

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

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: 4026-1596 / 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 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

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 SUSEP 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 GIZILANE DUARTE BRITO DOS SANTOS

inscrito (a) no CPF/CNPJ 010684794 / 50 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

ADENILSON RODRIGUES DOS SANTOS inscrito (a) no CPF sob o Nº 47984830444

do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima ADENILSON RODRIGUES DOS SANTOS

inscrito (a) no CPF sob o Nº 47984830444 conforme determinação da Circular Susep 445/12.

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

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço: <u>Rua Tamboi</u>	Número: <u>96</u>	Complemento: <u>cas</u>
Bairro: <u>Prazeres</u>	Cidade: <u>JABOATÃO</u>	Estado: <u>PE</u>
E-mail: _____	CEP: <u>54315530</u>	Tel. (DDD) <u>81</u> <u>98250-5607</u>

Local e Data: 19 de Agosto de 2019

Gizilane Duarte Brito dos Santos
Assinatura do Declarante

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

09 SET 2019

Rua da Aurora, nº 175, SL 902 BL. C
Boa Vista - CEP- 50.060-010
RECIFE-PE



HOSPITAL GETULIO VARGAS EMERGÊNCIA



1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

ATENDIMENTO: 706274

Prontuário: 1116953

Nome: ADENILSON RODRIGUES DOS SANTOS

Data Nasc.: 05/10/1953

Idade: 55

Sexo:

MASCULINO

Cor:

CPF: 47084830444

RG:

CNS: 808003920588834

Endereço: RUA NOSSA SENHORA DO PERPETUO SOCORRO

Bairro: MARCOS FREIRE

Cidade: JABOATÃO DOS GUARARAPES

Nº: 30

Estado: PE

CEP: 54380150

Fone: 08043707

Profissão:

Nome da Mãe: ADENAIODE

Acompanhante:

Nome do Conjugue:

Local de Procedência: VIA URBANA

Clínica: CIRURGIA GERAL

Ocorrência: AUT. ENF. EMERSON: RELATA QUEDA DE MOTO APRESENTANDO LESÃO + EDEMA + DOR EM MSE + MSD, SAA

Acidente de Trabalho: Sim ☐ Não ☒

2 - ATENDIMENTO DATA: 07/04/2015 HORA: 19:43 h Médico:

Queixa Principal: HDA:

Lesão no Vértice da Cabeça por queda de moto, apresentando
dores fortes na região (I) e fraturas expostas em (II)

História do Trauma

Perda da Consciência: Sim ☐ Não ☒ Episódio Emético: Sim ☐ Não ☒ Acidente de Trabalho: Sim ☐ Não ☒Acidente de Trânsito: Sim ☐ Não ☒ Tipo:Colisão: Sim ☐ Não ☒ Tipo:Motorista ☐ Passageiro ☐Atropelamento: Sim ☐ Não ☒ Local de Impacto:Vitima de Fermento: Sim ☐ Não ☒ Tipo:Sofreu Queda: Sim ☐ Não ☒ Altura:Queimadura: Sim ☐ Não ☒ Por:

Transporte Realizado por:

Condições de mobilização adequadas: Sim ☐ Não ☒ Por que:

Observações:

402(-)
DMS(-)

trauma Aberto

Exame Físico:

A: Geral

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

ausculto no tórax

B: Respiratório

5/1/min

C: Circulatório

PA: x mmHg Pulso: bpm

D: Exames Neurológico

Deficiência motora: MSD ☐ MSE ☐ MID ☐ MIE ☐Pupilas: Isocóncavas ☐ Anisocóncavas ☐

Glasgow: Abertura Ocular

Glasgow: Resposta Verbal

Glasgow: Resposta Motora

Escore: Hora

Escore: Hora

Escore: Hora

05.802.494/0001-11

TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUNDOS LTDA

0-9 511 9019

Rua da Aurora, 17175, SL 902 BL. C

Joa. Mota / CEP: 50.050-010

RECIFE-PE

HOSPITAL GETULIO VARGAS EMERGÊNCIA

E Abdômen

Diagnóstico Inicial

Exames Solicitados 1 - Patologia Clínica

Exames Solicitados 1 - Especializados

Resultado de Exames

Tratamento / Procedimentos

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 Externos ☐

Observações

Autorização para Alta / internamento / Transferência

Médico _____ CRM/GO _____ 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 com 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: 21/08/2019 03:15 h EDILENERS impressão: 21/08/2019 03:15 h EDILENERS

04 51 79

Rua da Aurora, 1155-902 HL, L

Bom Vista - CEP: 16.060-010

16237-45



HOSPITAL GETULIO VARGAS EMERGÊNCIA



1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

ATENDIMENTO: 708274

Prontuário: J115963

Nome: ADENILSON RODRIGUES DOS SANTOS

Data Nasc.: 08/10/1955

Idade: 55

Sexo:

MASCULINO

Cor:

CPF: 47984830444

RG:

CNS: 800003920588834

Endereço: RUA NOSSA SENHORA DO PERPETUO SOCORRO

Nº: 39

Bairro: MARCOS FREIRE

Cidade: JABOATÃO DOS GUARARAPES

Estado: PE

CEP: 54360150

Fone: 90843707

Profissão:

Nome da Mãe: ADENAIDE

Acompanhante:

Nome do Conjuge:

Local de Procedência: VIA URBANA

Clinica: CIRURGIA GERAL

Ocorrência: AUT. ENF. EMERSON (RELATA QUEDA DE MOTO APRESENTANDO LESÃO + EDEMA + DOR EM MSE + MSD) - SAA

Acidente de Trabalho: Sim ☐ Não ☐

2 - ATENDIMENTO DATA: 07/04/2015 HORA: 19:43 - h. Médico:

Queixa Principal / HDA:

Acidente vítima de queda de moto apresentando lesão de parte dorsal no membro D e fratura exposta em MSE

História do Trauma

Perda da Consciência: Sim ☐ Não ☐ Episódio Emético: Sim ☐ Não ☐ Acidente de Trabalho: Sim ☐ Não ☐

Acidente de Trânsito: Sim ☐ Não ☐ Tipo:

Colisão: Sim ☐ Não ☐ Tipo:

Motorista ☐ Passageiro ☐

Atrópelamento: Sim ☐ Não ☐ Local de Impacto:

Vítima de Ferimento: Sim ☐ Não ☐ Tipo:

Sofreu Queda: Sim ☐ Não ☐ Altura: m

Queimadura: Sim ☐ Não ☐ Por:

Transporte Realizado por:

Condições de imobilização adequadas: Sim ☐ Não ☐

Por que:

Observações:

4036-7 Dnda-7

Exame Físico:

A. Geral: Via aérea esta pervia Sim ☐ Não ☐ O paciente fala: Sim ☐ Não ☐ Temp: C°

B. Respiratório

C. Circulatório: PA: x mmHg Pulso: bpm

D. Exames Neurológico

Deficiência motora: MSD ☐ MSE ☐ MID ☐ MIE ☐

Pupilas: Isocóricas ☐ Anisocóricas ☐

Glasgow Abertura Ocular

Glasgow Resposta Verbal

Glasgow Resposta Motora

Escore: Hora:

Escore: Hora:

Escore: Hora:

04/07/15
Rua da Aurora, Nº 175, SL 907 BL. C
Rua Vista - CEP: 54360-010
7111-1121



HOSPITAL GETULIO VARGAS EMERGÊNCIA



E Abdômen

Diagnóstico Inicial

Exames Solicitados 1 - Patologia Clínica

Exames Solicitados 1 - Especializados

Resultado da Exames

Tratamento / Procedimentos

Indicação Cirúrgica Sim ☐ Não ☐ Motivo

Evolução de Enfermagem

Diag. Definitivo

Definição do Caso:

Condição de Alta:

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

☐ Curado ☐ Melhorado
☐ Inalterado ☐ Piorado
☐ Óbito

Informação do Serviço Social

Confirmação do Nome

Confirmação do Endereço

Procedência: Alta ☐ Transferência ☐ Estudo de Caso ☐ Exames Externos ☐

Observações

Autorização para Alta / Internamento / Transferência

Médico: _____ CRM/ORD: _____ Data: _____ Hora: _____

Termo de Responsabilidade Para Internamento

Estou ciente das normas existentes neste Hospital, as quais integralmente e autorizo a realização de tratamentos, cirurgias 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 do 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: 21/08/2019 03:15 h EDILENERG Impressão: 21/08/2019 03:15 h EDILENERG

05.807.494/0001-43

TRAF. AUT. CARRETERIA
DE 14/08/2019

Médico

2019-08-21 03:15
Rua da Amizade, 1415 - 2º andar
Bela Vista - CEP 22061-000
Rio de Janeiro



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
FUNDAÇÃO DE SAÚDE AMAURY DE MEDEIROS - FUSAM
HOSPITAL GETULIO VARGAS

Usuário da Internação
EDSONAV



706287

SUMÁRIO DE ADMISSÃO E ALTA

1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE N° Atendimento: 706287 N° AIH:

Nome: ADENILSON RODRIGUES DOS SANTOS Prontuário: 1115963
Data Nasc.: 09/10/1963 Idade: 55 Sexo: MASCULINO Cor: PARDIA Religião:
CPF: 47984830444 RG: CNS: 898003920588834
Endereço: RUA NOSSA SENHORA DO PERPETUO SOCORRO Nº: 30
Bairro: MARCOS FREIRE Cidade: JABOATÃO DOS GUARARAPES Estado: PE
CEP: 54360150 Fone: 86643707 Profissão:
Nome da Mãe: ADENAIDE
Nome do Conjuge:
Nome:
Parentesco: RG: Fone: 86643707

2 - INTERNAR PARA

Clinica: CLÍNICA GERAL Prestador: 90
Unidade de Internação: Leito: SR 40
Diagnóstico Inicial (Constante do Laudo Médico): CID: 5026
Procedimento Solicitado: COD:
Procedimento Realizado: COD:

COD	EQUIPE	NOME DO PROFISSIONAL	MATRICULA
1.	Cirurgião		
2.	1º Auxílio Cirúrgico		
3.	2º Auxílio Cirúrgico		
4.	3º Auxílio Cirúrgico		
5.	Demais Auxílio Cirúrgico		
6.	Anestesiista		
7.	Clinico		
8.	Neonatalogista		

PROCEDIMENTOS ESPECIAIS

☐ MUDANÇA DE PROCEDIMENTO ☐ USO DE FATORES DE COAGULAÇÃO ☒ 05.802.494/0001-41
☐ DIÁRIA DE UTI ☐ USO DE OXIGÊNIO ☐ 0408020412
☐ DIÁRIA DE ACOMPANHANTE ☐ NUTRIÇÃO PARENTERAL ☐ 0408010413
☐ USO DE ÓRTESE E PROTESE ☐

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO REALIZADO: CID: 5026 CARIMBO/REVISOR/FATURAMENTO:

RESUMO DO CASO (LETRA LEGÍVEL)

Laudo Técnico dos Exames de Laboratório

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL

DIAGNÓSTICO SECUNDÁRIO

MOTIVO DA ALTA

DATA DA INTERNAÇÃO: 04/04 DATA DA ALTA: 16/04/19 DIAS DE INTERNAÇÃO: 12

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

NOME

Adenilson Rodrigues dos Santos

02 (DUAS) VIAS

NOME DA MÃE

CARTÃO SUS

CLÍNICA

ORTOPEDIA

ENFERMARIA

SR

LEITO

35

Nº DO REGISTRO

1115963

DATA DE NASCIMENTO

IDADE

PESO

ALTURA

SEXO

MOTIVO DA ADMISSÃO DIAGNÓSTICO INICIAL (CONSTANTE NO LAUDO MÉDICO)

Luxação Ombro D + Fratura Exposta Mão Esquerda

COMORBIDADE

PROCEDIMENTO SOLICITADO / EXAMES REALIZADOS

Tratamento Cirúrgico (Limpeza cirúrgica + Debridamento + Sutura + Redução de Ombro D)

DATA DA INTERNAÇÃO

DATA DA ALTA

DIAS DE INTERNAÇÃO

07/04/19

16/04/19

09

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO REALIZADO

CID

CARIMBO/REVISOR/ATUALIZAMENTO

S43.0.S62.6

COB

EQUIPE

NOME DO PROFISSIONAL

MATRICULA

1

CIRURGIÃO

Dr Rodrigo Castro

2

1º AUXÍLIO CIRÚRGICO

Dra Hanna

3

2º AUXÍLIO CIRÚRGICO

4

ANESTESISTA

5

CLÍNICO

RESUMO DO CASO

(ACHADOS CLÍNICOS, PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS REALIZADOS)

Paciente com fratura exposta de mão esquerda submetido ao tratamento cirúrgico. Submetido também a redução inconcreta de luxação de ombro D. Recebe alta em boas condições clínicas.

MEDICAÇÕES UTILIZADAS E DE ALTA

ALTA: Prescrevo cefalexina por 7 dias + Analgésicos + Reforço da vacina de tétano.

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL

Luxação Ombro D + Fratura Exposta Mão Esquerda

CONDIÇÕES CLÍNICAS NA ALTA

BEG, orientado, corado, eupneico, com boa perfusão distal.

MOTIVO DA ALTA

CRITO

CURADO ☐ MELHORADO ☒ TRANSFERÊNCIA ☐

IML ☐ SVO ☐ BO ☐

OUTROS

ORIENTAÇÃO QUANTO ACOMPANHAMENTO

Agendar retorno em 7 dias no ambulatório de Traumatologia

DATA

16/04/19

05.802.894/0001-41
TRABALHO CORRETORA
DE MÓDULO LTDA

07/04/19

Rua da Aurora, nº 173, 5º andar, L. 2
Boa Vista - CEP: 51040-000
RECIFE-PE

Rodrigo de Amorim Silva
Ortopedista Traumatologia
CRM 11.496
CREME 11.439
Médico Responsável

comuni...
ao x...
mual 05:00

Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco HOSPITAL Getúlio Vargas			SUMÁRIO DE ALTA	
NOME: Adenilson Rodrigues dos Santos			02 (DUAS) VIAS	
NOME DA MÃE:			CARTÃO SUS:	
CLÍNICA: ORTOPEDIA	ENFERMARIA: SR	LEITO: 35	Nº DO REGISTRO: 1115963	
DATA DE NASCIMENTO:	IDADE:	PESO:	ALTURA:	SEXO:
MOTIVO DA ADMISSÃO/DIAGNÓSTICO INICIAL (CONSTANTE NO LAUDO MÉDICO): Luxação Ombro D + Fratura Exposta Mão Esquerda				
COMORBIDADE:				
PROCEDIMENTO SOLICITADO / EXAMES REALIZADOS: Tratamento Cirúrgico (Limpeza cirúrgica + Debridamento + Sutura + Redução de Ombro D)				
DATA DA INTERNAÇÃO: 07/04/19		DATA DA ALTA: 16/04/19		DIAS DE INTERNAÇÃO: 09
CÓDIGO DO PROCEDIMENTO REALIZADO		CID S43.0,S62.6	CARIMBO/REVISOR/FATURAMENTO	
COD	EQUIPE	NOME DO PROFISSIONAL		MATRÍCULA
1	CIRURGIÃO	Dr Rodrigo Castro		
2	1º AUXÍLIO CIRURGICO	Dra Hanna		
3	2º AUXÍLIO CIRURGICO			
4	ANESTESISTA			
5	CLÍNICO			
RESUMO DO CASO (ACHADOS CLÍNICOS, PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS REALIZADOS)				
Paciente com fratura exposta de mão esquerda submetido ao tratamento cirúrgico. Submetido também a redução incruenta de luxação de ombro D. Recebe alta em boas condições clínicas.				
MEDICAÇÕES UTILIZADAS E DE ALTA				
ALTA: Prescrevo cefalexina por 7 dias + Analgésicos + Reforço da vacina de tétano.				
DIAGNÓSTICO PRINCIPAL Luxação Ombro D + Fratura Exposta Mão Esquerda				
CONDIÇÕES CLÍNICAS NA ALTA BEG, orientado, corado, eupneico, com boa perfusão distal.				
MOTIVO DA ALTA		ÓBITO		
CURADO ☐ MELHORADO ☒ TRANSFERÊNCIA ☐ OUTROS:		IML ☐ SVO ☐ BO ☐		
ORIENTAÇÃO QUANTO ACOMPANHAMENTO Agendar retorno em 7 dias no ambulatório de Traumatologia				
DATA: 16/04/19				

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

09/05/2019

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL 1
Bea Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE

Rodrigo de Amorim Silva
Ortopedista/Traumatologia
TEC. 13.406
CREME-PE 17.439
Médico Responsável



Paciente: ADENILSON RODRIGUES DOS SANTOS

Prontuário: 01115963

Data de Nascimento: 09/10/1963

Idade: 55a 6m 16d

Sexo: MASCULINO

RELATÓRIO MÉDICO

O Paciente Supra-citado, foi atendido nesta data, com diagnóstico de:

FRATURA EXPOSTA DE 4 QUIDODACTILO ESQUERDO

LUXAÇÃO EM OMBRO DIREITO

Feito o Exame de ANAMNESE + EXAME FÍSICO + RADIOGRAFIAS

Observação:

PACIENTE COMPARECE AO PRIMEIRO RETORNO APOS INTERNAÇÃO
REFERE ACIDENTE DE MOTOCICLETA DIA 07/04 COM FX EXPOSTA EM MÃO ESQUERDA
07/04: REDUÇÃO INTRUENTA DO OMBRO DIREITO
07/04: LMC + SUTURA DE 4 QUIDODACTILO ESQUERDO
AO EXAME: NEUROVASCULAR PRESERVADO
BOA PERFUSÃO DISTAL
FO: BOM ASPECTO, SEM SAÍDA DE SECREÇÃO, COM PONTOS DE SUTURA

RAIO X DO DIA DO TRAUMA EVIDENCIANDO FRATURA EM FALANGE MEDIAL DO 4 QUIDODACTILO ESQUERDO
CD: CONTINUAR ACOMPANHAMENTO AMBULATORIAL
NOVO RAIO X NO RETORNO

Dr. Emanoel Costa
Médico
CREMEPE 27967

Recife, 25 DE ABRIL DE 2019

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

EMMANUEL COSTA MACIEL - CRM: Nº.27967

09 SET 2019

Rua da Aurora, Nº 375, SL 902 BL. C

Boa Vista - CEP: 50.060-010

RECIFE-PE

HOSPITAL GETULIO VARGAS EMERGÊNCIA



1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

ATENDIMENTO: 706274

Prontuário: J115963

Nome: ADENILSON RODRIGUES DOS SANTOS

Data Nasc.: 08/10/1963

Idade: 55

Sexo:

MASCULINO

Cor:

CPE: 47064830444

RG:

CNS: 82800392058834

Endereço: RUA NOSSA SENHORA DO PERPETUO SOCORRO

Nº: 32

Bairro: MARCOS FREIRE

Cidade: JABOATÃO DOS GUARARAPES

Estado: PE

CEP: 54350150

Fone: 88643707

Profissão:

Nome da Mãe: AGENAIDE

Acompanhante:

Nome do Conjuge:

Local de Procedência: VIA URBANA

Clinica: CIRURGIA GERAL

Ocorrência: AUT. ENF. EMERSON (RELATA QUEDA DE MOTO APRESENTANDO LESÃO + EDEMA + DOR EM MSE + MSE) - GAS

Acidente de Trabalho: Sim ☐ Não ☐

2 - ATENDIMENTO DATA: 07/04/2015 HORA: 15:43 h Médico:

Queixa Principal / HDA:

Acidente de trânsito com lesão no membro superior direito, apresentando dor e edema no membro superior direito, com fratura exposta no membro superior direito.

História do Trauma

Perda da Consciência: Sim ☐ Não ☐ Episódio Emético: Sim ☐ Não ☐ Acidente de Trabalho: Sim ☐ Não ☐

Acidente de Trânsito: Sim ☐ Não ☐ Tipo:

Colisão: Sim ☐ Não ☐ Tipo:

Motociclista ☐ Passageiro ☐

Atrapeamento: Sim ☐ Não ☐ Local de Impacto:

Vítima de Ferimento: Sim ☐ Não ☐ Tipo:

Sofreu Queda: Sim ☐ Não ☐ Altura: m

Queimadura: Sim ☐ Não ☐ Por:

Transporte Realizado por:

Condições de imobilização adequadas: Sim ☐ Não ☐

Por que:

Observações:

Lesão no membro superior direito, apresentando dor e edema no membro superior direito, com fratura exposta no membro superior direito.

Exame Físico:

A: Geral Via aérea esta pervia: Sim ☐ Não ☐ O paciente fala: Sim ☐ Não ☐ Temp: C°

B: Respiratório

C: Circulatório PA: x mm Hg Pulso: bpm

D: Exames Neurológico

Deficiência motora: MG ☐ MSE ☐ MID ☐ ME ☐

Pupilas: Isocóricas ☐ Anisocóricas ☐

Glasgow: Abertura Ocular:

Glasgow: Resposta Verbal:

Glasgow: Resposta Motora:

Score: Hora:

Score: Hora:

Score: Hora:

05.802.494/0001-43

TRAÇÃO CORRETORA

DE SERRA LEVA

05.802.494/0001-43

TRAÇÃO CORRETORA

DE SERRA LEVA

09.51.719

25.51.719

Rua da Aurora, nº 175, SL 902 BL C

Rua da Aurora, nº 175, SL 902 BL C

Bom Vista - CEP: 54.060-010

Bom Vista - CEP: 54.060-010

RECIFE-PE

HOSPITAL GETULIO VARGAS EMERGÊNCIA

E. Abdômen

Diagnóstico Inicial

Exames Solicitados 1 - Patologia Clínica

Exames Solicitados 1 - Especializados

Resultado de Exames

Tratamento / Procedimentos

Indicação Cirúrgica Sim ☐ Não ☐ Motivo

Evolução de Enfermagem

Diag. Definitivo

Definição do Caso:

☐ Internamento ☐ Cirurgia ☐ Óbito ☐ Termo de Alta a Pedido ☐ Evadido-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 Externos ☐

Observações

Autorização para Alta / Internamento / Transferência

Médico CRM/CRO Data Hora

Termo de Responsabilidade Para Internamento:

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

Data Nome completo legível

Nº de 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 de Identidade Assinatura

Cadastramento: 21/06/2019 03:15 h EDILENERS impressão: 21/06/2019 03:15 h EDILENERS

05.802.494/0001-41
TRACACI CORRETORES
DE CERTIFICADOS

25
Rua da Aurora, nº 175, SL 932 SL
Boa Vista - CEP: 50.060-011

09:51:20
Rua da Aurora, nº 175, SL 932 SL
Boa Vista - CEP: 50.060-011
13:27:49

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

Nº 01393368239

DETAN - PE
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

1 1079491438 2018

ALICATAMENTO HONORÁRIOS DOS SERVIÇOS

JAB COMPARAPES-PE

479.848.304-44

1079491438 2018

PLAS /CICLOMOTOR

E/MOVABE SE480-2

2P/49CL

1 IPVA 2018 QUITADO

V 1

SECURIO FAKO

SEM RESERVA

JAB GUAR

10/02/18

10/02/18

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS A TERCEIROS CAUSADOS POR VEICULOS AUTOMOVEIS DE VIA TERRESTRE OU POR SUA CARGA E PESSOAS TRANSPORTADAS OU MAO DE OBRA DE SEGURO DPVAT

PE Nº 01393368239 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ALICATAMENTO HONORÁRIOS DOS SERVIÇOS 54360-090

BL 50 AET 205 MARCOS EMBRE JAB COMPARAPES-PE

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

WWW.SEGURADORAIDER.COM.BR SAC DPVAT 0800 022 1204

1 479.848.304-44 2018 10/02/18

479.848.304-44

1079491438

2014 08

1079491438

2014 08

1079491438

2014 08

1079491438

2014 08

1079491438

2014 08

1079491438

2014 08

1079491438

2014 08

05.802.494/0001-00
TRACAO CORRETO
DE SEGUROS LTDA
09 SET 2019
Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL C
Bon Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190522837 **Cidade:** Recife **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ADENILSON RODRIGUES DOS SANTOS **Data do acidente:** 07/04/2019 **Seguradora:** CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

PARECER

Diagnóstico: Luxação do ombro direito. Fratura exposta do 4º quirodáctilo esquerdo.

Descrição do exame físico: Ao exame, vítima apresenta limitação severa dos movimentos da flexão do 4º quirodáctilo esquerdo. Instabilidade articular do ombro direito, realiza flexão a cerca de 80 graus, abdução a 90 graus, deficit de força grave.

Resultados terapêuticos: Submetido a tratamento conservador para redução da luxação, limpeza e sutura do ferimento na mão, imobilização. Fez fisioterapia. Evoluiu sem intercorrências. Alta há cerca de 3 meses

Sequelas permanentes: Limitação funcional do 4º quirodáctilo esquerdo, Limitação funcional do ombro direito

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 10/10/2019

Conduta mantida:

Observações:

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau intenso - 75 %	18,75%	R\$ 2.531,25
Dedos mão-Perda funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão	10 %	Em grau intenso - 75 %	7,5%	R\$ 1.012,50
Total			26,25 %	R\$ 3.543,75

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190522837 **Cidade:** Recife **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ADENILSON RODRIGUES DOS SANTOS **Data do acidente:** 07/04/2019 **Seguradora:** CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 27/09/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: LUXAÇÃO DE OMBRO DIREITO.
FRATURA EXPOSTA DE 4º DEDO DA MÃO ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO: LAVAGEM MECÂNICA CIRÚRGICA/DEBRIDAMENTO E ALTA MÉDICA.
P.06/08/09

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

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

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 uma das mãos	70 %	Complemento por reanálise - 0 %	0%	R\$ 0,00
Total			0 %	R\$ 0,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190522837 **Cidade:** Recife **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ADENILSON RODRIGUES DOS SANTOS **Data do acidente:** 07/04/2019 **Seguradora:** CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 27/09/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: LUXAÇÃO DE OMBRO DIREITO.
FRATURA EXPOSTA DE 4º DEDO DA MÃO ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO: LAVAGEM MECÂNICO CIRÚRGICA/DEBRIDAMENTO E ALTA MÉDICA.
REDUÇÃO INCRUENTA DE OMBRO DIREITO.P.06/08/09

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

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

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 uma das mãos	70 %	Complemento por reanálise - 0 %	0%	R\$ 0,00
Perda completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Complemento por reanálise - 0 %	0%	R\$ 0,00
Total			0 %	R\$ 0,00

**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e
Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas do Seguro DPVAT**

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo.

Número do Sinistro: **3190522837**

Nome do(a) Examinado(a): **ADENILSON RODRIGUES DOS SANTOS**

Endereço do(a) Examinado(a):

Rua André Dias de França, 205 - Jaboatão dos Guararapes - PE - CEP 54360-090

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**SSP /PE**] **2744311**

Data e local do acidente: [**07/04/2019**] **Recife, PE**

Data e local do exame: [**10/10/2019**] **Recife** [**PE**]

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva o(s) diagnóstico(s) das lesões efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado.

Luxação do ombro direito. Fratura exposta do 4º quirodáctilo esquerdo.

II. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado.

Ao exame, vítima apresenta limitação severa dos movimentos da flexão do 4º quirodáctilo esquerdo. Instabilidade articular do ombro direito, realiza flexão a cerca de 80 graus, abdução a 90 graus, deficit de força grave.

III. Nexa de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

[☒] Sim [☐] Não

IV. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.

Submetido a tratamento conservador para redução da luxação, limpeza e sutura do ferimento na mão, imobilização. Fez fisioterapia. Evoluiu sem intercorrências. Alta há cerca de 3 meses

V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a qualquer medida terapêutica)?

[☒] Sim [☐] Não

VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:

Limitação funcional do 4º quirodáctilo esquerdo, Limitação funcional do ombro direito

Caso a resposta do item V seja “Não”, concluir utilizando apenas as opções no item VII “a”. Caso a resposta seja “Sim”, valorar o dano permanente no item VII “b”.

VII. Segundo previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).

() "Vítima em tratamento"

Esta avaliação médica deve ser repetida em ____ dias

() "Sem sequela permanente" (Não

existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)

b) Havendo dano corporal segmentar, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

Ombro direito

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio (**X**) 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

4º quirodáctilo esquerdo

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio (**X**) 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

VIII. * Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou a valoração do dano corporal.



Leonardo de Faria Neves - CRM: 17742 - PE

Rio de Janeiro, 11 de Setembro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190522837 Vítima: ADENILSON RODRIGUES DOS SANTOS

Data do Acidente: 07/04/2019 Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: GIZILANE DUARTE BRITO DOS SANTOS

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), ADENILSON RODRIGUES DOS SANTOS

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.
Documentação médico-hospitalar	Apresentar a cópia simples do Boletim de Primeiro Atendimento Médico, com a indicação dos procedimentos adotados, identificação da vítima e do médico responsável, com data, assinatura e CRM legíveis, pois o entregue não permite a leitura das informações.

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, 30 de Setembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190522837

Vítima: ADENILSON RODRIGUES DOS SANTOS

Data do Acidente: 07/04/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: GIZILANE DUARTE BRITO DOS SANTOS

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), ADENILSON RODRIGUES DOS SANTOS

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, foi verificada a necessidade de realização de avaliação médica presencial para a identificação e/ou enquadramento da invalidez permanente de acordo com a tabela prevista na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do seu pedido fica interrompido e sua contagem será reiniciada após a emissão do laudo da avaliação médica.

O não comparecimento à avaliação médica agendada poderá gerar o cancelamento do pedido do Seguro DPVAT.

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, 11 de Setembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190522837

Vítima: ADENILSON RODRIGUES DOS SANTOS

Data do Acidente: 07/04/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: GIZILANE DUARTE BRITO DOS SANTOS

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ADENILSON RODRIGUES DOS SANTOS

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, 20 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190522837

Vítima: ADENILSON RODRIGUES DOS SANTOS

Data do Acidente: 07/04/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: GIZILANE DUARTE BRITO DOS SANTOS

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), ADENILSON RODRIGUES DOS SANTOS

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\$ 3.543,75

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos ombros
25%

Graduação: Em grau intenso 75%

% Invalidez Permanente DPVAT: (75% de 25%) 18,75%

Valor a indenizar: 18,75% x 13.500,00 = R\$ 2.531,25

Dano Pessoal: Dedos mão-Perda funcional completa de qualquer
um dentre os outros dedos da mão 10%

Graduação: Em grau intenso 75%

% Invalidez Permanente DPVAT: (75% de 10%) 7,50%

Valor a indenizar: 7,50% x 13.500,00 = R\$ 1.012,50

Recebedor: ADENILSON RODRIGUES DOS SANTOS

Valor: R\$ 3.543,75

Banco: 341

Agência: 6318

Conta: 0000042466-7

Tipo: CONTA CORRENTE

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.



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190522837 **Cidade:** Recife **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ADENILSON RODRIGUES DOS SANTOS **Data do acidente:** 07/04/2019 **Seguradora:** CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

PARECER

Diagnóstico: Luxação do ombro direito. Fratura exposta do 4º quirodáctilo esquerdo.

Descrição do exame físico: Ao exame, vítima apresenta limitação severa dos movimentos da flexão do 4º quirodáctilo esquerdo. Instabilidade articular do ombro direito, realiza flexão a cerca de 80 graus, abdução a 90 graus, deficit de força grave.

Resultados terapêuticos: Submetido a tratamento conservador para redução da luxação, limpeza e sutura do ferimento na mão, imobilização. Fez fisioterapia. Evoluiu sem intercorrências. Alta há cerca de 3 meses

Sequelas permanentes: Limitação funcional do 4º quirodáctilo esquerdo, Limitação funcional do ombro direito

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 10/10/2019

Conduta mantida:

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 completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau intenso - 75 %	18,75%	R\$ 2.531,25
Dedos mão-Perda funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão	10 %	Em grau intenso - 75 %	7,5%	R\$ 1.012,50
		Total	26,25 %	R\$ 3.543,75

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 ASL: CPF da vítima: Nome completo da vítima:

4984830444 ADEMILSON RODRIGUES DOS SANTOS

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 415/2012

Nome completo: ADEMILSON RODRIGUES DOS SANTOS

Profissão: LETRISTA Endereço: Rua ANDRÉ DIAS DE FRANCA

Bairro: MARCOS FREIRE Cidade: JABOATÃO Estado: PE

E-mail: CEP: 54360-090

Tel. (DDD): 81 98533-5429

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

REDA 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: ITAÚ

AGÊNCIA: 6312 CONTA: 42466

(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. 39, §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.

TESTEMUNHAS

1º Nome: CPF: 05.802.494/0001-41

2º Nome: CPF: 09.551.208

Assinatura

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

(*) 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.

FPS.001 V001/2018

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

2 - Nº do sinistro ou ASI: 47984830444 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima: ADENILSON RODRIGUES DOS SANTOS

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

5 - Nome completo: ADENILSON RODRIGUES DOS SANTOS 6 - CPF:

7 - Profissão: LETRISTA 8 - Endereço: RUA ANDRÉ DIAS DE FRANCA 9 - Número: 205 10 - Complemento: BL-50

11 - Bairro: MARCOS FREIRE 12 - Cidade: JABOATÃO 13 - Estado: PE 14 - CEP: 54360-090

15 - E-mail: 16 - Tel (DDD): 81 9-8250-5607

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\$1.000,00 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, CURADOR/TUTOR)

☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinalar uma opção) ☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

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

AGÊNCIA: 6318 CONTA: 424667

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 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

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:

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 (vel nascido)? ☐ 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 artigo 299 do Código Penal.

34 - 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: Recife, 25 de SETEMBRO de 2019 41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante) 43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver) 44 - Assinatura do Segurado



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DEPARTAMENTO DE REPRESSÃO AOS CRIMES PATRIMONIAIS

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 19E2141001432

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 22/04/2019 às 10:15

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Doloso (Consumado) que aconteceu no dia 7/4/2019 às 18:50

Fato ocorrido no endereço: **AVENIDA RECIFE, 1 - Bairro: JARDIM SAO PAULO - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

INDIVÍDUO DESCONHECIDO (AUTOR/AGENTE)
ADENILSON RODRIGUES DOS SANTOS (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

OUTROS TIPO DE OBJETO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): INDIVÍDUO DESCONHECIDO

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

ADENILSON RODRIGUES DOS SANTOS (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: ADELAIDE FREITAS DOS SANTOS Pai: NÃO DECLARADO Data de Nascimento: 9/10/1963 Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL
Endereço Residencial: **CONJUNTO MARCOS FREIRE, 30, RUA DO SOCORRO - CEP: 55000-000 - Bairro: MARCOS FREIRE - JABOATÃO DOS GUARARAPES/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

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

ACIDENTE DE TRÂNSITO (OUTROS TIPO DE OBJETO) de propriedade do(a) Sr(a): INDIVÍDUO DESCONHECIDO
que estava em posse do(a) Sr(a): **INDIVÍDUO DESCONHECIDO**

Categoria/Marca/Modelo: **NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**

Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Descrição: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**

Complemento / Observação

O NOTICIANTE ADENILSON RODRIGUES DOS SANTOS INFORMA QUE QUANDO ESTAVA TRAFEGANDO NA AVENIDA RECIFE, NO DIA 07/04/2019, POR VOLTA DAS 18:50 HORAS COM SUA MOTONETA I/WUYANG WY48Q-2 DE COR PRETA E PLACA PCM 6322 FOI ATINGIDO POR UM VEÍCULO QUE NÃO SABE PRECISAR AS CARACTERÍSTICAS. NA OCASIÃO, A VÍTIMA CAIU DESACORDADA EM VIRTUDE DO FORTE IMPACTO QUE SOFREU E LHE ACARRETOU UMA LUXAÇÃO NO OMBRO DIREITO E UMA FRATURA EXPOSTA NO DEDO ANELAR DA MÃO ESQUERDA, ALÉM DE ESCORIAÇÕES. DECLARA QUE FOI SOCORRIDO POR UMA VIATURA DO SAMU QUE FORA CHAMADA POR POPULARES QUE SE ENCONTRAVAM NO LOCAL E LEVADO PARA O HOSPITAL GETÚLIO VARGAS ONDE RECEBEU OS PRIMEIROS SOCORROS E RECEBEU UMA INTERVENÇÃO CIRÚRGICA PARA SANAR AS LESÕES SOFRIDAS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE. NA OCASIÃO FOI OPERADO PELO DOUTOR RODRIGO CASTRO AUXILIADO PELA

003.494/0001-41
TRACAO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

09/04/2019

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C
Boa Vista - CEP: 50.060-070

RECIFE-PE

DOUTORA HANNA E RECEBEU ALTA HOSPITALAR ASSINADA PELO DOUTOR RODRIGO DE AMORIM SILVA (ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA) CREMEPE 17.439 E TEVE SEU PRONTUÁRIO ABERTO NAQUELA UNIDADE HOSPITALAR SOB O NÚMERO 1115963. DIANTE DO EXPOSTO, VEIO ATÉ ESTE DEPARTAMENTO NOTICIAR O FATO.

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

Adenilson Rodrigues dos Santos
ADENILSON RODRIGUES DOS SANTOS
(VITIMA)

B.O. registrado por: *Rosalvo Francisco Barbosa*
ROSALVO FRANCISCO BARBOSA MAT 208.202-0



05.802.494/0001-41
TRACÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

09 SET 2019
Rua da Aurora, 1175, 9º andar
Boa Vista - CEP 50.050-010
RECIFE-PE

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 ASL: CPF da vítima: Nome completo da vítima:

4984830444 ADEMILSON RODRIGUES DOS SANTOS

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 415/2012

Nome completo: ADEMILSON RODRIGUES DOS SANTOS

Profissão: LETRISTA Endereço: Rua ANDRÉ DIAS DE FRANCA

Bairro: MARCOS FREIRE Cidade: JABOATÃO Estado: PE

E-mail: CEP: 54360-090

Tel. (DDD): 81 98533-5429

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

REDA 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: ITAÚ

AGÊNCIA: 6312 CONTA: 42466 7

(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. 39, §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.

TESTEMUNHAS

1º Nome: CPF: 05.802.494/0001-41

2º Nome: 09 SEP 2019

CPF: Rua da Aurora, 40 175, SL 902 BL. C

Bairro: CEP: 50.060-010

Assinatura

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

(*) 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.

FPS.001 V001/2018



HOSPITAL GETULIO VARGAS EMERGÊNCIA



1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

ATENDIMENTO: 706774

Prontuário: 3115963

Nome: ADEILSON RODRIGUES DOS SANTOS

Data Nas: 05/10/1963

Idade: 55

Sexo: MASCULINO

Cor:

CPF: 47384530444

RG:

CNS: 899503920588834

Endereço: RUA NOSSA SENHORA DO PERPETUO SOCORRO

Bairro: MARCOS FREIRE

Cidade: JABOATÃO DOS GUARARAPES

Nº: 30

CEP: 54380150

Fone: 80643707

Estado: PE

Nome da Mãe: ADENAIDE

Profissão:

Acompanhante:

Nome do Conjuge:

Local de Procedência: VIA URBANA

Clínica: CIRURGIA GERAL

Ocorrência: AUT. EXE. EMERSON, RELATA QUEDA DE MOTO APRESENTANDO LESÃO + EDEMA + DOR EM MÃO + MÃO + SAA

Acidente de Trabalho: Sim ☐ Não ☒

2 - ATENDIMENTO DATA: 07/04/2015 HORA: 19:45 h Médico:

Queixa Principal / HDA:

Lesão na região da mão direita, fratura exposta, com edema e dor intensa na região da mão direita e fratura exposta em mão direita.

História do Trauma

Perda da Consciência	Sim ☐ Não ☒	Episódio Emético	Sim ☐ Não ☒	Acidente de Trabalho	Sim ☐ Não ☒
Acidente de Trânsito	Sim ☐ Não ☒	Tipo			
Colisão	Sim ☐ Não ☒	Tipo			
Atrópeamento	Sim ☐ Não ☒	Local de Impacto	Motorista ☐ Passageiro ☐		
Vitima de Ferimento	Sim ☐ Não ☒	Tipo			
Queimadura	Sim ☐ Não ☒	Por	Sofreu Queda: Sim ☐ Não ☒ Altura: m		
Condições de imobilização adequadas	Sim ☐ Não ☒	Transporte Realizado por	Por que		

Observações:

Exame Físico:

A - Geral: Via aérea esta pervia Sim ☐ Não ☒ O paciente fala: Sim ☐ Não ☒ Temp: C°

B. Respiratório

C. Circulatório

PA: x mm Hg Pulso: bpm

D. Exames Neurológico

Glasgow: Abertura Ocular	Deficiência motora: MSD ☐ MSE ☐ MID ☐ MIE ☐	Pupilas: Isocóricas ☐ Anisocóricas ☐
Escore: 3 Hora	Glasgow: Resposta Verbal	Glasgow: Resposta Motora
	Escore: Hora	Escore: Hora

05.803.454/0001211

TRACÃO CONCRETA
DE SEGUROS LTDA

04-05-2015

Rua da Aurora, 101 175, 51.902 BL. C

Jaboatão - CEP: 54380-150

RECIFE-PE

HOSPITAL GETULIO VARGAS EMERGÊNCIA

E: Abdômen

Diagnóstico Inicial

Exames Solicitados: 1 - Patologia Clínica

Exames Solicitados: 1 - Especializados

Resultado de Exames

Tratamento / Procedimentos

Indicação Cirúrgica: Sim ☐ Não ☐ Motivo

Evolução da 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

Procedências: Alta ☐ Transferência ☐ Estudo de Caso ☐ Exames Externos ☐

Observações

Autorização para Alta / Internamento / Transferência

Médico CRM/CRO Data Hora

Termo de Responsabilidade Para Internamento:

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

Data Nome completo legível

Nº da Identidade Assinatura

Termo de Responsabilidade do 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: 21/06/2019 03:15 h EDILENERS Impressão: 21/06/2019 03:15 h EDILENERS

045720

Rua da Aurora, 111 - 11505-902 BL. C
Bom Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE

ITAÚ – UNIBANCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 341 AGÊNCIA: 0477 CONTA: 000000078857-4

DATA DA TRANSFERENCIA: 16/10/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 3.543,75

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ADENILSON RODRIGUES DOS SANTOS

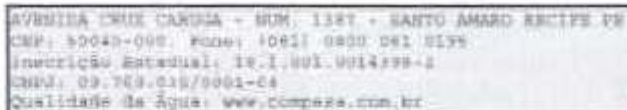
BANCO: 341

AGÊNCIA: 06318

CONTA: 000000042466-7

Autenticação:

9D7166BA2D3AF0E843F6A450E53B6D0E97D276DCF94E5BB21BACE7BBD5C2014E



Escritório: MARCON FREIRE

05602312.7 07/2019-3
 TANTA MARIA DO FORTALE
 E ASSUNÇÃO DE FRANÇA, EL. 50 + ART-101 + MARIA DO FORTALE DO GUARAPUAVA PE
 INSCRIÇÃO: 788.670.640.0237.214 GRUPO: 3 OPÇÃO DES. AUTOMÁTICO: 05602312.7

EMPREGADO	EMPREGADO	EMPREGADO	EMPREGADO	EMPREGADO	EMPREGADO
LIGADO	LIGADO	LIGADO	LIGADO	LIGADO	LIGADO
EMPREGADO	EMPREGADO	EMPREGADO	EMPREGADO	EMPREGADO	EMPREGADO
EMPREGADO	EMPREGADO	EMPREGADO	EMPREGADO	EMPREGADO	EMPREGADO

LEIT. ANT.:	100	CONSUMO:	3
LEIT. ATUAL:	100		
LEIT. PAY:	100		

```

ESGOTO 100
LEFT ANT:
LEFT ATVAL:
LEFT PAT:
VOLUME: 1

```

HISTÓRICO DE CUMULADO REFERÊNCIA/COMUNHO

06/2012	4/	4	A
07/2012	0/	0	L
08/2012	0/	0	B
09/2012	4/	4	A
10/2012	5/	5	A
11/2012	4/	4	B
12/2012	5/	5	B
JANUARY	4/	4	B

van Lier HCE

PARÂMETRO	2010, 2ª LEI PONT. Nº 2.914/11	ANÁLISES REALIZADAS	ATENÇÃO À LEGISLAÇÃO
TURBIDÍDE	34	34	33
ODM APARELHO	14	14	22
CLORO RESIDUAL	34	34	34
CONFORME TOXATE	34	34	34
M. SCL	34	34	34

Observações: 1) COLIFORMES TOTAIS AUMENTAM EM 94% DAS AMOSTRAS EXAMINADAS.
2) OS PARÂMETROS COLIFORMES TOTAIS, BACTÉRIAS COLI E CLOST. RESIDUAL SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES SANITÁRIAS DA ÁGUA.
3) OS PARÂMETROS O₂ E TURBIDEZ SÃO TERMOCLAVORES DAS CONDIÇÕES AMBIENTAIS NO ASPECTO VISUAL DA ÁGUA.

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS E TARIFAS

AGUA			
RESIDENCIAL - 001 UNIDADE			
CONSUMO DE AGUA	2 M3		41,30
ESGOTO (50% DO VALOR DA AGUA)			
RESIDENCIAL - 001 UNIDADE			
CONSUMO DE ESGOTO	1 M3		20,65

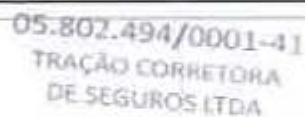
Variable	Mean (SD)	Median (IQR)	Skewness (Kurtosis)
PIS	81.95 (1.88)	81.00 (80.00-83.00)	1.02
CONSUM	83.95 (2.00)	83.00 (81.00-85.00)	4.71

05/08/2019

TOTAL A PAGE	61.95
--------------	-------

©2014 Intel Corporation CONFIDENTIAL

Downloaded from <http://www.jstor.org/> on Tue, 20 Jun 2016 12:06:13 UTC



ATENDIMENTO: 0800-0810195
VENDIMENTOS: 0800-0810185

09 SEP 2019

Rua da Aurora, nº 175, 91.907-8L-C

REC-14

Arpe Agência de Regulação de Pernambuco

0800-2813844

Materials

09402410-7

07/2019-3

05/08/2019

TOTAL A. PAGE 8.

61.95

VIA COMPESA

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

FATURA PAGA	AUTENTICAÇÃO MECÂNICA
-------------	-----------------------