

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180507696 **Cidade:** Palmeira dos Índios **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE GOMES DOS SANTOS **Data do acidente:** 28/05/2018 **Seguradora:** Tokio Marine Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 12/11/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DO 5º METATARSO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - REDUÇÃO INCRUENTA. ALTA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

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

DANOS

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

ESPECIALISTA

Empresa: Líder- Serviços AMD

Grupo: EQ3

Nome: BRUNO BARBOSA MENDONÇA

CRM: 900400

UF do CRM: RJ

Assinatura:

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180507696 **Cidade:** Palmeira dos Índios **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE GOMES DOS SANTOS **Data do acidente:** 28/05/2018 **Seguradora:** Tokio Marine Seguradora S/A

PARECER

Diagnóstico: PÉ ESQUERDO. FRATURA DO 5º METATARSO.

Descrição do exame médico pericial: DEAMBULANDO LIVREMENTE, SEM DEFORMIDADE. EDEMA RESIDUAL DE DORSO DO PÉ. DEDO ALINHADO. FLEXO EXTENSÃO COM LEVE IMPOTÊNCIA.

Resultados terapêuticos: RETORNO DA DEAMBULAÇÃO COM LEVE LIMITAÇÃO.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO ANATÔMICA E FUNCIONAL EM GRAU LEVE DO 5º DEDO DO PÉ ESQUERDO

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 21/11/2018

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: Iara Santos de Albuquerque

CRM do médico: 5424

UF do CRM do médico: AL

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
Dedos da pé-Perda funcional completa de qualquer um dos dedos do pé	10 %	Em grau leve - 25 %	2,5%	R\$ 337,50
Total			2,5 %	R\$ 337,50

PRESTADOR

SAUDESEG SISTEMAS DE SAÚDE LTDA

Médico revisor: GALDINO LEONARDO

CRM do médico: 17727

UF do CRM do médico: PE

Assinatura do médico:

Rio de Janeiro, 06 de Novembro de 2018

Aos Cuidados de: JOSE GOMES DOS SANTOS

Nº Sinistro: 3180507696

Vitima: JOSE GOMES DOS SANTOS

Data do Acidente: 28/05/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ALFREDO RUSYVEL RIBEIRO VERCELENS

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180507696**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 dias, a partir do recebimento pela seguradora de toda a documentação necessária**.

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 13556223



Rio de Janeiro, 12 de Novembro de 2018

Aos Cuidados de: JOSE GOMES DOS SANTOS

Sinistro: 3180507696
Vítima: JOSE GOMES DOS SANTOS
Data do Acidente: 28/05/2018
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: ALFREDO RUSYVEL RIBEIRO VERCELENS

Assunto: **INTERRUPÇÃO DE PRAZO**

Senhor(a),

Comunicamos que o prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido de indenização do sinistro cadastrado sob o **número 3180507696** foi **interrompido**, em razão da necessidade de apuração de dados e informações por parte desta seguradora.

Solicitamos aguardar novo contato sobre o seu pedido de indenização, o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as análises cabíveis.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

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

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL**, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL** e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2 - "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário com 16 ou 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

636.491.874-34

Nome completo da vítima

Yosé Gomes dos Santos

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo Yosé Gomes dos Santos		CPF titular da conta 636.491.874-34	Profissão Agricultor
Endereço R. Francisco de Paula		Número 221	Complemento
Bairro Canastrula	Cidade Palmeira das Índias	Estado AL	CEP 57613-000
Email buzianagmeida@uegmael.com			Telefone (DDD) (82) 99629 0078

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

☒ RECUSO INFORMAR	☐ SEM RENDA	☐ ATÉ R\$ 1.000,00	☐ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	☐ R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00	☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00
☒ CONTA POUPANÇA Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção: ☐ BRADESCO (237) ☐ BANCO DO BRASIL (001) ☐ ITAÚ (341) ☒ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)			
AGÊNCIA NRO. 0057 D/V (Informar dígito se existir)		CONTA NRO. 23219 D/V 1 (Informar dígito se existir)	
☐ CONTA CORRENTE (todos os bancos) BANCO Nome _____ NRO. _____ AGÊNCIA NRO. _____ D/V _____ (Informar dígito se existir)			
CONTA NRO. _____ D/V _____ (Informar dígito se existir)			

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

Visto
[Assinatura]

Assinatura de 03 de Setembro de 2018
Local e Data



[Assinatura]
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

**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: 3180507696
Nome do(a) Examinado(a): Jose Gomes dos Santos
Endereço do(a) Examinado(a): R Franciscopaulo, 221 Casa
Cvanafistula Canafistula AL CEP: 57613-000
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [MTE / AL] 303342
Data local do acidente: [28/05/2018]
Data local do exame: [21/11/2018] Maceio [AL]

Resultado da Avaliação Médica

- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:
PÉ ESQUERDO. FRATURA DO 5º METATARSO.
- II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.
Tratamento: PROCEDIMENTO CIRURGICO PARA A INSERÇÃO DE FIO METÁLICO, POSTERIORMENTE RETIRADO.
Complicações: NÃO HOUVE
Data da Alta: VÍTIMA NÃO APRESENTOU DOCUMENTOS
- III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado:
DEAMBULANDO LIVREMENTE, SEM DEFORMIDADE. EDEMA RESIDUAL DE DORSO DO PÉ. DEDO ALINHADO. FLEXO EXTENSÃO COM LEVE IMPOTÊNCIA.
- IV. Nexo de casualidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?
(X) Sim () Não
- V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)?
(X) Sim () Não
- VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:
IMPOTÊNCIA FUNCIONAL LEVE À FLEXO EXTENSÃO DO 5º DEDO DO PÉ ESQUERDO, LEVANDO À PISADA MEDIAL.
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 (*).
- | | |
|---|---|
| <p>() "Vítima em tratamento"
<i>Esta avaliação médica deve ser repetida em dias</i></p> | <p>() "Sem sequela permanente"
<i>(Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)</i></p> |
|---|---|
- b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.
- | | |
|---|---|
| <p>Região Corporal (Sequela):
5º DEDO DO PÉ - Lado Esquerdo
% do dano: () 10% residual (X) 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo</p> <p>Região Corporal (Sequela):
% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo</p> | <p>Região Corporal (Sequela):
% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo</p> <p>Região Corporal (Sequela):
% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo</p> |
|---|---|
- VIII. (*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.

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




Dra. Iara Santos de Albuquerque
CPF - 453.599.204-59
CRM/AL - 5424



GOVERNO DO ESTADO DE ALAGOAS
POLÍCIA CIVIL

64º DISTRITO POLICIAL - PALMEIRA DOS ÍNDIOS - PALMEIRA DOS ÍNDIOS - AL

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 008908/2018

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 16/10/2018 15:18

Data/Hora Fim: 16/10/2018 15:48

Delegado de Polícia: Alexandre Silva Melo Leite

DADOS DA OCORRÊNCIA

Ação: 64º Distrito Policial - Palmeira Dos Índios

Data/Hora do Fato: 28/05/2018 16:10

Local do Fato

Município: Palmeira dos Índios (AL)

Bairro: Zona Rural

Logradouro: Entrada do Urucu

Tipo do Local: Área Rural

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
10915: Auto lesão - Acidente de trânsito	Veículo

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: JOSÉ GOMES DOS SANTOS (COMUNICANTE)

Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 636.491.874-34

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Envolvido(a)	Grupo	Subgrupo	Descrição	Vínculo
José Gomes dos Santos	Veículo	Ciclomotor	Placa NMH9259, Chassi 9C2JC4110AR727766, Renavam 268766460	Possuidor

RELATO/HISTÓRICO

Advertida das penas cominadas de falso testemunho Arts. 299 e 340 do CP, informa o comunicante Que estava transitando na moto acima cadastrada, quando ao reduzir numa curva derrapou e acabou caindo. Que o comunicante foi até a UPA sozinho e foi atendido pelo médico Dr. Bruno Rocha Ferro, CRM 5567, conforme prontuário nº 2472. Onde o comunicante foi submetido a uma cirurgia de Fratura do 5º Metatarso Esquerdo, onde a referida cirurgia foi feita pelo Dr. Wellington R. Bento, CRM-AL 2970. Que a moto em que o comunicante sofreu o acidente está em nome de Cleonice Santos da Silva. Conforme apresentação do CRLV. É o Relato.

ASSINATURAS


Maxyllan Bezerra da Rocha
Responsável pelo Atendimento


José Gomes dos Santos
(Comunicante)

Declaro para as devidas fins de direito que sou (a) (incógnita) responsável pelas informações acima assentadas e ponto que poderei responder civil e criminalmente pela presente declaração que dei a bem, conforme previsto nos Artigos 339-Denúncia Caluniosa e 340-Comunicação Falsa do Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro.

Delegado de Polícia Civil: Alexandre Silva Melo Leite
Impresso por: Maxyllan Bezerra da Rocha
Data de Impressão: 16/10/2018 15:48
Protocolo nº: Não disponível

Página 1 de 1

PPe - Sistema de Procedimentos de Polícia Judiciária



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

INFORMAÇÕES 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 interdita 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

Yox Gomes dos Santos

CPF da Vítima

636.491.874-34

Data do Acidente

28.05.2018

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante legal

Email

alizonedmeidan@e-mail.com

Telefone (DDD)

(32) 99629 0079

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:

Assinalar 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 atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou

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

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente 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.

Assinada em 03 de Setembro de 2018

Local e Data

Yox Gomes dos Santos

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



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

ATENÇÃO: A finalidade deste relatório é agilizar a avaliação da invalidez permanente, não sendo obrigatória a sua apresentação.

NOME COMPLETO DA VITIMA:

Jose Gomes dos Santos

NÚMERO DO SINISTRO:

DECLARAÇÕES DO MÉDICO (DE PRÓPRIO PUNHO)

DATA DO ACIDENTE:

28/08/18

DATA DO INÍCIO DO TRATAMENTO MÉDICO:

28/08/18

NOME COMPLETO E CRM DO MÉDICO:

Mauro de Faria Pereira

LESÕES RESULTANTES DO ACIDENTE:

vitimas de queda de moto, resultando
entorse tornozelo B e fratura
do metatarso

DADOS RESUMIDOS DOS TRATAMENTOS REALIZADOS (DATAS):

UB, fisio + ortopedia + radioterapia
cirurgia posterior

EXISTE ALGUM DEFEITO FÍSICO OU DOENÇA PRÉ-EXISTENTE?
CASO POSITIVO DESCREVER:

☐ SIM

☒ NÃO

COM RELAÇÃO A INVALIDEZ PODE-SE CONCLUIR QUE:

- ☐ A INVALIDEZ É TEMPORÁRIA, PORTANTO PASSÍVEL DE RECUPERAÇÃO SIGNIFICATIVA OU DE CURA ATRAVÉS DE TRATAMENTO.
☐ A INVALIDEZ É PERMANENTE, OU SEJA, NÃO HÁ POSSIBILIDADE DE RECUPERAÇÃO SIGNIFICATIVA OU DE CURA.

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

SEGMENTO ANATÔMICO OU ÓRGÃO AFETADO

- 1º Periclitado com dor e edema tornozelo e B
- 2º dificuldade de caminhada, marcha claudicante
- 3º dor noturna em ambas pernas
- 4º quedas após pisar em orifícios
- 5º dificuldade de caminhar mesmo a passos
distanciados. De recentemente, após

AFIRMO QUE ASSISTI E/OU AVALIEI A VITIMA NO PERÍODO DE
QUE AS RESPOSTAS ACIMA, SÃO COMPLETAS E VERDADEIRAS.

A 29/08 E

Assinatura

29/08

LOCAL

DATA

ASSINATURA E CARIMBO

ANEXAR CÓPIAS DE PRONTUÁRIOS MÉDICOS RELATIVOS AO ACIDENTE

LOCAL

DATA

ASSINATURA DA VITIMA

CÓPIA





Eletrobras
Distribuição Alagoas

Para contato com a
Eletrobras, informe
este NÚMERO

SEU CÓDIGO
1350001-8

Atividade: 12.271.0000 - 12.271.0000 - 12.271.0000 - 12.271.0000
Atividade Especial de Impressão e Automação para o C. da Rede
Atividade de Serviço Elétrico / Serviço de Manutenção

1º de Nota Fiscal 008122345

A Tabela Social de Energia Elétrica - TSEL forçada
para Lei nº 10.475 de 28 de abril de 2002

JULHO/2018

01/08/2018

168

168,43

MARIA ZENEIDE A DE ALMEIDA
R PROJETADA ELISIO LOPES 37 QD C LOT 03SAO LUIZ
LT ELISIO NUNES
57.500-000 - ARAPIRACA

ROT: 010.14.002.000216

Atual	6650
Anterior	1,000
Constantes de Multiplicação	168
Consumo Regulado	168
Consumo Tarificado	NORMAL
Tipo de Tarifamento	FCAM
Fator de Potência	

Atual	20/06/2018
Anterior	22/08/2018
Projeto Anterior	20/07/2018
Emissão	23/07/2018
Atualização	33
Dias de Consumo	

RESIDÊNCIA

MON

66228805

S 1 120151

168,43

Consumo	Consumo	Consumo	Consumo
JUN/18	146	CONTRIB. DE ILUMINACAO PUBLICA(COSIP)	8,39
MAR/18	153	ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA	2,86
ABR/18	169	FECEP	
MAR/18	167		
FEV/18	167		
JAN/18	175		
DEZ/17	141		
NOV/17	141		
OUT/17	143		
SET/17	177		
AGO/17	246		
JUL/17	142		

Em 20/07/2018, apurados o débito abaixo, o não pagamento sujei-

COMPREV
COMPREV VIDA E PREVIDÊNCIA S/A
29 OUT. 2018
PROTOCOLO
AD. MADEIRA

CÓPIA

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

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

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

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

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

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Alfredo Luiz de. Ribeiro Vencelous inscrito (a) no CPF/CNPJ 00768431492/ na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Yosé Gomes dos Santos inscrito (a) no CPF sob o Nº 636 491 874/ 34, do sinistro de DPVAT cobertura Furto de veículo da Vítima Yosé Gomes dos Santos, inscrito (a) no CPF sob o Nº 636 491 874/ 34, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

☒ Recuso Informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço <u>R. Prox. Tereza Eulino Lopes</u>		Número <u>37</u>	Complemento
Bairro <u>São Luiz</u>	Cidade <u>Apucarana</u>	Estado <u>PR</u>	CEP <u>57300-000</u>
Email <u>oizianealmeida@vernet.com</u>		Telefone comercial (DDD)	Telefone celular (DDD) <u>(41) 99629 0079</u>

Apucarana, 09 de Setembro de 2018
Local e Data

Alfredo Luiz de. Ribeiro Vencelous
Assinatura do Declarante



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, CLEONICE SANTOS DA SILVA
RG nº 20020020/3929, data de expedição 12/04/2002, Órgão SSP-AL
Portador do CPF nº 758.197.594-00, com domicílio na cidade de Palmeira dos Índios
dos Índios, no Estado de Alagoas
onde resido na (Rua/Avenida/Estrada) R. Francisco de Paula
nº 221, complemento Candorista, declaro sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é (era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima
José Gomes dos Santos
cujo o condutor era José Gomes dos Santos

Veículo: Motocicleta

Ano: 2010

Modelo: 2010

Placa: NMH.9259.

Chassi: 9C28C4110AR727766.

Data do Acidente: 28.05.2018

Local e Data: Palmeira dos Índios - Al. 21 de Agosto de 2018

Cleonice Santos da Silva
Assinatura do Declarante



José Gomes dos Santos

Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)

ASSINATURA RECONHECIDA POR AUTENTICIDADE/VERDADEIRA



1º TABELIONATO DE NOTAS COMARCA DE PALMEIRA DOS ÍNDIOS - AL Rua Floriano Peixoto, 94 - Centro CEP: 57600-005 - FONE: (022) 320.1126		RECONHEÇO POR AUTENTICIDADE AS FIRMAS DE <u>CLEONICE SANTOS DA SILVA</u> <u>IA</u>	
PALMEIRA DOS ÍNDIOS (AL), <u>21/08/2018</u>		EM TESTE <u>DA VERDADE</u>	
() PAULO JOSÉ LEITE TEIXEIRA - TABELÃO TITULAR		() ARTHUR M. P. LEITE TEIXEIRA - TABELÃO SUBSTITUTO	
VÁLIDA: DATA E LOCAL DE EMISSÃO			



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

ATENÇÃO: A finalidade deste relatório é agilizar a avaliação da invalidez permanente, não sendo obrigatória a sua apresentação.

NOME COMPLETO DA VITIMA:

Jose Gomes dos Santos

NÚMERO DO SINISTRO:

DECLARAÇÕES DO MÉDICO (DE PRÓPRIO PUNHO)

DATA DO ACIDENTE:

28/8/18

DATA DO INÍCIO DO TRATAMENTO MÉDICO:

28/8/18

NOME COMPLETO E CRM DO MÉDICO:

Marcelo Ferreira Santos

LESÕES RESULTANTES DO ACIDENTE:

vitimas de queda de moto, resultando
entorse tornozelo B e fratura
do metatarsal

DADOS RESUMIDOS DOS TRATAMENTOS REALIZADOS (DATAS):

U.S.; Rins + ortopedia + fisioterapia
cirurgia posterior

EXISTE ALGUM DEFEITO FÍSICO OU DOENÇA PRÉ-EXISTENTE?
CASO POSITIVO DESCREVER:

☐ SIM

☒ NÃO

COM RELAÇÃO A INVALIDEZ PODE-SE CONCLUIR QUE:

- ☐ A INVALIDEZ É TEMPORÁRIA, PORTANTO PASSÍVEL DE RECUPERAÇÃO SIGNIFICATIVA OU DE CURA ATRAVÉS DE TRATAMENTO.
☐ A INVALIDEZ É PERMANENTE, OU SEJA, NÃO HÁ POSSIBILIDADE DE RECUPERAÇÃO SIGNIFICATIVA OU DE CURA.

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

SEGMENTO ANATÔMICO OU ÓRGÃO AFETADO

- 1º Periclitado com dor e edema tornozelo e B
- 2º dificuldade de caminhada 3 meses
- 3º dor insuportável em ambas pernas
- 4º quedas após passo em 09/09/18
- 5º dificuldade de caminhar mesmo a longo
distância. De recentemente

AFIRMO QUE ASSISTI E/OU AVALIEI A VITIMA NO PERÍODO DE
QUE AS RESPOSTAS ACIMA, SÃO COMPLETAS E VERDADEIRAS.

A 29/8 E

Assinatura

29/8

LOCAL

DATA

ASSINATURA E CARIMBO

ANEXAR CÓPIAS DE PRONTUÁRIOS MÉDICOS RELATIVOS AO ACIDENTE

LOCAL

DATA

ASSINATURA DA VITIMA

CÓPIA



FICHA DE ATENDIMENTO: PRONTO ATENDIMENTO
"ESTE SERVIÇO É GRATUITO E DEVERÁ SER PAGO COM RECURSOS PÚBLICOS"
"Informe de atendimento poderá ser solicitado pelo paciente e/ou responsável"

Paciente:	Prontuário: 2472	Senha da Classificação:
JOSE GOMES DOS SANTOS		0047
Atendimento: 182881	182881	
Data e Hora: 28/05/2018 - 16:34		

Paciente: JOSE GOMES DOS SANTOS	CNS: 162372786570003
Data de Nasc.: 05/11/1968	Idade: 49 Anos, 6 Meses e 23 Dias
Sexo: MASCULINO	
Nome da Mãe: JOSEFA GOMES DOS SANTOS	Nome do Pai:
Estado Civil: SOLTEIRO	Médico: MEDICO PALMEIRA DOS INDIOS
Endereço: TRAVESSA TENETE JULIO AMORIM	CRM: 1234
Cidade/UF: FALMEIRA DOS INDIOS	Bairro: VILA MARIA
RG (Identidade):	Usuário Atendimento: ARYANNAV
Orgão:	Data de Emissão:
CRN (Certidão de Registro de Nasc.):	CPF:
Fone: 82-996809435	Convênio: SIA - SUS
Celular:	Triagem :192643

CLASSIFICAÇÃO

Prioridade: NÃO URGENTE - (VERDE)
Enfermeiro(a) da Classificação: CAROLINE KELLY HOLANDA DA SILVA
Especialidade da Classificação: CLINICA GERAL
Fluxograma Sintoma: QUEDAS
Observação:

QUEIXA PRINCIPAL

PACIENTE REFERE DOR EM PÉ ESQUERDO APÓS QUEDA DE MOTO HÁ +/- 30MIN

ALERGIA



CÓPIA

Data / Hora Impressão:
28/05/2018 16:34:48


Assinatura do Paciente ou Responsável

Nome: JOSE GOMES DOS SANTOS

Atendimento: 182881

Prontuário: 2472

CID: V296

Data/Hora: 28/05/18 16:34:35

Idade: 49 Anos, 6 Meses e 23 Dias

Nome da Mãe: JOSEFA GOMES DOS SANTOS

Prestador: BRUNO ROCHA FERRO

Leito Observação:

Queixa Principal / História

PACIENTE REFE TER SOFRIDO TORÇÃO EM PE' ESQUERDO DURANTE QUEDA DE MOTO. APRESENTA DOR E LIMITAÇÃO DE MOVIMENTOS NO LOCAL. NEGA ALERGIA EMANEYTSO

Antecedentes

DM: ☐ SIM ☒ NÃO

HAS: ☐ SIM ☒ NÃO

Alergia: ☐ SIM ☒ NÃO

Medicamentos: ☐ SIM ☒ NÃO

Exame Físico:

EG Bom	Consciente	Orientado e Conversando	Hidratado
Nutrido	Corado	Acianótico	Anictérico
Eupnéico	Afebril	Sem Edemas	

ACV.: ☒ NORMAL ☐ ALTERADA

AR.: ☒ NORMAL ☐ ALTERADA

AD.: ☒ NORMAL ☐ ALTERADA

SN.: ☒ NORMAL ☐ ALTERADO

SGU.: ☒ NORMAL ☐ ALTERADA

ORL.: ☒ NORMAL ☐ ALTERADA

Pele: ☒ NORMAL ☐ ALTERADA

AP. Locomotor: ☒ EDEMA ☒ DOR A MOVIMENTAÇÃO ☐ EQUIMOSE ☐ HEMATOMA ☐ DEFORMIDADE ÓSSEA

OUTROS:

Aferições: PAS	PAD	FR	FC	P (KG)	T	Alt. (cm)	SAT O ²
----------------	-----	----	----	--------	---	-----------	--------------------

Hipótese Diagnóstica

CONTUSA DO TORNOZELO

Assinatura e Carimbo do Médico:

Bruno Rocha Ferro
Medico
M AL 567
BRUNO ROCHA FERRO

CRM: 5567

Data/Hora da Impressão: 28/05/2018 17:31:09



CÓPIA

Prescrição.: 199933 Data: 28/05/2018 17:29

Usuário....: BRUNORF

Atendimento: 182881 Dt Nasc: 05/11/1968 (49a 6m 22d)

Convênio....: SIA - SUS

Paciente....: 2472 - JOSE GOMES DOS SANTOS

Peso.....: Altura: Supr. Corporea:

Internação.: 28/05/2018 16:34 0 Dias(s) int

Médico.....: BRUNO ROCHA FERRO - CRM 5567

Função: MÉDICO (A) Serviço: CLÍNICA MÉDICA

Unid. Int.: ATENDIMENTO SPA Leito.: Cobertura:

Cid.....: V296 MOTOCICLISTA NÃO ESPECIFICADO TRAUMATIZADO EM COLISÃO COM OUTROS VEÍCULOS E
COM VEÍCULOS NÃO ESPECIFICADOS, A MOTOR EM UM ACIDENTE DE TRÂNSITO Ciclo...: /

Diagnóstico:

Protocolo...:

Classificação de Risco: N. URG

1ª VIA

Rubrica do Responsável

Classificação de Risco: NÃO URGENTE



PRESCRIÇÃO MÉDICA

MEDICAMENTOS	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Datas/Horários
1 C.C. DAPIRONA SODICA SOL .INJ. 1G - 2ML	1	AMPOLA		IV	Agora	17:49
-> AGUA BIDEISTILADA SOL.INJ. - 10ML	1	AMPOLA				
3 C.C. DEXAMETASONA SOL.INJ. 4MG/ML - 2,5ML	1	AMPOLA		IV	Agora	
-> AGUA BIDEISTILADA SOL.INJ. - 10ML	1	AMPOLA				

BRUNO ROCHA FERRO
CRM 5567

SOULMV - SOLUÇÃO INTELIGENTE PARA A MODERNA ADMINISTRAÇÃO HOSPITALAR



CÓPIA

ENCAMINHAMENTO PARA OUTRA UNIDADE DE SAÚDE

Encaminho o Sr. (a) , JOSE GOMES DOS SANTOS

que foi atendido no serviço de Urgência/Emergência desta unidade, registrado sob o número de prontuário 0000002472 e número de atendimento 00182881

apresentando diagnóstico CONTUSÃO DO TORNOZELO

para AMBULATORIO DE ORTOPEDIA DO HRSR

Observação:

PACIENTE VITIMA DE QUEDA DE MOTO E SOFREU ENTORSE DE TORNOZELO ESQUERDO. APRESENTA DOR, EDEMA E LIMITAÇÃO DE MOVIMENTOS.
NÃO DISPOMOS DE RX NO MOMENTO.
SOLICITO AVALIAÇÃO E CONDUTA.
GRATO

Palmeira dos Índios, 28/05/2018 17:32:03

Médico: BRUNO ROCHA FERRO

CRM: 5567



CÓPIA



HOSPITAL
Santa Rita

HOSPITAL REGIONAL SANTA RITA E
MATERNIDADE SANTA OLIMPIA

FICHA DE INTERNAÇÃO

DATA INTERNAÇÃO: 25/07/2018 HORA: 08:17:09CIR

FIA: 7182012018	PRONTUARIO: 34718	ESPECIALIDADE: CLINICA CIRURGICA
PACIENTE: JOSE GOMES DOS SANTOS		UNIDADE: QUARTO PRONTO ATENDIMENTO- 1 - 4 -LEITO:

CONVENIO: SISTEMA UNICO DE SAUDE	CATEGORIA: SUS
MATRICULA:	GUIA: 63649187434
PROCEDIMENTO:	CNS: 700406470339043

DT NASC: 05/11/1968	IDADE: 49 anos 9 meses 16 dias	NATURALIDADE:
SEXO: MASCULINO	RAÇA: PARDA	
MÃE: JOSEFA GOMES DOS SANTOS	PAI: JOSE RODRIGUES DOS SANTOS	
RESPONSÁVEL:	TELEFONE:	
DOC. RESP:	PARENTESCO:	

MEDICO: WELLINGTON RIBEIRO BENTO CRM: 2970

DIAGNOSTICO INICIAL: CID: Z47.0

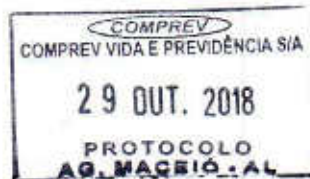
TERMO DE RESPONSABILIDADE

DECLARO QUE:

- 1- Os dados acima registrados correspondem a expressão da verdade.
- 2- Tomei conhecimento e concordo com as mesmas.
- 3- Durante a internação submeter-me-ei ao Regulamento do Hospital e as indicações médicas consideradas necessárias para o tratamento/esclarecimento do diagnóstico.
- 4- Ao receber alta do médico assistente, desocuparei a dependência do Hospital, onde estiver internado o mais cedo possível.
- 5- Durante a assistência hospitalar, algum profissional poderá, acidentalmente, ter contato com meu sangue e/ou outros materiais biológicos que poderão ocasionar doenças infecciosas. Com a intenção de permitir a realização da profilaxia ou do tratamento dessas doenças, autorizo a coleta simples de sangue venoso para a realização de exames específicos seguindo o Protocolo Operacional Padrão desta Instituição.

Assinatura () Paciente () Responsável

Palmeira dos Índios, 21/08/2018



Assinatura do Responsável ou Paciente

CÓPIA



HOSPITAL
Santa Rita

HOSPITAL REGIONAL SANTA RITA E MATERNIDADE
SANTA OLÍMPIA
PALMEIRA DOS ÍNDIOS

REGISTRO DE
PACIENTES INTERNOS

FIA: 71820 /2018

PACIENTE: 34718-JOSE GOMES DOS SANTOS

ENTRADA: 25/07/2018

IDADE: 49

COR:

PARDA

NATURALIDADE: MINADOR DO
NEGRAO

SAIDA: 25/07/2018

SEXO: MASCULIN
O

PROF: AGRICULTO
R

NACIONALIDADE: BRASIL

ORIGEM: CASA

ENDEREÇO: TOBIAS GRANJA 1, PALMEIRA DOS ÍNDIOS, AL

RG: 303342

CPF: 63649187434

TELEFONES: (82) 999999999

()

(82) 999999999

QUEIXA PRINCIPAL:

HISTORIA DA DOENÇA ATUAL:

ANTECEDENTES FAMILIARES PESSOAS:

EXAME FÍSICO:

DIAGNÓSTICO:

DATA EMISSÃO: 21/08/2018

Carimbo e Assinatura do Médico Responsável WELLINGTON RIBEIRO BENTO

29 OUT. 2018

PROTOCOLO
AG. MACEIO - AL

CÓPIA

**LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR**

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE	2 - CNES
ASSOCIACAO BENEFICENTE DE PALMEIRA DOS INDIOS	2010631
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE	4 - CNES
ASSOCIACAO BENEFICENTE DE PALMEIRA DOS INDIOS	2010631

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE		6 - Nº DO PRONTUÁRIO	
JOSE GOMES DOS SANTOS (1 - 63330/2018)		34681	
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)	8 - DATA DE NASCIMENTO	9 - SEXO	10 - RAÇA/COR
700406470339043	05/11/1968	Masc. ☒ 1 Fem. ☐ 3	PARDA
11 - NOME DA MÃE	12 - TELEFONE DE CONTATO	10.1 - ETNIA	
JOSEFA GOMES DOS SANTOS	DDO 82 Nº DO TELEFONE 99999999		
13 - NOME DO RESPONSÁVEL	14 - TELEFONE DE CONTATO		
JOSE GOMES DOS SANTOS	DDO 82 Nº DO TELEFONE 99999999		
15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)			
TOBIAS GRANJA, 1 - SALGADA			
16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA	17 - Cód. IBGE MUNICÍPIO	18 - UF	19 - CEP
PALMEIRA DOS INDIOS	270630	AL	57609899

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS		
FRATURA DO 5º METATARSO ESQUERDO		
21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM INTERNAÇÃO		
TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DO 5º METATARSO ESQUERDO		
22 - PRINCIPAIS RESULTADOS E PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS)		
RX + EVIDENCIAS CLINICAS		
23 - DIAGNÓSTICO INICIAL		
FRATURA DE OSSOS DO METATARSO		
24 - CID 10 PRINCIPAL	25 - CID 10 SECUNDÁRIO	26 - CID 10 CAUSAS ASSOC.
S92.3		

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO	28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO
TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA / LESAO FISARIA DOS METATARSIANO	408050462
29 - CLÍNICA	30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO
CIR	2
31 - DOCUMENTO	32 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) PROF. SOLICITANTE/ASSISTENTE
() CNS (X) CPF	45370079404
33 - NOME DO PROF. SOLICITANTE / ASSISTENTE	34 - DATA DA SOLICITAÇÃO
WELLINGTON RIBEIRO BENTO	29/05/2018
35 - ASSIN. E CARIMBO (Nº REGISTRO DO CONSELHO)	
	

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO	39 - CNPJ DA SEGURADORA	40 - Nº DO BILHETE	41 - SÉRIE
37 - () ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO	42 - CNPJ EMPRESA	43 - CNAE DA EMPRESA	44 - CBOR
38 - () ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO			
45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA			
() EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURADO			

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROF. AUTORIZADOR	47 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR	52 - Nº AUTORIZAÇÃO E PREVIDÊNCIA
48 - DOCUMENTO	49 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) PROFISSIONAL AUTORIZADOR	
() CNS () CPF		
50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO	51 - ASSIN. E CARIMBO (Nº REGISTRO DO CONSELHO)	

COMPROV
COMPROVADA A PREVIDÊNCIA
29 OUT. 2018
PROTOCOLO
AG. MAGÉLIO - AL

CÓPIA

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE	2 - CNES
ASSOCIACAO BENEFICENTE DE PALMEIRA DOS INDIOS	2010631
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE	4 - CNES
ASSOCIACAO BENEFICENTE DE PALMEIRA DOS INDIOS	2010631

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE	6 - Nº DO PRONTUÁRIO			
JOSE GOMES DOS SANTOS (1 - 63330/2018)	34681			
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)	8 - DATA DE NASCIMENTO	9 - SEXO	10 - RAÇA/COR	10.1 - ETNIA
700406470339043	05/11/1968	Masc. ☒ 1 Fem. ☐ 3	PARDA	
11 - NOME DA MÃE	12 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE	13 - NOME DO RESPONSÁVEL	14 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE	
JOSEFA GOMES DOS SANTOS	DDD 82 99999999	JOSE GOMES DOS SANTOS	DDD 82 99999999	
15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)				
TOBIAS GRANJA, 1 - SALGADA				
16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA	17 - COD. IBGE MUNICÍPIO	18 - UF	19 - CEP	
PALMEIRA DOS INDIOS	270630	AL	57609899	

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS			
FRATURA DO 5º METATARSO ESQUERDO			
21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM INTERNAÇÃO			
TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DO 5º METATARSO ESQUERDO			
22 - PRINCIPAIS RESULTADOS E PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS)			
RX + EVIDENCIAS CLÍNICAS			
23 - DIAGNÓSTICO INICIAL	24 - CID 10 PRINCIPAL	25 - CID 10 SECUNDÁRIO	26 - CID 10 CAUSAS ASSOC.
FRATURA DE OSSOS DO METATARSO	S92.3		

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO	28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO		
TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA / LESAO FISARIA DOS METATARSIANO	408050462		
29 - CLÍNICA	30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO	31 - DOCUMENTO	32 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF; PROF. SOLICITANTE/ASSISTENTE)
CIR	2	() CNS (X) CPF	45370079404
33 - NOME DO PROF. SOLICITANTE / ASSISTENTE	34 - DATA DA SOLICITAÇÃO	35 - ASSIN. E CARIMBO (Nº REGISTRO DO CONSELHO)	
WELLINGTON RIBEIRO BENTO	29/05/2018		

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO	39 - CNPJ DA SEGURADORA	40 - Nº DO BILHETE	41 - SÉRIE
37 - () ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO	42 - CNPJ EMPRESA	43 - CNAE DA EMPRESA	44 - CBOR
38 - () ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO			
45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA			
() EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURADO			

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROF. AUTORIZADOR	47 - COD. ÓRGÃO EMISSOR	52 - Nº AUTORIZAÇÃO DE PREVIDÊNCIA HOSPITALAR
48 - DOCUMENTO	49 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF; PROFISSIONAL AUTORIZADOR)	
() CNS () CPF		
50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO	51 - ASSIN. E CARIMBO (Nº REGISTRO DO CONSELHO)	

CÓPIA



HOSPITAL REGIONAL SANTA RITA E MATERNIDADE SANTA OLÍMPIA
PALMEIRA DOS ÍNDIOS

REGISTRO DE PACIENTES - INTERNOS

Paciente

JOSÉ GOMES DOS SANTOS

Entrada

29/05/18

Idade

Cor

Parda

Saída

Sexo

Masculino

Profissão

Agricultor

Procedência

Endereço

Tobias Grande

Queixa Principal

História da Doença Atual

DOR + DEFORMIDADE DO 5º METATARSO ESQUERDO COM
FERIMENTO APSO ACIDENTE DE MOTO ONTEM. FOI ATENDIDO NA
UPA

Antecedentes Familiares Pessoais

NDN

Exame Físico

DOR + DEFORMIDADE DO 5º METATARSO ESQUERDO COM FERIMENTO
APSO ACIDENTE DE MOTO ONTEM.



CÓPIA

Diagnóstico

FRATURA DO 5º METATARSO ESQUERDO

Dr. Wellington R. Zento
Ortopedia
CRM 12.150

ASSOCIACAO BENEFICENTE DE PALMEIRA DOS INDIOS
PRMV040_RA - Impressão do SAE

Página 1 de 1
21/08/2018 08:35

Atendimento SAE:

Documento: 9128 / 2018

Data Digitação: 29/05/18 14:40

Status: Aberto

Data Encerramento:

Atendimento: 63330 / 2018 (F)

Paciente:

Nome: JOSE GOMES DOS SANTOS

Sexo: Masculino

Data Nascimento: 05/11/1968

Prontuário: 34681

Nome da Mãe: JOSEFA GOMES DOS SANTOS

Diagnóstico: 49 - Deambulação prejudicada (00088)

Caracterizado por:

437 Capacidade prejudicada para percorrer as distâncias necessárias

Relacionado a:

325 Força muscular insuficiente

Diagnóstico: 175 - Integridade da pele prejudicada (00046)

Caracterizado por:

1848 Invasão de estruturas do corpo

Relacionado a:

1130 Fatores mecânicos (p. ex., pressão, abrasão, fricção)

Diagnóstico: 169 - Risco de infecção (00004)

Fatores de Risco:

580 *Pele rompida (p.ex., colocação de cateter endovenoso, procedimentos invasivos)

593 Procedimentos invasivos

Diagnóstico: 199 - Risco de resposta alérgica (00217)

Fatores de Risco:

957 Medicamentos

Diagnóstico: 185 - Risco de sangramento (00206)

Fatores de Risco:

754 Efeitos secundários relacionados ao tratamento (p. ex., cirurgia, medicamentos, administração de derivados do sangue com deficiência de plaquetas, quir

Intervenções de Enfermagem:

Código	Descrição	Tipo	Executante	Intervalo
4	Aferir sinais vitais	Sugerida	TECNICO DE ENFERMAGEM	6H/6H
14	Atentar-se para queixas alérgicas do paciente	Sugerida	TECNICO DE ENFERMAGEM	



CÓPIA

FIA: 63330.2018

Paciente: JOSE GOMES DOS SANTOS

Convênio: SUS / SUS

Enfermeiro(a): LUCELIA BARROS DE OLIVEIRA

Anat. Patológico: Não

Sala de Recup.: SR. Início: SR. Término: Hemoterapia: Não Total:

Prontuário: 34681

Sexo: Masculino

Categoria: Eletiva

Médico Solicitante:

Sala: SALA A

Idade: 49 Anos

Dt. Proced.: 29/05/18 12:50

Procedimento: 30719100 - FRATURAS E OU LUXACOES - TRATAMENTO CIRURGICO

Início: 29/05/18 12:50 Fim: 29/05/18 13:45

Pot. de Contaminação:

Tipo Anestesia:

ASA:

Vídeo: Não

Cirurgião: WELLINGTON RIBEIRO BENTO

Auxiliar 1:

Auxiliar 3:

Circulante:

Anestesiista:

Auxiliar 2:

Pediatra:

Instrumentador:

ITENS

Cód.	Materiais	Unid.	Qtd.	Cód.	Materiais	Unid.	Qtd.
300	AGULHA DESC. 40X12	UN	1	627	LUVA PROCEDIMENTO MEDIA LATEX	UN	4
312	AGULHA RAQUE DESC. 22G X 3 1/2 0.70 X 88 BD	UN	1	1092	MASCARA CIRURGICA TRIPLA ELASTICO DES.	PÇA	4
315	AGULHA RAQUE DESC. 25G X 3 1/2 0.53 X 88 BD	UN	1	861	MONONYLON PRETO 3.0 45CM CT30 NP 45330	ENV	1
319	ALCOOL ETILICO 70% - 1000ML	ML	10	1056	PROPE DESCARTAVEL	PAR	8
321	ALGODAO HIDROFILO 500G	BL	2	672	SERINGA DESC 05ML C/AG 25X7	UN	2
323	ATADURA CREPOM 10CM	RL	2	676	SERINGA DESC 10ML C/AG 25X7	UN	1
405	CATETER INTRAVENOSO G 20	UN	1	1108	TOUCA FEMININA DESCARTAVEIS	PÇA	3
413	COMPRESSA GAZE 7,5X7,5 CM ESTERIL Q/10 UN	PC	4				
438	EQUIPO MACROGOTAS INJ LATERAL SIST FECH	UN	1	Cód.	Medicamentos	Unid.	Qtd.
1801	ESCOVA CIRURGICA ASSEPSIA MAO CLOREXIDII	UN	2	1033	BUPIVACAINA+GLICOSE 8% SOL INJ 0,5% - 4ML (I	AMP	1
441	ESPARADRAPO 10CMX4.5MTR	CM	40	833	CEFAZOLINA 1G INJ	AMP	2
560	FITA ADESIVA HOSPITALAR 19MMX50CM	CM	70	1177	CLORETO DE SODIO 0,9% - 500ML SIST FECHAD	FR	3
1239	GORRO MASCULINO TIRAS DESC. DESCARPACK	UN	2	922	CLOREXIDINA 0,2% SOL AQUOSA 1000ML	ML	50
595	LAMINA BISTURI N21	UN	1	923	CLOREXIDINA 0,5% SOL ALCOOLICA 1000ML	MG	80
607	LUVA CIRURGICA 7.0 ESTERIL	PAR	1	924	CLOREXIDINA 2% DEGERMANTE 1000ML	ML	50
512	LUVA CIRURGICA 7.5 ESTERIL	PAR	3	952	ETILEFRINA 10MG/ML - 1ML INJ	AMP	1

CIRURGIÃO: WELLINGTON RIBEIRO BENTO
CRM: 2970

ENFERMEIRO: LUCELIA BARROS OLIVEIRA



CÓPIA

FICHA DE ALTA HOSPITALAR
ASSOCIACAO BENEFICENTE DE PALMEIRA DOS INDIOS

Data: 30/05/2018

Hora: 14:13

Tipo de Alta ALTA CURADO

Nome do Paciente: JOSE GOMES DOS SANTOS

Idade: 49

Sexo: MASCULINO

Categoria: SUS

Número do Prontuário SX: 63330/2018

Unidade: CLINICA CIRURGICA

Leito:

Observações

Assinatura Enfermagem:

Jacielle Batista Brandão

Nome: JACIELLE BATISTA BRANDAO

Matrícula: 62

Esta ficha deverá ser entregue na portaria para que seja liberada a saída do paciente do Hospital.

Data da impressão da ficha de alta: 21/08/2018 08:37:50



CÓPIA



FOLHA DE ANESTESIA

Hospital		Santa Rita		Enfermaria	Leito	Nº do Prontuário								
Nome		Lore Gomes dos Santos		Idade	49	Sexo	M							
Data	Pressão Arterial	Pulso	Respiração	Temperatura	Peso	Altura								
29/05/18	120/80	90												
Tipo Sanguíneo	Hemácias	Hemoglobina	Hematócrito	Glicemia	Uréia	Outros								
Ap. Respiratório		H. vesicular diminuída			Asma	Bronquite								
Ap. Circulatório		B. normal			Eletrocardiograma									
Ap. Digestivo		Ba			Dentes	Pescoço	Ap. Urinário							
Estado Mental		B			Atoráxica	Corticóides	Alergia							
							Hipotensores							
Diagnóstico Pré-operatório					Estado Físico	Riscos								
Anestesias Anteriores														
Medicação Pré-Anestésica		Aplicada às			Efeito									
Agentes Anestésicos	01													
Líquidos	SO													
	1000	15	30	45	60	75	90	105	120	135	150	165	180	
CÓDIGO	Respiração	260												
	O	240												
	Operação	220												
	Pulso	200												
	O	180												
P. Arterial	X	160												
		140												
		120												
		100												
		80												
X		60												
		40												
		20												
Símbolos e Anotações		29 OUT. 2018												
Posição		PROTOCOLO												
Agentes		COP												
Técnica		Cânulas												
Operação														
Cirurgiões		Sergio P. de Silva												
Anestesistas		Dr. Wellington												
OBSERVAÇÕES		Dr. Azevedo												
Anotar, no verso, as Complicações Pré-Operatórias, Operatórias e Pós-Operatórias		Perda Sanguínea												

INDUÇÃO

Satisf..... Excit..... Tosse.....
Laringo Espasmo..... Lenta.....
Náuseas..... Vômitos.....
Outros.....

MANUTENÇÃO

Anestesia Satisf. Sim ☐ Não ☐
Não, Por que?.....

DESPERTAR

Reflexo no SO.....
Obstr..... CO..... Excit.....
Náuseas..... Vômitos.....
Outros.....
Com cânula para o leito: Sim ☐ Não ☐
Condições:.....



HOSPITAL
Santa Rita

HOSPITAL REGIONAL SANTA RITA
MATERNIDADE SANTA OLIMPIA

Avenida Deputado Medeiros Neto, 76 - São Cristovão - Palmeira dos Índios/AL
Contato: (82)34219000

Ficha de Sala

Nome do Paciente: JOSE GOMES DOS SANTOS

Idade do Paciente: 49 ano(s) 6 mes(es) 23 dia(s) Convênio: SISTEMA UNICO DE S Registro: 63330/2018

Tabela CBHPM:

Procedimento SUS: 39014177 - TRATAMENTO CIRURGICO DA FRATURA DO(S) METATARSIANO(S)

CID primário:

CID secundário:

Médico cirurgião: 2970 - WELLINGTON RIBEIRO BENTO

Médico auxiliar 1:

Médico auxiliar 2:

Médico auxiliar 3:

Médico anestesista: 1186 - AGAMENON FERREIRA DA SILVA

Instrumentador:

Data e Hora inicial: 29/05/2018 14:50

Data e Hora final: 29/05/2018 14:50

Boletim operatório: 1 & PACIENTE EM DDH SOB ANESTESIA
2 & ANTISSEPSIA + COLOCAÇÃO DOS CAMPOS CIRURGICOS
3 & REDUÇÃO INCRUENTA DE FRATURA
4 & FIXAÇÃO PERCUTÂNEA COM FIO STEINMAN 2.0
5 & LAVAGEM COM SF A 0,9% DO FERIMENTO EM FACE DORSO-LATERAL DO PE, NAO
SUTURADO DEVIDO A LESAO TER OCORRIDO HA 20 HORAS
6 & CURATIVO



Drº Wellington R. Bento
Ortopedista
CRM-AL 2970

29/05/2018 14:50

WELLINGTON RIBEIRO BENTO
2970

CÓPIA

ASSOCIACAO BENEFICENTE DE PALMEIRA DOS INDIOS

PRRE007_R -Evolução do Paciente

Página 1 de 1
29/05/2018 14:40

FIA: 63330/2018

Paciente: JOSE GOMES DOS SANTOS

Nascimento: 05/11/1968

Nome da Mãe: JOSEFA GOMES DOS SANTOS

Convênio: SUS

Categoria: SUS

Previsão de Alta:

Data da entrada: 29/05/2018 11:10

CLINICA CIRURGICA

Quarto/Leito: 9 - 4

Data da evolução: 29/05/2018 14:38

Usuário: MICHELLER

Evolução:

Idade na data: 49 anos 6 meses 24 dias

PACIENTE NO POI, LÚCIDO, VERBALIZANDO, EUPNEICO, ACIANOTICO, NORMOCORADO, COM CURATIVO OCLUSIVO EM MIE, REALIZADO RAIOS X DE CONTROLE.


MICHELLE REZENDE PEREIRA TENORIO
COREN 87934 / AL

CÓPIA

ASSOCIACAO BENEFICENTE DE PALMEIRA DOS INDIOS



90101034718

Página 1 de 1

29/05/2018 14:32

PRMV015_R11_B - Impressão da Prescrição Médica

Paciente: 34713 - JOSE GOMES DOS SANTOS

Data Nascimento: 05/11/1968 Idade: 49 ano(s) 6 mes(es) e 24 dia(s)

Peso:

FIA: 1-63330/2018

Prescrição N°: 1

Nr. Prontuário: 34681

Nome Mãe: JOSEFA GOMES DOS SANTOS

Unidade: CLINICA CIRURGICA

Data Digitação: 29/05/2018 14:24

Convênio: SUS/SUS

Validade da Prescrição: 29/05/2018 14:24 até 30/05/2018 07:59

Quarto: 9

Médico Resp.: 25-WELLINGTON RIBEIRO BENTO

Leito: 4

PRESCRIÇÃO MÉDICA

UTRIÇÃO	Quantidade	Und.	Via	Intervalo	Velocid.	Horários
1 - DIETA LIVRE						
OLUÇÃO	Quantidade	Und.	Via	Intervalo	Velocid.	Horários
2 - SOLUÇÃO DE a - CLÓRETO DE SODIO 0,9% - 500ML SIST FECHADO - SORO Tempo: 16,67h	2	FR	IV	Contínuo	20gota/r	
3 - SOLUÇÃO DE a - SOLUCAO GLICO-FISIOLOGICA 5% - 500ML SIST FECHADO - SORO Tempo: 16,67h	2	FR	IV	Contínuo	20gota/r	
MEDICAMENTO	Quantidade	Und.	Via	Intervalo	Velocid.	Horários
4 - DIPIRONA SODICA 1000MG INJ - 2ML	1	AMP	IV	6H/6H		18:00 00:00
5 - TENOXICAM 40MG INJ Diluição: DILUIR EM AD 10ML	1	FA	IV	24H/24H		18:00
6 - TRAMADOL 100MG/2ML INJ S/N em caso de dor forte Diluição: DILUIR EM SF 0,9% 100ML	1	AMP	IV	12H/12H	/	
7 - BROMOPRIDA 5MG/ML INJ - 2ML S/N em caso de náusea ou vômitos Diluição: DILUIR EM AD 10ML	1	AMP	IV	8H/8H		
8 - CEFAZOLINA 1G INJ Diluição: DILUIR EM AD 10ML	1	AMP	IV	6H/6H		18:00 00:00
EXAME	Quantidade	Und.	Via	Intervalo	Velocid.	Horários
9 - RAOX PE OU PODOACTILO Obs.: ESQUERDO	1					

WELLINGTON RIBEIRO BENTO
CRM-2970/AL



CÓPIA

IA: 63330/2018

Paciente: JOSE GOMES DOS SANTOS

ascimento: 05/11/1968

Nome da Mãe: JOSEFA GOMES DOS SANTOS

Convênio: SUS

Categoria: SUS

Previsão de Alta:

ata da entrada: 29/05/2018 11:10

CLINICA CIRURGICA

Quarto/Leito: 9 - 4

ata da evolução: 29/05/2018 14:23

Usuário: WELLINGTONR

volução:

Idade na data: 49 anos 6 meses 24 dias

ACIENTE SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DE 5º METATARSO ESQUERDO.
ROCEDIMENTO SEM INTERCORRENCIAS.
OLICITO RX DO PE ESQUERDO (CONTROLE)

Drº Wellington R. Bento
Ortopedista
CRM-AL 2970

WELLINGTON RIBEIRO BENTO
CRM 2970 / AL

30/05/18

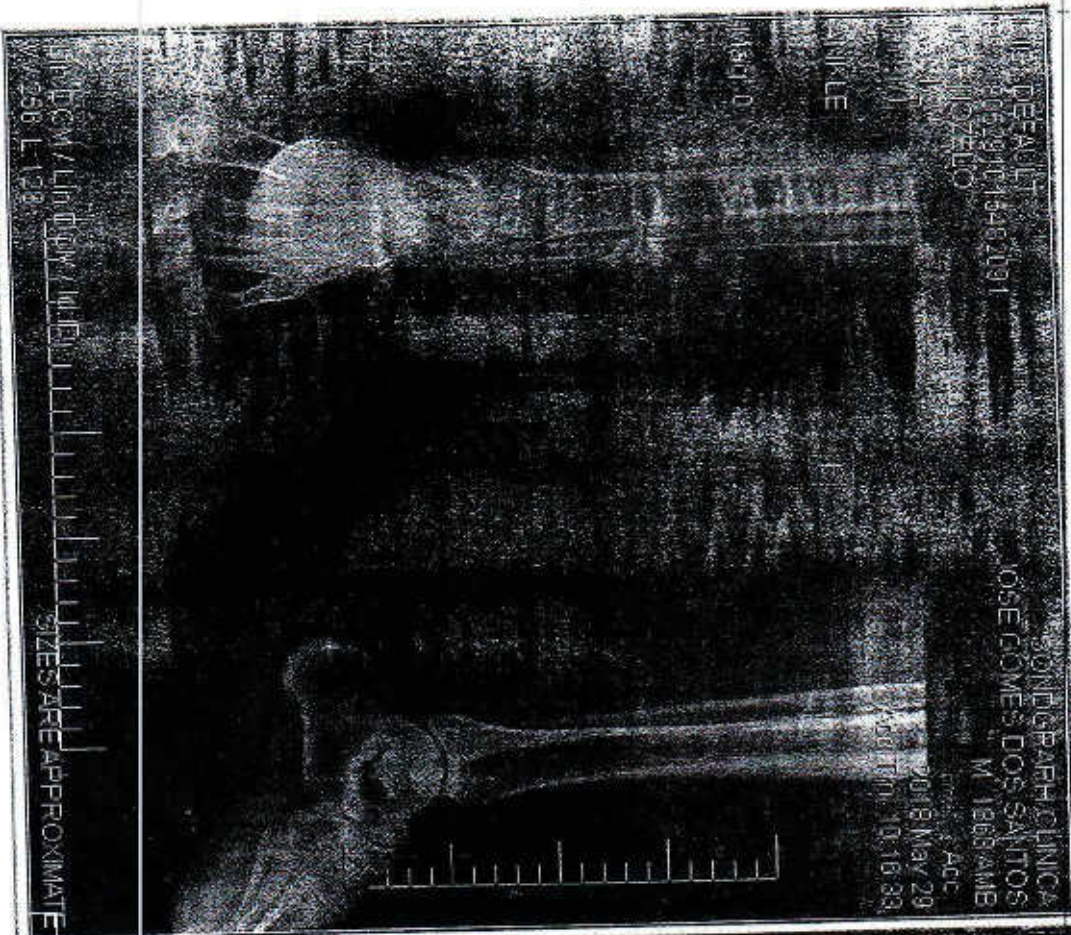
Alta

Drº Wellington R. Bento
Ortopedista
CRM-AL 2970



CÓPIA

File Edit Utility ToolBars Profile Tools Window Help



For Help, press F1



PT 11:28 08/06/2018

CÓPIA

COMPREV
COMPREV VIDA E PREVIDÊNCIA S/A
29 OUT. 2018
PROTOCOLO
AG. MACEIO - AL



HOSPITAL REGIONAL SANTA RITA

ASSOCIAÇÃO BENEFICENTE DE PALMEIRA DOS ÍNDIOS

CNPJ: 12.509.238/0001-26 - IE: 24.005.933-6

Av. Dep. Medeiros Neto, 76 - São Cristóvão - Fones: (82) 3421-9000 - Fax: (82) 3421-9015

CEP: 57601-370 - Palmeira dos Índios - AL

RECEITUÁRIO

PACIENTE:

João Carlos do Sant

INTERNA

29/05/18

PROCEDIMENTO: 040305046.2

S923.

Fração 5: Mólus
ex novo

Dr. Wellington R. Bento
Ortopedista
CRM-AL/2870

DATA

29/05/18

ASSINATURA DO MÉDICO

DIA DO RETORNO

/ /

HORA:

:

CÓPIA



Sociedade Beneficente de Palmeira dos Índios

Hospital Regional Santa Rita e Maternidade Santa Olímpia
CNPJ Nº: 12.509.238/0001-26 - IE Nº: 24.005.933-6

PACIENTE: José Gomes dos Santos

CIRCUANTE: Marta Carla DATA: 29-05-18

PROCEDIMENTO CIRÚRGICO: _____

CIRURGIÃO: Dr. Wellington

PRODUTOS	HORA INICIAL	HORA FINAL
PROCEDIMENTO CIRÚRGICO		
BISTURI ELETRÔNICO		
OXIGÊNIO MEDICINAL		
ÓXIDO NITROSO		
AR COMPRIMIDO		
DIÓXIDO DE CARBONO		
INTENSIFICADOR DE IMAGENS		
OXÍMETRO MULTI-PARÂMETRO		
BERÇO AQUECIDO		
ASPIRADOR		

ASSINATURA DO RESPONSÁVEL

CÓPIA



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 MINISTÉRIO DAS CIDADES
 DEPARTAMENTO NACIONAL DE HABITAÇÃO
 ADMINISTRAÇÃO DE HABITAÇÃO

NOME: **JOSE GOMES DOS SANTOS**
 DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR / UF: **303342 CTPS AL**
 CPF: **636.491.874-34** DATA NASCIMENTO: **05/11/1968**
 FILIAÇÃO: **JOSE RODRIGUES DOS SANTOS**
JOSEFA GOMES DOS SANTOS
 PERMISSÃO: **0000000000** ACC: **00000000** CAT. HAB: **A**
 Nº REGISTRO: **0446056806** VALIDADE: **31/10/2023** 1ª HABILITAÇÃO: **18/09/2008**

OBSERVAÇÕES:

ASSINATURA DO PORTADOR: *Jose Gomes dos Santos*
 LOCAL: **PALMEIRA DOS INDIOS, AL** DATA EMISSÃO: **03/11/2017**
 ASSINATURA DO EMISSOR: *Antonio Carlos Gouveia*
 Diretor Presidente
 ALAGOAS
 84156568997
 AL013384627

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
 1558553765
 PROIBIDO PLASTIFICAR
 1558553765

CÓPIA

COMPREV
 COMPREV VIDA E PREVIDÊNCIA S/A
 29 OUT. 2018
 PROTOCOLO
 09.11.18.001

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADIAS

AL Nº 012561423753
01 00268766460 2016

6 CLONICE SANTOS DA SILVA

6 75819759400 NMH9259

0 NMH9259 AL 9C2JC4110AR727766

PAS/MOTOCICLO/NAO APLIC GASOLINA

HONDA/CG 125 FAN KS 2010 2010

2E/124CC PARTIO VERMELHA

IPVA PAGO *****

01 *****

286.75 1.11 DBRI 292.01 23082016

00

SEM RESERVA DE DOMINIO

NAO VALIDO PARA LICENCIAMENTO

PAI MEIRA DOS REIOS 24/08/2016

8635463 8635463

AL Nº 012561423753 BILHETE DE SEGURO DPVAT

01 75819759400 NMH9259

00268766460 HONDA/CG 125 FAN KS

9C2JC4110AR727766

PREMIO TARIFARIO

129.04 14.34 143.37

4.15 1.11 392.0

23082016

SEGUROADORA LIDER - DPVAT

0800 145 608 0001-54

www.segurechilider.com.br

29 OUT. 2018

PROTOCOLO

AD. MARINHA

CÓPIA

DECLARAÇÃO

EU Yosi Gomes dos Santos

PORTADOR DO RG 303342 CPF 636.491.874-34

VENHO POR MEIO DESTA DECLARAÇÃO PARA OS DEVIDOS FINS QUE NA ÉPOCA DO ACIDENTE NÃO HOUVE PARTICIPAÇÃO DE BOMBEIRO, NEM SAMU, A VÍTIMA FOI SOCORRIDA:

☒ Terceiros;

☐ Próprio Autor do Acidente;

☐ Ambulância Local;

☐ Outros; _____

Yosi Gomes dos Santos

Assinatura da Vítima / Representante Legal.



Inspiracão de 03 Setembro de 2018
Local e Data

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0093899/18

Vítima: JOSE GOMES DOS SANTOS

CPF: 636.491.874-34

Seguradora: Tokio Marine Seguradora S/A

Data do acidente: 28/05/2018

Titular do CPF: JOSE GOMES DOS
SANTOS

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Bolétim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUI
Outros

ALFREDO RUSYVEL RIBEIRO VERCELENS : 007.684.314-92

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

JOSE GOMES DOS SANTOS : 636.491.874-34

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- 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.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação entregue

Data de entrega: 29/10/2018
Nome: ALFREDO RUSYVEL RIBEIRO VERCELENS
CPF: 007.684.314-92

ALFREDO RUSYVEL RIBEIRO VERCELENS

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 29/10/2018
Nome: EDUARDO HENRIQUE DE SOUSA LUDOVICO
CPF: 090.833.874-02

EDUARDO HENRIQUE DE SOUSA LUDOVICO

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3180507696 **Cidade:** Palmeira dos Índios **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE GOMES DOS SANTOS **Data do acidente:** 28/05/2018 **Seguradora:** Tokio Marine Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 12/11/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DO 5º METATARSO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - REDUÇÃO INCRUENTA.
ALTA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

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

DANOS

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

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180507696 **Cidade:** Palmeira dos Índios **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE GOMES DOS SANTOS **Data do acidente:** 28/05/2018 **Seguradora:** Tokio Marine Seguradora S/A

PARECER

Diagnóstico: PÉ ESQUERDO. FRATURA DO 5º METATARSO.

Descrição do exame médico pericial: DEAMBULANDO LIVREMENTE, SEM DEFORMIDADE. EDEMA RESIDUAL DE DORSO DO PÉ. DEDO ALINHADO. FLEXO EXTENSÃO COM LEVE IMPOTÊNCIA.

Resultados terapêuticos: RETORNO DA DEAMBULAÇÃO COM LEVE LIMITAÇÃO.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO ANATÔMICA E FUNCIONAL EM GRAU LEVE DO 5º DEDO DO PÉ ESQUERDO

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 21/11/2018

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: Iara Santos de Albuquerque

CRM do médico: 5424

UF do CRM do médico: AL

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
Dedos da pé-Perda funcional completa de qualquer um dos dedos do pé	10 %	Em grau leve - 25 %	2,5%	R\$ 337,50
Total			2,5 %	R\$ 337,50

PRESTADOR

SAUDESEG SISTEMAS DE SAÚDE LTDA

Médico revisor: GALDINO LEONARDO

CRM do médico: 17727

UF do CRM do médico: PE

Assinatura do médico:

(Preencher com letras de forma legível e sem rasuras)

Nome: Jose Cipriano dos Santos
 Nacionalidade: Brasileiro
 Estado Civil: Solteiro
 Identidade: 303342
 CPF: 636.491.874-34
 Profissão: Agricultor
 Endereço: R. Francisco de Paula, 224 Condição, Palmeiro dos Índios
 CEP: 57 613-000
 Telefone: (82) 99629.0079

Nome: ALFREDO RUSYVEL RIBEIRO VERCELENS
 Nacionalidade: Brasileiro
 Estado Civil: Casado
 Identidade: 1.520.620
 CPF: 007.684.314-92
 Profissão: Autonomo
 Endereço: R: Projetada Elisio Lopes, 37 São Luiz- Arapiraca/Alagoas
 CEP: 57300-300
 Telefone: (82) 3539-1116, (82) 99629-0079, (82) 99675-9190
 E-mail: aizianealmeidarv@gmail.com

Pelo presente instrumento particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador o outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT e suas respectivas consorciadas, a fim de encaminhar o pedido de indenização referente ao seguro obrigatório DPVAT, concedendo ao outorgado poderes para assinar, enviar e/ou requerer quaisquer documentos necessários junto às seguradoras consorciadas, podendo, incluindo receber informações sobre perícia médica e solicitar reagendamento, podendo substabelecer e praticar enfim, todos os atos de direito permitidos para o fiel e perfeito cumprimento deste mandato a fim de requerer a indenização do SEURO OBRIGATÓRIO DPVAT para a vítima: Yosi Gomes dos Santos

Palmério dos Índios - DE 17/08/2018

Local e data

Assinatura do OUTORGANTE

Reconhecer firma por AUTENTICIDADE/ VERDADEIRA



1º TABELA IDIOMATO DE NOTAS

CUNHADA DE PALMEIRA DOS INDIOS - AL
Bairro: Fátima, nº 04 - Gramma
CEP: 57600-005 - FONE: (82) 31478-1128

RECONHEÇO POR AUTENTICIDADE AS ASSINATURAS DE

TÓSE COMES DOS SANTOS

PALMEIRA DOS INDIOS(Al) 17/08 /2018

Em test. DA VERDADE.

() PRIMO JOSÉ LUIZ TEIXEIRA CARNEIRO TEIXEIRA
() JOSEPH H. P. LUIZ TEIXEIRA CARNEIRO SUBSTITUTO

MARTELA 11-10-2018 AL 1900000



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0393899/18

Vítima: JOSE GOMES DOS SANTOS

CPF: 636.491.874-34

Seguradora: Tokio Marine Seguradora S/A

Data do acidente: 28/05/2018

Titular do CPF: JOSE GOMES DOS SANTOS

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

ALFREDO RUSYVEL RIBEIRO VERCELENS : 007.684.314-92

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

JOSE GOMES DOS SANTOS : 636.491.874-34

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- 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.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 29/10/2018
Nome: ALFREDO RUSYVEL RIBEIRO VERCELENS
CPF: 007.684.314-92

ALFREDO RUSYVEL RIBEIRO VERCELENS

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 29/10/2018
Nome: EDUARDO HENRIQUE DE SOUSA LUDOVICO
CPF: 090.833.874-02

EDUARDO HENRIQUE DE SOUSA LUDOVICO

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 26/11/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 337,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOSE GOMES DOS SANTOS

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00057

CONTA: 000000023214-1

Nr. da Autenticação 39F60B6B3ED5785E