, FISIOTERAPIA.
EVOLUI COM RETRAÇÃO CICATRICIAL
ALTA MÉDICA

Sequelas permanentes: DEFICIT FUNCIONAL LEVE EM JOELHO ESQUERDO

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 06/08/2020

Conduta mantida:

Observações: O EXAME FÍSICO DESCRITO DEMONSTROU QUE APÓS A CONSOLIDAÇÃO DAS LESÕES OCORRIDAS NO TRAUMA E O TÉRMINO DO TRATAMENTO, HÁ UM QUADRO SEQUELAR CARACTERIZADO POR RESTRIÇÃO DOS MOVIMENTOS HABITUAIS EM JOELHO ESQUERDO, PORTANTO MANTEMOS A CONDUTA DO MÉDICO EXAMINADOR.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

| DANOS CORPORAIS COMPROVADOS | Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74) | Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74) | % Apurado | Indenização pelo dano |
|---|--|--|---------------|-----------------------|
| Perda completa da mobilidade de um joelho | 25 % | Em grau leve - 25 % | 6,25% | R\$ 843,75 |
| | | Total | 6,25 % | R\$ 843,75 |

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0202724/20

Vítima: ANA PAULA BARBOSA

CPF: 082.583.004-40

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

Data do acidente: 16/02/2020

CPF de: Próprio

Titular do CPF: ANA PAULA BARBOSA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

MAURICIO FERNANDO ARAUJO DA SILVA : 488.217.804-49

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

ANA PAULA BARBOSA : 082.583.004-40

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: 21/07/2020
Nome: MAURICIO FERNANDO ARAUJO DA SILVA
CPF: 488.217.804-49

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 21/07/2020
Nome: Steffany Carolyn Lins Veloso
CPF: 115.938.994-24

MAURICIO FERNANDO ARAUJO DA SILVA

Steffany Carolyn Lins Veloso

PROCURAÇÃO

Outorgante: ANA PAULA BARBOSA, brasileiro (a),
estado civil SOLTEIRA, profissão DO LAR, residente e domiciliado à
Rua CINCO, nº 295,
bairro RIO DOSE, Município de OLINDA,
Estado de (o) PE; portador (a) do RG nº 5825358 5051 PE e CPF nº
08258300442

Outorgado: MAURICIO FERNANDO ARAUJO DA SILVA, brasileiro (a), estado civil:
divorciado, profissão: professor, residente e domiciliado (a): Avenida Dr. Claudio Jose
Gueiros Leite, bairro: Janga, Município do Paulista, Estado de PE portador (a) do RG nº
2883138 /SDS / PE e CPF 48821780449.

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 a qualquer
seguradora integrante do Consórcio Seguro DPVAT, o pagamento da indenização por
invalidez permanente, que vitimou em acidente de trânsito o (a) Sr.(a)
ANA PAULA BARBOSA, ocorrido em
16/02/2020.

PODERES

Podendo o dito (a) procurador (a), representar o (a) outorgante como se o (a) próprio (a)
fosse para requerer: FICHAS DE ATENDIMENTO, PRONTUARIOS, RESUMOS DE ALTA
HOSPITALAR, BOLETINS DE ESCLARECIMENTO, FICHAS DE CIRURGIA, EXAMES DE
IMAGEM, LAUDOS MEDICOS, BOLETINS DE OCORRENCIA DE ACIDENTES DE
TRANSITO, TODOS MANTIDOS SOB POSSE E GUARDA DAS POLICIAS RODOVIARIA
FEDERAL E ESTADUAL, MILITAR, POLICIA CIVIL, IML, EM QUALQUER
ESTABELECIMENTO HOSPITALAR E DE PRONTO ATENDIMENTO, CORPO DE
BOMBEIROS MILITAR E SAMU EM TODO TERRITORIO NACIONAL.

OLINDA, 11 de JULHO de 2020.

Ana Paula Barbosa
Outorgante

Obs.: Reconhecer firma em cartório por autenticidade.

**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: 3200257667
Nome do(a) Examinado(a): Ana Paula Barbosa
Endereço do(a) Examinado(a): Rua Cinco, 195
Rio Doce Olinda PE CEP: 53070-191
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [MTE / PE] 5175711
Data local do acidente: [16/02/2020]
Data local do exame: [06/08/2020] RECIFE [PE]

Resultado da Avaliação Médica

- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:
FERIMENTO EM JOELHO ESQUERDO
- II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.
Tratamento: LIMPEZA E SUTURA DO FERIMENTO, FISIOTERAPIA.
Complicações: EVOLUI COM RETRAÇÃO CICATRICIAL
Data da Alta: V?TIMA N?O APRESENTOU DOCUMENTOS
- III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado:
VITIMA COM CICATRIZ EXTENSA EM REGIÃO DO JOELHO ESQUERDO, COM RETRAÇÃO CICATRICIAL, REALIZA FLEXÃO DO JOELHO A CERCA 85 GRAUS, DEFICIT DE FORÇA LEVE, SEM ALTERAÇÃO DA MARCHA.
- IV. Nexo de casualidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?
 Sim () Não
- V. Existe seqüela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)
 Sim () Não
- VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:
LIMITAÇÃO LEVE DE JOELHO ESQUERDO, COM RETRAÇÃO CICATRICIAL.
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 o 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 (*).
- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> "Vítima em tratamento" <i>Esta avaliação médica deve ser repetida em dias</i> | <input type="checkbox"/> "Sem seqüela permanente" <i>(Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)</i> |
|--|--|
- b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.
- | | |
|---|--|
| Região Corporal (Seqüela): JOELHO - Lado Esquerdo % do dano: () 10% residual <input checked="" type="checkbox"/> 25% leve () 50% médio () 75% intensa () 100% completo | Região Corporal (Seqüela): % do dano: () 10% residual () 25% leve () 50% médio () 75% intensa () 100% completo |
| Região Corporal (Seqüela): % do dano: () 10% residual () 25% leve () 50% médio () 75% intensa () 100% completo | Região Corporal (Seqüela): % do dano: () 10% residual () 25% leve () 50% médio () 75% intensa () 100% completo |
- VIII. (*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.

Assinatura d(a) Médico(a) Examinador(a)
Carimbo com Nome e CRM

Dr. Leonardo de Faria Neves
CPF - 045.955.274-03
CRM/PE - 17742





Atendimento: 517515

Senha da Classificação:

Data e Hora: 16/02/2020 23:15

0042

Paciente: 110944 ANA PAULA BARBOSA

Sexo: FEMININO

Nome Social:

Data do Nascimento: 10/08/1979 Idade: 40 anos Convenio: 2 SUS - EXTERNO / URGENCIA

Nome da Mãe: MARIA JOSE DE MELO BARBOSA Nome do Pai: JOSE CARLOS BARBOSA

Estado Civil: SOLTEIRO

Nome do Médico: PLANTONISTA ORTOPEDIA

CRM: 12346

Endereço: RUA CINCO

125

Bairro: RIO DOCE

Cidade/UF: OLINDA

PE

Usuário Atendimento: WESLEYFS

Informações Associadas a Pacientes Estrangeiros / Visitantes

Data Entrada Brasil:

Nacionalidade: BRASILEIRA

Nr Documento Estrangeiro:

Observação:

RESUMO DE TRATAMENTO

Peso: _____ Altura: _____ Temperatura: _____ Hora: _____

Queixa Principal

VITIMA DE QUAZODORNO COM TUMOR EXTENSO EM JOELHO ESQUERDO. HÁ 2 ANOS SEM ABBOLAS, COM ABBOLAS

Exame Físico

CONSISTENTE, ORIENTADO, EUPNEICO. MIE FEALMENTE VENTILADO. MECANISMO EXTENSO EM JOELHO VADO

Hipotese Diagnostico

TUMOR TOC EXTENSO EM JOELHO DE

Prescrição Médica

RX JOELHO
- SATIVAT 1M
- CETAZOLINA 2g + azel 24/00
- DIFENHIDRAMINA + azel 24/00
- TRANEXAMICO 100g 24/00

Assinatura e Carimbo/Médico

Dr. Ivo Lacerda
CRM: 22507/DF
RUA: 22507/DF

Destino: () Encaminhado ao Ambulatorio () Residência

() Transferido: Para _____ Senha: _____


() Encaminhado ao setor de internação

HOSPITAL METROP. NORTE MIGUEL ARRAES

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

PROTOCOLO CLASSIFICACAO REDE IMIP

Data e hora retirada da senha: 16/02/2020 22:03

| | | |
|---|---------------------|-------------------|
|  | Nome Paciente: | ANA PAULA BARBOSA |
| | Cód. Paciente: | |
| | Data de Nascimento: | 10/08/1979 |
| | Sexo: | Feminino |
| | Idade: | 40 |
| | Senha: | 0042 |
| | Convênio: | - |
| Atendimento: | - | |
| SAME: | - | |

: 16/02/2020 23:08 - 16/02/2020 23:13

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

Prioridade: **EMERGENCIA VERMELHO**

Cor: **VERMELHO**

Queixa Principal: PACIENTE VINDO DA UPA DE OLINDA COM FERIMENTO EXTENSO MSE

Observação: HAS- DM-

Fluxograma sintoma: TRAUMA

Discriminador(es):
- FERIMENTO COM SANGRAMENTO ATIVO NÃO COMPRESSÍVEL
- SUSPEITA DE FRATURA OU LUXAÇÃO COM DEFORMIDADE
- PALIDEZ CUTÂNEA, SUDORESE, PELE FRIA

Especialidade: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Sinais Vitais Lidos:
- SACR - REGUA DE DOR: 5
- SACR - ESCALA DE GLASGOW: 15
- FREQUENCIA CARDIACA: 102.00 BPM
- FREQUENCIA RESPIRATORIA: 20.00 RPM
- GLICOSE: 125.00 MG/DL
- P.A. SISTOLICA: 130.00 MMHG
- P.A. DISTOLICA: 80.00 MMHG
- SATURAÇÃO DE OXIGÊNIO: 36.50 %

HMP Hospital Miguel Arraes
Lesão de Pele
Sim (X) Não ()
Trauma de pele
Enfermeiro

RECEBIDO
16/02/2020 23:13

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

Data Impressão: 16/02/2020 23:13

Atendimento: **1593857**
Data e Hora: **16/02/2020 20:33**

Senha de Classificação: *Transfêrência*

Paciente: **332928 ANA PAULA BARBOSA** Sexo: FEMININO
Nome Social: _____
Data do Nascimento: 10/08/1979 Idade: 40 anos Convenio: 2 SUS - PRONTO ATENDIMENTO
Nome da Mãe: MARIA JOSE DE MELO BARBOSA Nome do Pai: JOSE CARLOS BARBOSA
Estado Civil: SOLTEIRO Nome do Médico: ORTOPEDISTA - PLANTONISTA CRM: 1234567
Endereço: CINCO - 125 Bairro: RIO DOCE
Cidade/UF: OLINDA PE Cep: 53070191 Usuário Atendimento: ALEXSANDRACA
RG (Identidade): _____ Data de Emissão: _____
CPF (Cadastro de Pessoa Física): _____ Fone: 86707720
CRN (Certidão de Registro de Nasc): _____ Data de Emissão CRN: _____

RESUMO DE TRATAMENTO

Peso: _____ Altura: _____ Temperatura: _____ Hora: _____

Exame Principal

*Queixa de dor hi 2 hmas com trauma
a Joelho (E). Nella derrama, lumbos, nervos,
MARE USO DE OPIÓIDES
Nels Nervos*

Exame Físico

*A - VHS Nervos Bilaterais E - Ferimentos escoriações
B - MARCHA ANORMAL
C - Sem sinais de choque
D - GUSCOR 15
E - Ferimentos escoriações e pele ulcera Joelho (E)*

Hipótese Diagnóstica

Do Sx fraturas

Ferimentos escoriações Joelho (E)

Conduta Terapêutica

*- Solicito encaminhamento
- Limpeza + CURATIVOS DE FERIMENTOS*

Prescrição Médica

*- Diclo 200
- Alprazolam 20 + 10, 80, 6/6h
- CeZAPROPRANO 100mg + 100mg 2x/dia
21:50*

Destino: () Encaminhado ao Ambulatório () Residência

Transferido: _____

Para: _____ Senha: _____

Daniel Cabral
Ortopedista
Carimbo/Médico



1593857



Laudo para solicitação de autorização de internação 519-2

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

| | |
|--|----------------------------|
| 1 - ESTABELECIMENTO SOLICITANTE HOSPITAL MIGUEL ARRAES | 2 - CNES 6431589 |
| 3 - ESTABELECIMENTO EXECUTANTE HOSPITAL MIGUEL ARRAES | 4 - CNES 6431589 |

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

| | | | | | |
|---|---|---|------------------------------------|---|--|
| 5 - Nome do Paciente ANA PAULA BARBOSA | | | | 6 - Nº Prontuário 110944 | |
| 7 - Cartão Nacional do SUS 700000119495303 | 8 - Data de Nascimento 10/08/1979 | 9 - Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input checked="" type="checkbox"/> Feminino | 10 - Raça/Cor 03 - Parda | 10.1 - Etnia 0000 - Não Se Aplica | |
| 11 - Nome da Mãe MARIA JOSE DE MELO BARBOSA | | | | 12 - Telefone de Contato 8184666852 | |
| 13 - Nome Responsável CICERA | | | | 14 - Telefone de Contato | |
| 15 - Endereço (Rua, Nº, Bairro) RUA CINCO, 125 - RIO DOCE | | | | | |
| 16 - Município OLINDA | | 17 - IBGE 260960 | 18 - UF PE | 19 - CEP 53090355 | |

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - Principais Sinais e Sintomas Clínicos
**ANTE VITIMA DE QUEDA DE MOTO COM FERIMENTO EXTENSO EM JOELHO ESQUERDO
 PACIENTE ORIENTADA EUPNEICA ESTAVEL**

21 - Condições que justificam a Internação
CITADAS ACIMA

22 - Principais Resultados de Provas Diagnósticas
ANAMNESE + EXAME FÍSICO

| | | | |
|--|--------------------------------------|---------------------------------------|-------------------------------|
| 23 - Diagnóstico Inicial / Código FERIMENTO DO JOELHO ESQUERDO | 24 - CID 10 Principal S810 | 25 - CID 10 Secundário W199 | 26 - CID 10 Causas Associadas |
|--|--------------------------------------|---------------------------------------|-------------------------------|

27 - Descrição do Procedimento Solicitado
PROCEDIMENTOS SEQUENCIAIS EM ORTOPEDIA

28 - Código do Procedimento
0415020069

| | | | |
|---|---|--|---|
| 29 - Especialidade CIRÚRGICA | 30 - Caráter de Atendimento 2 | 31 - Documento <input checked="" type="checkbox"/> CNS <input type="checkbox"/> CPF | 32 - Nº do Documento (CNS/CPF) do Profissional Solicitante/Assistente 980016279437533 |
| 33 - Nome do Profissional Solicitante/Assistente SORMANE DE CARVALHO BRITTO | | 34 - Data da Solicitação 16/02/2020 | 35 - Assinatura e Carimbo (Nº Registro no Conselho) 16339 |

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIA)

| | | | |
|--|--|---------------------|------------|
| 36 - <input type="checkbox"/> Acidente de Trânsito | 38 - CNPJ Seguradora | 40 - Nº Bilhete | 41 - Série |
| 37 - <input type="checkbox"/> Acid. Trabalho Típico | 42 - CNPJ / Empresa | 43 - CNAE / Empresa | 44 - CBOR |
| 39 - <input type="checkbox"/> Acid. Trabalho Trajeto | 45 - Vínculo com a Previdência <input type="checkbox"/> Empregado <input type="checkbox"/> Empregador <input type="checkbox"/> Autônomo <input type="checkbox"/> Desempregado <input type="checkbox"/> Aposentado <input type="checkbox"/> Não Segurado | | |

AUTORIZAÇÃO

| | | |
|---------------------------------------|--|---|
| 46 - Nome do Profissional Autorizador | 47 - Cód. Órgão Emissor E260000001 | 52 - Nº da Autorização da Internação Hospitalar (AIH) |
|---------------------------------------|--|---|

| | |
|---|--|
| 48 - Documento <input type="checkbox"/> CNS <input type="checkbox"/> CPF | 49 - Nº do Documento (CNS/CPF) do Profissional Autorizador |
| 50 - Data da Autorização | 51 - Assinatura e Carimbo (Nº Registro do Conselho) |

AIH
262010246718-0

Francisco Couto
 CRM 13246 - TEOT 7447
 Traumatista Ortopedia

Código do Laudo: **517815**



FICHA DE INTERNAÇÃO

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

Cód. Atendimento: **517517**

Usuário: WESLEYS

DADOS DO PACIENTE

Paciente: **ANA PAULA BARBOSA** Prontuário: 110944
 Idade: 40a 6m 8d Sexo: F Estado Civil: SOLTEIRO Data de Nascimento: 10/08/1979
 Profissão: Escolaridade: CEP 53090355
 R.G.: 5825355 C.P.F.: 08258300440 Telefone: , 125 - RIO DOCE - OLINDA - PE
 Endereço: RUA CINCO
Dados da Internação
 Origem: INTERNACAO Data e Hora da Internação: 16/02/2020 23:44
 Convênio: SUS - INTERNACAO Plano: GERAL
 Unidade Internação: VERMELHA - EMERGEI Acomodação: ENFERMARIA DE OBSERVACA Leito: VERMELHO EXTRA 25
 Médico Internação: PLANTONISTA ORTOPEDIA

DADOS DO RESPONSÁVEL

Nome: R.G.: C.P.F.:
 Endereço: - Numero:
 Telefone: Cidade: Estado civil:

*FATURADO
MAGDA
FATURISTA*

DADOS DA LIBERAÇÃO DO PACIENTE

Data da Alta: 17/02/20 Hora da Alta: _____ : _____
 Motivo: Melhorado A Pedido Transferência Óbito Evasão
 Condições de Alta: Melhor
 Diagnóstico Principal.....: Fratura de fêmur com joelho
 Diagnóstico Secundário01.: _____
 Diagnóstico Secundário02.: _____
 Procedimento.....: Pl + Dc

*REVISADO
C.H.H.M.A.*

Francisco Couto
 Médico e CRM
 CRM 3246 - TEOT 7447
 Traumatismo Ortopedia

Ana Paula Barbosa
 Responsável pela retirada do paciente Assinatura e RG

TERMO DE RESPONSABILIDADE

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

Em _____ de _____ de _____

Ana Paula Barbosa
 Assinatura e RG do paciente ou pessoa responsável

Protocolo de Encaminhamento

TIPO DE OCORRÊNCIA
 Causa Externa: Acidente/Violência () Causa Clínica () Obstétrico () Psiquiátrico () **SENHA** 5825077
 Em caso de violência/acidente: Via Pública () Domicílio () Local de Trabalho ()

IDENTIFICAÇÃO
 Nome do Paciente: _____ Idade: 49
 Sexo: M () F () Profissão: _____ Fone: _____
 Endereço Residencial: _____ Bairro: _____
 Cidade: Olinda

CAUSA EXTERNA (ACIDENTE/VIOÊNCIA)
 Acidente de Trânsito: Ônibus () Caminhão () Carro de Passeio () Motocicleta ()
 Atropelamento: Pedestre () Ciclista ()
 Automóvel (Colisão): Passageiro () Motorista () Banco de Trás () Banco da Frente () Uso de cinto S() N()
 Motocicleta: Motociclista () Passageiro () Uso de Capacete: S() N()
 Semi-Afogamento/Submersão () Soterramento ()
 Intoxicação Exógena () Animais Peçonhentos () Agente Causador: _____
 Exposição ao: Fogo/Fumaça/Choque Elétrico ()
 Queimaduras: 1º Grau () 2º Grau () 3º Grau ()
 Queda: () Altura Aproximada _____ Metros () Queda da Própria Altura
 Agressões: () Por Arma de Fogo/Tipo _____ () Arma Branca/Tipo: _____
 Agressão Sexual () Maus Tratos () Outros () Citar: _____
 Mecanismo do Trauma: () Impacto Frontal () Impacto Lateral () Impacto Traseiro () Ejeção () Capotamento

CAUSAS CLÍNICAS
 História Clínica Atual: Queda de novo com trauma em
Joelho (E)
 Hipótese Diagnóstica: (1) Ferimento aberto Joelho (E)

AVALIAÇÃO CLÍNICA
 Glicemia Capilar (HGT): _____ Temperatura: _____ F.C.: _____ P.A.: _____ x
 Vias Aéreas: FR _____ Dispneia S() N() Tiragem Intercostais S() N() Obstrução Vias Aéreas: S() N()
 Sibilos Expiratórios: S() N() BAN*: S() N() Deformidade do Tórax: S() N() Gemido/Estridor: S() N()
 Distúrbio Fala/Choro: S() N()
 Agitação Psicomotora: S() N() Lesões de face: S() N() Retração Xifóide: S() N()
 Perfusão Periférica: Boa() Lentificada() Bulhas Cardíacas: Normofonéticas () Hipofonéticas ()
 Pulso: Rítmico () Arritmico () Filiforme () Fino ()
 Colocação da Pele: Normocorada () Palidez () Cianose ()
 Sudorese: S() N() Desidratado: S() N() Ictérico: S() N()

| | |
|---|---|
| FR: RN 35-50 < 1 ano 30-50 Crianças 20-30 Adulto 12-30 | FC: RN 120-160 < 1 ano 90-140 Criança 80-110 Adulto 60-100 |
|---|---|

**RESUMO DE ALTA HOSPITALAR/ESCLARECIMENTO**NOME: ANA LUIZA AMBROSE DATA DE NASC.: 10/08/1971NOME SOCIAL: _____ REG: 110944IDADE: _____ SEXO: _____ DATA DA ADMISSÃO 16/2/2020 DATA DA ALTA 17/02/2022DIAGNÓSTICO: FOLICULITE BACTÉRIANA EM JOELHO (E)

TRATAMENTO REALIZADO:

LC + DC

ORIENTAÇÃO:

Curativo diário

PROGRAMA APÓS ALTA:

AMBULATÓRIO DE EGRESSO SIM NÃO

DATA DA CONSULTA AMBULATORIAL: _____

15 DIAS

ASSINATURA DO MÉDICO, CARIMBO E CRM

Francisco Couto
CRM 15246 - TEOT 7447
Ortopedista**ESTA CONTA SERÁ PAGA PELO SUS**

Atendimento: 517517

Dt Atendimento: 16/02/2020 - 23:44

Dt Alta: 17/02/2020 - 17:00

Paciente: 110944 ANA PAULA BARBOSA

Serviço: 37 ORTOP23EDIA E TRAUMATOLOGIA

Convênio: 1 SUS - INTERNACAO

Leito: 770 VERMELHO EXTRA 25

Plano: 1 GERAL

Motivo Alta: 1 ALTA MELHORADA

Usuário: MONICABSL

CID:

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

Observação de Alta
ENF. IZABELE

MONICA BARBOSA DOS SANTOS LIMA

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

HOSPITAL METROPOLITANO NORTE MIGUEL ARRAES DE ALENCAR

Ficha de Cirurgia Descritiva

Aviso de Cirurgia : 62965 Sala : 0001 SALA 01
Paciente : 110944 ANA PAULA BARBOSA Atendimento : 517517
Convênio Atend. : 1 SUS - INTERNACAO Carteira :
Leito : 770 VERMELHO EXTRA 25 Idade : 40 Anos
Dt. Inicio : 17/02/2020 02:30 Dt. Fim : 17/02/2020 03:20
Cid Pré-Operatório : S810 FERIMENTO DO JOELHO
Cid Pós-Operatório : S810 FERIMENTO DO JOELHO

Procedimento: 0401010058 EXCISAO DE LESAO E/OU SUTURA DE FERIMENTO DA PELE ANEXOS E MUCOSA (PRI
Convênio: 001 SUS : INTERNACAO
Anestesia:

URGIAO 13925 LUIZ ANTONIO DE CARVALHO
ANESTESISTA 16619 LUAR DE OLIVEIRA SILVA

Descrição Cirúrgica :

DIAGNÓSTICO: EXTENSO FERIMENTO JOELHO ESQ
INTERVENÇÃO: LIMPEZA CIRÚRGICA + DESBRIDAMENTO + SUTURA
OPERADOR: DR GUSTAVO LEÃO
ANESTESISTA: DRA LUAR
ANESTESIA: RAQUI

RELATO DE INTERVENÇÃO

1. PACIENTE EM DECÚBITO DORSAL SOB RAQUIANESTESIA
2. ASSEPSIA + ANTISSEPISIA DE MIE
3. APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTÉREIS
4. ABORDAGEM DAS FERIDAS NA FACE ANTERIOR DO JOELHO ESQ
5. DESBRIDAMENTO DE BORDOS DAS FERIDAS + TECIDOS DESVITALIZADOS
6. VERIFICAMOS INTEGRIDADE DA CÁPSULA DO JOELHO ESQ COM INTEGRIDADE DA SUPERFÍCIE ARTICULAR DA PATI TROCLEA FEMORAIS
- LAVAGEM EXAUSTIVA COM SF 0,9% 10.000 ML
8. SUTURA DA PELE COM NYLON 2-0 E 3-0
9. CURATIVO
10. OBSERVADO BOA PERFUSAO DISTAL

Achados Cirúrgicos:

Descrição Complementar

Dr. Ian Lacerda
Ortopedia/Traumatologia
CRM-PE: 22590/CRM-PE: 9824

DR(A) : LUIZ ANTONIO DE CARVALHO
CRM : 13925

Atendimento: 518792

Senha da Classificação:

Data e Hora: 26/02/2020 09:13

0006

Paciente: 110944 ANA PAULA BARBOSA

Sexo: FEMININO

Nome Social:

Data do Nascimento: 10/08/1979 Idade: 40 anos Convenio: 2 SUS - EXTERNO / URGENCIA

Nome da Mãe: MARIA JOSE DE MELO BARBOSA

Nome do Pai: JOSE CARLOS BARBOSA

Estado Civil: SOLTEIRO

Nome do Médico: PLANTONISTA ORTOPEDIA

CRM: 12346

Endereço: RUA CINCO

125

Bairro: RIO DOCE

Cidade/UF: OLINDA

PE

Usuário Atendimento: HANNESSAKCCA

Informações Associadas a Pacientes Estrangeiros / Visitantes

Data Entrada Brasil:

Nacionalidade: BRASILEIRA

Nr Documento Estrangeiro:

Observação:

RESUMO DE TRATAMENTO

Peso: _____

Altura: _____

Temperatura: _____

Hora: _____

Queixa Principal

Paciente com história de acidente com motocicleta há 10 dias cursando com ferimento extenso em pulso esquerdo realizada LC+DC e sutura. Após alta, observou saída de secreção serosa, calor local e dor na região da sutura.

Exame Físico

EOB afébril ao toque LOTE, supneica.
FO hiperemiada com mínima saída de secreção serosa a expressão sem pontos de flutuação, com discreto escurecimento de borda do ferimento.

Dati

Hipótese Diagnóstico

FO de ferimento extenso em face lateral de pulso esquerdo

Prescrição Médica

Em tempo: discutido caso com Dr. Hugo Freitas o qual orienta que diante da ausência de sinais francos de infecção local e sem sinais de infecção sistêmica é indicado antibiótico terapia via oral e manutenção do seguimento ambulatorial para a mesma.

cp: Alta para retorno ambulatorial.

Dr. Luiz Roberto de Souza
Ortopedia e Traumatologia
CRM-SP 47988 R-11-8433039

Assinatura e Carimbo/Médico

Destino: () Encaminhado ao Ambulatório () Residência

() Transferido: Para _____

Senha: _____

() Encaminhado ao setor de internação

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

DECLARAÇÕES DO MÉDICO (DE PRÓPRIO PUNHO)

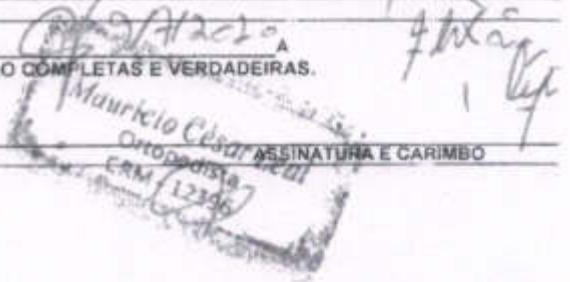
| | |
|---|---|
| DATA DO ACIDENTE: 16/12/2020 | DATA DO INÍCIO DO TRATAMENTO MÉDICO: 16/12/2020 |
| NOME COMPLETO DA VÍTIMA: ANA PAULA BARBOSA | |
| LESÕES RESULTANTES DO ACIDENTE: Paciente vítima de acidente de motocicleta, com lesões ferimentos extenso | |
| DADOS RESUMIDOS DOS TRATAMENTOS REALIZADOS (DATAS): Laceração - contusa em face lateral de cotovelo esquerda. Sonda subcutânea a 2 polegadas mantida cirúrgicas (Elevação de gesso) 30 dias | |
| ALTA MÉDICA? <input checked="" type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO Reabertura fratura - 30 dias | |
| EXISTE ALGUM DEFEITO OU DOENÇA PRÉ-EXISTENTE? CASO POSITIVO DESCREVER: <input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO | |
| COM RELAÇÃO A INVALIDEZ PODE-SE CONCLUIR QUE: <input type="checkbox"/> A INVALIDEZ É TEMPORÁRIA, PORTANTO PASSÍVEL DE RECUPERAÇÃO SIGNIFICATIVA OU DE CURA ATRAVÉS DE TRATAMENTO. <input checked="" type="checkbox"/> 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 | DESCRIÇÃO |
|-------------------------------------|---|
| 1º | Extensa ferimento lacerado-contuso em face lateral de cotovelo esquerda |
| 2º | Fratura de cotovelo esquerda |
| 3º | Lesões ligamentares. Laceração de pele e de dano |
| 4º | Deficite de força e claudicação em M.I.F. SCS |
| 5º | Clareza e deformidade de laceração de pele (FTTC de força) |

AFIRMO QUE ASSISTI E/OU AVALIEI A VÍTIMA NO PERÍODO DE 9/7/2020 A 9/7/2020 E QUE AS RESPOSTAS ACIMA, SÃO COMPLETAS E VERDADEIRAS.

LOCAL: Recife DATA: 9/7/2020



 Assinatura e Carimbo
 Mauricio Cesar
 Ortopedista
 CRM 12346

PROIBIDO PLASTIFICAR

1482727575



VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
1482727575



REPÚBLICA FEDERAL DO BRASIL
SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO
MÓDULO DE IDENTIFICAÇÃO DE CIDADÃO
MÓDULO DE IDENTIFICAÇÃO DE CIDADÃO

NOME COMPLETO: FERNANDO ARAUJO DA SILVA



RG: 2883339 SSP PE

CPF: 498.217.804-69

DATA DE NASCIMENTO: 25/10/2086

ENDEREÇO: RUA MARCELO FERREIRA DA SILVA

NÚMERO: 100

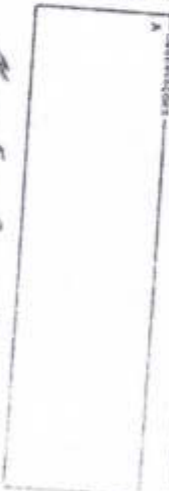
CIDADE: MARIA JOSE ARAUJO DA S

UF: PE

CEP: 55000-000

DATA DE EMISSÃO: 08/10/1998

A



Fernando Araujo da Silva

LOCAL: OLINDA, PE

ASSINATURA: Fernando Araujo da Silva

DATA DE EMISSÃO: 28/07/2013

SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO
PERNAMBUCO

SABOTILHEIRA
PERNAMBUCO

TRABALHADOR

Esta é sua Carteira de Trabalho - CTPS, instituída pelo então Presidente Getúlio Vargas, por intermédio do Decreto nº. 22.035 de 29.10.1933 e posteriormente reformulada pelo Decreto-lei nº 3492 de 01.05.1945 que aprovou a CLT. Ela é o documento obrigatório para o exercício de qualquer emprego ou atividade profissional.

Nela deverão ser registrados todos os dados do Contrato de Trabalho, elementos básicos para o reconhecimento dos seus direitos perante a Justiça do Trabalho, bem como para a obtenção da aposentadoria e demais benefícios Previdenciários, garantindo, ainda, sua habilitação ao seguro desemprego e ao fundo de Garantia do Tempo de Serviço - FGTS.

O conjunto de anotações contido neste documento e o seu estado de conservação, espelham a conduta a qualificação e as atividades profissionais do seu portador.

Pela sua importância, e seu dever protegê-la e Cuidá-la, pois além de conter o registro de sua vida Profissional e a garantia da preservação e validade de seus direitos como trabalhador e cidadão, contribui para assegurar o seu futuro e o de seus dependentes, tendo validade, também, como documento de identificação.

CONFECCIONADA COM RECULSION LHO
FAT - FUNDO DE AMPARO AO TRABALHADOR

VISITE O PORTAL ATE: WWW.MTE.GOV.BR

MINISTÉRIO DO TRABALHO
E EMPREGO

CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL

161.12732.35-2

5176711

0050

PE

Ana Paula Barbosa



ANA PAULA BARBOSA

FILIAÇÃO: MARIA JOSE DE NELO BARBOSA
JOSE CARLOS BARBOSA
NASCIMENTO: 10/09/1979
ESTADO CIVIL: SOLTEIRO
NATALIDADE: HAZARE DA MATA - PE
DOCUMENTO: R.D. - 582936 - 00040016 - 008 - PE

LEI Nº 8.048, DE 18 DE MAIO DE 1990

CPF: 082.883.004-40

CRI:

TTV. ELSTON: 061223136008

SEÇÃO: 0138

ZONA: 010

LOCAL DE EMISSÃO: REC - OLINDA - SEMPRETÁ SUPERMERC. OLINDA OLINDA
DATA DE EMISSÃO: 09/09/2018

SECRETARIA NACIONAL DO TRABALHO E EMPREGO

QUALIFICAÇÃO CIVIL - BRASILEIRO

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: **08258300440** 4 - Nome completo da vítima: **ANA PAULA BARBOSA**

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

5 - Nome completo: **ANA PAULA BARBOSA** 6 - CPF: **08258300440**
 7 - Profissão: **EMPR. DOMESTICA** 8 - Endereço: **RUA CINCO** 9 - Número: **195** 10 - Complemento: **CASA**
 11 - Bairro: **RIO DOCE** 12 - Cidade: **OLINDA** 13 - Estado: **PE** 14 - CEP: **53070191**
 15 - E-mail: _____ 16 - Tel.(DDD): **81-985102808**

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 POUÇANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinalar uma opção)
 Bradesco (237) Itaú (341)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)
 CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
 Nome do BANCO: _____
 AGÊNCIA: **0074** CONTA: **66689** 4 AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (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 (ou 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 (menor)? 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 - Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado
 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, **OLINDA 27 DE JULHO DE 2020**
Ana Paula Barbosa
 41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

DADOS CADASTRAIS

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

NÃO ALFABETIZADO

TESTEMUNHAS



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLICIA DE PLANTAO - 7A. SECCIONAL - OLINDA

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **20E0321000847**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **28/06/2020** às **00:01**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia **16/2/2020** às **19:00**

Fato ocorrido no endereço: **AVENIDA JULES RIMET, 01** - Bairro: **RIO DOCE** - **OLINDA/PERNAMBUCO/BRASIL** - CEP: **53040-150**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

NAO IDENTIFICADO (AUTOR \ AGENTE)
ANA PAULA BARBOSA (VITIMA)
LEONARDO PEDRO DO NASCIMENTNO (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): **LEONARDO PEDRO DO NASCIMENTNO**

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

ANA PAULA BARBOSA (presente ao plantão) - Sexo: **Feminino** Mãe: **MARIA JOSE DE MELO BARBOSA**
Data de Nascimento: **10/8/1979** Naturalidade: **NAZARE DA MATA / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos:
5825355/SDS/PE (RG), 08258300440 (CPF) Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **1º. GRAU COMPLETO** Profissão:
EMPREGADO(A) DOMESTICO(A) Telefones Celulares:
- **985102808**
- **82560404**

Endereço Residencial: **RUA CINCO, 195 - CEP: 55000-000 - Bairro: RIO DOCE - OLINDA/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

LEONARDO PEDRO DO NASCIMENTNO (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **VILMA FERREIRA DE MELO** Data de Nascimento: **15/9/1988** Naturalidade: **RECIFE / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos:
6741901/SDS/PE (RG) Profissão: **MOTORISTA** Telefones Celulares:
- **985102808**
- **84668852**

Endereço Residencial: **RUA CINCO, 195 - CEP: 55000-000 - Bairro: RIO DOCE - OLINDA/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

MOTO (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **LEONARDO PEDRO DO NASCIMENTNO**, que estava em posse do(a) Sr(a): **LEONARDO PEDRO DO NASCIMENTNO**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/NXR 160 BROS** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **AZUL** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **QYE7615** (PERNAMBUCO/OLINDA)
Ano Fabricação/Modelo: **2019/2020** Combustível: **ALCO/GASOL**

Complemento / Observação

OS NOTICIANTES VIERAM REGISTRAR O ACIDENTE DE TRANSITO AO QUAL FORAM VITIMAS QUANDO NA DATA E LOCAL ACIMA TRAFEGAVAM NA MOTO ACIMA QUALIFICADA LEONARDO PEDRO DO NASCIMENTO COMO CONDUTOR E ANA PAULA BARBOSA NO BANCO GARUPA QUANDO UMA OUTRA MOTO DE CONDUTOR E PLACA DESCONHECIDAS APROXIMOU-SE ANUNCIANDO UM ASSALTO A VITIMA ACELEROU A MOTO PARA FUGIR DOS CRIMINOSOS E ALGUNS METROS DEPOIS PERDEU O CONTROLE BATEU NO MEIO FIO DA CALCADA E CAIU COM A MOTO. O SENHOR LEONARDO PEDRO RELATOU QUE FOI SOCORRIDO PELO CORPO DE BOMBEIROSA PARA O HOSPITAL MIGUEL ARRAES ENQUANTO A SENHORA ANA PAULA BARBOSA DECLAROU QUE FORA SOCORRIDA PELO SAMU PARA UPA DE OLINDA DE LA FORA TRANSFERIDA PARA HOSPITAL MIGUEL ARRAES.

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

ANA PAULA BARBOSA
(VITIMA)

LEONARDO PEDRO DO NASCIMENTNO
(VITIMA)

B.O. registrado por: **RICARDO BARBOSA LEITE** - Matrícula: **2211998**
(Liberado em **28/06/2020** às **16:29**)

Rio de Janeiro, 14 de Agosto de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200257667

Vítima: ANA PAULA BARBOSA

Data do Acidente: 16/02/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: MAURICIO FERNANDO ARAUJO DA SILVA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), ANA PAULA BARBOSA

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\$ 843,75 |

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um joelho 25%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 25%) 6,25%

Valor a indenizar: 6,25% x 13.500,00 = R\$ 843,75

Recebedor: **ANA PAULA BARBOSA**

Valor: **R\$ 843,75**

Banco: **341**

Agência: **000000874**

Conta: **0000066689-4**

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

