



Número: **0015923-29.2023.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção B da 31ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **16/02/2023**

Valor da causa: **R\$ 2.531,25**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
VITORIA FERRAZ SILVESTRE DE SANTANA (AUTOR)		PEDRO GABRIEL PEREIRA DOS SANTOS (ADVOGADO(A))	
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (RÉU)		ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR (ADVOGADO(A))	
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
130265304	11/04/2023 16:00	ANEXO 1	Ações processuais\Documento de Comprovação



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, 20 de Outubro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200356533

Vítima: Vitoria Ferraz Silvestre de Santana

Data do Acidente: 24/11/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NOVA TENTATIVA DE PAGAMENTO

Senhor(a), VITORIA FERRAZ SILVESTRE DE SANTANA

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

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

O formulário está disponível no nosso site e deverá ser entregue na SEGURADORA LIDER DPVAT - REGULAÇÃO, ponto de atendimento onde o pedido do Seguro DPVAT foi feito.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 01283/01284 - carta_25 - INVALIDEZ





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, 28 de Março de 2021

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200356533

Vítima: Vitoria Ferraz Silvestre de Santana

Data do Acidente: 24/11/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), VITORIA FERRAZ SILVESTRE DE SANTANA

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: **Vitoria Ferraz Silvestre de Santana**

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

Banco: **104**

Agência: **000000651**

Conta: **000873244828-5**

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

Pag. 00411/00412 - carta_30 - INVALIDEZ

00020206





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:

☐ GAAH (GASTOS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do chéque ou AD

3 - CPF da vítima

4 - Nome completo da vítima

115.358.584-24 Vitoria Ferraz Silvestre de Santana

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

5 - Nome completo:

6 - Profissão:

7 - Endereço:

8 - Nº do chéque ou AD

9 - Bairro:

10 - Cidade:

11 - Estado:

12 - CEP:

13 - E-mail:

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

14 - Nome completo do Representante Legal:

15 - CPF do Representante Legal:

16 - Profissão do Representante Legal:

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

17 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☐ RECLUSO INFORMAR

☐ R\$1.000,00 A R\$1.000,00

☐ R\$2.500,00 A R\$5.000,00

☒ SEM RENDA

☐ R\$1.000,00 A R\$2.500,00

☐ ACIMA DE R\$5.000,00

18 - DADOS BANCÁRIOS:

☐ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAI, CURADOR/TUTOR)

☒ CONTA POUPEANÇA (Somente para os bancos citados. Indicar uma opção)

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☒ Caixa Econômica Federal (106)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

0051

CONTA:

000873244828

5

AGÊNCIA:

CONTA:

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT, a qual poderá ser utilizada para pagamento de despesas médicas e/ou de assistência social, ou para qualquer outra finalidade, desde que não haja restrição de uso.

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 o fim de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinale 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 alegado, solicito o prolongamento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, considerando, desde já, em me submeter à avaliação médica da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei nº 1.547/74, art. 1º, § 1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar, caso dissente do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICO BENEFICIÁRIO - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

☐ Solteiro

☐ Casado (no CNJ)

☐ Divorçado

☐ Separado judicialmente

☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima

25 - Grau de Parentesco com a vítima

26 - Vítima deixou com parente(s):

☐ Sim ☐ Não

27 - Se a vítima deixou com parente(s), informar o nome completo:

28 - Vítima tem filhos?

☐ Sim ☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar vivos:

Falecidos:

30 - Vítima deixou herdeiros?

☐ Sim ☐ Não

31 - Vítima teve irmãos?

☐ Sim ☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar vivos:

Falecidos:

33 - Vítima deixou pais/avós vivos?

☐ Sim ☐ Não

34 - Se tinha pais/avós, informar vivos:

Falecidos:

Bem assim, deixo a Seguradora Líder a ciência de que a indenização do Seguro DPVAT por morte dos únicos beneficiários deve ser apresentada e provida em 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.

35

35 - Nome legível de quem assina a região pedido

36 - CPF legível de quem assina a região pedido

37 - (1ª) Assinatura de quem assina a região pedido

38 - 1ª Nome

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data

Olinda, 14 de Dezembro de 2019

x Vitoria Ferraz Silvestre de Santana

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Promotor (se houver)

FPS.001 V002/2019



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 025ª CIRCUNSCRIÇÃO - PEIXINHOS - DP25/CIRC DIM7/DESEC
BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 20E0115001504

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 17/07/2020 às 09:44

Complemento e BO Número: 20E0115000582

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado) que aconteceu no dia 24-11-2019 às 05:00

Fato ocorrido no endereço: RUA GIBALTAR, 1 - Bairro: AGUAS COMPRIDAS
OLINDA/PERNAMBUCO-BRASIL - CEP: 55000-000
Tipo de Fato: VIA PÚBLICA

Pessoas envolvidas na ocorrência:

NÃO HOUVE AUTORES AGENTE ()
DEYVID BEZERRA DA SILVA (OUTRO)
DOUGLAS (OUTRO)
VITORIA FERRAZ SILVESTRE DE SANTANA (VÍTIMA)

Objetos envolvidos na ocorrência:

VEÍCULO: (Estado na geração da ocorrência) : que estava em posse do(a) Sr(a): DOUGLAS

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

VITORIA FERRAZ SILVESTRE DE SANTANA (presente ao plantão) - Sexo: Feminino Mãe (ZABEL DE OLIVEIRA FERRAZ PE GALBA SILVESTRE DE SANTANA Data de Nascimento: 26-11-2001 Naturalidade: RECIFE / PERNAMBUCO / BRASIL Documentação: 10592565/SOS/PE (RG) 71535858427 (CPF) Estado Civil: SOLTEIRO(A) Escolaridade: 2º. GRAU INCOMPLETO Profissão: ESTUDANTE Telefones Celulares: 983916777

Endereço Residência: RUA QUINZE DE OUTUBRO, 58 - CEP: 55000-000 - Bairro: AGUAS COMPRIDAS - OLINDA/PERNAMBUCO-BRASIL

DEYVID BEZERRA DA SILVA (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

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

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

17/07/2020 09

1 de 2



Qualificação do(a) objetivo(s) envolvido(s)

Quantificação do(a) objetivo(s) envolvido(s)

MOTOCICLETA (VEICULO) do proprietário da) Sr(a) DOUGLAS que estava em posse

MOTOCICLETA (VEÍCULO) no Brasil
Categoria Nova Model: **MOTOCICLETA HONDA**
Quilômetros: **6.6** Unidade: **NÃO INFORMADA**

Questions: 0.0 (UNIQUE) READ THE COMMENT

Page: P608403 / PERNAMBUCO
 1st February Meeting: 2018 2018

Complemento / Observação

Complacimento / Observação

A solicitação de tal recurso(s) presente nesta unidade policial

Autism's Family

VITORIA FERRAZ SILVESTRE DE SANTANA
[VITIMA]

ANTONIO CONCEIÇÃO DA SILVA - Matrícula 221009-6

B.O. registrado por: MAURICIO GONÇALVES
(Liberado em 17/07/2020 às 09:45)

17 OCT 2020 09:46





BOLETIM DE OCORRÊNCIA N.º 20E0115000582

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 07/02/2020 às 14.09

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VITIMA NÃO FATAL - CUMPRIDO (CONSUMIDO)
QUE OCORREU NO DIA 24/12/2019 ÀS 08:00

Para pedidos no endereço: RUA BIRALVA, 4 - Bairro: ÁGUAS DOBROAS
CEILANDIA, PERNAMBUCO, BRASIL
Cidade 55 7-633 VIA PUBLICA

Passado(s) consolidado(s) na ocorrência:
NÃO HOUVE (AUTOR: AGUIAR -
DEPARTAMENTO DE ZOOLOGIA, RUA LUIZ DO
SANTOS, 45 - CURYBÁ -
CAMPUS DE CHALAPARUA, 19100-000, SÃO CARLOS - MINAS)

Cópia(s) enviada(s) ao usuário.

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

[illegible]

Endereço: Residência: RUA QUINZE DE OUTUBRO, 88 - CEP: 68000-000 - Bairro: AGUA
COMPRIDAS - OLINDA/PERNAMBUCO/BRASIL.

OLYVIO BEZERRA DA SILVA (do presente ao plantão) - Sazo.
Mestre João Vitoriano - NÃO INFORMADO / PERMANEÇUO / PERMANEÇUO

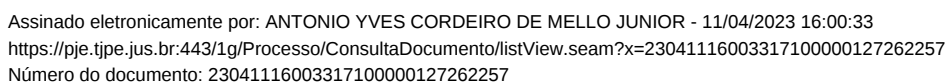
QUIGLEY (nao presente no plantão) - 2000 - Mesquita Veluticasta NÃO INFORMADO - PERNAMBUCO / BRASIL

10-11

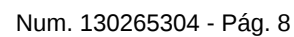
07/02/2020 15:11

Instituto de Geociências

<http://www.biorxiv.org/content/10.1101/000000v1>



077022664544





DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - CIRCULAR SUSEP 445/12

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

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:

Casos com vítima entre 0 a 15 anos - O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante

deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima entre 16 e 17 anos - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima interditada com curador - Neste caso, em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima: ANTÔNIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR CPF da Vítima: 155.358.584-27 Data do Acidente: 24/11/2020

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal: ANTÔNIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR CPF do Representante Legal: 155.358.584-27

E-mail: antonio.yves@segurolider.com.br

Declaram, sob as penas da lei, que estão impossibilitados de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro OPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

Assinale uma das opções abaixo:

- ☐ Não há estabelecimento do IML, que atenda a região do acidente ou da minha residência, ou
☐ O estabelecimento do IML, que atenda a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins de prova do Seguro OPVAT, ou

☒ O estabelecimento do IML, que atenda a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido.

Com o objetivo de premiar o exame do meu pedido de indenização do Seguro OPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por acidente automobilístico de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação bem como a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal (IML), concordando, desde já, em me submeter à perícia médica das Seguradoras Líder OPVAT para a correta avaliação de existência e duração do grau de lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaram ainda estar cientes de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

OLINGA 29 de SETEMBRO de 2020
Local e Data

Antônio YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Antônio YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR
Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

DALL 001 0001/2017





PREFEITURA MUNICIPAL DE OLINDA
SECRETARIA DE SAÚDE
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIAS/SAMU 192

DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins, que o Sr. **Vitória Ferraz Silvestre de Santana**, portador do RG nº 10.592.565 SDS-PE, CPF: 715.358.584-27foi socorrido pelo Serviço móvel de Urgência / SAMU 192 Olinda, Nº ocorrência 712322, no dia 24/11/2019, aproximadamente a 05:35hs, na rua Gibaltar, Águas Comprida, via pública causas externas, acidente de trânsito (Queda de MOTO); Encaminhado para UPA Olinda.

Olinda, 12 de Dezembro de 2019.

Carlos Alberto
Aux. Adm. SAMU 192 - Olinda
Car. Alberto A. de Souza
Ass. Administrativo
Mat. 010457
SAMU - Olinda 192

Avenida Santos Dumont, N.º 177 - Varadouro Olinda - PE CEP: 53.010-230.
E-mail: samu.olinda@hotmail.com
Fone: 81 - 3439-6523



BANCO DO BRASIL 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: 001 AGÊNCIA: 1234 CONTA: 12345

DATA DA TRANSFERENCIA:	22/03/2021
NUMERO DO DOCUMENTO:	320035653303
VALOR TOTAL:	843,75

TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: VITORIA FERRAZ SILVESTRE DE SANTANA

BANCO: 104
AGÊNCIA: 00651
CONTA: 000873244828

Número da Autenticação

0CB987AAAC356C3B



Data do Documento	Nº do Documento	Especie Doc	Acerto	Data do Processamento	51117568-0
30/08/2020	51117568	DM	N	30/08/2020	
Unidade Bancária	Categoria	Forma de Pagamento	Quantidade Moeda	Valor Moeda	Valor de Compensação
	01	RS			14,14
Instruções:					Valor de Desconto
Sr. Caixa:					0,00
1) Não aceitar pagamento em cheque;					Valor de Desconto
2) Não aceitar mais de um pagamento com o mesmo boleto;					0,00
3) Em caso de vencimento no fim de semana ou feriado, aceitar o pagamento até o primeiro dia útil após o vencimento.					Valor de Desconto
					0,00
Beneficiário:					Valor de Desconto
Nu Pagamentos S.A.					0,00
					Valor de Desconto
					14,14
Pagador:					71535856427
Viviana Ferraz Silvestre de Santana					
Rua Quinze de Outubro 58 casa					
53160329 - Águas Compridas - Olinda PE					
Assinatura do Cliente					
Assinatura do Banco					
Assinatura do Medico					

FICHA DE COMPENSAÇÃO




UPA 24h
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO

UPA OLINDA - OLINDA



Indicador: 1557186
Data e Hora: 24/11/2019 09:34
Série da Classificação: 000444
VITÓRIA FERRAZ SILVESTRE DE SANTANA Sexo FEMININO
Nome Social: VITÓRIA FERRAZ SILVESTRE DE SANTANA
Data do Nascimento: 20/11/2001 Idade: 19 anos Condição: 2 SUS - PRONTO ATENDIMENTO
Nome da Mãe: ZABEL DE OLIVEIRA FERRAZ Nome do Pai: CRIS 1324567
Estado Civil: SOLTEIRO Nome do Médico: ORTODONTISTA - PLANTONISTA
Endereço: CORDEIRO GUINZE DE OUTA - 58 Bairro: AQUAS COMPRIDAS
Cidade/UF: OLINDA PE Cep: 53103021 Usuário Atendimento: VAMILLAS
RG (Identidade): Data de Emissão: Fone: 54195143
CPF (Cadastro de Pessoas Físicas): Data de Emissão CRN:
CRN (Cadastro de Registro de Nasc):

RESUMO DE TRATAMENTO

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

Queixa Principal

Doença - febre

Exame Físico

Hipótese Diagnóstica

Excesso de leite e febre

Medicamentos

Paracetamol 500mg

Prescrição Médica

1. Paracetamol 500mg
2. Dipirona 1g + AD (E) de 6h
3. Clotrimazol 100mg + 500mg (E)
4. Clotrimazol 1g + AD (E) de 6h

Destino: () Encaminhado ao Ambulatório () Residência

Transferido:

Para:

HMA

Sinhe: 520315

Franisco Rossi
Técnico de Saúde
CRM: 10001 - 10/11/2011

Carimbo Médico



1557186



UPA 24 HORAS - OLINDA

Resumo de Classificação de Risco - Protocolo

Data e hora retido, da senha: 24/11/2019 06:23

VITORIA FERRAZ SILVESTRE DE SANTANA

Nome Paciente: 28/01/2001
Cod. Paciente: Feminino
Data de Nascimento: 18 anos
Idade: 0031
Sexo: Corrente:
Sociedade: Assinante:

SABIE:

Período: 24/11/2019 06:23 - 24/11/2019 06:23

CICERO FERNANDES DE ARAUJO - COREN: 261624 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - CLASSIFICAÇÃO

Propriedade:

Cor:

Queixa Principal:

Observação:

Fluxograma sintoma:

Discriminador(es):

Especialidade:

TRAZIDA PELO BAMBOLINDA

VITIMA DE QUEDA DE MOTO, NEFRE FERIDA CORTA CORTURA EM MID. LUCELHO

ALERGIA: NENHUMA

HAS:

DM

SITUAÇÕES ESPECIAIS

- PACIENTES EM AMBULÂNCIA DO SAMU, BOMBEIRO E MUNICIPAIS

ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Acolhido(a) por: CICERO FERNANDES DE ARAUJO - COREN: 261624 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 24/11/2019 06:23

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco

Página 1 de 1



RESUMO DE ALTA HOSPITALAR/ESCLARECIMENTO

NOME: Vitoria Felicit S. Santiago REG: 131429
 IDADE: 27 ANOS DATA DA ADMISSÃO: 24/11/14 DATA DA ALTA: 27/11/14
 SEXO: F DIAGNÓSTICO: Infecção urinária do trato urinário (ITU)

TRATAMENTO REALIZADO:

Limpeza urinária + Antibiótico

ORIENTAÇÃO:

- Culpar-se Distúrbio

PROGRAMA APÓS ALTA:
 AMBULATÓRIO DE EGRESSO: SIM
 DATA DA CONSULTA AMBULATORIAL: 15 Dias

Dr. Francisco Couto
 Médico - Cirurgião
 CRM: 13248 RJCT 1447

ASSINATURA DO MÉDICO, CARIMBO E CRM

ESTA CONTA SERÁ PAGA PELO SUS



16

Laudo para solicitação de autorização de internação

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

1 - Nome do Estabelecimento: **HOSPITAL MODELO ARRABES** 2 - CNES: **6431069**

3 - Endereço: **AV. S. 505, 301** 4 - CEP: **6431069**

5 - Telefone: **6431069**

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

6 - Nome do Paciente: **VICTORIA FERNANDES BELTRINI DE SANTANA** 7 - Data de Nascimento: **03/11/2009** 8 - Sexo: **F** 9 - Estado Civil: **Solteira**

10 - RG: **03.1.0091** 11 - Póssimo: **03.1.0091**

12 - Endereço: **AV. S. 505, 301** 13 - CEP: **6431069**

14 - Telefone: **6431069**

15 - Nome do Responsável: **WILLIAM JARDIM** 16 - RG: **03.1.0091** 17 - Póssimo: **03.1.0091**

18 - Endereço: **AV. S. 505, 301** 19 - CEP: **6431069**

20 - Telefone: **6431069**

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

21 - Descrição da Lesão e/ou Doença: **LESÃO DE CÉREBRO COM FOCOS DE ISQUÊMIA AGUDA**

22 - Descrição da Lesão e/ou Doença: **LESÃO DE CÉREBRO COM FOCOS DE ISQUÊMIA AGUDA**

23 - Descrição da Lesão e/ou Doença: **LESÃO DE CÉREBRO COM FOCOS DE ISQUÊMIA AGUDA**

24 - CID (1) Principal: **94.00** 25 - CID (2) Secundária: **94.01** 26 - CID (3) Tercária: **94.02**

27 - Descrição da Lesão e/ou Doença: **LESÃO DE CÉREBRO COM FOCOS DE ISQUÊMIA AGUDA**

28 - Descrição da Lesão e/ou Doença: **LESÃO DE CÉREBRO COM FOCOS DE ISQUÊMIA AGUDA**

29 - Descrição da Lesão e/ou Doença: **LESÃO DE CÉREBRO COM FOCOS DE ISQUÊMIA AGUDA**

30 - Descrição da Lesão e/ou Doença: **LESÃO DE CÉREBRO COM FOCOS DE ISQUÊMIA AGUDA**

31 - Descrição da Lesão e/ou Doença: **LESÃO DE CÉREBRO COM FOCOS DE ISQUÊMIA AGUDA**

32 - Descrição da Lesão e/ou Doença: **LESÃO DE CÉREBRO COM FOCOS DE ISQUÊMIA AGUDA**

33 - Descrição da Lesão e/ou Doença: **LESÃO DE CÉREBRO COM FOCOS DE ISQUÊMIA AGUDA**

34 - Descrição da Lesão e/ou Doença: **LESÃO DE CÉREBRO COM FOCOS DE ISQUÊMIA AGUDA**

35 - Descrição da Lesão e/ou Doença: **LESÃO DE CÉREBRO COM FOCOS DE ISQUÊMIA AGUDA**

36 - Descrição da Lesão e/ou Doença: **LESÃO DE CÉREBRO COM FOCOS DE ISQUÊMIA AGUDA**

37 - Descrição da Lesão e/ou Doença: **LESÃO DE CÉREBRO COM FOCOS DE ISQUÊMIA AGUDA**

38 - Descrição da Lesão e/ou Doença: **LESÃO DE CÉREBRO COM FOCOS DE ISQUÊMIA AGUDA**

39 - Descrição da Lesão e/ou Doença: **LESÃO DE CÉREBRO COM FOCOS DE ISQUÊMIA AGUDA**

40 - Descrição da Lesão e/ou Doença: **LESÃO DE CÉREBRO COM FOCOS DE ISQUÊMIA AGUDA**

41 - Descrição da Lesão e/ou Doença: **LESÃO DE CÉREBRO COM FOCOS DE ISQUÊMIA AGUDA**

42 - Descrição da Lesão e/ou Doença: **LESÃO DE CÉREBRO COM FOCOS DE ISQUÊMIA AGUDA**

43 - Descrição da Lesão e/ou Doença: **LESÃO DE CÉREBRO COM FOCOS DE ISQUÊMIA AGUDA**

44 - Descrição da Lesão e/ou Doença: **LESÃO DE CÉREBRO COM FOCOS DE ISQUÊMIA AGUDA**

45 - Descrição da Lesão e/ou Doença: **LESÃO DE CÉREBRO COM FOCOS DE ISQUÊMIA AGUDA**

46 - Descrição da Lesão e/ou Doença: **LESÃO DE CÉREBRO COM FOCOS DE ISQUÊMIA AGUDA**

AIH
261910222903-0

CRM 15211 TEOTTA
Dr. FRANCISCO COELHO
Tribuna de Direito
Tribuna de Direito

Código do Laudo: 905306

FICHA DE INTERNACÃO
Cód. Atendimento: 505301

MIGUEL ARRABES
Rua Estácio de Sá, 254
Jardim Botânico - RJ
CEP: 22.250-000

DADOS DO PACIENTE

Paciente: **VITORIA FERRAZ SILVESTRE DE SANTANA** 13/8/2001
Idade: 18a Anos Sexo: **F** Estado Civil: **SOLTEIRO** Data de Nascimento: 26/01/2001
Profissão: **ENFERMEIRA** R.G.: 10337285 C.P.F.: 71321805447-12 Tratamento: 584186143 CEP: 53110620 - PE
Endereço: **RUA GIBRALTAR** 12 ALTO DA BOMBADE OLINDA
Origem: **URGENCIA/EMERGENCIA** Data e Hora da Internação: 24/11/2019 08:51
Condição: **SUS - INTERNACAO** Plano: **GERAL**
Unidade Internação: **VERMELHA - ENFERMAGEM** Enfermaria de Observação: **Lado: VERMELHO - EXTRA 011**
Médico Internação: **PLANTONISTA ORTOPEDIA**

DADOS DO RESPONSÁVEL

Nome: **ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR** C.P.F.: **05782123**
R.G.: **10337285** Número: **10337285** Estado civil: **CASADO**
Cidade: **Recife**

DADOS DA LIBERAÇÃO DO PACIENTE

Data de Alta: **25/11/19** Hora da Alta: **10:00**
Motivo: ☒ Melhorado ☐ Pedido ☐ Transferência ☐ Dbito ☐ Evasão
Condições de Alta: **Melhorado**
Diagnóstico Principal: **Fratura do braço direito**
Diagnóstico Secundário01: **REVISA DO**
Diagnóstico Secundário02: **CH-HMA**
F. cedimento: **Solido**
Médico e CRM: **Dr. Francisco Carlos**

Responsável pela retirada do paciente **Assinatura e RG**

TERMO DE RESPONSABILIDADE

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

Em **24** de **Novembro** de **2019**

Vitoria Ferraz
Assinatura e RG do paciente ou pessoa responsável

HOSPITAL METROPOLITANO NORTE MIGUEL ARRARES
Módulo - Sistema de Gerenciamento Ambulatorial
Razão de Diagnóstico de Atendimento

Página: 1 / 1
Emitido por: JOSEAFAXA
Em: 24/11/2019 08:30

DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO

Atendimento: : 005320 Revoluções: 131629
Paciente: : VITORIA FERRAZ SILVESTRE DE SANTANA
Endereço: : RUA GIBRALTAR
Bairro: : ALTO DA BONADE
Cidade: : OLINDA
Cobertura: : SUS - EXTERNO / URGENCIA
CID Principal: :
CID's Secundárias: :
Resultado: : ENCAMINHADO AO SETOR DE INTERNACAO
Data Saída: : 24/11/2019

Hora Atendimento: 08:46 Data Atendimento: 24/11/2019
Idade: 18 a

UF: PE CEP: 53170000
Plano: PLANO UNICO

Hora Saída: 08:50

Prestador de Serviço Médico: PLANTONISTA ORTOPEDIA

DIAGNÓSTICO
ENF JOANA

PLANTONISTA ORTOPEDIA / 12346
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

HOSPITAL METROPOLITANO NORTE MIGUEL ARRARES DE ALENCAR



HOSPITAL METROPOL NORTE MIGUEL ARRAES

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

Data e hora retirada da senha: 24/11/2019 07:31

Protocolo de Classificação de Risco: 354489 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - CLASSIFICAÇÃO

VITORIA FERRAZ SILVESTRE DE SANTANA

Nome Paciente:

Cod. Paciente:

Data de Nascimento:

Sexo:

Idade:

Senha:

Atendimento:

Atendimento:

Atendimento:

Atendimento:

Atendimento:

Atendimento:

Atendimento:

Atendimento:

Atendimento:

Atendimento:

Atendimento:

Atendimento:

Atendimento:

Atendimento:

Atendimento:

Atendimento:

Atendimento:

Atendimento:

Atendimento:

Atendimento:

Atendimento:

Atendimento:

Atendimento:

Atendimento:

Atendimento:

Atendimento:

Atendimento:

Atendimento:

Atendimento:

Atendimento:

Atendimento:

Atendimento:

Atendimento:

Atendimento:

Atendimento:

Atendimento:

Atendimento:

Atendimento:

Atendimento:

Atendimento:

Atendimento:

Atendimento:

Atendimento:

Atendimento:

Atendimento:

Atendimento:

Atendimento:

Atendimento:

Atendimento:

Atendimento:

Atendimento:

Atendimento:

Atendimento:

Atendimento:

Atendimento:

Atendimento:

Atendimento:

Atendimento:

Atendimento:

Atendimento:

Atendimento:

Atendimento:

Atendimento:

Atendimento:

Atendimento:

Atendimento:

Atendimento:

Atendimento:

Atendimento:

Atendimento:

Atendimento:

Atendimento:

Atendimento:

Atendimento:

Atendimento:

Atendimento:

Atendimento:

Período: 24/11/2019 08:24 - 24/11/2019 08:28

CARLA DANIELE SANTORO DE MELO - COREN: 354489 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - CLASSIFICAÇÃO

Prontidão:

Cor:

Quem Principal:

Observação:

Fluograma sintoma:

Diagnóstico(es):

Especialidade:

Sinais Vitais Libres:

EMERGENCIA VERMELHO

VERMELHO

PC ENCAMINHADA UPA DE OLINDA COM SENHA 5823715 COM HD: FRATURA EXPOSTA

DE PATELA D

APÓS ACIDENTE AUTOMOBILISTICO (MOTO) OCORRIDO HA PROX 3 HORAS

NEGA ALERGIAS MEDICAMENTOSAS/ HASI/ DM

TRAILMA

- SUSPEITA DE FRATURA OU LUXAÇÃO COM DEFORMIDADE

ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

- SACR - ESCALA DE GLASGOW: 15

- SACR - REGUA DE DOR: 4

- FREQUENCIA CARDIACA: 112.00 BPM

- GLICOSE: 111.00 MG/DL

- P.A. SISTOLICA: 120.00 MMHG

- P.A. DIASTOLICA: 90.00 MMHG

- SATURACAO DE OXIGENIO: 98.00 %

RECEBADO

Acolhido(a) por: CARLA DANIELE SANTORO DE MELO - COREN: 354489 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 24/11/2019 08:28

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco





UPA24h
UNIDADE DE PRIMEIRO ATENDIMENTO



Protocolo de Encaminhamento

Causa Externa: Acidente/Violência () Causa Clínica () Oculista () Psiquiátrico () Em caso de violência/acidente: Via Pública () Domicílio () Local de Trabalho ()		SENHA: 5828912
Nome do Paciente: _____		Idade: 18
Sexo: M () F (X) Profissão: _____		Fone: _____
Endereço Residencial: _____		Barrio: _____
Cidade: Olinda - PE		
IDENTIFICAÇÃO Causa Externa (ACIDENTE/MOLÉNCIA) Acidente de Trânsito: Ônibus () Caminhão () Carro de Passageiro () Motociclista () Atropelamento: Pedestre () Ciclista () Automóvel (Colisão): Passageiro () Motorista () Banco da Frente () Banco da Trás () Uso de cinto S () N () Motociclista: Motociclista () Passageiro () Uso de Capacete: S () N () Sem Afogamento/Submersão () Soltenamento () 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 () Capotamento		
História Clínica Atual: Queda de moto no asfalto		
Hipótese Diagnóstica: Fratura exposta de fêmur (Aberto) e fratura exposta de pé direito		
CAUSAS CLÍNICAS		
AValiação Clínica Glicemia Capilar (HGT): _____ Temperatura: _____ FC: _____ Vias Aéreas: FR _____ Dispneia S () N () Turgor Interostais S () N () Obstrução Vias Aéreas: S () N () Sibilos Expiratórios: S () N () B.A.N.: 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: Normotizada () 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 Crianças 80-110 Adulto 60-100





TABLE I
Instituto de Medicina Integral
Prof. Fernando Figueroa

EVOLUÇÃO CLÍNICA

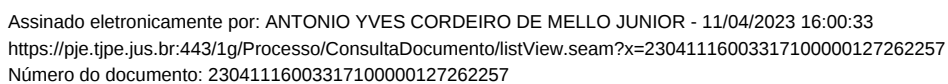
NOME: VITORIA FERRAZ SILVESTRE DE SANTANA
CLÍNICA: ENFER

REG:131629

LEITO:

DATA/HORA	24/11/2019	# SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
		# ADMISSÃO
		PACIENTE VITIMA DE QUEDA DE MOTO COM FERIMENTO EXTENSO EM JOELHO DIREITO
		CONSCIENTE ORIENTADA EUPNEICA ESTAVEL
		MID FERIMENTO EM FACE ANTERO MEDIAL DE JOELHO DIREITO NV +
		NEGA ALERGIAS E COMORBIDADES
		HD FERIMENTO EXTENSO EM JOELHO DIREITO
		CD INTERNAMENTO + BLOCO CIRURGICO
	24/11/19 23:00h	Submetido a tratamento cirurgico e imobilizado com gesso de fixação (placa e parafusos) da perna
		Carregado e imobilizado nos macas para ser encaminhado para a UTI
		Guilherme Souza CRM 1107

Gustavo Souza
CRM 11075



Ata da Cirurgia 61121
 Paciente 131829
 Convênio Aland 1
 Lado 474
 Dt Inicio: 24/11/2019 22:05
 Dt Fim: 24/11/2019 23:00
 Cid Pré-Operatório T131
 Cid Pós-Operatório

Ficha de Cirurgia Descritiva

Sala 0003 SALA 03
 VITORIA FERRAZ SILVESTRE DE SANTANA
 SUS - INTERNACAO
 VERMELHO - EXTRA 011
 Idade: 18 Anos
 FERIMENTO DE MEMBRO INFERIOR, NIVEL NAO ESPECIFICADO

Procedimentos

Procedimento: 0401010058 EXCISAO DE LESAO E/OU SUTURA DE FERIMENTO DA PELE ANEXOS E MUCOSA (PRINCIPAL)
 Códigos: 001 SUS - INTERNACAO
 Anestesia: 05 RAQUI ANESTESIA

Equipe Médica

CIRURGIAO 11075 GUSTAVO SAMPAIO DE SOUZA LEAO
 ANESTESISTA 10619 LUIZ DE OLIVEIRA SILVA

Descrição

Descrição Cirúrgica

DIAGNÓSTICO: FERIMENTO EXTENSO EM JOELHO DIREITO
 CIRURGIA LC + DC + SUTURA
 CIRURGIAO DR. GUSTAVO SOUZA LEAO
 1º AUXILIO DR. LUIZ CARVALHO
 ANESTESISTA DRA. LUIZ SILVA
 ANESTESIA RAQUI

1. PACIENTE EM DECUBITO DORSAL SOB ANESTESIA;
2. ASSEPSIA E ANTISEPSIA DE MID;
3. APOSICAO CAMPOS ESTEREIS
4. VISUALIZADO FERIMENTO EM FACE ANTERO-MEDIAL DO JOELHO DIREITO COM GRANDE QUANTIDADE DE CONTAMINANTE
5. LIMPEZA EXAUSTIVA COM SF 0.9% + DEBRIDAMENTO DE TECIDOS DESVITALIZADOS
6. LIMPEZA EXAUSTIVA COM SF 0.9% + SUTURA COM NYLON 2-0
7. CURATIVO ESTERIL

Achados Cirúrgicos:

Descrição Complementar

05/11/2019
 GUSTAVO SAMPAIO DE SOUZA LEAO
 CIRURGIAO

DRA. GUSTAVO SAMPAIO DE SOUZA LEAO
 CRM: 11075





PERNAMBUCO
ESTADOS UNIDOS

INSTITUTO DE MEDICINA INTEGRAL
PROF. FERNANDO FIGUEIRAS

IMP

Instituto de Medicina Integral
Prof. Fernando Figueiras

RESUMO DE ALTA HOSPITALAR/ESCLARECIMENTO

NOME: Vanila Fátima S. Sampaio REG: 131629
IDADE: 24 ANOS DATA DA ALTA: 29/1/19
SEXO: F
DIAGNÓSTICO: Pré-eclâmpsia da 1ª gestação

TRATAMENTO REALIZADO:

Limpeza ginecológica e de feridas

ORIENTAÇÃO:

- Controle Diária

PROGRAMA APÓS ALTA: 15 Dias
AMBULATORIO DE EGRESSO: SIM ☒ NÃO ☐
DATA DA CONSULTA AMBULATORIAL: 15/01/19

Dr. Francisco Cordeiro
Fracalossi - Obstetra
CRM 13246 (R.O. 7447)

ASSINATURA DO MÉDICO, CARIMBO E CRM

ESTA CONTA SERÁ PAGA PELO SUS



Atendimento: 505301
Dt Atendimento: 24/11/2018 - 08:51
Paciente: 131629 VITORIA FERRAZ SILVESTRE DE SANTANA
Dt Alta: 25/11/2019 - 12:06

Serviço: 37 ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA Convênio: 1 SUS - INTERNACAO
Leito: 474 VERMELHO - EXTRA 011 Plano: 1 GERAL
Motivo Alta: 1 ALTA MELHORADA Usuário: ELISAMASP

CID:

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

Observação de Alta:

ELISAMA DA SILVA PEREIRA

Esta conta foi paga com recursos públicos provenientes de seus impostos e contribuições sociais
HOSPITAL METROPOLITANO NORTE MIGUEL ARRAES DE ALENCAR





EC-3

ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
INSTITUTO DE IDENTIFICACAO CIVIL



Vitoria Ferraz

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

10.592.565 10/05/2017

<< VITORIA FERRAZ SILVESTRE DE SANTANA >>

<< GALBA SILVESTRE DE SANTANA >>
<< IZABEL DE OLIVEIRA FERRAZ >>

RECIFE - PE 26/01/2001

<< CN 109402 LV 112A FL 288 CART
SEDE OLINDA PE 04.07.2001 >>

715.358.584-27

ASSINATURA DO DETENTOR: [Assinatura]

ASSINATURA DO DIRETOR: [Assinatura]

317052661605132420.7449134 F-76 87.889 - 3021





Ministerio da Fazenda
Receita Federal
COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO CPF

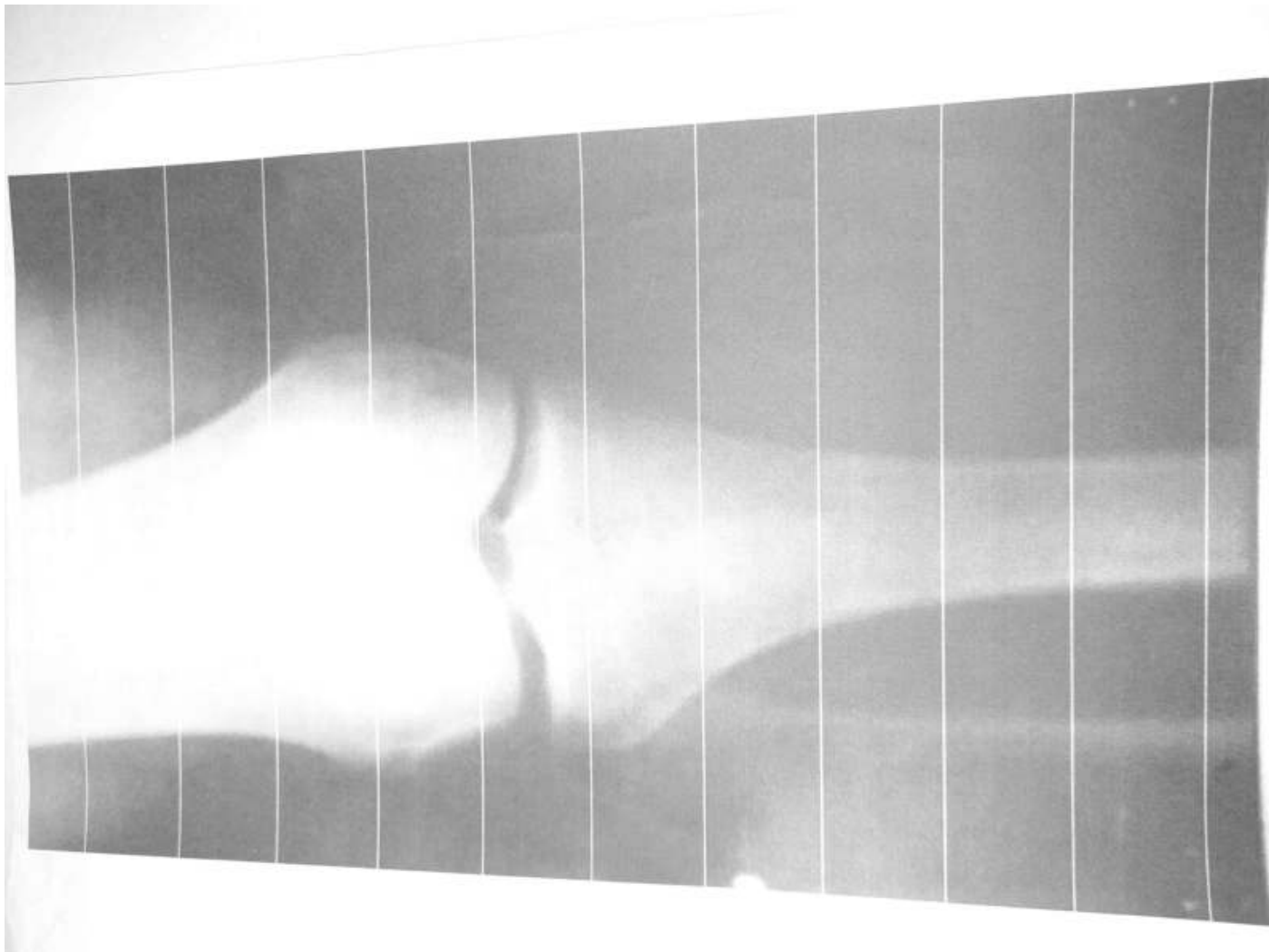


Número
715.358.584-27

Nome
VITORIA FERRAZ SILVESTRE DE SANTANA

Nascimento
26/01/2001





PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200356533 **Cidade:** Olinda **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: Vitoria Ferraz Silvestre de Santana **Data do acidente:** 24/11/2019 **Seguradora:** SUHAI SEGURADORA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 09/10/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DA PATELA DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO JOELHO DIREITO

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 DO JOELHO DIREITO

**Documentos
complementares:**

Observações: BOLETIM OPERATÓRIO NA PÁGINA 10

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: 3200356533 **Cidade:** Olinda **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: Vitoria Ferraz Silvestre de Santana **Data do acidente:** 24/11/2019 **Seguradora:** SUHAI SEGURADORA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 09/10/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: LESÃO CORTO CONTUSA DE JOELHO DIREITO.P.3,9,10

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO. P9

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO JOELHO DIREITO

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 LEVE DO JOELHO DIREITO

**Documentos
complementares:**

Observações: BOLETIM OPERATÓRIO NA PÁGINA 10

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-0281306/20

Vítima: Vitoria Ferraz Silvestre de Santana

CPF: 715.358.584-27

Seguradora: SUHAI SEGURADORA S.A.

Data do acidente: 24/11/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: Vitoria Ferraz Silvestre de Santana

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

Vitoria Ferraz Silvestre de Santana : 715.358.584-27

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.

