

INSTRUMENTO PARTICULAR DE PROCURAÇÃO

OUTORGANTE – Drailton Felinto de Andrade, casado, vigilante, portador da cédula de identidade nº 5328456 e do CPF nº 035.679.774-07, residente e domiciliado na Rua Uriel de Holanda, nº 1355, Bloco E, Apto 205, Linha do Tiro, CEP 52131-150, Recife/PE.

OUTORGADO – Dr. **Eduardo Ferreira Quaresma dos Santos**, brasileiro, solteiro, advogado inscrito na OAB/PE sob nº 47.940, CPF n. 057.653.964-37, com endereço profissional na Rua do Sossego, nº 53, Boa Vista, Recife-PE, CEP 50050-080, onde recebe intimações/notificações de estilo; E-mail: eduardofqs@gmail.com; Telefone: (81) 99959-9624;

PODERES – por este instrumento particular de procuração, constituo meu bastante procurador o outorgado, concedendo-lhe os poderes da cláusula *ad judicia et extra*, para o foro em geral, podendo, portanto, promover quaisquer medidas judiciais ou administrativas, em qualquer instância, substabelecer com ou sem reserva de poderes, e praticar ainda, todos e quaisquer atos necessários e convenientes ao bom e fiel desempenho deste mandato.

PODERES ESPECÍFICOS - pelo presente instrumento o outorgante confere ao outorgado poderes para o foro em geral, com cláusula "*ad-judicia et extra*", em qualquer Juízo, Instância ou Tribunal, podendo propor ação e/ou contra quem de direito, realizar procedimentos administrativos e/ou judiciais que visem a obtenção do objeto previsto no Instrumento Particular de Contrato de Prestação de Serviços Jurídicos, propor ações competentes e defendê-lo(a) nas contrárias, podendo manejar petições, defesas, contestações, recursos, realizar audiências, propor e firmar acordo, conferindo-lhe ainda, poderes especiais para receber citação inicial, concordar ou não com avaliações e cálculos, prestar declarações bem como ratificá-las e retificá-las, confessar dívida e/ou termo, firmar compromisso, acatar e aceitar proposta, desistir, renunciar, receber e levantar alvará(s) e/ou depósito(s) judicial(is), conhecer a procedência do pedido, requerer e/ou pedir benefícios da Justiça gratuita, renunciar ao direito sobre que se funda a ação, transigir, firmar acordos, receber e dar quitação, podendo agir em Juízo ou fora dele, tudo conforme descrito no Art. 105 do Novo Código de Processo Civil, enfim, praticar todos os atos necessários para o bom e fiel cumprimento deste instrumento de mandato, agindo em conjunto ou separadamente, podendo ainda substabelecer com ou sem reservas de poderes.

Recife, 14 de maio de 2019


Outorgante



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS PESSOAS
IDENTIFICAÇÃO E CONTROLE DE IDENTIDADE
AUTORES: SGT. A. M. DE OLIVEIRA

PE

DRAILTON FELINTO DE ANDRADE

DOC. IDENTIDADE / ORIG. EMISSOR / UF
5329456 SSP PE

CPT 035.679.774-07 DATA NASCIMENTO 05/09/1978

FILIAÇÃO
JOSE FELINTO REZENHA D
E ANDRADE IRMAO
ADRIANA MARIA DA SILVA

PERMISSÃO ☒ VÁLIDA ☒ ANULADA ☐ CAT. HAB. ☐ AD

Nº REGISTRO 04648931485 VALIDADE 30/12/2015 1ª REGISTRAÇÃO 21/05/2009

OBSERVAÇÕES
A

DRAILTON FELINTO DE ANDRADE

ASSINATURA DO TITULAR

LOCAL OLINDA, PE DATA EMISSÃO 20/12/2015

Dr. Carlos Anderson Souza Mota
Deputado Presidente

ASSINATURA DO EMISOR 01162878300
PE059692704

PERNAMBUCO

DETRAN CONTRAN

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
1754590036

PROIBIDO PLASTIFICAR
1754590036



Declaração de hipossuficiência econômica para fins judiciais

Drailton Felinto de Andrade, casado, vigilante, portador da cédula de identidade nº 5328456 e do CPF nº 035.679.774-07, residente e domiciliado na Rua Uriel de Holanda, nº 1355, Bloco E, Apto 205, Linha do Tiro, CEP 52131-150, Recife/PE.

Declaro que não disponho de condições financeiras para requerer a tutela jurisdicional do estado, sem que seja diminuído meu patrimônio em juízo do meu sustento próprio e de minha família, não possuindo recursos para pagar quaisquer custas processuais, taxas e emolumentos, inclusive honorários advocatícios. **Declaro que faço de acordo com a lei nº 1.060/50 e alterações posteriores.**

Recife, 14 de maio de 2019.


Declarante





CNPJ 09.769.035/0001-64
INSC. EST. Nº 18.1.001.0014398-2

ATENDIMENTO: PRACA FARIAS NEVES - NUN. - S/N - DOIS IRMAOS R
ECIFE PE 52171-011

DADOS DO CLIENTE		MATRICULA: 107387310 Mar/2019	
ANA PAULA CAMPOS			
R URIEL DE HOLANDA, N. 01355 - BL-E APT-205 - LINHA DO TIRO RE			
CITE DE 52131-150			
INSCRIÇÃO: 360.236.215.1660.540 GRUPO:14 DEB.AUTOMATICO: 107387310			
SITUAÇÃO AGUA LIGADO	SITUAÇÃO ESGOTO POTENCIAL	RESIDENCIAL 1	QUANTIDADE DE ECONOMIAS COMERCIAL INDUSTRIAL PUBLICA
HIDRÔMETRO A16N169042	DATA LEIT. ANTERIOR 11/03/2019	DATA LEIT. ATUAL 09/04/2019	TIPO DE CONSUMO (A/E) REAL
AGUA:			
LEIT ANT: 295		CONSUMO: 13	
LEIT ATU: 308			
LEIT FAT: 308			
HISTORICO DE CONSUMO			
REFERENCIA CONSUMO		NUMERO DE AMOSTRAS	
		EXIG. PORT. MS 2.914/11	ANALISES REALIZ. A LEGIS
02/2019	13	TURBIDEZ	123
01/2019	12	COR APARENTE	123
12/2018	11	CLORO RESIDUAL	123
11/2018	12	COLIF. TOTAIS	123
10/2018	09		123
09/2018	07		123
MEDIA:	11		123
Qualidade de Agua: www.compesa.com.br			
OBS.: (1) COLIFORMES TOTAIS AUSENCIA 95% DAS AMOSTRAS EXAMINADAS.			
(2) OS PARAMETROS COLIFORMES TOTAIS, ESCHERICHIA COLI E CLORO			
RESIDUAL SAO INDICADORES DAS CONDIÇÕES SANITARIAS DA AGUA			
(3) OS PARAMETROS COR E TURBIDEZ SAO INDICADORES DAS CONDIÇÕES			
ASSOCIADAS AO ASPECTO VISUAL DA AGUA			
DESCRICAO DOS SERVICOS	CONSUMO	TOTAL(R\$)	
AGUA			
RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)			
ATE 10 M3 - 8,65 POR UNIDADE	10 M3	8,65	
11 M3 A 20 M3 - R\$ 4,74 POR M3	3 M3	14,22	
MULTA P/IMPONTUALIDADE 02/2019		0,45	



Declaração

Eu, **Drailton Felinto de Andrade** declaro que após ter sofrido acidente provocado por veículo automotor de via terrestre, no dia 07 de janeiro de 2019, fui socorrido por terceiros e levado ao hospital:

UPA

Declaro não ter recebido nenhum tipo de atendimento médico no local do acidente, tais como SAMU, Corpo de Bombeiro, Ambulância etc, da mesma forma não houve registro da ocorrência no local do acidente, tão pouco foi instaurado inquérito Policial na delegacia, dessa forma não possuo nenhuma outra prova referente ao acidente, além do boletim de ocorrência policial e a documentação médica apresentada.

“Art. 299 - Omitir, em documento público ou particular, declaração que dele devia constar, ou nele inserir ou fazer inserir declaração falsa ou diversa da que devia ser escrita, com o fim de prejudicar direito, criar obrigação ou alterar a verdade sobre fato juridicamente relevante:

Pena - reclusão, de um a cinco anos, e multa, se o documento é público, e reclusão de um a três anos, se o documento é particular.”

Recife, 17 de abril de 2019

Assinatura:

Drailton Felinto de Andrade



TERMO DE AUTORIZAÇÃO

Autor (a): Drailton Felinto de Andrade, casado, vigilante, portador da cédula de identidade nº 5328456 e do CPF nº 035.679.774-07, residente e domiciliado na Rua Uriel de Holanda, nº 1355, Bloco E, Apto 205, Linha do Tiro, CEP 52131-150, Recife/PE, vem solicitar com respaldo no Art. Nº 1 da Instrução Normativa Nº 8 do TJPE de 28.08.2013, publicada em 30.08.2013, edição 160/2013, que os presentes autos que versam sobre indenização de DPVAT, sejam remetidos imediatamente à Seção Especializada de Mutirões de Conciliações da Capital, antes da distribuição para algumas das Varas Cíveis, para que o feito possa ser inserido em pauta de Mutirões de acordo com o cronograma anual da Seção.

Recife, 14 de maio de 2019.

"DE ACORDO"



TERMO DE RESPONSABILIDADE

EU, Drailton Felinto de Andrade, casado, vigilante, portador da cédula de identidade nº 5328456 e do CPF nº 035.679.774-07, residente e domiciliado na Rua Uriel de Holanda, nº 1355, Bloco E, Apto 205, Linha do Tiro, CEP 52131-150, Recife/PE.

Declaro para os devidos fins de direito que me responsabilizo por todas as informações, declarações prestadas e documentos apresentados para requerer a Indenização do Seguro Obrigatório DPVAT Judicialmente, visto que fui vítima de um acidente de trânsito, perante qualquer juízo e órgãos municipais, estaduais e federais, de total minha responsabilidade que estou ciente deste ato.

Obs: Esta Declaração é expressão da verdade, pelo qual me responsabilizo civil e criminalmente sob as penas da Lei - Art. 299 do Código Penal Brasileiro.

E por estar de acordo com o que aqui foi narrado, firmo o presente em duas vias de igual teor.

Recife, 14 de maio de 2019.





518442
0134922/19

GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 015ª CIRCUNSCRIÇÃO - ALTO DO PASCOAL
- DIM/5ª DESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **19E0105000062**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **08/01/2019** às **12:58**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado)
que aconteceu no dia **7/1/2019** às **12:00**

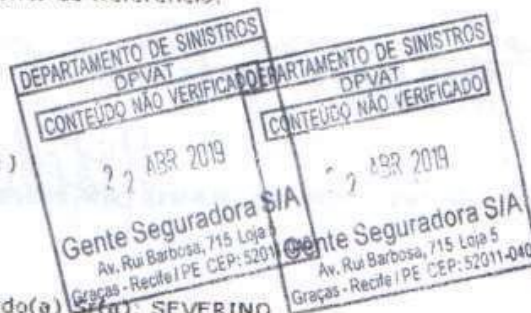
Fato ocorrido no endereço: **RUA URIEL DE HOLANDA, 00001** - Bairro:
BEBERIBE - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL - Ponto de Referência:
PROXIMO AO ARMAZÉM SHALON
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

SEVERINO SANTANA DE OLIVEIRA (AUTOR / AGENTE)
DRAILTON FELINTO DE ANDRADE (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEÍCULO: (Outros motivos), que estava em posse do(a) **SEVERINO**
SANTANA DE OLIVEIRA
VEÍCULO: (Outros motivos), que estava em posse do(a) Sr(a): **DRAILTON**
FELINTO DE ANDRADE



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

DRAILTON FELINTO DE ANDRADE (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: AGRINEA MARIA DA SILVA Pai: JOSE FELINTO BEZERRA DE ANDRADE IRMÃO Data de Nascimento: **5/9/1978** Naturalidade: **RECIFE / PERNAMBUCO / BRASIL**
Endereço Residencial: **AVENIDA VEREADOR OTACILIO AZEVEDO, 258 - CEP: 55000-000 - Bairro: BREJO DE BEBERIBE - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL**

SEVERINO SANTANA DE OLIVEIRA (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: LIDIA MARIA DE OLIVEIRA Pai: WALDEMAR FRANCISCO DE OLIVEIRA Data de Nascimento: **26/4/1959** Naturalidade: **RECIFE / PERNAMBUCO / BRASIL**
Endereço Residencial: **ALTO DA SAUDADE, 584 - CEP: 55000-000 - Bairro: ALTO JOSE BONIFACIO - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

08/01/2019 12:56



VEÍCULO (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **SEVERINO SANTANA DE OLIVEIRA**,
que estava em posse do(a) Sr(a): **SEVERINO SANTANA DE OLIVEIRA**
Categoria/Marca/Modelo: **AUTOMOVEL/FORD/PAMPA** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **VERDE** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **KGB3200** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO)

MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **DRAILTON FELINTO DE ANDRADE**,
que estava em posse do(a) Sr(a): **DRAILTON FELINTO DE ANDRADE**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CB 125** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **VERDE** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PEZ3962** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO)

Complemento / Observação

DRAILTON FELINTO DE ANDRADE COMPARECEU A ESTA DELEGACIA E DECLAROU QUE NO LOCAL, NA DATA E HORA SUPRACITADOS, QUANDO PILOTAVA SUA MOTOCICLETA, FOI ATROPELADO POR UM VEÍCULO FORD PAMPA DE PLACA KGB-3200, CONDUZIDA POR SEVERINO SANTANA DE OLIVEIRA, QUE PRESTOU SOCORRO À VÍTIMA, LEVANDO-O PARA UPA DE NOVA DESCOBERTA, DE LÁ SENDO A VÍTIMA TRANSFERIDA PARA O HOSPITAL GETÚLIO VARGAS. A VÍTIMA SOFREU CORTES NA PERNA ESQUERDA, TENDO SIDO SUBMETIDO À CIRURGIA.

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

→ *Drailton Felinto de Andrade*
DRAILTON FELINTO DE ANDRADE
(VITIMA)

B.O. registrado por: *Hamilton Vieira Moreira* - Matricula: **350603-7**

08/01/2019 12:56





HOSPITAL GETÚLIO VARGAS
SERVIÇO DE DOCUMENTAÇÃO CIENTÍFICA



BOLETIM DE ESCLARECIMENTO

NOME: DRAILTON FELINTO DE ANDRADE

1. Ocorrência da Emergência: 672609

1.1 - Atendimentos em: 07/01/19

1.2 - Às 15 horas e 03 minutos.

1.3 - Internado: SIM

1.4 - Retirou-se às hr. e min.

2. Internamento Eletivo - Reg. Geral No. 723493

2.1 - Internado em: 07/01/19

2.2 - Alta em: 08/01/19

3. Hipótese Diagnóstica: FRATURA EXPOSTA DE TÍBIA ESQUERDA POR ABRASÃO + FERIMENTO EXTENSO + LESÃO DE MÚSCULO GASTROCNÊMIO E SOLEO.

4. Tratamento: 1) CIRURGIA EM 07/01/19: LIMPEZA MECÂNICO CIRÚRGICA + SUTURA.

5. Observação: ACIDENTE MOTOCICLISTICO.

DATA: 11.4.2019
HORA: 15:01:07
PASTA: 01.03.2019
JGAS
LP

Jéssica Guido de Araújo Sá
Dermatologista
CRM 15.938 RQE 2167

Dra. Jéssica Guido.





HOSPITAL GETULIO VARGAS EMERGÊNCIA



1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome: DRAILTON FELINTO DE ANDRADE
Data Nasc.: 05/09/1978 Idade: 40 Sexo: MASCULINO Cor:
CPF: RG: 5328456
Endereço: AVENIDA VEREADOR OTACILIO AZEVEDO
Bairro: BREJO DA GUABIRABA Cidade: RECIFE Nº: 858
CEP: 52191000 Fone: 33025814 Estado: PE
Nome da Mãe: AGRINEA MARIA DA SILVA
Acompanhante: FLAVIO JOSE FERREIRA DA SILVA
Nome do Conjuge:
Local de Procedência: UPA NOVA DESCOBERTA
Clínica: ORTOPEdia E TRAUMATOLOGIA
Ocorrência: SENHA 5594222, REFERE ACIDENTE DE TRANSITO COM COLISAO MOTO / CARRO LESAO EM BERNÀ ESQUERDA E

ATENDIMENTO: 672509

Prontuário: 723493

Acidente de Trabalho: Sim ☐ Não ☐

2 - ATENDIMENTO DATA: 07/01/2015 HORA: 15:03

h. Médico: J. S. 30

Lesão Principal / HDA:

paciente vítima de acidente de trânsito com colisão de moto há pouco de 3 horas. Sem relato sangues TCE

História do Trauma

Perda da Consciência: Sim ☐ Não ☐ Episódio Emético: Sim ☐ Não ☐ Acidente de Trabalho: Sim ☐ Não ☐
Acidente de Trânsito: Sim ☐ Não ☐ Tipo:
Colisão: Sim ☐ Não ☐ Tipo:
Atropelamento: Sim ☐ Não ☐ Local de Impacto:
Vítima de Ferimento: Sim ☐ Não ☐ Tipo:
Queimadura: Sim ☐ Não ☐ Por:
Condições de imobilização adequadas: Sim ☐ Não ☐ Sofreu Queda: Sim ☐ Não ☐ Altura: m
Transporte Realizado por:
Por que:
Observações:
Alérgico a Penicilina

Exame Físico:

A: Geral

Via aérea está pervia: Sim ☐ Não ☐ O paciente fala: Sim ☐ Não ☐ Temp. axil: C°

B: Respiratório

REG. COTE

C: Circulatório

PA: *120/80* mm Hg Pulso: *90* bpm

D: Exames Neurológico

Glasgow: Abertura Ocular:
Escore: Hora:
Deficiência motora: MSD ☐ MSE ☐ MID ☐ MIE ☐ Pupilas: Isocóncas ☐ Anisocóncas ☐
Glasgow: Resposta Verbal:
Escore: Hora:
Glasgow: Resposta Motora:
Escore: Hora:





HOSPITAL GETULIO VARGAS EMERGÊNCIA



Abdomen

Diagnóstico Inicial:

Intensa dor abdominal E' F.

Exames Solicitados : 1 - Patologia Clínica

Exames Solicitados : 1 - Especializados

Resultado de Exames

1 - 13 curvo E' F.

Código Procedimento:

Tratamento / Procedimentos:

2 - SAT 5000 1 mg

Ass. Médico + Carimbo

3 - Gafapuro 1g. 1mg

Código Procedimento:

4 - Análise de urina

Ass. Médico + Carimbo

Indicação Cirúrgica: Sim ☐ Não ☐ Motivo:

Evolução de Enfermagem:

Dr. Rafael Luz Sousa
CRM 15.193

Ass. Enfermeira + Carimbo

Diag. Definitivo:

Definição do Caso:

Condição de Alta:

☐ Curado ☐ Melhorado
☐ Inalterado ☐ Piorado
☐ Óbito

Informação do Serviço Social

Confirmação do Nome:

Confirmação do Endereço:

Providências:

Alta ☐ Transferência ☐ Estudo de Caso ☐ Exames Externos ☐

Observações:

Autorização para Alta / Internamento / Transferência

Médico:

CRM/CRO:

Data:

Hora:

Termo de Responsabilidade Para Internamento:

Estou ciente das normas existente neste Hospital, as quais integralmente e autorizo a realização de tratamentos, clínicos e/ou cirúrgicos, inclusive transfusões e sem os exames complementares e transporte se forem necessários.

Data:

Nome completo legível:

Nº da Identidade:

Assinatura:

Termo de Responsabilidade de Alta a Pedido:

Responsabilizo-me pela imediata retirada do paciente deste nosocômio, bem como tenho absoluto conhecimento sobre as consequências que deste ato possam advir.

Data:

Nome completo legível:

Nº da Identidade:

Assinatura:

Cadastramento: 07/01/2019 15:03 h JOSENEIDEAS

Impressão: 07/01/2019 15:03 h JOSENEIDEAS

Médico



HOSPITAL GETULIO VARGAS

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

MANCHESTER V2

Data e hora retirada da senha: 07/01/2019 14:53

Nome Paciente:	DRAILTON FELINTO DE ANDRADE
Cód. Paciente:	
Data de Nascimento:	05/09/1978
Sexo:	Masculino
Idade:	40
Senha:	E0024
Convênio:	-
Atendimento:	
SAME:	

Período: 07/01/2019 14:55 - 07/01/2019 14:58

SUZI ASSIS CARVALHO DE LIMA - COREN: 66261 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - CLASSIFICAÇÃO

Prioridade:

AMARELO URGENTE

Cor:

AMARELO

Queixa Principal:

PACIENTE COM RELATO DE COLISÃO LATERAL MOTO X CARRO EM USO DE CAPACETE, RETIRADO DO LOCAL POR PEDESTRES NÃO AGUARDANDO SOCORRO DE URGÊNCIA, HÁ 3HS, APRESENTANDO LESÃO COM CURATIVO OCLUSIVO EM PERNA ESQ + SANGRAMENTO.

Observação:

VINDO COM CONDUÇÃO PRÓPRIA.

Fluxograma sintoma:

PROBLEMAS EM EXTREMIDADES

Discriminador(es):

- FRATURA EXPOSTA?

Especialidade:

ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Sinais Vitais Lidos:

- REGUA DE DOR: 5



Acolhido(a) por: SUZI ASSIS CARVALHO DE LIMA - COREN: 66261 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 07/01/2019 14:58

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco

Página 1 de 1





Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
**HOSPITAL
Getúlio Vargas**



FICHA PARA AVALIAÇÃO DE RISCO DE QUEDA

NOME: _____

Nº DO REGISTRO: _____

SETOR: _____

DATA DE ADMISSÃO: ____/____/____

**ASSINALAR COM X TODOS OS ITENS DE RISCO IDENTIFICADOS.
CONSIDERAR A EXISTÊNCIA DO RISCO QUANDO ASSINALAR UM OU MAIS ITENS.**

☐ IDADE > OU IGUAL 65 ANOS

☐ CRIANÇAS < OU IGUAL 5 ANOS

☐ COMPROMETIMENTO NEUROLÓGICO

☐ DEPRESSÃO E/OU ANSIEDADE

☐ PREJUÍZO DO EQUILÍBRIO DA MARCHA

☐ DÉFICIT SENSITIVO, ACUIDADE AUDITIVA, TATO E VISUAL DIMINUIDA

☐ HISTÓRIA PRÉVIA DE QUEDA

☐ ALTERAÇÃO METABÓLICA (EX: HIPOGLICEMIA)

☐ OBESIDADE MÓRBIDA OU BAIXO ÍNDICE DE MASSA CORPÓREA

☐ SEDAÇÃO/ANESTESIA

☐ MEDICAMENTO QUE ALTERAM O SISTEMA NERVOSO CENTRAL

☐ URGÊNCIA URINÁRIA/INTESTINAL

☐ HIPOTENSÃO ORTOSTÁTICA

☐ PACIENTE CIRÚRGICO

CASO O PACIENTE APRESENTE UM OU MAIS FATORES DE RISCO, COLOCAR PULSEIRA ROXA NO MSD.

☐ COLOCADO PULSEIRA ROXA

☐ NÃO SE APLICA

ENTREGA DO FOLDER DE ORIENTAÇÃO AO PACIENTE/ACOMPANHANTE:

☐ SIM

☐ NÃO

ASSINATURA (ORIENTADO): _____

RECOMENDAÇÕES:

1. Orientar paciente e acompanhante quanto ao risco de queda e necessidade de solicitação da enfermagem para sua locomoção e mobilização;
2. Manter a cama na posição baixa, com rodas travadas e grades de proteção elevadas;
3. Orientar a não trancar portas;
4. Orientar a não andar nem circular na enfermagem ou corredor no momento da limpeza;
5. Manter a área de circulação, livre de móveis e utensílios;
6. Auxiliar na deambulação dos pacientes que apresentarem dificuldade de marcha ou déficit sensitivo ou motor;
7. Estimular o uso de acessórios de apoio;
8. Conscientizar a família sobre a importância da presença de um acompanhante e comunicar a enfermagem quando houver necessidade de ausentar-se;
9. Manter iluminação adequada durante a noite;
10. Orientar a evitar apoiar-se na cama, móveis e parapeitos de janelas;
11. Manter o acompanhamento da enfermagem no momento do transporte;
12. Orientar o acompanhante para ficar atento às brincadeiras das crianças e a utilização de brinquedos;
13. Não deixar o paciente sozinho no banheiro ou durante o banho;
14. Intensificar a atenção a pacientes que estão em uso de sedativo e hipnótico, tranquilizante, diurético, anti-hipertensivo, anti-parkinsonianos.

ENFERMEIRA/COREN: _____

Assinado eletronicamente por: EDUARDO FERREIRA QUARESMA DOS SANTOS - 26/06/2019 18:48:53
https://pje.tipe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=1906261848529960000046383271
Número do documento: 1906261848529960000046383271

MDV 1026-V.1.2013





Protocolo de Encaminhamento

TIPO DE OCORRÊNCIA
Causa Externa: Acidente/Violência () Causa Clínica () Obstétrica () Psiquiátrica () SENHA
Em caso de violência/acidente: Via Pública () Domicílio () Local de Trabalho ()

Nome do Paciente: DERMILTON FERNANDO DE ARAUJO Idade: 40

Sexo: M () F () Profissão: _____ Fone: _____

Endereço Residencial: _____ Bairro: _____

Cidade: Recife

CAUSA EXTERNA (ACIDENTE/VIOLENCIA)

Acidente de Trânsito: Ônibus () Caminhão () Carro de Passageiro () Motociclista ()
Atropelamento: Pedestre () Ciclista ()
Autotransporte: Colisão: Passageiro () Motorista () Empurrado () Empilhado () Empilhado () Empilhado () Empilhado ()
Motociclista: Motociclista () Passageiro () Uso de Cinto ()
Sem-Afogamento/Submersão () Sofocamento ()
Intoxicação Exógena () Análise Peçonhenta () Agente Causador: TRABALHO
Exposição ao: Fogo/Fumaça/Choque Elétrico ()
Queimaduras: 1º Grau () 2º Grau () 3º Grau ()
Queda: () Altura Aproximada: _____ Metros () Classe de Projeção: _____
Agressões: () Por Arma de Fogo/Tipo: _____ () Arma Branco/Tipo: _____
Agressão Sexual () Maus Tratos () Outros () Citar: _____
Mecanismo do Trauma: () Impacto Frontal () Impacto Lateral () Impacto Traseiro () Empalmo () Cessamento

História Clínica Atual: Do L. sangramento no punho

Hipótese Diagnóstica: ferida punho punho E

AVALIAÇÃO CLÍNICA

Glicemia Capilar (HGT): _____ Temperatura: _____ P.A.: _____
Vias Aéreas: FR _____ Dispneia S() N() Turgor () S() N() Obstrução Vias Aéreas S() N()
Sibilos Espiratórios S() N() SINAIS S() N() Deformação do Tórax S() N() Cough/Expector S() N()
Distúrbio Fala/Choro: S() N()
Agitação Psicomotora: S() N() Lesões de pele: S() N() Retração Xifóide S() N()
Perfusão Periférica: Boa () Lenta () Bulhas Cardíacas: Normofonéticas () Miotônicas ()
Pulso: Rítmico () Arritmico () Filiforme () Fino ()
Correção da Pele: Normocorada () Palidez () Cianose ()
Sudorese: S() N() Desidratado: S() N() Ictérico: S() N()

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

H6V = 55 44 22



Exame Neurológico
Avaliação Primária: Reflexos: Resposta Verbal () Resposta ao Estímulo Doloroso () Inespecífico ()

Exame do Coração e Pulmões (ECG)

ABERTURA OCULAR
Abertura Ocular Espontânea 4
Abertura Ocular a Voz 3
Abertura Ocular a dor 2
Sem abertura ocular 1

RESPOSTA VERBAL
Orientado 5
Confuso 4
Resposta Incompleta 3
Sem resposta verbal 2
Sem resposta verbal 1

RESPOSTA MOTORA
Obedece ao comando 5
Localiza Estímulo Doloroso 4
Retraído ao Estímulo Doloroso 4
Desorientação 3
Desorientação 2
Sem resposta motora 1

TOTAL DE PONTOS ECG

Classificação TCE pela ECG
ECG 3-8: TCE Grave
ECG 9-13: TCE Moderado
ECG 14-15: TCE Leve

Sinais de disfunção cerebral: Déficit Motor () Déficit sensorial ()
Dificuldade na fala ()
Avaliação Pupilar: Isocóricas () Anisocóricas () Midríase () Miosíase ()

NATUREZA DA LESÃO

Presença de sangramento externo: S () N ()
Lesões intra-torácicas: S () N () Fratura Rômica: S () N ()
Lesões intra-abdominais: S () N () Fratura em Ossa Longas: Fechada () Aberta ()

USO DE ALCOOL E OUTRAS DROGAS

Uso de álcool: S () N () Informante: Vítima () Outros ()
História Alcolica () Alteração na marcha () Sensibilidade reduzida () Alteração no humor ()
Uso de outras drogas: S () N () Informante: Vítima () Outros ()
Lóide () Maconha () Cocaína () Crack () Outras drogas () Anestésicos () Sedativos ()

CONDUTA CLÍNICA/EVOLUÇÃO

Imobilização de Coluna Cervical: S () N ()
Imobilização Tala Gessada: S () N ()
Antitrombotização: S () N () Especificar: _____
Oxigenioterapia: Cateter () Venturi () CPAP ()
Aspiração de Sangue e/ou secreções: S () N ()
Entubação Orotraqueal: S () N ()
Ventilação Mecânica: S () N ()
Reanimação Cardiorrespiratória: S () N ()
RX: S () N () Analgésico: S () N ()
Infusão de Fluidos: S () N () Especificar: _____
Volume de Fluidos Introdzido: _____
Outras Condutas: _____
Intervenções: _____
RO2: _____

MOTIVO DA TRANSFERÊNCIA

cinifus

CONCLUSÃO DO ATENDIMENTO

Hospital para encerrar atendimento: _____
Médico Regulador: _____
Transferência com acompanhamento Médico: S () N ()

Assinatura 7/1/19
Local e data

Assinatura
CRM 5387

Autuzação recuosa da família
gravidade da lesão

Assinatura
CRM 5387



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco HOSPITAL Getúlio Vargas		SUMÁRIO DE ALTA	
NOME: <u>Diego Elton Felício da Silva</u>		CARTÃO SUS	
NOME DA MÃE		Nº DO REGISTRO: <u>72 2143</u>	
CLÍNICA	ENFERMARIA	LEITO	PESO: ALTURA: SEXO: ☐ F ☐ M ☐
DATA DE NASCIMENTO	IDADE		
MOTIVO DA ADMISSÃO/DIAGNÓSTICO INICIAL (CONSTANTE NO LAUDO MÉDICO): <u>fractura de fêmur direito</u>			
COMORBIDADE			
PROCEDIMENTO SOLICITADO: <u>fixação com placa e parafusos</u>			
PROCEDIMENTO REALIZADO/EXAMES REALIZADOS (MARCAR NO VERSO)			
DATA DA INTERNAÇÃO: <u>07.01.19</u>	DATA DA ALTA: <u>08.01.19</u>	DIAS DE INTERNAÇÃO	
CÓDIGO DO PROCEDIMENTO REALIZADO: <u>0415040035</u>		CID C43D	CARIMBO DE FATURAMENTO
CÓDIGO: <u>0415040035</u>		T791	CRM TER
COD.	EQUIPE	NOME DO PROFISSIONAL	MATRÍCULA
1	CIRURGIÃO	<u>Dr. Rafael R. Silva</u>	
2	1º AUXÍLIO CIRÚRGICO	<u>Dr. R. Silva</u>	
3	2º AUXÍLIO CIRÚRGICO		
4	ANESTESISTA		
5	CLÍNICO		
PROCEDIMENTOS ESPECIAIS			
☐ DIÁRIA DE ACOMPANHANTE	☐ HEMODIÁLISE	☐	
☐ DIÁRIA DE UTI	☐ USO DE FATORES DE COAGULAÇÃO	☐	
☐ MUDANÇA DE PROCEDIMENTO	☐ USO DE OXIGÊNIO	☐	
☐ USO DE ÓRTESE E PRÓTESE	☐	☐	
RESUMO DO CASO (LETRA LEGVEL)			
ACHADOS CLÍNICOS, PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS REALIZADOS <u>fractura de fêmur direito com corte de pele, fixado com placa e parafusos</u>			
MEDICAÇÕES UTILIZADAS E DE ALTA:			
DIAGNÓSTICO PRINCIPAL: <u>fractura de fêmur direito</u>			
CONDIÇÕES CLÍNICAS NA ALTA: <u>Alta</u>			
MOTIVO DA ALTA: ☐ CURADO ☒ MELHORADO ☐ TRANSFERÊNCIA		CUSTO: ☐ WL ☐ SVO ☐ BO	
☐ OUTROS			
ORIENTAÇÃO QUANTO ACOMPANHAMENTO (AMBULATORIO DE RETORNO/ DATA DE RETORNO): <u>Dr. Rafael R. Silva - 07/01/19 - 10h - em casa</u>			
OBSERVAÇÃO: Enviar ao Faturamento com todos os dados devidamente preenchidos (no prazo máximo de 48 horas após o término do paciente)			
DATA: <u>08.01.19</u>		MÉDICO RESPONSÁVEL: <u>Jr. Carlos</u> CRM-PE 1257 SBOT 692	



UPA24H-UNID PRONTO ATEND NOVA DESCOBERTA

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo UPA NOVA DESCOBERTA - (SUS BH)

Data e hora retirada da senha: 07/01/2019 12:19

Nome Paciente:	DRAILTOS FELINTO DE ANDRADE
Cód. Paciente:	
Data de Nascimento:	05/09/1978
Sexo:	Masculino
Idade:	40
Senha:	F0014
Convênio:	-
Atendimento:	
SAME:	

: 07/01/2019 12:20 - 07/01/2019 12:20

DIRCILENE VENTURA DE MORAES - COREN: 334720 - : ENFERMEIRO(A) -

Prioridade: **URGÊNCIA AMARELA**

Cor: **AMARELO**

Queixa Principal: PCT TRAZIDO POR FAMILIAR, DÁ ENTRADA NA SALA AMARELA, APRESENTA FERIMENTO EM MIE, RELATO DE ACIDENTE DE MOTO, SIC.

Observação: HAS - DM -
NEGA ALERGIA MEDICAMENTOSA
NEGA OUTRAS QUEIXAS

Fluxograma sintoma: ACIDENTE DE TRANSPORTE

Discriminador(es): + DOR MODERADA

Especialidade: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA



Acolhido(a) por: **DIRCILENE VENTURA DE MORAES - COREN: 334720 - : ENFERMEIRO(A)**

Data Impressão: 07/01/2019 12:20

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco

Página 1 de 1





Data do Atendimento: 07/01/2019 Hora: 12:21:32 PRONTUÁRIO: 53418
No. Atendimento: 1305108 ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA Colaborador: VIVIANE SILVA
Sator / Serviço: CONSULTORIO MEDICO

Nome: DRAILTON FELINTO DE ANDRADE Sexo: M
Data de Nascimento: 05/09/1978 Idade: 40 Anos, 4 Meses e 2 Dias C.I.: 5329456
Pais ou responsáveis: AGRINEA MARIA DA SILVA
Endereço: - ATE 1793/1794 VEREADOR OTACILIO AZEVEDO, 856 - ALTO JOSE BONIFACIO - 53081
Cidade: RECIFE Tel.:
Hora do Atendimento: / Hs Peso: Kg Temperatura: °C

OPD / HDA: nenhuma lesão notada / com
hematoma na AS 5 e

EXAME FISICO: EM

DIAGNÓSTICO: Ⓢ Soluções

CONDUTA NA EMERGÊNCIA / PRESCRIÇÃO Ⓢ Tratamento + analgésico

Voltaren 75 - 1ml 100mg / 1ml

EVOLUÇÃO NA EMERGÊNCIA: Ⓢ melhorou o dor
Ⓢ 12 horas

*Destino do Paciente: () Alta para casa () Encaminhamento ao Ambulatório () Alta à Pedido () Atestado Dias

() Transferência para outra Unidade () Óbito () Outro:

*Condição de Saúde do Paciente: () Melhorado () Instável () Piorado

Dr. Sidney Ribeiro
Médico
CRM-PE 24.649

Médico - Carimbo e Assinatura



Avaliação Clínica - Resposta Verbal () Inesistente ()		
Resposta Motora () Inesistente ()		
ABERTURA OCULAR Abertura Ocular Espontânea 4 Abertura Ocular a Voz 3 Abertura Ocular a dor 2 Sem abertura ocular 1	RESPOSTA VERBAL Orientado 5 Confuso 4 Resposta Incompreensível 3 Sem resposta verbal 2	RESPOSTA MOTORA Obedece ao comando 5 Localiza Estímulo Doloroso 4 Retirada do Estímulo Doloroso 3 Desorientação 2 Desorientação 1 Sem resposta motora 0
TOTAL DE PONTOS ECOG		
Sinal de disfunção cerebral: Déficit Motor () Déficit Sensorial () Dificuldade verbal () Avaliação Pupilar: Alargadas () Anisocóricas () Mioticas () Mioses ()		
NATUREZA DA LESÃO		
Presença de sangramento externo: S () N () Lesões Intracraniais: S () N () Lesões Intracraniais: S () N () Lesões Intracraniais: S () N ()		
USO DE DROGAS E OUTRAS DROGAS		
Uso álcool: S () N () Hábito Alcoolismo () Uso outras drogas: S () N () Lado () Lado ()		
CONDUTA CLÍNICA EVOLUÇÃO		
Mobilização da Coluna Cervical: S () N () Mobilização Tala Gessata: S () N () Antitrombotização: S () N () Colapso respiratório: S () N () Ativação de Sinais vitais: S () N () Estabilidade Hemodinâmica: S () N () Monitorização: S () N ()		
MUNDO DA TRANSPERECIA		
CONCLUSÃO DO ATENDIMENTO		
Hospitalização: S () N () Transferência com acompanhamento Médico: S () N ()		

Assinatura 7/1/19

Assinatura

Autuzação responsável por familiares

Assinatura





Protocolo de Encaminhamento

TIPO DE OCORRÊNCIA

Causa Externa: Acidente/Violência () Causa Clínica () Obstétrica () Perinatal () **SIGNA**
Em caso de Violência/accidente: Via Pública () Domicílio () Local de Trabalho ()

Nome do Paciente: DANIELLE FERREIRA DE ARAUJO Idade: 40

Sexo: M () F () Profissão: _____ Fone: _____

Endereço Residencial: _____

Cidade: Recife

CAUSA EXTERNA (ACIDENTE/VIOLENCIA)

Acidente de Trânsito: Ônibus () Carro () Caminhão () Carga de Fardo () Motocicleta ()
Atropelamento: Pedestre () Ciclista ()
Autônomo (Colisão): Passageiro () Motociclista () Camião de Trânsito ()
Motociclista: Motociclista () Passageiro () Usador de Camião ()
Semi-Alojamento/Sucessão () Solteirismo ()
Intoxicação Exógena () Análise Perceptiva () Agente Causador:
Exposição ao: Fogo/Fumaça/Choque Elétrico ()
Queimaduras: 1º Grau () 2º Grau () 3º Grau ()
Quedas () Altura Aproximada: _____ Metros
Agressões () Por Arma de Fogo/Tipo: _____ () Arma Branca/Tipo: _____
Agressão Sexual () Maltreatment () Outros () Citar: _____
Mecanismo do Trauma: () Impacto Frontal () Impacto Lateral () Impacto Traseiro () Empurrão () Caotamento

TRABALHO

CAUSAS CLÍNICAS

História Clínica Atual: Doi e sangramento no perineo

Hipótese Diagnóstica: ferida na pele perineal

AValiação Clínica

Glicemia Capilar (HGT): _____ Temperatura: _____ F.A.: _____
Vias Aéreas: FR: _____ Depressão S () N () Turgor Intestinal S () N () Obstrução Vias Aéreas S () N ()
Sinais Espinais: S () N () B.A.M. S () N () Demarcação do Tórax S () N () Escudo Costal S () N ()
Distúrbio Feto/Choro: S () N ()
Ação Psicomotora: S () N () Lesões da face: S () N () Retração Xifóide S () N ()
Perfusão Periférica: Boa () Lentificada () Bulhas Cardíacas: Normofonéticas () Hipofonéticas ()
Pulso: Rítmico () Arritmico () Filiforme () Fino ()
Coloração da Pele: Normocorada () Palidez () Cianose ()
Sudorese: S () N () Desidratação: S () N () Ictéricas: S () N ()

FR: RN 35-50 < 1 ano 30-50 Crianças 20-30 Adulto 15-20	FC: RN 120-160 < 1 ano 90-140 Crianças 80-110 Adulto 60-100
---	--

HGV = 55 44 225



Secretaria Estadual de Saúde

RELATÓRIO DA OPERAÇÃO

PACIENTE: DRAILTON FELINTO DE ANDRADE

Registro: 723493

DATA: 07/01/19

Operador: DR. RAFAEL LUZ

1º auxiliar: DR. ARISSON MR2

Anestesista: PLANTONISTA

Diagnóstico Pré-Operatório:

**FRATURA EXPOSTA DE TIBIA ESQUERDA POR ABRASÃO + FERIMENTO
EXTENSO + LESÃO DE MUSCULO GASTROCNEMIO E SOLEO
ESQUERDO**

Tipo De Operação:

LMC + SUTURA

Descrição operatória:

- 1) Paciente em decúbito dorsal sob raquianestesia;
- 2) Antissepsia + assepsia;
- 3) Aposição de campos estéreis;
- 4) Visualizado ferimento extenso em região 1/3 proximal de perna esquerda com fratura abrasiva de tibia
- 5) Limpeza copiosa com SF 0.9%
- 6) Desbridamento de bordos de ferida
- 7) Sutura de tecido muscular com vicryl 2-0
- 8) Sutura de pele com nylon 2-0
- 9) Curativo estéril
- 10) Boa perfusão distal após o procedimento



Dr. Rafael Luz
Cirurgião de Traumatologia
CRM: 10.123



DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTENIDO NÃO VERIFICADO
22 ABR 2019
Gente Seguradora S/A
Av. Rio Nordeste, 115 - 199-5
Graciosa - Recife/PE - CEP: 53111-440

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PE Nº 014484704311
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 1 Cód. RENAVAM 284566979 R.N.T.R.C. ***** EXERCÍCIO 2019

NOME
DRAILTON FELINTO DE ANDRADE

RECIFE-PE

CPF / CNPJ 035.679.774-07 PLACA PEZ3962

PLACA ANT / UF ***** / PE CHASSI 9C2JC4110BR334933

ESPECIE TIPO PAS / MOTOCICLETA COMBUSTÍVEL GASOLINA

MARCA / MODELO HONDA / CG 125 FAN K3 ANO FAB 2011 ANO MOD 2011

CAP / POT / CL 28 / 124CL CATEGORIA PARTIC COR PREDOMINANTE VERMELHA

COTA ÚNICA IRVA 2019 QUITADO VENC. COTA ÚNICA 1ª VENC. / COTAS 1ª *****

FAIXA LPVA 1 PARCELAMENTO / COTAS 2ª *****

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) 80.11 IOF (R\$) 0.32 PRÊMIO TOTAL (R\$) 84.53 DATA DE PAGAMENTO 04/01/19

OBSERVAÇÕES AL. FID. ADM CONS NAC HONDA LTDA

RECIFE 30/01/19

Marcelo Bruto da Costa Correia

diretor administrativo em exercício DETRAN/PE

SEGURO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS
TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

PE Nº 014484704311 BILHETE DE SEGURO DPVAT

DRAILTON FELINTO DE ANDRADE

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.seguradoralider.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

RECIFE-PE EXERCÍCIO 2019 DATA EMISSÃO 30/01/19

VIA 1 CPF / CNPJ 035.679.774-07 PLACA PEZ3962

RENAVAM 284566979 MARCA / MODELO HONDA / CG 125 FAN K3

ANO FAB 2011 QUATRO 9C2JC4110BR334933

PRÊMIO TARIFÁRIO

FNS (R\$) 36.05 DENATRAM (R\$) 4.01 CUSTO DO SEGURO (R\$) 40.06

CUSTO DO BILHETE (R\$) 4.15 IOF (R\$) 0.32 TOTAL A SER PAGO PELO SEGURADO (R\$) 84.53

PAGAMENTO DATA DE QUITAÇÃO 04/01/19

X COTA ÚNICA PARCELADO

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.248.605/0001-04

DESTAQUE E GUARDE O BILHETE DPVAT
ELES NÃO SÃO DE POLEO OBRIGATORIO.





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, 18 de Maio de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190285872

Vítima: DRAILTON FELINTO DE ANDRADE

Data do Acidente: 07/01/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: PEDRO FERREIRA QUARESMA DOS SANTOS

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), DRAILTON FELINTO DE ANDRADE

Informamos que o pagamento da indenização o Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 2.362,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros inferiores 70%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 = R\$ 2.362,50

Recebedor: **DRAILTON FELINTO DE ANDRADE**

Valor: **R\$ 2.362,50**

Banco: **104**

Agência: **000000049**

Conta: **000000214526-9**

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

