

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

Nº do sinistro ou ASL: _____ CPF da vítima: **035.679.774-07** Nome completo da vítima: **DRAILTON FELINTO DE ANDRADE**

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

Nome completo: **DRAILTON FELINTO DE ANDRADE** CPF: **035.679.774-07**

Profissão: **VIGILANTE** Endereço: **RUA URIEL DE HOLANDA** Número: **1355** Complemento: **205-E**

Bairro: **LINHA DO TIRO** Cidade: **RECIFE** Estado: **PE** CEP: **52131-150**

E-mail: _____ Tel.(DDD): **81 98552-7951**

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

DADOS CADASTRAIS

RENDA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: **0049** CONTA: **00214526** **9**

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- ☐ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- ☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- ☒ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____

Grau de Parentesco com a vítima: _____ Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data, **RECIFE, 17 DE ABRIL DE 2019**

Nome: _____

CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Drailton Felinto de Andrade

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1ª Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2ª Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.





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 (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Outros motivos), que estava em posse do(a)
SANTANA DE OLIVEIRA
VEICULO: (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: **5/3/1978** Naturalidade: **RECIFE / PERNAMBUCO / BRASIL**
Endereço Residencial: **AVENIDA VEREADOR OTACILIO AZEVEDO, 858 - 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, 504 - CEP: 55060-000 - Bairro: ALTO JOSE**
BONIFACIO - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL

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

08/01/2019 12:56

VEÍCULO (VEÍCULO) 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: **AUTOMÓVEL/FORD/PAMPA** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **VERDE** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

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

MOTOCICLETA (VEÍCULO) 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)**

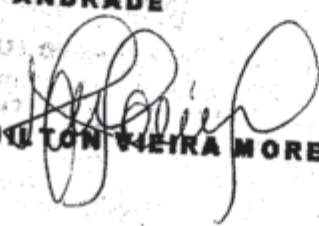
Placa: **PE23962** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO)

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
(VÍTIMA)


B.O. registrado por: **HAMILTON VIEIRA MOREIRA** - Matrícula: **350003-7**

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

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: 13/05/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: DRAILTON FELINTO DE ANDRADE

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00049

CONTA: 000000214526-9

Nr. da Autenticação B61A94784BE8A615



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 MECANICO CIRURGICA + 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

ATENDIMENTO: 672609

Prontuário: 723493

Nome: DRAILTON FELINTO DE ANDRADE

Data Nasc.: 05/09/1978

Idade: 40

Sexo: MASCULINO

CPF:

RG: 5328456

Cor:

CNS: 702100700082492

Endereço: AVENIDA VEREADOR OTACILIO AZEVEDO

Bairro: BREJO DA GUABIRABA

Cidade: RECIFE

CEP: 52191000

Fone: 83025814

Nº: 858

Estado: PE

Nome da Mãe: AGRINEA MARIA DA SILVA

Acompanhante: FLAVIO JOSE FERREIRA DA SILVA

Nome do Conjuge:

Local de Procedência: UPA NOVA DESCOBERTA

Clinica: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Ocorrência: SENHA 5594222, REFERE ACIDENTE DE TRANSITO COM COLISAO MOTO / CARRO LESAO EM PERNA ESQUERDA E

Acidente de Trabalho: Sim ☐ Não ☐

2 - ATENDIMENTO

DATA: 07/01/2019

HORA: 15:03

h * Médico: 3:30

Doença Principal / HDA:

Paciente vítima de acidente de trânsito com colisão de moto há 3 horas. Sem outras lesões TCE

História do Trauma

Perda da Consciência: Sim ☐ Não ☐

Acidente de Trânsito: Sim ☐ Não ☐

Colisão: Sim ☐ Não ☐

Atropelamento: Sim ☐ Não ☐

Vítima de Ferimento: Sim ☐ Não ☐

Queimadura: Sim ☐ Não ☐

Condições de imobilização adequadas: Sim ☐ Não ☐

Observações:

Episódio Emético: Sim ☐ Não ☐

Tipo:

Tipo:

Local de Impacto:

Por:

Condições de imobilização adequadas: Sim ☐ Não ☐

Observações:

Acidente de Trabalho: Sim ☐ Não ☐

Motorista: ☐ Passageiro: ☐

Sofreu Queda: Sim ☐ Não ☐ Altura: m

Transporte Realizado por:

Por que:

Alérgico a Dipirona

Exame Físico:

A: Geral

Via aérea esta pérvia: Sim ☐ Não ☐

O paciente fala: Sim ☐ Não ☐

BEG, COTE

B: Respiratório

Eupneico

C: Circulatório

PA: x mm

Pulso: bpm:

D: Exames Neurológico

Glasgow: Abertura Ocular

Score: Hora:

Deficiência motora: MSD ☐ MSE ☐ MID ☐ MIE ☐

Glasgow: Resposta Verbal

Score: Hora:

Pupilas: Isocóricas ☐ Anisocóricas ☐

Glasgow: Resposta Motora

Score: Hora:

*COPIA PARA
DEPARTAMENTO DE
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
ESTOS ZPT 18/01/19*

*DE SINISTROS
CONTÉÚDO NÃO VERIFICADO
22 ABR 2019
Gente Seguradora S/A
Av. Rui Barbosa, 715 Loja 5
Gracas - Recife/PE CEP: 52011-040*





HOSPITAL GETULIO VARGAS EMERGÊNCIA



: Abdômen

Diagnóstico Inicial:

Intensa dor no E.F.

Exames Solicitados : 1 - Patologia Clínica

Exames Solicitados : 1 - Especializados

Resultado de Exames:

1. IS como E.F.

Código Procedimento:

Tratamento / Procedimentos:

2. SAT 5000 1 mg
3. Galopans 1g. 1 amp.
4. As tóxicas cirurgias

Ass. Médico + Carimbo

Código Procedimento:

Ass. Médico + Carimbo

Indicação Cirúrgica: Sim ☐ Não ☐ Motivo:

Evolução de Enfermagem:

Diag. Definitivo:

Definição do Caso:

☐ Internamento ☐ Cirurgia ☐ Óbito ☐ Termo de Alta a Pedido ☐ Evadiu-se

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 Externo: ☐

Observações:

Assist. Social:

Assist. Social

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:

Cor:

Queixa Principal:

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

Observação:

VINDO COM CONDUÇÃO PROPRIA.

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



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 DIMINUÍDA

☐ 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: _____

Avenida General San Martín s/n - Cordão
Recife/PE - CEP 50.630-060
Fone: (0XX) 81.31845600

HGV.1028.V.1.2013.

AMENTO DE SINISTROS
DPVAT
JEIÇÃO NÃO VERIFICADA

22 ABR 2019

Gente Seguradora S/A
Av. Rui Barbosa 715 Loja 5
Graciosa - Recife/PE
CNPJ 06.52011-040



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: DAMILTON 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 () Motocicleta ()
Atropelamento: Pedestre () Ciclista ()
Automóvel (Colisão): Passageiro () Motorista () Carro de Passageiro () Carro de Passageiro ()
Motocicleta: Motociclista () Passageiro () Uso de Capacete: S () N ()
Semi-Afogamento/Submersão () Soterramento ()
Intoxicação Exógena () Animais Peçonhentos () Agente Causador: TRABALHO
Exposição ao: Fogo/Fumaça/Choque Elétrico ()
Queimaduras: 1º Grau () 2º Grau () 3º Grau ()
Queda: () Altura Aproximada _____ Metros () Queda de Própria Altura
Agressões: () Por Arma de Fogo/Tipo _____ () Arma Branca/Tipo: _____
Agressão Sexual () Maus Tratos () Outros () Citar: _____
Mecanismo do Trauma: () Impacto Frontal () Impacto Lateral () Impacto Traseiro () Ejecção () Capotamento

CAUSAS CLÍNICAS

História Clínica Atual: Do e sangramento no perineo

Hipótese Diagnóstica: ferida nítida por ur E

AValiação Clínica

Glicemia Capilar (HGT): _____ Temperatura: _____ P.A.: _____ F.A.: _____
Vias Aéreas: FR _____ Dispnéia S () N () Tiragem Intercoastais S () N () Obstrução Vias Aéreas S () N ()
Sibilos Expiratórios: S () N () B.A.N.: S () N () Deformidade do Tórax S () N () Cando/Esforço S () N ()
Distúrbio Fala/Choro: S () N ()
Agitação Psicomotora: S () N () Lesões de face: S () N () Retração Xifóide S () N ()
Perfusão Periférica: Boa () Lentificada () Bulhas Cardíacas: Normofonéticas () Hipofonéticas ()
Pulso: Rítmico () Arritmico () Filiforme () Fino ()
Coloração da Pele: Normocorada () Palidez () Cianose ()
Sudorese: S () N () Desidratado: S () N () Ictérico: S () N ()

FR: RN 35-50

< 1 ano 30-50

Crianças 20-30

Adulto 12-30

FC: RN 120-160

< 1 ano 90-140

Criança 80-110

Adulto 60-100

H6V = 5594829

EXAME NEUROLÓGICO

Avaliação Primária: Alerta () Resposta Verbal () Resposta ao Estímulo Doloroso () Irresponsivo ()

Escala de Coma de Glasgow (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 Inapropriada 3

Sons Incompreensíveis 2

Sem resposta verbal 1

RESPOSTA MOTORA

Obedece ao comando 6

Localiza Estímulo Doloroso 5

Retirada ao Estímulo Doloroso 4

Descorticação 3

Decerebração 2

Sem resposta motora 1

TOTAL DE PONTOS ECG

Sinais de disfunção cerebral: Déficit Motor () Desvio comissura labial ()

Dificuldade na fala ()

Avaliação Pupilar: Isocóricas () Anisocóricas () Mióticas () Mioses ()

Classificação TCE pela ECG

ECG 3-8: TCE Grave

ECG 9-13: TCE Moderado

ECG 14-15: TCE Leve

NATUREZA DA LESÃO

Presença de sangramento externo: S () N ()

Lesões Intra-Torácicas: S () N () Fratura Pélvis: S () N ()

Lesões Intra-abdominais: S () N () Fratura em Oso Longo: Fechada () Aberta ()

USO DE ALCOOL E OUTRAS DROGAS

Uso de álcool: S () N () Informante: Vítima () Outros ()

Hálito Alcoólico () Alteração na marcha () Sensibilidade Aguçada () Alteração no Humor ()

Uso de outras drogas: S () N () Informante: Vítima () Outros ()

Loio () Maconha () Coca () Cocaína () Crack () Lapa () Anfetaminas () Excess ()

CONDUTA CLÍNICA/EVOLUÇÃO

Imobilização da Coluna Cervical: S () N ()

Imobilização Tala Gessada: S () N ()

Antibioticoterapia: S () N () Especificar: _____

Oxigenioterapia: Cateter () Venturi () CPAP ()

Aspiração de Sangue e/ou secreções: S () N ()

Entubação Orotraqueal: S () N ()

Ventilação Mecânica: Modulada ()

FlO2: _____

Reanimação Cardiopulmonar: S () N ()

RX: S () N () Analgesia: S () N ()

Infusão de Fluidos: S () N () Especificar: _____

Volume de Fluidos Infundido: _____

Outras Condutas: _____

Incompetências: _____

MOTIVO DA TRANSFERÊNCIA

cinifur

CONCLUSÃO DO ATENDIMENTO

Hospital para onde foi encaminhado: _____

Médico Regulador: _____

Transferência com acompanhamento Médico: S () N ()

Recife 7/1/19

Local e data

Dr. F. L. S. Neto

CRM 5387

Médico Assistente

*Antiviso resumo da família
gravidade de ferido*

Dr. F. L. S. Neto

CRM 5387





Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
HOSPITAL
Getúlio Vargas



SUMÁRIO DE ALTA

NOME:

Diantele Felinto L. Andrade

12 (DUAS) VIAS

NOME DA MÃE:

CARTÃO SUS:

CLÍNICA:

ENFERMARIA:

LEITO:

Nº DO REGISTRO:

72 2193

DATA DE NASCIMENTO:

IDADE:

PESO:

ALTURA:

SEXO:

F: ☐ M: ☐

MOTIVO DA ADMISSÃO/DIAGNÓSTICO INICIAL (CONSTANTE NO LAUDO MÉDICO):

fratura externa do pé direito

COMORBIDADE:

PROCEDIMENTO SOLICITADO:

fixação com placa e parafusos

PROCEDIMENTO REALIZADO/EXAMES REALIZADOS (MARCAR NO VERSO):

DATA DA INTERNAÇÃO:

07.01.19

DATA DA ALTA:

08.01.19

DIAS DE INTERNAÇÃO:

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO REALIZADO:

0413 041 01 78
0415 040 00 35

CID:

C43D

CARIMBO DE FATURAMENTO

CRM 788

CÓD.

EQUIPE

NOME DO PROFISSIONAL

MATRÍCULA

1

CIRURGIÃO

2

1º AUXÍLIO CIRÚRGICO

3

2º AUXÍLIO CIRÚRGICO

4

ANESTESISTA

5

CLÍNICO

PROCEDIMENTOS ESPECIAIS

☐

DIÁRIA DE ACOMPANHANTE

☐

DIÁRIA DE UTI

☐

MUDANÇA DE PROCEDIMENTO

☐

USO DE ÓRTESE E PRÓTESE

☐

HEMODIÁLISE

☐

USO DE FATORES DE COAGULAÇÃO

☐

USO DE OXIGÊNIO

☐

RESUMO DO CASO (LETRA LEGÍVEL)

ACHADOS CLÍNICOS, PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS REALIZADOS

fratura no terço médio do pé direito de natureza fechada com lesão de pele e tendão do ACR

MEDICAÇÕES UTILIZADAS E DE ALTA:

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL:

fratura do pé direito com ferida

CONDIÇÕES CLÍNICAS NA ALTA:

Alta

MOTIVO DA ALTA:

☐ CURADO

☒ MELHORADO

☐ TRANSFERÊNCIA

☐ OUTROS

ÓBTO:

☐ IML

☐ SVO

☐ BO

ORIENTAÇÃO QUANTO ACOMPANHAMENTO (AMBULATORIO DE RETORNO/ DATA DE RETORNO):

retorno em 15 dias para avaliação da cicatrização da ferida e do pé

OBSERVAÇÃO: Enviar ao Faturamento com todos os dados devidamente preenchidos no prazo máximo de 48 horas após alta do paciente

Jr. Carliandro
Ortopedia
CRM-PE 1297
SBOT 892

MÉDICO RESPONSÁVEL
ASSINATURA/CARIMBO/CRM



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
**HOSPITAL
GETÚLIO VARGAS**



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. André Luiz Duarte
Ortopedia e Traumatologia
CRMPE 26724

HN-55489

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

Glicemia Capilar (HGT):
Vias Aéreas: FR
Sibilos Expiratórios: S () N ()
Distúrbio Fala/Choro: S () N ()
Agitação Psicomotora: S () N ()
Perfusão Periférica: Boa () Lenta ()
Pulso: Ritmico () Arritmico () Fim ()
Coração da Pele: Normocorado () Palidez () Cianose ()
Sudorese: S () N () Desidratado: S () N ()

AValiação Clínica

Hipótese Diagnóstica: *ferida na virilha*

História Clínica Atual: *Doi e sangramento no ferimento*

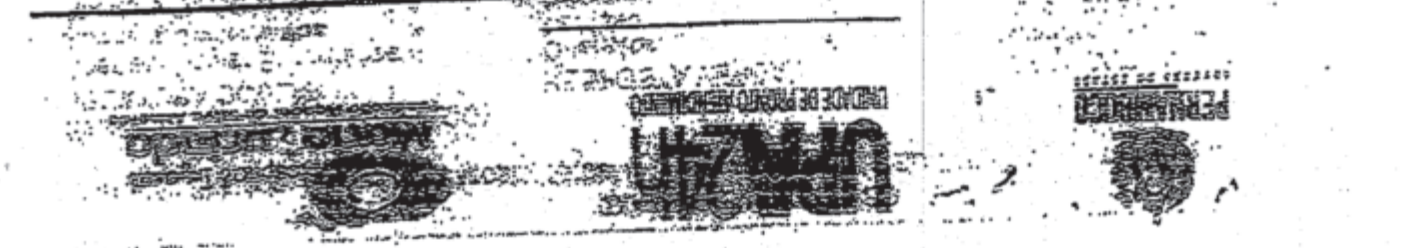
CAUSA EXTERNA (ACIDENTAL/INTENCIONAL)
Acidente de Trânsito: Ônibus () Caminhão () Carro de Passageiros ()
Atropelamento: Pedestre () Ciclista ()
Automóvel (Colisão): Passageiro () Motorista ()
Motocicleta: Motorista () Passageiro ()
Semi-Atropelamento/Suplantação: ()
Intoxicação Exógena: () Animais Peçonhentos () Agente Causador
Exposição ao Fogo/Fumaça/Choque Elétrico ()
Queimaduras: 1º Grau () 2º Grau () 3º Grau ()
Queda: () Altura Aproximada _____ Metros
Agressões: () Por Arma de Fogo/Tipo _____
Outros: () Citar _____
Mecanismo do Trauma: () Impacto Frontal () Impacto Lateral () Impacto Traseiro () Ejeção () Capotamento

THAMIRIS

Cidade: *Maré*
Endereço Residencial: _____
Sexo: M () F () Profissão: _____
Nome do Paciente: *Danielson Feijó de Oliveira*
Fone: _____

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

Protocolo de Encaminhamento



Exame Neurológico
Avaliação Primária: Resposta Verbal () Resposta a Estímulo Doloroso () Inesponsivo ()

Estado da Corrente de Eletrocardiograma (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 Inadequada 3

Sem resposta verbal 2

Sem resposta verbal 1

RESPOSTA MOTORA

Obedece ao comando 6

Localiza Estímulo Doloroso 5

Retirada do Estímulo Doloroso 4

Descorticação 3

Descerebração 2

Sem resposta motora 1

TOTAL DE PONTOS ECG

Sinais de disfunção cerebral: Déficit Motor () Déficit sensorial labial ()
Dificuldade na fala ()

Avaliação Pupilar: Isocóricas () Anisocóricas () Miotose () Miase ()

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

NATUREZA DA LESÃO

Presença de sangramento externo: S () N ()

Lesões Intra-Torácicas: S () N () Fratura Pélvis: S () N ()

Lesões Intra-abdominais: S () N () Fratura em Oso Longo: Fechada () Aberta ()

USO DE ALCOOL E OUTRAS DROGAS

Usou álcool: S () N () Informante: Verbal () Outros ()

Hálito Alcoólico () Alteração na marcha () Sensação de tontura () Alteração no humor ()

Usou outras drogas: S () N () Informante: Verbal () Outros ()

Loja () Maconha () Cocaína () Crack () Anestésicos () Sedativos ()

CONDUTA CLÍNICA/EVOLUÇÃO

Imobilização da Coluna Cervical: S () N ()

Imobilização Tala Gessada: S () N ()

Antibioticoterapia: S () N () Especificar: _____

Oxigenioterapia: Oxi () Vent () CPAP ()

Aspiração de Sangue e/ou secreções: S () N ()

Entubação Orotraqueal: S () N ()

Ventilação Mecânica: Sim () Não ()

FIO2: _____

Reanimação Cardiorrespiratória: S () N ()

RX: S () N () Anestesia: S () N ()

Infusão de Fluidos: S () N () Especificar: _____

Volume de Fluidos Infundido: _____

Outras Condutas: _____

Intercorrelações: _____

MOTIVO DA TRANSFERÊNCIA

Exclusão

ASSINATURA

CONCLUSÃO DO ATENDIMENTO

Hospital para onde será encaminhado: _____

México Reguladora: _____

Transferência com acompanhamento Médico: S () N ()

NOTA

Recife 7/1/19

Local e data

Dr. F. L. S. Neto

CRM 5387

Médico Assistente

Antecedente recente em familiares
gravidade do quadro

Dr. F. L. S. Neto
CRM 5387

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DFV/AT
CONTÉUDO NÃO VERIFICADO
22 ABR 2019
Gente Seguradora S/A
Av. Rui Barbosa, 715 Loja 5
Graciosa - Recife/PE CEP: 520-0040

Data do Atendimento: 07/01/2019 Hora: 12:21:32 PRONTUÁRIO: 53418
No. Atendimento: 1305108 ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA Colaborador: VIVIANESILVA
Setor / 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.: 5328456
País ou responsáveis: AGRINEA MARIA DA SILVA /
Endereço: ATE 1793/1794 VEREADOR OTACILIO AZEVEDO, 858 - ALTO JOSE BONIFACIO/ - 52081
Cidade: RECIFE Tel.:
Hora do Atendimento: / Hs Peso: Kg Temperatura: °

QPD / HDA: *neveira no rosto / com
hematoma*

EXAME FÍSICO: *em*

DIAGNÓSTICO: *Contusão*

CONDUTA NA EMERGÊNCIA / PRESCRIÇÃO *Tratamento + analgésico*

Voltar em 15 dias

EVOLUÇÃO NA EMERGÊNCIA: *Q. Voltar em 15 dias*

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

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

*Condição da Saúde do Paciente: () Melhorado () Inalterado () Piorado

Dr. Sidney Ribeiro
Médico
CRM-PE 24.649

Médico - Carimbo e Assinatura

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 AMARELO

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

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO DE TRANSPORTES
SECRETARIA NACIONAL DE TRANSPORTES

PE

NOME
DRAILTON FELINTO DE ANDRADE

DOC. IDENTIDADE / CNH EMITIDA EM
5328456 SSP PE

CPF
035.679.774-07

DATA NASCIMENTO
05/09/1976

FILIAÇÃO
JOSE FELINTO BEZERRA D
E ANDRADE IRMAO
AGRINER MARIA DA SILVA

PERMISSÃO
00000000000000000000

ACC
00000000000000000000

CAT. HAB
AE

Nº REGISTRO
04668951485

VALIDADE
20/12/2023

1ª HABILITAÇÃO
21/05/2009

OBSERVAÇÕES
A

ASSINATURA DO PLASTIFICAR
DRAILTON FELINTO DE ANDRADE

LOCAL
OLINDA, PE

DATA EMISSÃO
20/12/2018

ASSINATURA DO EMISSOR
Gustavo Andreass Soares Ribalro
Diretor Presidente

PERNAMBUCO

DETRAN CONTAS

PROIBIDO PLASTIFICAR
1754590036

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
1754590036



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

NOME: PEDRO FERREIRA QUARESMAS DOS SANTOS

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR / UF: 5938961 SSP PE

CPF: 042.350.054-64 DATA NASCIMENTO: 20/07/1983

FILIAÇÃO: FERNANDO QUARESMAS DOS SANTOS
SEVERINA BORGES FERREI RA DOS SANTOS

PERMISSÃO: ☒ A1 ☐ A2 ☐ A3 ☐ A4 ☐ A5

Nº REGISTRO: 02396555909 VALIDADE: 21/09/2023 1ª HABILITAÇÃO: 26/04/2002

RESERVAÇÃO

Assinatura do Portador: Pedro F. Q. dos Santos

LOCAL: RECIFE, PE DATA EMISSÃO: 21/09/2017

Assinatura do Diretor Presidente: Charles Antônio Costa Ribeiro
Diretor Presidente

Assinatura do Diretor: 10844719525
PE081367538

PERNAMBUCO

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL 1485322621

PROIBIDO PLASTIFICAR 1485322621



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190285872 **Cidade:** Recife **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: DRAILTON FELINTO DE ANDRADE **Data do acidente:** 07/01/2019 **Seguradora:** Tokio Marine Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 08/05/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DE TÍBIA ESQUERDA.
LESÃO DE MÚSCULO GASTROCNÊMIO SOLEO ESQUERDO .

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - DEBRIDAMENTO ALTA. P 9

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL RESIDUAL DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

Documentos complementares:
Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau residual - 10 %	7%	R\$ 945,00
Total			7 %	R\$ 945,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190285872 **Cidade:** Recife **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: DRAILTON FELINTO DE ANDRADE **Data do acidente:** 07/01/2019 **Seguradora:** Tokio Marine Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 08/05/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DE TÍBIA ESQUERDA.
LESÃO DE MÚSCULO GASTROCNÊMIO SOLEO ESQUERDO .

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - DEBRIDAMENTO ALTA. P 9

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

Documentos complementares:
Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

Rio de Janeiro, 24 de Abril 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: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), DRAILTON FELINTO DE ANDRADE

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

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

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

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, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



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

