
Rio de Janeiro, 22 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190595275

Vítima: VALMIR FERREIRA DA SILVA

Data do Acidente: 14/08/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ROSSANA LIGIA FERNANDES DANTAS

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), VALMIR FERREIRA DA SILVA

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



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, 22 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190595275 Vítima: VALMIR FERREIRA DA SILVA

Data do Acidente: 14/08/2019 Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ROSSANA LIGIA FERNANDES DANTAS

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), VALMIR FERREIRA DA SILVA

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Autorização de pagamento	Apresentar o formulário Pedido do Seguro DPVAT, disponível em nosso site, com preenchimento completo/correto de todos os campos dos Dados Cadastrais, sem abreviações e/ou rasuras, confirmando as informações bancárias de titularidade da própria vítima/beneficiário, pois o banco recusou a realização do depósito da indenização/reembolso na conta bancária inicialmente informada.
---------------------------------	---

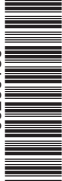
O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 28 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190595275 Vítima: VALMIR FERREIRA DA SILVA

Data do Acidente: 14/08/2019 Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ROSSANA LIGIA FERNANDES DANTAS

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), VALMIR FERREIRA DA SILVA

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Autorização de pagamento	Apresentar o formulário Pedido do Seguro DPVAT, disponível em nosso site, com preenchimento completo/correto de todos os campos dos Dados Cadastrais, sem abreviações e/ou rasuras, confirmando as informações bancárias de titularidade da própria vítima/beneficiário, pois o banco recusou a realização do depósito da indenização/reembolso na conta bancária inicialmente informada.
---------------------------------	---

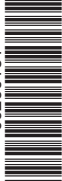
O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 05 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190595275

Vítima: VALMIR FERREIRA DA SILVA

Data do Acidente: 14/08/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ROSSANA LIGIA FERNANDES DANTAS

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), VALMIR FERREIRA DA SILVA

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos pés 50%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 50%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

Recebedor: VALMIR FERREIRA DA SILVA

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000003122

Conta: 000985460213-9

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



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou AS:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:
		VALMIR FERREIRA DA SILVA
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012		
Nome completo:	CPF:	
VALMIR FERREIRA DA SILVA	079.024.564-70	
Profissão:	Endereço:	Número:
GAÇON	RUA LOURIVAL DE ALBUQUERQUE	180-A
Bairro:	Cidade:	Estado:
CENTRO	ARAPUÁ E LIMA	PA
E-mail:	CEP:	Tel. (DDD):
valmirmf@hotmail.com / 81/999641109	53.525-540	

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: **3122** CONTA: **00016355** **3**

(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 LIDER a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo o dano, 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 LIDER 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 contestação, caso discorde do seu conteúdo.

INVALIDEZ PERMANENTE

DECLARAÇÃO DE ÚNICO BENEFICIÁRIO - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no CMI) ☐ Divorçado ☐ 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 (val nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora LIDER pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e comprovar 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.

MORTE

Impressão digital da vítima ou beneficiário

Local e Data: **Araruama RJ 21/10/2019**
Nome: _____
CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

VALMIR FERREIRA DA SILVA
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 conteúdo do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:

079.024.564-70 VALMIR FERREIRA DA SILVA

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

5 - Nome completo: VALMIR FERREIRA DA SILVA 6 - CPF: 079.024.564-70

7 - Profissão: GARÇON 8 - Endereço: Rua LOURIVAL DE ALBUQUERQUE 9 - Número: 180 10 - Complemento: CASA - D

11 - Bairro: CENTRO 12 - Cidade: ABRÃO E LIMA 13 - Estado: PE 14 - CEP: 53.560-180

15 - E-mail: balbimesspe@hotmail.com (21/999441109) 16 - Tel.(DDD): (31) 3532-0069

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☐ RECUSO INFORMAR ☒ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, TUTOR, TUTOR)

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 3122 CONTA: 00016 355 3

(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.

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

Declaro, sob as penas da lei, que não há impossibilidade de obtenção de laudo do Instituto Médico Legal (IML) em decorrência das circunstâncias do acidente, e, portanto, não apresento nenhuma justificativa para a ausência de laudo do IML.

☐ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
☐ O IML que atenda a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
☒ O IML que atenda 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 do 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 ☐ Viúvo ☐ Separado judicialmente ☐ Divorciado

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vul nascen)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

ABRÃO E LIMA, 28/10/2018
VALMIR FERREIRA DA SILVA

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

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

2 - NR do sinistro ou ASL: **3190595275** 3 - CPF da vítima: **079.024.564-70** 4 - Nome completo da vítima: **VALMIR FERREIRA DA SILVA**

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

5 - Nome completo: **VALMIR FERREIRA DA SILVA** 6 - CPF: **079.024.564-70**

7 - Profissão: **BARÇON** 8 - Endereço: **RUA LOURIVAL DE ALBUQUERQUE** 9 - Número: **180** 10 - Complemento: **CASA: A**

11 - Bairro: **CENTRO** 12 - Cidade: **ABREU E LIMA** 13 - Estado: **PE** 14 - CEP: **53.560-180**

15 - E-mail: **balbimosp@hotmaul.com (81) 999441109** 16 - Tel. (DDD): **(81) 3538-0069**

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☐ RECUSO INFORMAR ☒ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (P. FORMADOR DO TUTOR)

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)

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

AGÊNCIA: **3122** CONTA: **985460213** 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.

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

☐ 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.

Pela 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 5.194/74, art. 3º, §2º, 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

25 - Grau de Parentesco com a vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo ☐ Não sabe

26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não

27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos: ☐ Sim ☐ Não

30 - Vítima deixou descendentes? ☐ Sim ☐ Não

31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: ☐ Sim ☐ Não

33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34 - Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª Nome: _____ CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome: _____ CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: **Abreu e Lima/PE em 13/11/2019**

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): **VALMIR FERREIRA DA SILVA**

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

PPS.001.V002/2019

16/10/2019 16:31



554940

0366640/19

**GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLICIA DA 009ª CIRCUNSCRIÇÃO - 1PSEP - DP9ªCIRC
DIM/3ªDESEC**

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 19E0099002766

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 16/10/2019 às 17:10

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Deloso (Consumado) que aconteceu no dia 14/8/2019 às 01:00

Fato ocorrido no endereço: **AVENIDA RECIFE, 1 - Bairro: AREIAS - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL** - Ponto de Referência: **PROXIMO A FARMACIA PAGUE MENOS.**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

**DESCONHECIDO (AUTOR / AGENTE)
VALMIR FERREIRA DA SILVA (VITIMA)**

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): **VALMIR FERREIRA DA SILVA**
REINO ANIMAL: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**

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

VALMIR FERREIRA DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: ERENITA MARIA CELESTINO Pai: BENEDITO FERREIRA DA SILVA Data de Nascimento: 9/8/1988 Naturalidade: PANELAS / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 7159521/SD/PE (RG), 07392486479 (CPF) Estado Civil: CASADO(A) Escolaridade: 2ª. GRAU COMPLETO Profissão: GARGOM Telefones Celulares: - 81399942795

Endereço Residencial: RUA PALMEIRINHA, 113, O MESMO RES: TRAVESSA PALMEIRINHA, Nº 113- ARTUR LUNDREN I- PAULISTA-PE. - CEP: 65990-000 - Bairro: ARTUR LUNDREN - I- PAULISTA/PERNAMBUCO/BRASIL

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

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

VEICULO (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): VALMIR FERREIRA DA SILVA, que estava em posse do(a) Sr(a): VALMIR FERREIRA DA SILVA
Categoria/Modelo/Ano: MOTOCICLETA HONDA/NR 199 HONDA 2000 Objeto apreendido: NÃO
Cor: VERMELHA - Quantidade: 01 (UNIDADE)

Boletim de Ocorrência

file:///C:/Users/Inv7/infopol/xml/BOBPreview.html

Placa: **PFF3488** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO)
Ano Fabricação/Modelo: **2012/2012**

CARROÇA (REINO ANIMAL) de propriedade de(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**, que estava em posse de(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**
Categoria/Marca/Modelo: **NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**
Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Complemento / Observação

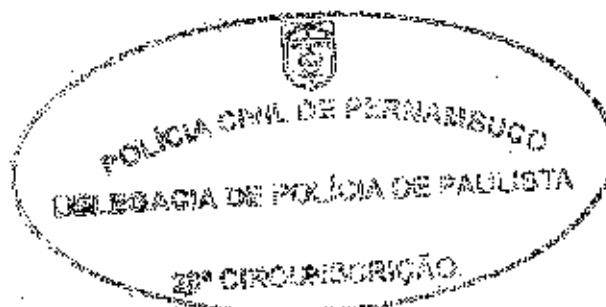
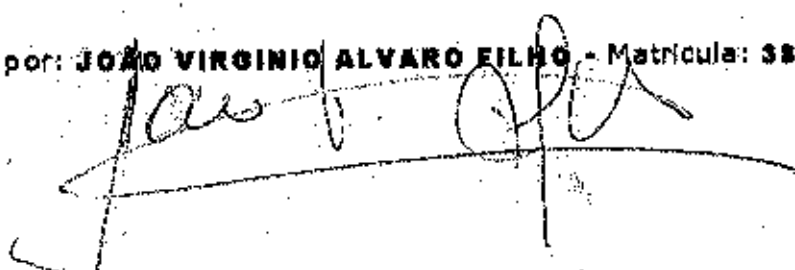
DECLARA A VITIMA QUE NO DIA E LOCAL ACIMA MENCIONADO, QUANDO ESTAVA SAINDO DO TRABALHO COM DESTINO A SUA RESIDENCIA COLIDIU VIOLENTAMENTE COM UM CARROÇA, QUE ENCONTRAVA-SE ESTACIONADA NO LITO DA VIA EM TELA QUE APÓS O IMPACTO O MESMO VEIO A CAIR AO SOLO, SENDO OCORRIDO PELO SAMU PARA O HOSPITAL DO ESPINHEIRO FICANDO INTERNADO POR TRÊS DIAS, QUE N DIA 04/03/2019, RETORNOU AO HOSPITAL EM TELA PARA REALIZAR A SEGUNDA CIRURGIA FICANDO INTERNADO POR DOIS DIAS. A MOTOCICLETA ACIMA CITADA E DE PROPRIEDADE DE: SONILLE DE SOUZA SANTOS, RG DE N° 0.338.008/SSG/PE E CPF DE N° 122.788.114-84. PELO FATO EXPOSTO PEDE PROVIDENCIA QUE O CASO REQUER, CASO AFETO A DP. DE JARDIM SAO PAULO.

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

VALMIR FERREIRA DA SILVA

VALMIR FERREIRA DA SILVA
(VITIMA)

B.O. registrado por: JOAO VIRGINIO ALVARO FILHO - Matrícula: 381061-8



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou AS: _____ CPF da vítima: _____ Nome completo da vítima: **VALMIR FERREIRA DA SILVA**

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

Nome completo: **VALMIR FERREIRA DA SILVA** CPF: **079.024.564-70**

Profissão: **GAZON** Endereço: **RUA JOVIAL DE ALBUQUERQUE** Número: **180-A** Complemento: **CASA**

Bairro: **CENTRO** Cidade: **ARROIO E LIMA** Estado: **RS** CEP: **53.525-540**

E-mail: **valmirmr@hotmail.com / 81/999641109** Tel. (DDD): _____

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: **3122** CONTA: **00016355** **3**

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

INVALIDEZ PERMANENTE

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 LIDER 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 contestação, caso discorde do seu conteúdo.

MORTE

DECLARAÇÃO DE ÚNICO BENEFICIÁRIO - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no CMI) ☐ Divorçado ☐ 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 (val nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora LIDER pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e comprovar 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

Local e Data: **Arroio e Lima 21/10/2019**

Nome: _____

CPF: _____

TESTEMUNHAS

1ª Nome: _____

CPF: _____

Assinatura _____

2ª Nome: _____

CPF: _____

Assinatura _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

VALMIR FERREIRA DA SILVA

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

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 conteúdo do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

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

DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO

Nº DA	113.08.2019
DATA	03.09.2019

Atendendo ao requerimento do paciente Sr. **VALMIR FERREIRA DA SILVA**, portador do Documento de Identidade nº **7156521** SDS/PE e inscrito no CPF nº **079.024.564-70**, declaramos que consta em nossos arquivos a ocorrência de nº **S-666989**, que no dia 14 de agosto de 2019, foi atendido por nosso Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU Metropolitano do Recife, vítima de colisão envolvendo carroça e moto, por volta das 01h, na Avenida Recife, em frente a Churrascaria Panutaria, imediações da Farmácia Pague Menos, no bairro Areias, Recife/PE e, sendo direcionado para o Hospital Hapvida Espinheiro. Recife, 03 de setembro de 2019.

Dr. Sérgio Parente Costa
Gerente de Informação e Avaliação
SAMU Metropolitano - Recife



Dr. Sérgio Parente Costa
Gerente de Informação e Avaliação
SAMU Metropolitano do Recife

SAMU METROPOLITANO DO RECIFE

Avenida Manoel Borba, 951 Boa Vista Recife - PE

CEP - 50.060.140 Fone: 3355-7450

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: 28/11/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: VALMIR FERREIRA DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03122

CONTA: 000985460213-9

Nr. da Autenticação CC660AAE3CD0C0EC



Tir. da Social de Energia de Pernambuco Ltda. 10.483, de 10/04/2012

Comissão Reguladora de Pernambuco
Av. J. de Sá Barosa, 11 - Boa Vista, Recife - PE, CEP 51001-402
CEP: 51001-402 | Tel: 081 3942-95 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE
VALMIR VEREIRA DA SILVA

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
RUA LOURIVAL DE ALBUQUERQUE 180 D

CPF: 079.024.084-70

CENTROAMPERE E LIMA
ABREU E LIMA DE
53662-120

CLASSIFICAÇÃO
BT RESERVAÇÃO
RESIDENCIAL

7021201078 08/2019

600816546 23/09/2019

CONSUMO MENSAL
Código de Consumo: 7021201078
Código de Unidade: 600816546
Data de Consumo: 23/09/2019

	QUANTIDADE	PREÇO UNIT.	VALOR (R\$)
Consumo Atual (kWh)	82,311000	0,73646172	60,65
Adesão de Serviço AMARELA			0,40
Adesão de Serviço VERMELHA			0,09
Contrib. Hum. Financeira Municipal			0,00
ICMS Geração (CDE NF 0370/6536 - 2006/19)			0,00
Multa por atraso NF 0370/6536 - 24/07/19			0,00
Multa por atraso NF 0370/6536 - 24/07/19			0,00
Atualização (IGPM NF 0370/6536 - 24/07/19)			0,00

TIPO DA	ANTERIOR	ATUAL	DE	CONSTANTE	ADJUSTE	CONSUMO (kWh)
LEITURA	DATA	DATA	DATA	DATA	DATA	
90102210	04-07-2019	04-07-2019	04-07-2019	04-07-2019	04-07-2019	82,31

TIPO DA	ANTERIOR	ATUAL	DE	CONSTANTE	ADJUSTE	CONSUMO (kWh)
LEITURA	DATA	DATA	DATA	DATA	DATA	
90102210	04-07-2019	04-07-2019	04-07-2019	04-07-2019	04-07-2019	82,31

TIPO DA	ANTERIOR	ATUAL	DE	CONSTANTE	ADJUSTE	CONSUMO (kWh)
LEITURA	DATA	DATA	DATA	DATA	DATA	
90102210	04-07-2019	04-07-2019	04-07-2019	04-07-2019	04-07-2019	82,31

CONSUMO MENSAL
Código de Consumo: 7021201078
Código de Unidade: 600816546
Data de Consumo: 23/09/2019

ATENDIMENTO: AVENIDA BRASL - NUM. - 00931 - LOJA-5 - CENTRO
ABREU - LIMA PE 53520-17

JACOB JO QUENTE
ROSSANA LIGIA FERNANDES DANTAS MATRICULA: 180868667
R JOAQUIM NABUCO, N. 00200 - - TIMBO ABREU E LIMA PE 53520-17
INSCRICAO: 165.135.120.0443.000 GRUPO: 7 DEB.AUTOMATICO: 180868667

QUANTO AGUA LIGADO	POTENCIAL	RESIDENCIAL	COMUNICACAO DE NORMAS CITY, RUA, INDUSTRIAL	PUBLICA
		1	1	
CONSUMO A178224252	DATA DE INICIO 30/07/2019	DATA DE FIM 29/08/2019	TIPO DE CONSUMO (L/L)	
			MEDIA - HD	

AGUA:
LEIT AXE: 3 CONSUMO: 1
LEIT ATU: 3
LEIT SAT: 3 HD PARADO

HISTORICO DE CONSUMO REFERENCIA CONSUMO

REFERENCIA	CONSUMO	PARAMETROS	NUMERO DE AMOSTRAS		
			EXTG. POR MS 2.914/11	ANALISES REALIZ.	ATENDEN A EGIS
07/2019	01		83	83	82
06/2019	01	TURBIDEZ	83	83	80
05/2019	01	COR APARENTE	83	83	81
04/2019	01	CLORO RESIDUAL	83	83	82
03/2019	01	COLIF. TOTAIS	83	83	83
02/2019	01		83	83	83
MEDIA:	01				

Qualidade de Agua: www.compsa.com.br

OBS.: (1) COLIFORMES TOTAIS AUSENCIA 95% DAS AMOSTRAS EXAMINADAS
(2) OS PARAMETROS COLIFORMES TOTAIS, ESCHERICHIA COLI E CLORO-
RESIDUAL SAO INDICADORES DAS CONDICAOES SANITARIAS DA AGUA
(3) OS PARAMETROS COR E TURBIDEZ SAO INDICADORES DAS CONDICAOES
ASSOCIADAS AO ASPECTO VISUAL DA AGUA

DESCRICAO DOS SERVICOS	CONSUMO	TOTAL(R\$)
AGUA		
RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)		
CONSUMO DE AGUA	1 M3	44,08
COMERCIAL 1 UNIDADE(S)		
CONSUMO DE AGUA	0 M3	04,84
MULTA P/IMPONTUALIDADE 07/2019		2,10
JUROS DE MORA 05/2019 06/2019		1,99

100,92	1,85	1,80
100,92	7,62	8,28

VENCIMENTO: 5/09/2019 TOTAL A PAGAR: 114,01

ABREU



Seguradora
LÍDER
Atendimento ao Segurado DPVAT

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DINHEIRO CIRCULAR SUSEP 445/12

Para maiores esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoradora.com.br> ou ligue para SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

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 **ROSSANA LÍGIA FERNANDES DANTAS** inscrito (a) no CPF/CNPJ **884.647.684-00**, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Valmir Ferreira Da Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 079.024.564-70 do sinistro de DPVAT cobertura **INVALIDEZ** da Vítima Valmir Ferreira Da Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 079.024.564-70, 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 AVENIDA JOAQUIM NABUCO		Número 200	Complemento CASA
Bairro TIMBÓ	Cidade ABREU E LIMA	Estado PE	CEP 53520170
Email: balblnospe@hotmail.com		Telefone Comercial (DDD) (81) 3538.0069	Telefone celular (DDD) (81) 98721.5834

Abreu e Lima 21 de Outubro de 2019.

Rossana Lígia Fernandes Dantas
Assinatura do Declarante

DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)
Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 05 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

Eu, SONIELLE DE SOUZA SANTOS

RG nº 9.338.608, data de expedição 16/08/19

Órgão SPS, portador do CPF nº 122.789.314-04

com domicílio na cidade de Jaboatão dos Guararapes, no Estado de Pernambuco, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)

Rua José Brás Noroia, nº 4350

complemento CANDIA, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo

mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima

VALMIR FERREIRA DA SILVA

cujo o condutor era

VALMIR FERREIRA DA SILVA

Veículo: HONDA NXR 150 Modelo: BROS ESQ Ano: 2012/2012

Placa: PFY 3459 Chassi: 9C2KD0540ERS62057

Data do Acidente: 14/08/2019

Local e Data: Jaboatão dos Guararapes 24/09/2019

2º OFÍCIO

Sonielle de Souza Santos Vieira

Assinatura do Declarante

Assinatura do Condutor

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

2ª SURVENTIA NOTARIAL
DE JABOATÃO DOS GUARARAPES

2ª TABELINHA DE NOTAS E PROPOSTAS
Tabela de Notas e Propostas de 15/06/2019 - 15/06/2020 - 15/06/2021 - 15/06/2022 - 15/06/2023 - 15/06/2024 - 15/06/2025 - 15/06/2026 - 15/06/2027 - 15/06/2028 - 15/06/2029 - 15/06/2030

Reconheço como autêntica a assinatura de SONIELLE DE SOUZA SANTOS VIEIRA em 24/09/2019 às 10:05, em

test. Luana Borges Diniz

LUANA BORGES DINIZ / Escritor

Selo nº: 0074812 IHL0820130104622

Tempo de 3.98 Taxas de 0.82 e 0.14 R\$ 4.81

2ª Cota de 0.14 R\$ 0.14 e 0.14 R\$ 0.14



DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO

Nº DA	113.08.2019
DATA	03.09.2019

Atendendo ao requerimento do paciente Sr. **VALMIR FERREIRA DA SILVA**, portador do Documento de Identidade nº **7156521** SDS/PE e inscrito no CPF nº **079.024.564-70**, declaramos que consta em nossos arquivos a ocorrência de nº **S-666989**, que no dia 14 de agosto de 2019, foi atendido por nosso Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU Metropolitano do Recife, vítima de colisão envolvendo carroça e moto, por volta das 01h, na Avenida Recife, em frente a Churrascaria Panutaria, imediações da Farmácia Pague Menos, no bairro Areias, Recife/PE e, sendo direcionado para o Hospital Hapvida Espinheiro. Recife, 03 de setembro de 2019.

Dr. Sérgio Parente Costa
Gerente de Informação e Avaliação
SAMU Metropolitano - Recife

Sergio Parente Costa

Dr. Sérgio Parente Costa

Gerente de Informação e Avaliação

SAMU Metropolitano do Recife

SAMU METROPOLITANO DO RECIFE

Avenida Manoel Borba, 951 Boa Vista Recife - PE

CEP - 50.060.140 Fone: 3355-7450



FORMULÁRIO EMERGÊNCIA CLÍNICA

Página 1 de 1

29/08/2019 09:50

ULTRA SOM SERV MED LTDA - HE

Paciente: VALMIR FERREIRA DA SILVA	Dt. Nasc.: 08/09/1988	Atendimento: 18832029	Prontuário: 7256414
Convênio: HAPVIDA	Posto: POSTO EMERGENCIA - HE	Leito: 300212/4	
Profissional(is): EOLINO ALVES GOUTINHO CRM 11699 (1) LUIZ MARCELO CORREIA JÚNIOR CRM 19847 (2)	Nº: 14482945	14/08/2019	às 01:48

ANAMNESE

Queixa Principal	RELATO DE ACIDENTE D E MOTO COM DOR EM PÉ/TNIZ DIRETO; NEGA OUTRAS QUEIXAS	[2]
Queixa Principal		
CID10	S93 LUXACAO, ENTORSE E DISTENSAO DAS ARTICULACOES E DOS LIGAMENTOS AO NIVEL DO TORNOZELO E DO PE	[2]
Alergias	Não	[2]
Medicação Em Uso	Não	[2]
Antecedentes Patológicos Familiar	Não	[2]

EXAME FÍSICO

Aspecto Geral	RELATO DE ACIDENTE D E MOTO COM DOR EM PÉ/TNIZ DIRETO; NEGA OUTRAS QUEIXAS	[1]
Nível De Consciência	0	[2]
Resposta Motora	8	[2]
Resposta Verbal	5	[2]

DIAGNÓSTICO

CID10	S93 LUXACAO, ENTORSE E DISTENSAO DAS ARTICULACOES E DOS LIGAMENTOS AO NIVEL DO TORNOZELO E DO PE	[2]
CID10	S93 LUXACAO, ENTORSE E DISTENSAO DAS ARTICULACOES E DOS LIGAMENTOS AO NIVEL DO TORNOZELO E DO PE	[2]

CLASSIFICAÇÃO DO PACIENTE

FORMULÁRIO EMERGÊNCIA CLÍNICA

Página: 1 de 1

29/08/2019 09:50

ULTRA SOM SERV MED LTDA - HE

Paciente: VALMIR FERREIRA DA SILVA	Dt. Nas.: 09/09/1980	Atendimento: 18682028	Prontuário: 7256414
Convênio: HAPVIDA	Posto: POSTO EMERGENCIA - HE	Leito: 600212/4	
Profissional(is): LUIZ MARCELO CORREIA JUNIOR CRM 13647 (1)	Nº: 14492967	14/08/2019	às: 02:08

ANAMNESE

Queixa Principal	FRATURA LUXAÇÃO DE LISFRANC. AGUARDANDO SOBREVISO PARA PROGRAMAR CIRURGIA.	[1]
Queixa Principal		
CID10	S83 LUXAÇÃO, ENTORSE E DISTENSAO DAS ARTICULACOES E DOS LIGAMENTOS AO NIVEL DO TORNOZELO E DO PE	[1]
Alergias	Não	[1]
Medicação Em Uso	Não	[1]
Antecedentes Patológicos Familiar	Não	[1]

EXAME FÍSICO

Aspecto Geral	FRATURA LUXAÇÃO DE LISFRANC. AGUARDANDO SOBREVISO PARA PROGRAMAR CIRURGIA.	[1]
Nível De Consciência	0	[1]
Resposta Motora	6	[1]
Resposta Verbal	5	[1]

DIAGNÓSTICO

CID10	S83 LUXAÇÃO, ENTORSE E DISTENSAO DAS ARTICULACOES E DOS LIGAMENTOS AO NIVEL DO TORNOZELO E DO PE	[1]
CID10	S83 LUXAÇÃO, ENTORSE E DISTENSAO DAS ARTICULACOES E DOS LIGAMENTOS AO NIVEL DO TORNOZELO E DO PE	[1]

CLASSIFICAÇÃO DO PACIENTE

FORMULÁRIO EMERGÊNCIA CLÍNICA

Página 1 de 1

29/08/2019 09:50

ULTRA SOM SERV MED LTDA - HE

Paciente: VALMIR FERREIRA DA SILVA Dt. Nasc.: 08/09/1986 Atendimento: 18632029 Prontuário: 7256414
Convênio: HAPVIDA Posto: POSTO EMERGENCIA - HE Leito: 300217/1

Profissional(is): EOLINO ALVES COUTINHO CRM 118899 (U) N: 14483852 14/08/2019 às 07:38

ANAMNESE

Queixa Principal SOLICITO RX DE PERNA DIR [1]

Queixa Principal

CID10 S923 FRATURA DE OSSOS DO METATARSO [1]

Alergias Não [1]

Medicação Em Uso Não [1]

Antecedentes Patológicos Familiar Não [1]

EXAME FÍSICO

Aspecto Geral SOLICITO RX DE PERNA DIR [1]

DIAGNÓSTICO

CID10 S923 FRATURA DE OSSOS DO METATARSO [1]

CID10 S923 FRATURA DE OSSOS DO METATARSO [1]

CLASSIFICAÇÃO DO PACIENTE



FORMULÁRIO EMERGÊNCIA CLÍNICA

Página 1 de 1

29/08/2019 09:50

ULTRA SOM SERV MED LTDA - HE

Paciente: VALMIR FERREIRA DA SILVA	Dt. Nasc.: 08/08/1986	Atendimento: 18632029	Prontuário: 7256414
Convênio: HAPVIDA	Posto: POSTO EMERGENCIA - HE	Leito: 300217/1	
Profissional(is): EULINO ALVES GOUTINHO CRM 11899/13	Nº: 14494746	14/08/2019	às 08:55

ANAMNESE

Queixa Principal	SOLICITADO CIRURGIA DE URGENCIA PARA ESET PACIENTE DR ADALTO QUE IRÁ OPERAR FAÇO INTERNAMENTO E SOLICITO MATERIAL	[1]
Queixa Principal		
CID10	S923 FRATURA DE OSSOS DO METATARSO	[1]
Alergias	Não	[1]
Medicação Em Uso	Não	[1]
Antecedentes Patológicos Familiar	Não	[1]

DIAGNÓSTICO

CID10	S923 FRATURA DE OSSOS DO METATARSO	[1]
CID10	S923 FRATURA DE OSSOS DO METATARSO	[1]

CLASSIFICAÇÃO DO PACIENTE



RELATÓRIO ADMISSÃO DE INTERNAMENTO

Página 1 de 1

29/08/2019 09:50

ULTRA SOM SERV MED LTDA - HE

Paciente: VALMIR FERREIRA DA SILVA	Dt. Nas.: 08/09/1968	Atendimento: 18832028	Prontuário: 7256414
Convênio: HAPVIDA	Posto: POSTO EMERGENCIA - HE	Leito: 300217/1	
Profissional(is): EULINO ALVES COUTINHO, MÉDICO, CRM 11699 RJ	Nº: 14494759	14/08/2019	às 08:57

SINAIS VITAIS

Dispensar Sinais Vitais

Sim

[1]

PLANEJAMENTO TERAPÊUTICO

Plano Terapêutico

TRATAMENTO CIRURGICO
03 DIAS

[1]

Encaminhamento Do Paciente

POSTO DE ENFERMAGEM.

[1]



FICHA DE REGISTRO INTERNAÇÃO
DADOS PESSOAIS

Atendimento
18636164

15b c"

14/08/2019 17:57:02

PRONTUÁRIO É PROPRIEDADE DO HOSPITAL. PROIBIDO SER RETIRADO DO HOSPITAL

Prontuário	Nome do Paciente	Sexo	Nascimento	Idade
7256414	VALMIR FERREIRA DA SILVA	M	08/09/1986	32
RG	CPF	Carteira Profissional	Estado Civil	
8084143 SDS PE	7902456470		2-SOLTEIRO	
Endereço				
R CAPITAO JOSE PRIMO 404 CAETES VELHO ABREU E LIMA-PE GER:53560120				
Telefone Residencial	Telefone Trabalho	Nome da Mãe		
		ERENITA MARIA CELESTINA		

DADOS DO ATENDIMENTO

Setor			
300380-RECEPCAO EMERGENCIA - HE			
Data	Hora	Matrícula	Tipo Documento
14/08/2019	11:40		Clinica
Médico Atendente			4-CIRURGICA
1426064 EULINO ALVES COUTINHO			Tipo Atendimento
Médico Acompanhante			0 INTERNAÇÃO
1426064 EULINO ALVES GOUTINHO			
Avaliação médica			

DADOS DO CONVENIO

Contratante	Plano RESTAURANTE PONTEIRO LTDA	
3002-HAPVIDA	1-PLANO EMPRESA ENFERMARIA - COLETIVO	
Carteira	Validade	
B5156000083009022		

DADOS DA INTERNAÇÃO

Posto	Acomodação	Leito
RPA - RECUPERACAO POS-ANESTESICA	LPA-05 LEITO 05	01
N. Guia	Procedimento	Senha
13938638	99996886	D24329064
13938638	30728157	D24329064
Descrição		
INTERNAÇÃO		
FRATURA E/OU LUXACOES DO PE (EXCETO ANTEPE) - TRATAMENTO CIRURGICO		
Material - 99800406 - PARAFUSO CORTICAL 3,5 MM - QTDE: 8		
Material - 99832714 - PLACA DE COMPRESSAO DINAMICA 3,5 MM ICLUI PARAFUSOS - QTDE: 1		

FICHA DE ANESTESIA		Data	Hospital	Acadêmico
Paciente		15/08/19	de Espirito Santo	
Nome	Valmir Ferreira da Silva	Sexo	M	Idade
Clínica	Clínica de Anestesiologia	Dr.	Dr. Alexandre Reis	Fls.
Medicação Pré-anestésica	DR: 725614	AT: 18636163	Urgência	☐ NÃO ☒ SIM
Gravidade	Trauma e luxação do pé (acidente) tra			
	comissão			

Horário	16:07	17:00	
O ₂			
N ₂ O			
Líquida			
SaO ₂	100 100 100 100 100 100		
ETCO ₂	5 5 5 5 5 5 5		
ECG	S S S S S S S		
240			
220			
200			
180			
160			
140			
120			
100			
80			
60			
40			
20			
Analgésico			

Drugs Usadas	Quantidade
Bupivacaina	15 mg
Resaca 0.5%	
Dimorfo 12	0.04
Lidocaina 2%	200
Stap	
Cefazolin 0.2g	
Naloxona 0.8	
Decalson 10	
Diphen 0.5 0.2g	
Fraxon 100 100	
Midephlon 0.5	
Etortu 0.10	101

Técnica Anestésica

Raguardesit com agulha n° 25G, quimico descartável da marca 1.24, punção mediana S1, náuseas, hálito fétido, pulso 8.

Monitorização	☐ BIS ☐ Temperatura ☒ Cardíaco ☐ Sauer-Banz ☒ Oxímetro ☐ Analizador Gases ☒ PNI ☐ FVC ☐ Sonda Vesical ☐ Estimulador de Nervo ☐ Capnógrafo ☐ Linha Arterial ☐ Esol. Pré-Cardial ☐ Valonita BP Plus ☐ Cúbito	Examinado	☒ Acordado ☐ Sonolet ☐ Intubado ☐ Destino ☒ SRPA ☐ Apn. Len. ☐ UTI ☐ Extremo	Interconexão: ☒ NÃO ☐ SIM Desconexão: Observações: Dr. Alexandre Reis Médico CRM 12404
---------------	--	-----------	---	--

ULTRA SOM SERV MED LTDA -HE

14/08/2019 18:45

Paciente: VALMIR FERREIRA DA SILVA	Di. Nasc.: 08/09/1986	Atendimento: 18635164	Prontuário: 7256414
Convênio: HAPVIDA	Posto: RPA - RECUPERAÇÃO POS ANESTE	Leito: LPA-C2/1	
Profissional(es): ADILSON TELINO	Nº: 14501267	14/08/2019	às 18:39
DIAGNÓSTICO			
Diagnóstico Clínico	S923		[X]
Diagnóstico Cirúrgico	S923		[X]
DADOS DA CIRURGIA			
Data Da Cirurgia	14/08/2019		[X]
Hora Da Cirurgia	18:38		[X]
Cirurgia	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE LESÃO DE LISFRANC DIREITO		[X]
Cirurgião	ADILSON TELINO		[X]
Anestesieta	ALEXANDRE REIS		[X]
Instrumentador	VIVIANE E ISABEL		[X]
Descrição Cirúrgica	1. PACIENTE EM DDH SOB ANESTESIA 2. REALIZADA VIA DORSAL DO PE ENTRE O 1º E 2º RAJOS + DIVULSAO POR PLANOS 3. REDUÇÃO ABERTA + FIXAÇÃO COM 03 PARAFUSOS DA ARTICULAÇÃO TARSO-METATARSAL DO 1º E 2º RAJOS 4. OBSERVADA BOA REDUÇÃO + ESTABILIDADE ADEQUADA DA ARTICULAÇÃO TARSO-METATARSAL + BOM POSICIONAMENTO DOS IMPLANTES ATRAVES DE ESCOPIA 5. SUTURA POR PLANOS COM VYCRIL 2 E NYLON 4-0 6. OBSERVADA INSTABILIDADE LIGAMENTAR DO TORNOZELO 7. REDUÇÃO FECHADA DO TORNOZELO + TALA GESSADA (TRATAMENTO CIRÚRGICO EM SEGUNDO MOMENTO) 8. CURATIVO ESTÉRIL		[X]

Adilson Telino
Médico
CREMERP: 187377

Paciente: VALMIR FERREIRA DA SILVA

Dt. Nasc: 08/03/1966

Atendimento: 18636164

Convênio: HAPVIDA

Nº Prescrição: 10726359

14/08/2019 às 16:29

Tratamento: 7253414

Posto: RPA - RECUPERAÇÃO POS ANESTESICA

Leitor: IPA-0271

Peso: 95.00 kg

1. DILUIR: GERAL-ADULTO PARA A IDADE		24/24h	ORAL		CRM-12404
2. Hidratação Venosa Fase Única	Vol. Total: 35,71 mEq/Litro	1000 ml	14,00 g/infus	Acesso Periférico	CRM-12404
KINGER COM LACTATO (D12)	3g	1 FRAP (FRAP C11G40) 10 ml	EV		CRM-12404
4. IRAMADOL (500,00mg/ml)	100mg	2 ML (AMPL C1100MG) 100 ml	EV	SN	CRM-12404
Ata vigilância					
5. OMERANOL (40,00mg)	40mg	1 FRAP (FRAP C140MG) 18 ml	EV		CRM-12404
Agua Destilada					
6. PLAMID (6,00mg/ml)	10mg	2 ML (AMPL C110MG) 18 ml	EV		CRM-12404
Agua Destilada					
7. DIPIRONA (500,00mg/ml)	1000mg	2 ML (AMPL C1500MG) 18 ml	EV		CRM-12404
Agua Destilada					
8. NARCAN (0,40mg/ml)	0,4mg	1 ML (AMPL C14MG)	EV	ACM	DILUIR 01 AMP + SF 0,8 % 200 ML EV 45 SEQUENCIA URINARIA OUPRURIDO CRM-12404
9. CURATIVO MEDIO					CRM-12404
10. FUNCAO C/ JELCO					CRM-12404
11. SINUS VITAIS					CRM-12404
12. CUIDADOS GERAIS					CRM-12404
13. CURATIVO COM ATADURA E GAZE ACOCHOADA					CRM-12404

Profissionais: CRM-12004

ALEXANDRE HENRIQUE FERNANDES REIS

Dr. Alexandre Reis
Médico
CRM 12404

RP1841

ALEXANDRE HENRIQUE FERNANDES REIS

IP: 10.1.32.205

14/08/2019 16:35

PRESCRIÇÃO MÉDICA - Apazamento

Pe

Paciente: VALMIR FERREIRA DA SILVA
 Convênio: HAPYDA
 Posto: RPA - RECUPERAÇÃO POS ANESTESIA

Id. Naso.: 06/09/1985
 Nº Prescrição: 0019728358
 Leito: (PA-021)

Atribuição: 15636164
 14/08/2019 às 14:23
 Pcsor: 85.00 kg

PRESCRIÇÃO MÉDICA

HORÁRIOS

1. DIETA GERAL ADULTO / PAPELA IDALÉ 24/24h ORAL

2. Hidratação Fase Única Vol. Total: 1000 ml 14.00 gts/min Acesso Periférico 18.00

VENOSOM RINGER COM LACTATO 36.7% m/Kcal/litro 1000ml 18.00

3. CEFALOTINA (1.00g) 1g 10ml 18.00

4. TRAMADOL (50.00mg/ml) 100mg 2ml (AMPLO 100mg) 8/6h EV SN

5. OMEPRAZOL (40.00mg) 40mg 1FRAP (FRAP 40mg) 24/24h EV 18.00

6. PLAMET (5.00mg/ml) 10mg 2ml (AMPLO 10mg) 8/6h EV 22.00

7. DIFIRONA (500.00mg/ml) 1000mg 2ml (AMPLO 500mg) 8/6h EV 18.00

8. NARCAN (0.40mg/ml) 0.40mg 1ml (AMPLO 0.40mg) EV 18.00

9. CURATIVO MEDIO
 FUNÇÃO C/FELO
 SINAIS VITAIS
 CUIDADOS GERAIS
 CURATIVO COM ATADURA E GAZE

PRESCRIÇÃO MÉDICA - Aprazamento

Página 2 de 3
Emissão: 14/09/2019 10:20

Paciente: VALMIR PIERREIRA DA SILVA Dt. Nasc.: 08/09/1986 Atendimento: 18638164 Prontuário: 7256414
Convenio: HAPVIA Nº Prescrição: 0010728358 14/08/2019 às 16:29
Posto: RPA - RECUPERAÇÃO POS ANESTESICA Leito: LPA-02/1 Peso: 85,00 kg

PRESCRIÇÃO MÉDICA

HORÁRIOS

ACOGHOMEX

Reservado para o SIND

ENTEROFIX Ass.

Legenda horário: ☒ Indica item não administrado.

☐ Indica item checado.

REGISTROS TÉCNICOS DE ENFERMAGEM

Página 1 de 1

ULTRA SOM SERV MED LTDA - HE

14/06/2019 18:52

Paciente: VALMIR FERREIRA DA SILVA Dt. Nasc.: 08/09/1986 Atendimento: 18836164 Prontuário: 7256414
Convênio: HAPVICA Posto: POSTO 1 1 ANDAR - HE Leito: 107-P1/1

Profissional(is): CORENE EDUARDA SILVA RODRIGUES Nº: 14502822 14/06/2019 às 18:48

PROCEDIMENTOS E OBSERVAÇÕES MANHÃ

PROCEDIMENTOS E OBSERVAÇÕES TARDE

Hora 18:00 (1)

Hora

Descrição recebo paciente vindo proveniente do bloco cirurgico após tratamento cirurgico de fratura de pé, consciente, orientado, com avp, repouso no leito, segue aos cuidados de enfermagem e medicação opm + esv. (1)

Hora (1)

PROCEDIMENTOS E OBSERVAÇÕES NOITE

CUIDADOS DE ENFERMAGEM

Estrela Maria do
Luz de Enfermagem
COREN - 845.958

Maria Eduarda da
Silva Verâncio
COREN/PE 145.093-TE



REGISTROS TÉCNICOS DE ENFERMAGEM

Página 1 de 1

15/08/2019 08:09

ULTRA SÔM SERV MED LTDA - HE

Paciente:	VALMIR FERREIRA DA SILVA	Dt. Nasc.:	08/09/1986	Atendimento:	18696184	Prontuário:	7256414
Convênio:	HAPVIDA	Posto:	ROSTO 1 1ANDAR - HE	Leito:	107-P1/1		
Profissional(les):	RAFAEL DE OLIVEIRA FERREIRA	Nº:	14503601	14/08/2019	às	18:59	
MODERIMENTOS E SERVIÇOS DE ENFERMAGEM							
OBSERVAÇÕES E SERVIÇOS DE ENFERMAGEM							
PROCEDIMENTOS E OBSERVAÇÕES DE ENFERMAGEM							
Hora	18hs						[1]
Hora							
Descrição	recebo paciente vindo proveniente do bloco cirúrgico após tratamento cirúrgico de fratura de pé, consciente, orientado, está em repouso no leito, segurado cuidados da enfermagem e medicação oral, p. asv.						[1]
Hora	22hs						[1]
Hora							
Descrição	pac. medicado c.p.m asvvt+ccgg						[1]
Hora	24hs						[1]
Hora							
Descrição	pac. medicado c.p.m asvvt+ccgg						[1]
Hora	06hs						[1]
Hora							
Descrição	pac. medicado c.p.m asvvt+ccgg						[1]
QUADRO DE ENFERMAGEM							

João Roberto de Almeida
06/08/19 558.674-7E

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM INTERNAÇÃO

14/08/2019 23:59

ULTRA SOM SERV MED LTDA - HE

Paciente: VALMIR FERREIRA DA SILVA Dt. Nasc.: 08/09/1986 Atendimento: 18836154 Prontuário: 7253414
Convênio: HAPVIDA Posto: POSTO 1 ANDAR - HE Leito: 107-P1/1

Profissional(is): JANAINA SILVA SOARES ALVES ENFERMEIRA COREN-PE 018.918-0000 Nº: 14504180 14/08/2019 às 20:68

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM		
Evolução de Enfermagem	HD: PCT EM PQI DE FRAT DE ANTEPÉD PCT COM EGREGULAR, CONSCIENTE, ORIENTADO, VERBALIZANDO, HIDRATADO, NORMOCORADO EUPNEICO, AFEBRIL, NORMOTENSO, NORMOCÁRDICO DIETA VO TOLERADA REPOUSO NO LEITO ACESSO VENOSO PERIFÉRICO FO COM CURATIVO OCLUSIVO + TALA GESSADA, REALIZADO RX DE CONTROLE DIURESE PRESENTE SEM QUEIXAS SEGUR AOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM	[1]
ALERGIAS		
ALERGIAS	NEGA	[3]
AVALIAÇÃO DE DOR		
Dor (0 A 10)	2	[1]
AVALIAÇÃO DE RISCO		
Flabite	Sim	[1]
Infecção Sítio Cirúrgico	Sim	[1]
DISPOSITIVOS EM USO		
Acesso Venoso Periférico	Sim	[3]

Janaina Soares
Enfermeira
COREN-PE 018.918-0000

Paciente: VALMIR FERREIRA DA SILVA
Convênio: HEPIDA
Masc. 08/01/1985
Nº Prescrição: 10731080
Início: 107-PH
Atendimento: 18636184
Emissão: 15/08/2019 às 10:09
Estrutura: 7236414
Peso: 85.00 kg

Posto: POSTO 1 ANBAR - HE

1. DETA: GERAL-ADULTO PARA A IDADE	24/24h	ORA:	14.00	gustm:	18636184	CRM-16684
2. Hidratação Venosa Fase Única	Vol Total: 1000 ml	ml/gustm	1000 ml	14.00	gustm:	CRM-16684
RINGER COM LACTATO	35.71 ml/gustm	1000 ml	1000 ml	14.00	gustm:	CRM-16684
3. CEFALOTIMA (1.00g)	1g	1FRAP (FRAP C1GR)	08h	EV	ACM	CRM-16684
4. NARCAN (0.40mg/ml)	0.4mg	1ML (AMPL C1AMG)	08h	EV	ACM	CRM-16684
5. OMEPRAZOL (40.00mg)	40mg	1FRAP (FRAP C140MG)	24/24h	EV	ACM	CRM-16684
6. PLAVET (5.00mg/ml)	10mg	2ML (AMPL C10MG)	08h	EV	ACM	CRM-16684
7. DILIPONA (500.00mg/ml)	100mg	2ML (AMPL C1500MG)	08h	EV	ACM	CRM-16684
8. TRAMADOL (50.00mg/ml)	100mg	2ML (AMPL C1100MG)	08h	EV	ACM	CRM-16684
9. ALIMENTAÇÃO						CRM-16684
10. SÍNDROME VITALIS						CRM-16684
11. CUIDADOS GERAIS						CRM-16684
12. CURATIVO-COM ATADURA E GAZE ACOCHOADA						CRM-16684

Profissional: CRM-16684

JOSE VERNANCO DE OLIVEIRA JUNIOR

Dr. José Vernando O. Jr.
Tratamento: 15/08/2019
Clínica do Espírito Santo
R. 101, 32, 210

PRESCRIÇÃO MÉDICA - Aprazamento

Paciente: VALMIR FERREIRA DA SILVA
Convênio: HAPVISA
Posto: PÓSTO 1 TANDAR - HE

Dt. Nasc.: 08/08/1986
Nº Prescrição: 0010731080
Leito: 107-P-117

Atendimento: 18536164
15/08/2019 às 10:09
Passo: 65,00 kg

PRESCRIÇÃO MÉDICA

HORÁRIOS

1. DIETAGERAL-ADULTO/PARA A IDADE 24/24h. ORAL

2. Hidratação Fase Única Vol. Total: 1000 ml 14.00 g/s/min Acesso Periférico 12:00

3. OEFALOTINA (1.00g) 35.71 ml/Kcal/dia (1000 g/l) 1g 1FRAP (FRAP C/16R) 6/6h EV 12:00 18:00 16/08-00:00
Agua Destilada 10ml 16/08-06:00

4. NARCAN (0.40mg/ml) 0.40mg 1ML (AMPL C/ 4MG) EV ACM
DILUIR 01 AMP + SF
0.9 % 200 ML EV 45'
SEREÇÃO
URINÁRIA OU
PRURIDO

5. OMEPRAZOL (40.00mg) 40mg 1FRAP (FRAP C/ 40MG) 24/24h EV 06:00
Agua Destilada 18 ml

6. FLAMET (5.00mg/ml) 10mg 2ML (AMPL C/ 50MG) 8/8h EV 14:00 22:00 16/08-06:00
Agua Destilada 18 ml

7. DIPHENIDOL (50.00mg/ml) 1000mg 20ML (AMPL C/ 50MG) 6/6h EV 12:00 18:00 15/08-00:00
Agua Destilada 18 ml

8. TRAMADOL (50.00mg/ml) 100mg 2ML (AMPL C/ 100MG) 8/8h EV 14:00 22:00 16/08-06:00
Soro Fisiológico 100ml

9. CURATIVO MEDIO 11:00

10. SINAIS VITAIS 6/6h 14:00 18:00 16/08-00:00

11. QUANTIDADES GERAIS 8/6h

PARASSI TITULAV ARCANIO MOREIRA

15/08/2019 15:49

RP: 10.1402.2018

THAÍANY ARCANIO
Enfermeira
LOR: 100152

PRESCRIÇÃO MÉDICA - Aprazamento

Emissão 15/08/2019 15:49

Paciente: VALMIR FERREIRA DA SILVA
Convenio: HAPVIDA
Posto: POSTO 1 1ANDAR - HZ

DI. Nasc.: 08/09/1936
Nº Prescrição: 2010731080
Leito: 107-P-1/1
Atendimento: 18636164
15/08/2019 às 10:09
Peso: 85,00 kg

Prontuário: 7250414

PRESCRIÇÃO MÉDICA

HORÁRIOS

12:00 : 18:00 : 18/08-00:00

11:00 :

12 CURATIVO COM ATADURA E GAZE
ACOCHOADA

Alta em: 15/08/2019

ALTA MELHORADO

Alta dada por: ARTHUR TORRES LAGE

Prescrição para o SNO

ENTEROPIX

Ass:

Legenda horário :



Indica item não administrado.

☐ indica item cancelado.

RM182

THATYAN APOLÔNIO MOREIRA

15/08/2019 15:49

IP: 10.1.32.208



REGISTROS TÉCNICOS DE ENFERMAGEM

Página 4 de 1

ULTRA SOM SERV MED LTDA - HE

15/08/2019 15:52

Paciente: VALMIR FERREIRA DA SILVA Dt. Nasc.: 08/09/1985 Atendimento: 18836164 Prontuário: 7286414
Convênio: HAPVIDA Posto: POSTO 1 ANDAR - HE Leito: 107-P1/1

Profissional(Ca): ELAINE FERREIRA DA SILVA - TÉCNICO DE ENFERMAGEM Nº: 14513500 15/08/2019 às 15:44

PROCEDIMENTOS OBSERVADOS SEMANAL		
Hora	07:00	[1]
Hora		
Descrição	EVOLUO. PACIENTE EGR. CONSCIENTE, ORIENTADO, EUPNEICO, AFEBRIL, CONTACTUA VERBALMENTE, EM REPULSO NO LEITO, COM AVP EM VSD, +F, O EX. MID, DIETA POR V.O COM BOA ACEITAÇÃO, ELIMINAÇÕES FISIOLÓGICAS PRESENTES.	[1]
Hora	12:00	[1]
Hora		
Descrição	VERIFICADO SSVV, MEDICADO CPM.	[1]
PROCEDIMENTOS OBSERVADOS DIÁRIOS		
Hora	14:00	[1]
Hora		
Descrição	PACIENTE MEDICADO CPM.	[1]
Hora	16:30	[1]
Hora		
Descrição	PACIENTE RECEBE ALTA HOSPITALAR.	[1]
PROCEDIMENTOS OBSERVADOS DIÁRIOS		
CUIDADOS DE ENFERMAGEM		

Elaine Silva
Nº. 14513500
CARTÃO DE REGISTRO 179

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM INTERNAÇÃO

Página 1 de 1

ULTRA SOM SERVIMED LTDA - ME

15/08/2019 15:47

Paciente: VALMIR FERREIRA DA SILVA Dt. Nasc.: 08/09/1986 Atendimento: 18836184 Prontuário: 7256414
Convênio: HAPVIDA Posto: POSTO 1 MANDAR - HS Leito: 107-P1/1

Profissional(is): NATIANY ARCANJO DE SA ENFERMEIRA COREN: 399122 15/08/2019 às 15:41

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

Evolução de Enfermagem

HD: 1º DPO DE LESÃO DE LISFRANQ DIREITO (ANTE-PE)

[1]

08:00hs Paciente evolui em EGR, consciente, orientado, supnelco em ar ambiente, entubado, normocorado; sístole, tórax simétrico, MV+, AVP em MSD pérvic, dieta via oral com boa aceitação, abdome plano, flácido e indolor a palpação, RHH+, diurese presente, sem queixas no momento. Segue aos cuidados da enfermagem.
15:48hs Em tempo, paciente recebe alta hospitalar, realizado RX de controle, retirado A.V.P.

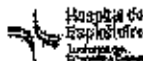
DISPONÍVEIS

Acesso Venoso Periférico

Sim

[1]

Natany Arcanjo
Enfermeira
COREN: 399122



EVOLUÇÃO DIÁRIA POSTO CLÍNICO-CIRÚRGICO

Página 1 de 1

ULTRA SOM SERV MED LTDA - HE

15/08/2018 15:15

Paciente: VALMIR FERREIRA DA SILVA

Di. Nasco: 08/08/1985

Atendimento: 18826164

Frontal: 7258114

Convênio: HAPVIDA

Posto: POSTO 1 1ANDAR - HE

Leito: 107417

Profissional: VICTOR HUGO LINS DE ALMEIDA, CRM 100000

Nº: 14519011 15/08/2018 15:13

EVOLUÇÃO DIÁRIA DO PACIENTE

Evolução do Paciente

#GRUPO DE MEDICINA E CIRURGIA DO PÉ E TORNZELO
1 DPO DE FRATURA DE LISFRANC NO PÉ DIREITO

(7)

PACIENTE EVOLUINDO SEM DOR, SEM OUTRAS
INTERCORRÊNCIAS

BGG, CORADO, HIDRATADO, EUPNEICO, AFEBRIL
BOA PERFUSÃO E SENSIBILIDADE EM MÊMERO OPERADO

RX: MOSTRA BOA REDUÇÃO E POSICIONAMENTO DA SÍNTESE

CD: ALTA COM ANTIBIÓTIPO, ANALGESIA EXCELTO, RETORNO P
ACOMPANHAMENTO AMBULATORIAL



PRESCRIÇÃO MÉDICA

Página 1 de 1

Emissão: 29/08/2019 09:50

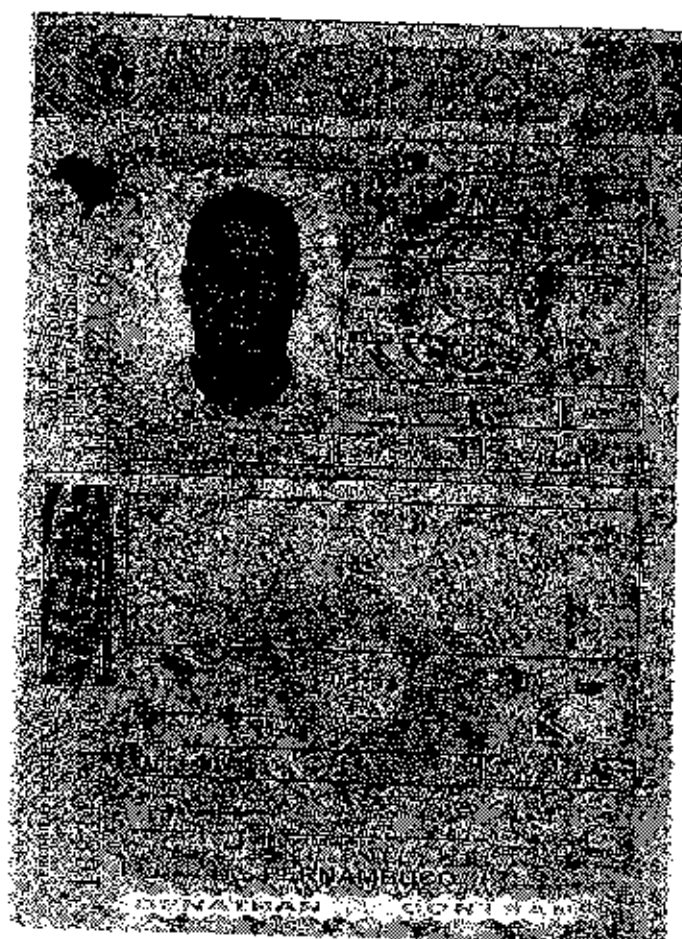
Paciente: MAIRANE FERREIRA DA SILVA		Dt. Nasc.: 08/09/1986		Acartamento: 18632129	
Convênio: HAPVDA		Nº Prescrição: 14720069		Exatidão: 7266414	
Posto: POSTO EMERGENCIA - HE		Lecão: 33212/4		Peso: kg	
1. TRAMAL (500mg/100ml)	100 mg	2 ML (AMPL C/ 100MG)	Agua	EV	CRM-19647
Alto Vagido					
2. DIETRONA (5000mg/100ml)	1000 mg	20/1 (AMPL C/ 500MG)	Agua	EV	CRM-19647
Agua Destilada					
3. PROFENID IV (100mg/ml)	100 mg	1 PRAP (PRAP C/ 100MG)	Agua	EV	CRM-19647
Soro Rolocho					
4. TAIA BOTA					CRM-19647
5. ALUNDO C/ JEICO					CRM-19647
6. DIETRONA (5000mg/100ml)	1000 mg	2 ML (AMPL C/ 500MG)	Agua	EV	CRM-11699
Agua Destilada					
7. DIETRONA (5000mg/100ml)	1000 mg	2 ML (AMPL C/ 500MG)	Agua	EV	CRM-11699
Agua Destilada					
8. DIETRONA (5000mg/100ml)	1000 mg	2 ML (AMPL C/ 500MG)	Agua	EV	CRM-11699
Agua Destilada					
9. PROFENID IV (100mg/ml)	100 mg	1 PRAP (PRAP C/ 100MG)	Agua	EV	CRM-11699
Soro Rolocho					
Beneficiário: CRM-11699 EUNIO ALVES COELHO CRM-28051 GEORGE BRAGA ALUNIZ CRM-19647 HIRMAIRO FERREIRA ALUNIZ					

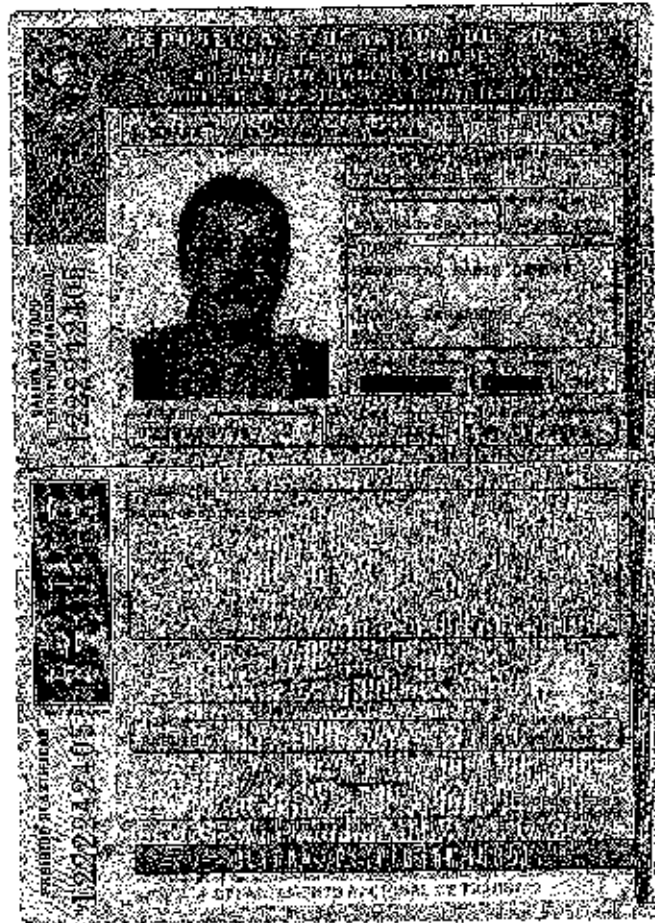
CP1541

ROMULO VALENTE DA SILVA

IP: 10.1.32.106

29/08/2019 09:50





REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DOS NEGÓCIOS

ESTADO DE MATO GROSSO DO SUL
CANTÃO DE MATO GROSSO DO SUL
CANTÃO DE MATO GROSSO DO SUL

SEGURO CANCELADO

VALOR DO SEGURO: R\$ 100,00
VALOR DO SEGURO: R\$ 100,00

NO CASO DE MORTALIDADE DO SEGURO, O SEGURO
SERÁ PAGADO ÀS HEREIRAS OU POR SUA CARGA, À PERSONA
INDICADA NO SEGURO, OU ÀS HEREIRAS DO SEGURO.

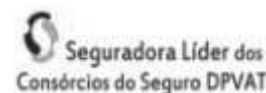
SEGURO DE VIDA - SEGURO DE VIDA - SEGURO DE VIDA

ESTE É O SEU SEGURO DE VIDA
E O SEU SEGURO DE VIDA
E O SEU SEGURO DE VIDA
E O SEU SEGURO DE VIDA

SEGURO DE VIDA

SEGURO DE VIDA - SEGURO DE VIDA

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0366640/19

Vítima: VALMIR FERREIRA DA SILVA

CPF: 079.024.564-70

Seguradora: MAPFRE VIDA S/A

Data do acidente: 14/08/2019

Titular do CPF: VALMIR FERREIRA DA SILVA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

ROSSANA LIGIA FERNANDES DANTAS : 884.647.684-00

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

VALMIR FERREIRA DA SILVA : 079.024.564-70

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 21/10/2019
Nome: ROSSANA LIGIA FERNANDES DANTAS
CPF: 884.647.684-00

ROSSANA LIGIA FERNANDES DANTAS

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 21/10/2019
Nome: Isabelly Antonia dos Santos Ursulino
CPF: 106.719.384-79

Isabelly Antonia dos Santos Ursulino

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190595275 **Cidade:** Recife **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: VALMIR FERREIRA DA SILVA **Data do acidente:** 14/08/2019 **Seguradora:** MAPFRE VIDA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 22/11/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE 1º E 2º METATARSOS DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE PG. 9.
ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO PÉ DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO PÉ DIREITO.

**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 pés	50 %	Em grau leve - 25 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190595275 **Cidade:** Recife **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: VALMIR FERREIRA DA SILVA **Data do acidente:** 14/08/2019 **Seguradora:** MAPFRE VIDA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 22/11/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE 1º E 2º METATARSOS DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE PG. 9.
ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO PÉ DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO PÉ DIREITO.

**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 pés	50 %	Em grau leve - 25 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PROCURAÇÃO PARTICULAR

BENEFICIÁRIO/VÍTIMA:

Nome: VALMIR FERREIRA DA SILVA

Nacionalidade: BRASILEIRA Estado Civil: CASADO Profissão: GARÇON

Identidade: 7156521 SDS/PE CPF: 079.024.564-70

Endereço: RUA JOORNAL DE ALBUQUERQUE, N° 180-A,
CENTRO, ABRÃO E LIMA/PE, CEP 53.525.540

PROCURADOR (A):

Nome: ROSSANA LÍGIA FERNANDES DANTAS

Nacionalidade: Brasileira Estado Civil: Divorciada Profissão: Empresária

Identidade: 7.742.986 SDS/PE CPF: 884.647.684-00

Endereço: Avenida Joaquim Nabuco nº 200, Timbó, Abreu e Lima/PE, Cep. 53.520-170

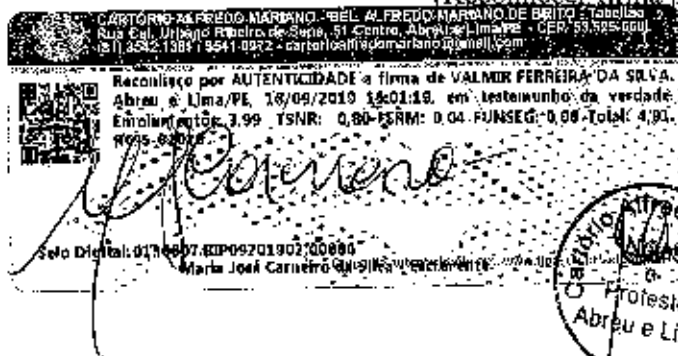
Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante quaisquer Seguradora pertencente ao Consórcio DPVAT, também perante aos pontos de atendimento da Seguradora Líder (Correios, Sincor (s) e Corretores), dar entrada em sinistro, enviar documentos relativo a pendências, receber correspondências, solicitar informações por escrito, e-mails ou por telefone, ter acesso ao número de sinistro ocorrido com a vítima no dia 14/08/2019, cobertura **INVALIDEZ**, em fim, acompanhar todo e qualquer andamento relativo ao sinistro em epigrafe do beneficiário (a)/vítima, até o término de sua liquidação, e finalmente praticar todos os atos necessários ao bom e fiel desempenho deste mandato. Obs.: É de responsabilidade do outorgante a veracidade das informações e documentos apresentados e disponibilizados ao outorgado.

Cartório
Alfredo Mariano

ABREU LIMA 19/09/2019
Local e data

VALMIR FERREIRA DA SILVA

Assinatura do Beneficiário/Vítima
(Reconhecer firma por autenticidade)



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0366640/19

Número do Sinistro: 3190595275

Vítima: VALMIR FERREIRA DA SILVA

CPF: 079.024.564-70

Seguradora: MAPFRE VIDA S/A

Data do acidente: 14/08/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: VALMIR FERREIRA DA SILVA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

VALMIR FERREIRA DA SILVA : 079.024.564-70

Autorização de pagamento

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 19/11/2019
Nome: ROSSANA LIGIA FERNANDES DANTAS
CPF: 884.647.684-00

ROSSANA LIGIA FERNANDES DANTAS

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 19/11/2019
Nome: Isabelly Antonia dos Santos Ursulino
CPF: 106.719.384-79

Isabelly Antonia dos Santos Ursulino

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0366640/19

Vítima: VALMIR FERREIRA DA SILVA

CPF: 079.024.564-70

Seguradora: MAPFRE VIDA S/A

Data do acidente: 14/08/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: VALMIR FERREIRA DA SILVA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

ROSSANA LIGIA FERNANDES DANTAS : 884.647.684-00

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

VALMIR FERREIRA DA SILVA : 079.024.564-70

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 21/10/2019
Nome: ROSSANA LIGIA FERNANDES DANTAS
CPF: 884.647.684-00

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 21/10/2019
Nome: Isabelly Antonia dos Santos Ursulino
CPF: 106.719.384-79

ROSSANA LIGIA FERNANDES DANTAS

Isabelly Antonia dos Santos Ursulino

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0366640/19

Número do Sinistro: 3190595275

Vítima: VALMIR FERREIRA DA SILVA

CPF: 079.024.564-70

Seguradora: MAPFRE VIDA S/A

Data do acidente: 14/08/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: VALMIR FERREIRA DA SILVA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

VALMIR FERREIRA DA SILVA : 079.024.564-70

Autorização de pagamento

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 28/10/2019
Nome: ROSSANA LIGIA FERNANDES DANTAS
CPF: 884.647.684-00

ROSSANA LIGIA FERNANDES DANTAS

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 28/10/2019
Nome: JULIANA BEZERRA DE LUNA
CPF: 114.202.964-69

JULIANA BEZERRA DE LUNA